

Université Lille 1

EXPÉRIENCE DE MATERNITÉ DES FEMMES ÉTIQUETÉES « HANDICAPÉES MENTALES »

Une situation liminaire permanente

Christine GRUSON

Thèse de doctorat de sociologie
Sous la direction de Geneviève CRESSON

Soutenue publiquement le 8 octobre 2012

Jury :

Marcel CALVEZ - Professeur de sociologie. Université Rennes 2, rapporteur

Michèle CLÉMENT - Ph.D, Professeure associée au département de médecine sociale et préventive. Université Laval, rapporteure

Geneviève CRESSON - Professeure de sociologie. Université Lille 1

Aziz JELLAB - Inspecteur général de l'éducation nationale, HDR en sociologie

Bernadette TILLARD - Professeure de sociologie. Université Lille 1



Université Lille 1

EXPÉRIENCE DE MATERNITÉ DES FEMMES ÉTIQUETÉES « HANDICAPÉES MENTALES »

Une situation liminaire permanente

Christine GRUSON

Thèse de doctorat de sociologie
Sous la direction de Geneviève CRESSON

Soutenue publiquement le 8 octobre 2012

Jury :

Marcel CALVEZ - Professeur de sociologie. Université Rennes 2, rapporteur

Michèle CLÉMENT - Ph.D, Professeure associée au département de médecine sociale et préventive. Université Laval, rapporteure

Geneviève CRESSON - Professeure de sociologie. Université Lille 1

Aziz JELLAB - Inspecteur général de l'éducation nationale, HDR en sociologie

Bernadette TILLARD - Professeure de sociologie. Université Lille 1



Remerciements

Je remercie avant tout très chaleureusement toutes les personnes que j'ai rencontrées dans mon parcours de recherche et notamment les femmes qui m'ont accueillie à leur domicile ou au sein des institutions sociales, pour se livrer à l'exercice difficile de l'entretien sociologique.

Je n'ai pas assez de mots pour remercier Geneviève Cresson, pour son soutien et son aide de tous les instants. Je lui dois beaucoup. J'ai appris d'elle à considérer « les choses » autrement.

Merci à Jacqueline Descarpentries qui m'a encouragée à continuer mon cursus universitaire.

Mes remerciements vont à Marcel Calvez, Michèle Clément, Aziz Jellab et Bernadette Tillard pour avoir accepté de participer à ce jury.

Mes remerciements aux amies chercheuses : Laurence Broze, Delphine Bruggeman, Nathalie Coulon, Sylvie Cromer, Nicole Gadrey, Carine Guerandel, Colette Lamarche, Karine Lamarche et Françoise Le Borgne-Uguen. Leur soutien a représenté beaucoup pour moi. Merci aux membres du groupe ELIGES (Etudes Lilloises Genre et Société). Toutes m'ont apporté le plaisir du travail collectif. Un clin d'œil à Odile Steinauer et à Coline Cardi.

Je n'oublie pas mes collègues doctorantes et doctorant pour nos échanges riches et stimulants chez Geneviève Cresson. Je pense à Caroline De-Pauw, Olivia Volpi, Suzy Bossard, et Pierre Brasseur. Notre séjour à Rabat restera pour moi un souvenir précieux.

Merci aux collègues de l'IUT B qui m'ont soutenue et encouragée au quotidien. Mes pensées vont à Marie-Agnès Lanneaux, Rémi Corbeau, Georges Ntsiba, Nicolas Devémy et Michael Hermann. Une pensée émue pour Pascale Lefranc.

Merci à Howard Becker pour m'avoir si souvent rassurée lorsque « la peur d'écrire » me prenait¹.

Merci à tous mes ami-e-s et ma famille qui m'ont soutenue pendant ces nombreuses années....

¹ Becker, H. (2004). *Ecrire les sciences sociales*. Paris : Economica.

INTRODUCTION GÉNÉRALE	9
------------------------------	----------

PREMIÈRE PARTIE : D'UNE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE À L'ÉLABORATION D'UNE ENQUÊTE DE TERRAIN	13
--	-----------

CHAPITRE 1 - RÉCIT D'EXPÉRIENCE ET CONSTRUCTION PROGRESSIVE DE L'OBJET DE RECHERCHE	13
--	-----------

1-1 Expérience d'éducatrice spécialisée en IME et reprise des études universitaires	14
Quatre expériences significatives	14
Une approche « psy », clinique et bricolée	15
Des réactions collectives qui renforçaient nos croyances	17
Un regard réducteur porté sur les familles, les femmes et les mères	19
Trois recherches exploratoires pour interroger ces expériences de maternité	22
1-2 Expérience de formatrice au département « Carrières sociales » à l'université Lille 3 et débuts de doctorante.	26
Une déconstruction progressive	26
Un sentiment d'absence de légitimité	27

CHAPITRE 2 – POSTURE ET DÉMARCHE DE RECHERCHE	29
--	-----------

2-1 Une introduction progressive et raisonnée sur les terrains d'enquête successifs	29
Les différents terrains institutionnels	29
Un rapport difficile aux professionnelles : droits d'entrée sur le terrain	32
Les résistances d'un terrain d'enquête : l'exemple d'un service de soutien à la parentalité	35
2-2 Questionnements épistémologiques et méthodologiques	38
Comment désigner les personnes enquêtées ?	38
Comment faire passer des entretiens aux femmes étiquetées « handicapées mentales » ?	41
Comment mettre en confiance les personnes enquêtées ?	43
2-3 Méthodologie de l'enquête	46
Détails des rencontres	46
Les entretiens, notes et observations de terrain	48
Deux facilitateurs de la participation des mères à l'enquête	51
La photographie	52
Les vignettes bandes dessinées	54
Construction du corpus : femmes et hommes rencontrés	56

Conclusion de la première partie	56
---	-----------

DEUXIÈME PARTIE : AU CROISEMENT DE DEUX ÉPREUVES SOCIALES : CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE _____ 59

CHAPITRE 3 - LA QUESTION DU « HANDICAP » _____ 59

3-1 Approches de la place des handicaps dans la société _____	60
Le handicap : vers un modèle social _____	62
Une analyse en terme de « stigmaté » _____	64
Une analyse en terme de « liminalité » _____	65
Mouvements de normalisation et valorisation du rôle social _____	67
3-2 Handicap et genre _____	69
Quelques éléments contextuels _____	70
Invisibilité des problèmes des femmes handicapées _____	72
3-3 Des droits mieux reconnus ? _____	74
L'autorité parentale en question _____	75
La question de la stérilisation _____	77

CHAPITRE 4 - L'EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ COMME ÉPREUVE SOCIALE _____ 83

4-1 La maternité n'est pas une expérience de tout repos _____	83
Etre mère : entre vocation et métier _____	83
La maternité a un coût _____	84
La maternité : une injonction de compétences _____	88
Être mère : une épreuve en soi _____	90
4-2 La parentalité et le soutien à la parentalité : un contrôle social à assumer _____	92
Le terme de parentalité, entre soupçon et dénonciation _____	92
Le soutien à la parentalité : à l'origine, pour une approche plus positive de l'aide en direction des familles _____	94
4-3 Situations sociales des femmes qualifiées de « fragiles » : la fabrique de mères sous contrôle _____	96
Etre mère et pensée comme « la cause du danger » _____	96
Autres femmes handicapées et aussi, « mères dont il faut se méfier » _____	98

CHAPITRE 5 – LA MATERNITÉ EN SITUATION DE HANDICAP, SITUATION LIMINAIRE _____ 101

5-1 État de la question _____	101
Une dominance des études nord-américaines _____	101
Pauvreté et isolement social _____	105
Un réquisitoire imposant _____	106
Le devenir des enfants _____	107
5-2 Être mère-avant-tout _____	109
Des représentations négatives _____	111
Les styles éducatifs imputés aux mères par les professionnels _____	113

Peu de chiffres à disposition et un vide théorique _____	116
Conclusion de la deuxième partie _____	117
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS ET PERSPECTIVES _____	119
CHAPITRE 6 - PORTRAITS DE ONZE ENQUÊTÉS _____	121
6-1 Portraits sociologiques _____	122
Portrait 1 : Anna. Mère de deux enfants _____	123
Rencontres avec Anna _____	123
Sa famille et son travail de mère _____	124
Son travail et son accès à un suivi social : un isolement contraint _____	126
Entre résignation, stratégies d'adaptation et d'évitement _____	126
Points forts – Anna _____	127
Portrait 2 : Cassandra. Mère d'un enfant _____	129
Rencontres avec Cassandra _____	129
Des conditions de logement peu adaptées à un couple avec un enfant _____	130
Peu d'éléments sur sa famille _____	131
Situation professionnelle et financière _____	131
Cassandra, une figure discréditée _____	133
Une grossesse vécue dans une peur familiale partagée _____	134
La naissance et le retour de la maternité : un cauchemar _____	135
Matthieu, une protection contre le monde extérieur _____	136
Une compagne, une mère aimante et attentionnée _____	138
Points forts - Cassandra _____	139
Portrait 3 : Denise et Denis. Parents de six enfants _____	141
Rencontres avec Denise et Denis _____	141
Un lieu de vie décoré _____	142
Situation familiale _____	142
Situation professionnelle _____	143
Situation des enfants _____	144
Un fort sentiment d'exclusion et d'humiliation : une question de regard _____	144
Ambivalences au sujet du travail social _____	145
Les attentes des intervenants sociaux et la crainte du placement des enfants _____	147
Points forts – Denise et Denis _____	148
Portrait 4 : Jeanne – jeune femme enceinte de son premier enfant _____	149
Rencontres avec Jeanne _____	149
Situation familiale _____	150
Jeanne et la violence _____	151

Un bébé pour « faire sa vie » et avoir « quelque chose à penser » _____	152
Représentations et pratiques de santé non conformes à l'attente des professionnelles _____	152
Tâches domestiques et accompagnement social _____	153
Points forts - Jeanne _____	155
Portrait 5 : Marie. Jeune femme enceinte de son premier enfant _____	155
Rencontres avec Marie _____	155
Contexte familial _____	156
Contexte de la naissance de l'enfant _____	157
Situations de violence extrême et de santé précaire _____	157
L'avenir anticipé _____	160
Points forts – Marie _____	161
Portrait 6 : Thérèse. Mère dont les enfants viennent d'être placés en institutions sociales. _____	161
Rencontres avec Thérèse _____	161
Quand la violence dans la sphère privée, révèle la déficience intellectuelle dans la sphère publique _____	162
Un isolement subi et construit _____	163
Points forts – Thérèse _____	164
Portrait 7 : Sandra. Mère de deux enfants placés en famille d'accueil. _____	165
Rencontres avec Sandra _____	165
Un logement insalubre _____	166
Être mère par intermittence _____	167
Une expérience professionnelle insatisfaisante _____	169
Regard porté sur la maternité : la peur de ne pas pouvoir avoir des enfants _____	169
Un parcours de vie lié à des déplacements institutionnels _____	170
Regard porté sur le travail social et sur le Centre Médico-Psychologique _____	171
Sandra et ses amis _____	171
Points forts – Sandra _____	172
Portrait 8 : Christiane. Mère d'un enfant placé en famille d'accueil. _____	173
Rencontres avec Christiane _____	173
Désir d'enfant et situation familiale _____	174
« L'histoire de la claque » : une histoire de « choc » qui a suivi la naissance _____	175
Un parcours de vie lié aux travailleurs sociaux et à la protection de l'enfance _____	176
Une scène singulière lors du troisième entretien _____	178
Stratégies de résistance à l'égard des travailleurs sociaux _____	180
Points forts – Christiane _____	181
Portrait 9 : Didier. Compagnon de Cassandra (portrait 2), père d'un enfant. _____	182
Situation de Didier _____	182
Méfiance à l'égard des travailleurs sociaux et du monde médical _____	183

Un rôle de père mesuré _____	184
Points forts – Didier _____	185
Portrait 10 : Eric. Compagnon non cohabitant de Jeanne (portrait 4), futur père. _____	186
Rencontres avec Eric _____	186
Etre père : une « chose » compliquée qui va changer sa vie « très compliquée » _____	187
Un parcours familial chaotique et semé de violences _____	188
Déléguer et prendre des relais _____	189
Points forts – Eric _____	190

CHAPITRE 7 - EXPÉRIENCE COMMUNE ET SINGULARITÉS DES MÈRES ÉTIQUETÉES « HANDICAPÉES

MENTALES » _____ 191

7-1 Contextes des parcours de maternité _____	191
Tableau récapitulatif des personnes enquêtées _____	192
Les professionnels de l'accompagnement _____	201
Mme A : une posture contradictoire, entre le don de soi et le dénigrement _____	201
Discours des éducatrices spécialisées _____	210
Le discours du pédiatre _____	214

Synthèse des résultats _____ 215

7-2 Expériences communes des parcours de maternité _____	217
L'expérience de la maternité : une expérience mitigée _____	217
Une histoire familiale et sociale ancrée dans des difficultés _____	218
L'enfant : l'espoir d'une vie normale _____	218
De la maternité au domicile : un choc, un cauchemar _____	219
Pratiques parentales légitimes et illégitimes _____	221
La « bonne » et la « mauvaise » mère _____	221
La perte du droit de garde des enfants _____	222
Une focalisation sur des savoir-faire au détriment des savoir-être _____	223
Une surveillance permanente _____	224
L'avenir incertain, mais avec des enfants _____	224
La scolarisation des enfants _____	224
La question de la responsabilité n'est pas évoquée _____	225
La violence au sein du couple : « un prix à payer » pour l'accès à la normalité ? _____	225
La violence : une fatalité _____	225
La banalisation de la violence sur les femmes handicapées mentales _____	226
Violences et isolement vont de pair _____	227
Peu de capitaux pour résister _____	227
Et les hommes dans tout cela ? _____	227
Les hommes exclus de la relation éducative et de l'accompagnement social _____	228

Un manque de partage des responsabilités familiales _____	228
Une stigmatisation renforcée au détriment des conjointes « handicapées » _____	228
Vignettes-BD-usage de la photographie : principaux résultats _____	229
Des normes hiérarchisées _____	230
Un sens aigu du danger _____	230
Des scénarios-catastrophes _____	230
Le parent sauveur et surveillant permanent _____	231
Normes d'hygiène exacerbées _____	231
Normes corporelles peu valorisées _____	232
Soutien social et soutien familial peu investis _____	232
Normes d'une famille unie _____	232
7-3 Injonctions normatives contradictoires et préconisations _____	233
7-4 Émotions et compétences _____	236
Deux scènes extraites du journal de terrain _____	237
Situation 1 : « Une histoire d'allaitement » _____	237
Situation 2 : « L'affaire du chat » _____	239
Conclusion de la troisième partie _____	242
CONCLUSION GÉNÉRALE _____	243
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____	247
ANNEXES _____	265
Annexe 1 _____	265
Annexe 2 _____	266

INTRODUCTION GÉNÉRALE

A l'intersection de la sociologie de l'expérience, de la famille, de la santé, du handicap et du genre, l'expérience de la maternité des femmes étiquetées « handicapées mentales »² est désormais considérée et revendiquée comme un droit (Mériaux 2003)³ ; or l'application de ce droit ne va pas de soi parce que le « handicap mental » implique des difficultés à traiter des problèmes, cognitifs et affectifs, qui se posent dans l'organisation de la vie ordinaire et de la relation avec les autres. Situation liminaire au sens d'un entre-deux durable entre insertion problématique et jamais assurée, et exclusion évitée au nom de l'égalité démocratique (Blanc 2006), cette expérience de la maternité est pensée, encadrée, socialisée par des « institutions gardiennes de la normalité » (Laé et Proth 2002 : 5). Le statut des femmes dont il sera question dans ce travail doctoral désigne dans bon nombre de représentations l'« étrangeté » ou la « différence ». Il est la conséquence de l'étiquetage des individus et représente ce qui les stigmatise *à priori*. On retrouve ces éléments dans l'analyse de Goffman : « Dans tous les cas de stigmaté [...] on retrouve les mêmes traits sociologiques : un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmaté, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions ». Goffman illustre la normalité par rapport à cette frange marginalisée : « Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les *normaux* » (2001[1975] : 15).

Ce travail de recherche s'inscrit dans une sociologie de l'expérience (Dubet 1994) et l'objet d'étude porte sur l'expérience sociale de la maternité de femmes désignées « handicapées mentales » et en situation d'accompagnement institutionnel. Le terme « maternité » désigne en langue française « l'action de porter et mettre au monde un enfant, le lieu (l'hôpital) où s'effectuent les accouchements, la relation (matérielle et effective) tissée avec des enfants et inscrite dans un réseau de parenté [...] » (Thébaud 2005 : 9). Je prends en

² Cette appellation « handicap mental » est retenue du fait de la prégnance de son usage dans le champ du handicap, des institutions du travail social et de la législation française. Je développerai plus loin (page 40) la raison de cette désignation associée à la théorie de l'étiquetage de Becker (1985 [1963]).

³ Par exemple dans le « Manifeste des femmes handicapées d'Europe » publié par l'European Disability Forum – Forum Européen des personnes handicapées (EDF-FEPH).

compte à la fois l'expérience de la grossesse, de l'accouchement, du retour à domicile et du soutien familial et social.

Dans cette recherche, je m'intéresse donc aux savoirs expérientiels des mères et pour cela je me suis située dans une posture compréhensive en les considérant comme des personnes actrices de la recherche. Pour étudier le sens que ces femmes donnent à leur rôle et leurs pratiques et comprendre comment elles construisent elles-mêmes un sentiment de compétence ou de responsabilité parentale (Martin 2003 : 35), cette approche compréhensive était nécessaire. Pour comprendre leurs manières de voir, de sentir et d'agir, il m'a fallu prendre en compte leur système de valeurs, leurs repères normatifs, leur lecture de leurs propres expériences (Quivy et Van Campenhoudt 1995 : 196 ; Bajos et Ferrand 2002 : 17). En tant que sociologue, j'ai adopté une posture de « rencontre de l'Autre au lieu de mise à distance » (Saillant 2000 : 163). La perspective présentée ici est originale dans la mesure où aucun autre ouvrage n'est construit autour d'entretiens avec des femmes dites « handicapées mentales ». L'un des enjeux de ce travail de thèse est de faire émerger un savoir peu affirmé publiquement. Ce savoir ne devient accessible, comme le souligne McIntyre, que dans la mesure où le processus de recherche permet aux gens de raconter leur vie d'une manière qui reflète leurs vérités et leurs réalités tant personnelles que collectives (citée par René & Laurin 2009).

C'est à partir de constats issus de trois travaux exploratoires auprès de représentant-e-s de l'accompagnement social et de la santé et d'une mère handicapée, que j'ai construit ma propre problématique et que dans la lignée des *disability studies*, je me suis intéressée aux récits des femmes. J'ai proposé et les ai amenées à une forme de « travail sur soi qui se fait par le langage, dans la conscience d'un récit fait à autrui ou à soi » (De Singly 2004 : 37).

De ces travaux exploratoires, j'ai retenu l'idée que la notion de parentalité et le point de vue institutionnel sur la question sont porteurs de normes qui renvoient à des conceptions homogènes mais aussi désuètes de la famille ; et que face aux familles jugées déficientes, la normalisation instaurée au regard des normes dominantes et par des « expertes en parentalité »⁴, est reçue et expérimentée par les familles concernées comme des règles. La manière dont ces normes de parentalité sont vécues au quotidien par les parents et la mère

⁴ Le champ de l'intervention sociale dans le champ du handicap est en grande majorité composé de professionnelles femmes. Lors de mes enquêtes, je n'ai rencontré que des éducatrices spécialisées dans le domaine du soutien à la parentalité qui devient une « affaire de femmes ».

« handicapée mentale » n'est pas investiguée dans les sciences sociales. Pour ces femmes, être mère représente un rôle social significatif et correspond à une revendication d'égalité et de normalité : « être comme les autres femmes ». Cette expérience s'inscrit dans un contexte d'intervention sociale dominé par des injonctions contradictoires et normatives : la mise en exergue de leurs compétences maternelles et la mise en doute de ces mêmes compétences.

Educatrice spécialisée durant une vingtaine d'années, mon intérêt pour la compréhension de l'expérience de ces mères m'a conduite à mener cette recherche doctorale en sociologie sur les questions suivantes : comment vivent-elles leur expérience de maternité et comment apprennent-elles à devenir mères, dans une exigence de perfection et d'un parcours « sans faute » ? Comment construisent-elles un sentiment de compétence et de responsabilité parentale ? Comment les normes de parentalité sont-elles appropriées et expérimentées par les parents et les mères en particulier ? De quelle manière et dans quelle mesure les mettent-ils en œuvre et les contournent-ils ? Cette recherche a été possible du fait d'un changement de ma posture professionnelle, je suis devenue formatrice dans un établissement de formation en travail social à l'université et doctorante en sociologie. Ces déplacements entre action et recherche, m'ont amenée à identifier la permanence et l'importance d'un questionnement épistémologique sur les conditions de production de savoirs sur l'expérience de ces femmes devenues mères, sur la permanence des rapports de savoirs et de pouvoir dont elles sont l'objet dans les modes d'accompagnement qui leur sont proposés, voire imposés, y compris dans leur rapport aux chercheur-e-s.

C'est par l'intermédiaire de travailleuses sociales de diverses institutions (Etablissements et Services d'Aide par le Travail - ESAT, service de soutien à la parentalité, service de médiation familiale et Institut Médico-Educatif - IME) que j'ai pu rencontrer les femmes concernées par ma recherche.

La première partie de ce travail doctoral porte dans un premier temps sur la construction progressive de cet objet d'étude de mes interrogations d'origine jusqu'à l'objet de recherche retenu. Dans un second temps, mon attention se porte sur les ajustements d'une méthodologie de recherche auprès de mères ou futures mères et sur la manière dont l'appropriation en situation réfracte/donne à comprendre l'asymétrie des positions entre ces femmes et les professionnels de l'intervention sociale et de la santé. La relation asymétrique produite par la situation d'entretien et associée au « handicap mental » a retenu toute mon attention. Dans cette première partie, je porte un intérêt particulier aux précautions d'ordre éthique dans la mesure où recueillir le point de vue de ces personnes oblige le chercheur à

tenir compte de leur vulnérabilité, souvent perceptible dans les entretiens ; mais aussi parce que les femmes, voire leurs proches peuvent être hésitants à participer à la recherche par crainte d'être signalées aux institutions à la suite de leurs confidences. Maiter et ses collègues vont encore plus loin, en parlant d'une nécessaire éthique de réciprocité entre les différents acteurs en présence (Maiter et al. citées par René & Laurin 2009). J'expose les obstacles d'ordre méthodologique (la nécessité pour moi d'établir continuité et confiance chez des personnes stigmatisées et méfiantes de fait, à l'égard des intentions des personnes qui leur sont étrangères) et pratique (la difficulté d'obtenir l'engagement des institutions et la confiance nécessaire pour trouver des personnes à enquêter) qui m'ont amenée à construire progressivement la méthodologie de cette enquête.

La seconde partie de ce travail doctoral porte sur l'aspect théorique du handicap et de l'expérience de maternité. Dans un premier temps, j'explore le dédale des significations du handicap et des modèles explicatifs en présence. Dans un second temps, je fais un détour par l'expérience maternelle ordinaire et je montre que la transition au rôle parental peut être considérée comme une période de vulnérabilité avec des enjeux différents pour les femmes et pour les hommes. Au cœur de la famille, l'expérience de la maternité est un marqueur des relations asymétriques et des stéréotypes de sexe entre femmes et hommes au moment de l'accès à la parenté et du travail domestique de santé (Cresson 1995). Enfin, dans un troisième temps, je montre que la négociation de cette transition peut être encore plus difficile pour les femmes « handicapées ».

La troisième partie porte sur l'exposé des résultats de recherche. Dans un premier temps, j'ai pris le parti d'effectuer des portraits des personnes enquêtées. L'exposé des situations singulières m'a permis dans un second temps de mettre à jour les points communs et moments-clés de ces expériences de maternité. Enfin dans un troisième temps, je fais un détour par la question des injonctions contradictoires et la normalisation, puis des émotions d'un point de vue déontologique et de la recherche pour donner à comprendre que l'expérience de maternité des femmes étiquetées « handicapées mentales » est dans une situation liminaire permanente entre la « bonne » et la « mauvaise » mère, entre « normalité » et « handicap ».

PREMIÈRE PARTIE : D'UNE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE À L'ÉLABORATION D'UNE ENQUÊTE DE TERRAIN

Cette première partie rend compte de la construction progressive de mon objet de recherche entre action et recherche. Je présente d'abord le cheminement d'un questionnement épistémologique sur l'expérience des femmes étiquetées « handicapées mentales ». Puis, je rends compte d'une démarche méthodologique progressive et ajustée qui a nécessité une réflexion en amont sur mon propre positionnement en tant que chercheure.

CHAPITRE 1 - RÉCIT D'EXPÉRIENCE ET CONSTRUCTION PROGRESSIVE DE L'OBJET DE RECHERCHE

De 1987 à 2005, j'ai travaillé dans un Institut Médico-Educatif (IME), en foyer d'internat puis en accueil de jour de semi-internat, auprès d'enfants de 6 à 14 ans. Je suis éducatrice spécialisée de formation. C'est dans cette période professionnelle que mon intérêt pour cet objet de recherche s'est développé. Mon expérience de formatrice auprès de futurs éducateurs et éducatrices spécialisé-e-s m'a permis de le conforter. Et je rends compte ici de la construction progressive de cet intérêt, dans un cadre institutionnel très particulier, appuyée par une reprise des études universitaires.

Cette institution représentait une forme majeure « d'organisation institutionnelle de la sexualité » qui a pour effet d'exclure les personnes vivant en institution de la norme dominante d'organisation sociale de la sexualité et d'instituer une dissociation entre les fonctions érotiques et procréatrices de la sexualité en favorisant ou en tolérant certaines formes d'activités sexuelles (Giami 1999 : 4). Des observations récentes me font dire que les institutions prenant en charge les personnes « handicapées mentales » d'âge adulte semblent innover concrètement une nouvelle organisation de la sexualité, en autorisant en ses murs des chambres « pour couples », par exemple. La norme instaurée étant le couple constitué d'une femme et d'un homme. Ce nouveau modèle d'organisation institutionnelle de la sexualité, au

nom de l'intérêt de « la personne handicapée »⁵, qui s'étend progressivement dans bon nombre d'institutions comporte des réglementations strictes au sujet de la fonction procréatrice qui demeure la finalité ou le risque de l'activité sexuelle. Le contrôle exercé sur la fonction procréatrice de la sexualité par le biais de méthodes contraceptives permanentes, y maintient les personnes « handicapées mentales » dans la fonction érotique de la sexualité et les excluent toujours de la fonction procréatrice.

1-1 Expérience d'éducatrice spécialisée en IME et reprise des études universitaires

Les principaux éléments qui suivent sont tirés de ma propre expérience professionnelle en semi-internat, et ont suscité de nombreux débats parmi les membres de l'équipe éducative dont je faisais partie.

Quatre expériences significatives

Certaines des quatre situations ont été notées dans ce que j'appelais un « carnet d'étonnements », qui ne quittait jamais ma poche. Je tenais à ces carnets qui me permettaient de comprendre et d'analyser a posteriori les situations professionnelles mais aussi les stratégies institutionnelles et personnelles que mettaient en place les membres de l'équipe de direction avec qui j'étais en conflit latent.

En 1998, la psychologue de l'Institution⁶ m'a *interdit* (sic), de jouer à la poupée avec des enfants garçons et filles âgé-e-s de 7-8 ans, parce que cela allait « *leur donner envie de faire des bébés* ». Le décalage entre cet ordre et l'explication prononcés par une personne qui représentait pour moi un modèle d'intelligence, et l'intention d'origine que j'avais donnée à cette activité ludique, m'avait surprise voire agacée. J'analysais cette situation comme un « non sens pédagogique » et un message explicite d'incompétence professionnelle qui m'était destiné.

En 2001, une jeune fille de 12 ans me disait au sujet de son avenir avoir « *envie d'avoir des bébés, parce que c'est normal d'en avoir* ». Chez cette jeune fille, le besoin de se

⁵ Depuis la Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002, Loi de modernisation sociale ; la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, « la personne handicapée » est au centre de tout projet instauré au sein des institutions spécialisées dans la prise en charge du handicap. Le thème de la réalisation de soi devient un puissant organisateur de sa vie sociale.

⁶ Cette personne était psychologue analyste, de formation lacanienne. Elle-même en thérapie depuis une dizaine d'années.

réaliser comme mère se manifestait en réaction aux normes véhiculées dans cette institution. Lors d'une réunion pédagogique et entre deux sujets de l'ordre du jour, je faisais part de ce désir à l'ensemble des professionnels présents ; à la demande de la chef de service, il a été convenu collectivement et à mon grand désarroi que cette jeune fille devait bénéficier d'un suivi psychothérapeutique.

En 2002, une troisième situation se rapporte plus à nos réactions collectives d'hommes et de femmes, lorsque nous apprenions que des jeunes femmes de 18 ans que nous avions connues et dont nous nous étions occupées dès l'âge de 6 ans, attendaient elles-mêmes un enfant : nous n'étions pas étonnés et évoquions notre impuissance à prévenir les situations de grossesse. Nous éprouvions de fortes émotions et une crainte indéfinie pour les enfants à venir et les jeunes mères. Ces réactions étaient proportionnelles à l'attachement éprouvé envers ces jeunes filles, dans la mesure où des liens de quasi-filiation peuvent être construits par la nature même de l'accompagnement éducatif, en foyer d'internat par exemple. Le travail de *care* où l'intervenant social engage sa responsabilité dans le soin d'autrui et assure sa protection, est très souvent empreint d'une affectivité forte.

En 2003, lors d'une fête de Noël à l'Institut Médico-Educatif, un jeune homme avec qui nous n'avions plus de contact depuis de nombreuses années était venu en mobylette, alors qu'il neigeait abondamment, nous annoncer la nouvelle de la naissance, la veille, de son deuxième enfant. Surpris par cette nouvelle, nous lui avons seulement demandé s'il était bien accompagné par les services adaptés ; il nous avait répondu qu'il était « *heureux et très fier de ses deux enfants* » et nous avait rassurés sans que nous lui ayons exprimé le moindre signe d'inquiétude. Nous étions plus soucieux de l'état de la route et de son départ imminent, que de la nouvelle de la naissance de ses enfants. Il était clair que nous n'avions pas les mêmes réactions lorsqu'il s'agissait de garçons.

Une approche « psy », clinique et bricolée

Mes collègues éducateurs et éducatrices spécialisé-e-s et moi-même étions enclins à la psychologisation des faits sociaux que nous observions, et à ce que Sandrine Garcia nomme « la construction psychanalytique d'une « cause de l'enfant » (2011 : 274). Au « nom de l'intérêt de l'enfant », nous nous pensions et agissions en tant que « Spécialistes de la relation » (Verdès-Leroux 1978 : 175), et comme tels, nous nommions les parents et principalement la mère, de manière inconséquente et sans nuance, responsables des difficultés que leurs enfants pouvaient rencontrer ; difficultés que nous résumions sous le terme générique de « carences affectives et éducatives ». Cette imposition d'une lecture

psychanalytique agissait au double niveau de l'interprétation de l'inadaptation et des modes de traitement préconisés aux enfants dont nous nous occupions, afin de contribuer à leur épanouissement, et de leur donner un maximum de chances à se réintégrer dans la société (Verdès-Leroux 1978 : 152).

Comme nous pensions que les premières années de la vie étaient décisives⁷, nous nous donnions un rôle de substitut parental voire maternel. Ce rôle était reconnu par nos instances supérieures qui légitimaient nos efforts de protection des enfants que nous pensions en danger dans la sphère familiale.

Cependant dans nos formations continues et dans nos relations avec les instances judiciaires, l'idée que la famille était irremplaçable et qu'une famille « même déficiente » était préférable à toute autre solution (Verdès-Leroux 1978 : 151), s'imposait progressivement. Pour les jeunes parents et les jeunes éducateurs que nous étions, l'idée qu'une mère « même déficiente » était préférable à toute autre solution, et donc à nos soins, nous troublait. Nous n'acceptions qu'en surface cette restauration des liens naturels de l'enfant avec ses proches, l'idée de non-culpabilité des parents prônée par le législateur, et les pratiques des juges des enfants contrairement à ce que laisse penser Verdès-Leroux (1978 : 151) au sujet des travailleurs sociaux. Nous trouvions toujours des faits qui contredisaient ces nouvelles orientations.

Plusieurs raisons expliquent cela. La principale : nos connaissances en psychologie de l'enfant. Dans les années 1980, nous étions formés en psychologie du développement (le cœur de notre formation), sur la base des travaux de René Spitz, psychiatre et psychanalyste américain ; de Donald Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais ; de John Bowlby, pédiatre et psychanalyste anglais et de Didier Anzieu, psychanalyste français.

⁷ Nous étions des fervents lecteurs des ouvrages traduits et à notre portée de Dodson Fitzhugh [Dodson, F. *Tout se joue avant six ans*. Editions Robert Laffont. 398 p.] et des ouvrages de Myriam David dont on dit d'elle en 2005, dans un hommage appuyé suite à son décès : « [Myriam David] a créé une clinique rigoureuse du bébé tout en tenant compte des effets délétères des carences maternelles ou de la « folie maternelle » mais s'engageant toujours pour les traiter » mais aussi « [Myriam David] a intriqué sans trop de contradiction le travail direct avec les bébés et avec leurs parents mais aussi dans des dispositifs institutionnels adaptés à la nécessaire distance entre parents et bébés » et enfin « [Myriam David] a innové un travail institutionnel et de partenariat avant l'heure : mettre en complémentarité parents et professionnels. Construire des réseaux, des enveloppes au sein desquelles chaque famille puisse réanimer sa pensée, et où les professionnels puissent se dépendre de l'ennui, de l'impuissance et du désespoir injecté par ces familles gravement désorganisées, dans une analogie relation parents/bébés-parents/professionnels ». Source : « Hommage à Myriam David », *Enfances & Psy* 2/2005 (n°27), p. 127-130. URL : www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2005-2-page-127.htm. DOI : 10.3917/ep.027.0127

Nous ne maîtrisions pas la profondeur de leurs travaux issus de recherches psychanalytiques qui portent sur les effets de la carence précoce de liens maternels et de l'articulation de l'individu à son environnement (pour le bébé, son environnement maternel) ; fascinés par ces modèles, nous en appliquions de manière inconsidérée le raisonnement, trop heureux de trouver et de donner sens à des observations cliniques qui dépassaient parfois notre entendement. Nos analyses sommaires, où l'intérêt de l'enfant dominait, trouvaient aussi leurs fondements chez des auteures comme Françoise Dolto (1985) et Maud Mannoni (1973). Mais collectivement et paradoxalement à notre lecture psychanalytique des carences éducatives et affectives, nous n'adhérions pas à l'idée réparatrice de la psychothérapie individuelle délivrée, nous le pensions, de manière inconsidérée aux enfants.

Nous construisions des pratiques éducatives référées à des ouvrages de vulgarisation scientifique, aux tableaux cliniques présentés par des « experts » en la matière (la catégorie des « psys »), et enfin à notre propre expérience de jeunes parents.

Par l'intermédiaire des carnets de liaison à destination des familles, nous exprimions des injonctions normatives fortes à l'égard des mères « déficientes ». Lorsque ces injonctions déguisées sous forme de conseils et relayés par une personne nommée « liaison familiale », ne produisaient pas les effets escomptés, la culpabilisation et l'incrimination de ces mères étaient de mise. Ainsi la mère ou future mère qui présentait des incapacités intellectuelles était jugée incompétente, même si parfois nous lui reconnaissions des capacités d'adaptation au monde environnant. La maternité était considérée comme une forme de sur-handicap, une épreuve personnelle et sociale pour la mère et un malheur pour l'enfant.

Des réactions collectives qui renforçaient nos croyances

Dans le cadre du semi-internat, c'est sans formation spécifique que nous décidions alors en équipe éducative, de mener des séances d'initiation à la vie sexuelle, en direction des jeunes garçons et filles âgés de 12 à 14 ans, tout en privilégiant la participation des jeunes filles. Afin de « cadrer » nos interventions, nous produisions en quelque sorte des catégories pour penser les inadaptations. Nous pensions ainsi réduire les écarts à la norme, une norme sur le plan de la sexualité qui n'était ni explicitée, ni discutée entre nous. A travers un jeu de recommandations, il s'agissait de promouvoir des représentations de la famille conjugale « traditionnelle » et hétérosexuelle, sous couvert de prévention aux infections sexuellement transmissibles et de contraception par exemple. Dans les messages donnés, la sexualité était fortement liée à la procréation et peu conçue comme récréative. Le plaisir, la relation à l'autre et l'orientation sexuelle étaient peu abordés.

Lorsque nous échangeons sur ces expériences de maternité, nous étions bouleversés et démunis. Nous croyions alors nécessaire d'entamer une réflexion sur la parentalité qui, dans le champ de l'action sociale est devenue en quelques années un thème « à la mode ». Ce néologisme dérivé de l'adjectif « parental » représentait pour nous une notion floue mais nous l'employions de manière savante dans chaque phrase où le statut de parent était fortement interrogé, en termes de « problème de parentalité ». Nous avons lu l'ouvrage de Didier Houzel (1999) et nous n'avions pas analysé que l'utilisation de cette notion pouvait faire émerger un nouveau « problème public » (Martin 2003 : 12) et des normes de parentalité. Par « normes de parentalité », j'entends des comportements et des manières de faire attendus de la part des parents et des mères en particulier, vis-à-vis de leurs enfants. Selon nous, il était évident que les parents devaient apprendre leur « métier » de parents.

Collectivement, nous renforçons notre soupçon sur l'incapacité des parents et de la mère à élever et éduquer des enfants, et nous trouvions des appuis en réunion pluridisciplinaire (composée de psychologues, de travailleurs sociaux voire de rééducateurs orthophoniste ou psychomotricien). Nous reconstruisions l'histoire de familles avec de nombreux enfants (le plus souvent) dont la mère était déficiente, familles ciblées, pour qui tout indice de fragilité était métamorphosé en indice significatif de danger potentiel et en signe prédictif de danger futur. Ces familles étaient étiquetées inadaptées quelquefois à partir d'une impression ou d'intuitions qui ne reposaient sur rien de solide : « Tous les comportements étaient pris comme autant d'indices et de preuves contre elles » (Verdès-Leroux 1978 : 233). Cette analyse commune que nous appelions « *analyse de cas* », pouvait amener à un signalement « d'enfant en danger ». Si une famille avec les mêmes caractéristiques ne présentait pas de soucis majeurs, c'est que nous faisons « *un bon travail de soutien* ». Nous nous reconfortions comme nous le pouvions. L'institution ne se considérait jamais comme responsable de ces difficultés et s'illusionnait parfois sur son action. La distance et les frontières élevées entre l'institution et le milieu familial étaient telles, qu'elles donnaient à penser que seule la première était légitime et garante de leur avenir : les pratiques du milieu familial étaient considérées comme des exemples à ne pas suivre.

Une grande part de notre activité consistait dans l'évaluation continue du travail, supervisée par un psychiatre ou une psychologue, par le biais de discussions collectives qui permettaient d'unifier des positions et des pratiques et de produire en quelque sorte une idéologie commune « tout en maintenant l'illusion de la singularité de chacun » (Verdès-Leroux 1978 : 161). Chaque membre de l'équipe éducative réfléchissait sur ses actions, sur

les relations établies, sur les sentiments éprouvés et les incidences de ses attitudes à l'égard de tel ou tel enfant. Et dans ce que nous appelions « *une évaluation de la situation* » qui sous-tendaient la construction de la maltraitance comme problème social, nous cherchions à mettre en valeur les éléments familiaux qui nous paraissaient les plus problématiques et les plus marquants, en comparaison parfois à nos propres références familiales : les conditions de vie et de logement précaires, l'absence de père, la présence jugée néfaste du père ou du beau-père (en raison le plus souvent de son alcoolisme ou les rapports présumés incestueux avec les enfants), voire les pathologies mentales des différents membres de la famille. Nos prises de position étaient parfois contradictoires et traduisaient des interprétations subjectives et des représentations référées à des normes d'exemplarité construites dans tel ou tel service ou dans tel groupe de professionnels.

On peut se poser la question de notre légitimité d'évaluateurs profanes « de la prise en compte des conditions particulières au milieu pour décréter de la compétence ou de l'incompétence des parents » (Cresson et Gadrey 2004 : 33).

Un regard réducteur porté sur les familles, les femmes et les mères

Je retiens de ces expériences professionnelles l'absence de préparation et le malaise face à la procréation des personnes avec une déficience intellectuelle. Tant que les incapacités liées à la déficience intellectuelle restaient dans « l'entre soi » au sein de la « niche IME », nous n'étions pas ébranlés outre mesure. Un système de connivence entre nous et les enfants et jeunes adolescents, permettait de maintenir leur estime d'eux-mêmes, malgré leurs difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Edgerton appelle cela « la conspiration bienveillante » dans laquelle les professionnels qu'il nomme « les bienfaiteurs » évitent d'humilier l'individu en ne montrant pas qu'ils sont conscients de la source de son incompétence (cité par Calvez 1994 : 70). Dès lors que les grossesses annoncées devenaient problème public et se produisaient hors de notre niche bienveillante, cette « mascarade » comme la nomme Edgerton (1967) n'avait plus cours et nous ne savions pas comment protéger ces futures mères du jugement social négatif posé à leur encontre. Notre identité de « bienfaiteurs » était troublée par cet état de fait et nous devenions à notre grand désarroi des « entrepreneurs de morale » (Becker 1985), parce que sans réponse à leurs questionnements, nous considérions comme déviantes les jeunes femmes que nous avions accompagnées jusqu'à leur départ de l'institution, avec l'idée du travail accompli. Nous nous sentions dépassés par ces jeunes femmes qui expliquaient leur grossesse comme une revendication d'égalité et de conformité à un idéal de maternité mais aussi comme une forme de valorisation personnelle et sociale.

L'antagonisme décrit par Hoggart (2009 : 117) entre « eux » et « nous », entre le monde des personnes institutionnalisées et celui des autres, les personnes qui vivent en milieu ordinaire, se retrouve dans le propos qui suit (extrait d'un de mes « carnets d'étonnements ») :

« Moi je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas être comme les autres. Toutes ces femmes là, toutes les autres, qui ont des bébés. Mes sœurs elles en ont, pourquoi pas moi ? Je veux faire comme eux et puis t'as rien à me dire, je fais ce que je veux ».
Cindy 19 ans.

Dans « l'intérêt supérieur de l'enfant », nos représentations et nos normes relatives au parent idéal et à la mère idéale, étaient alors fortement ébranlées : la dimension éthique du droit des femmes à accéder à la maternité et du droit des enfants d'avoir des parents qui remplissent suffisamment bien leur fonction parentale, déstabilisait les professionnels de l'éducation que nous étions. Les mères étaient jugées au regard de la norme de l'amour maternel, maternant et bienfaisant, norme pour laquelle « les moindres gestes prennent sens à travers une analyse en termes de manque d'amour et d'affection » (Cardi 2004 : 74), ou en termes d'excès d'amour et d'affection. Ce trop-plein nommé par les intervenants sociaux comme « *une trop grande symbiose* »⁸, est encore considéré aujourd'hui dans le milieu professionnel de la petite enfance, comme nocive au « *bon développement de l'enfant* ». La principale raison évoquée de cette situation étant la faillite du père, « *tiers-séparateur* » jugé indispensable dans la triade père-mère-enfant : de fait, la séparation précoce de la mère et de l'enfant dans un but explicite de socialisation de l'enfant, est bien souvent un objectif premier du travail de soutien à la parentalité exercé auprès des familles fortement précarisées (avec l'inscription en halte-garderie ou autre mode de garde par exemple).

La notion même de danger n'était pas discutée, comme si sa signification allait de soi. Les enfants « en danger » étaient définis comme l'ensemble des enfants « négligés », « maltraités » et « en risque » selon des critères subjectifs et non définis. Pour Serre « le signalement est d'abord un acte fondé sur une appréciation du « danger » encouru par un enfant dans sa famille, jugement qui engage une interprétation des critères juridiques imprécis de santé, sécurité, moralité, conditions d'éducation censés définir ce danger. En ce sens, il est le produit objectivé d'une activité cognitive et normative qui renvoie à une certaine vision de l'ordre social, familial et moral, dont on peut rendre compte à partir des dispositions intériorisées au cours d'une trajectoire et du système de normes professionnelles, souvent

⁸ En italique, des notes extraites de mon journal de terrain.

d'origine savante, acquises au cours de la formation et de l'exercice professionnels » (2001 : 71). A l'encontre parfois des psychologues cliniciens de l'institution qui les jugeaient réductrices voire comportementalistes, nous suivions des formations animées par une psychologue psychothérapeute qui nous rendaient prompts à détecter le moindre signe de maltraitance, qu'il soit d'origine physique, psychologique, de l'ordre des négligences ou des « abus » sexuels. J'y avais appris par exemple à créer des contes dits « thérapeutiques » et à repérer les signes de maltraitance voire d' « abus » sexuels dans les dessins d'enfants.

Notre méfiance était de mise : au retour d'un week-end à domicile, il suffisait d'un hématome sur le corps, d'un problème de pédiculose ou d'une coupe de cheveux faite maison, d'une valise en désordre et composée d'habits peu adaptés à la saison, pour que nous mettions en doute les capacités réelles ou supposées des mères à s'occuper de leurs enfants. Les enfants des mères « déficientes intellectuelles » et des familles fortement précarisées étaient doublement et étroitement surveillés. Les mères par l'intermédiaire de leurs enfants, étaient mises « sous surveillance » à distance. Nous n'étions que très peu sensibilisés aux problématiques de genre, en ce qui concerne les mères concernées, les enfants et jeunes adolescent-e-s pris en charge, alors que nous étions sensibilisés à la question sur le plan privé et familial. Comme si la question du genre ne s'adressait pas aux personnes de tous milieux et surtout les plus populaires. Dans un univers professionnel largement féminisé, nous n'étions pas conscients que nous participions à la perpétuation des assignations de genre et à la répartition traditionnelle sexuée des rôles familiaux ; ni même que nous contribuions à façonner une image de la masculinité et de la féminité selon des stéréotypes bien ancrés dans les actes de la vie quotidienne. En foyer d'internat, le modèle d'accompagnement social, normatif dominant était le « couple éducatif homme-femme ». Les femmes y étaient beaucoup plus investies que les hommes dans des soins attentifs et affectueux lors des toilettes ou du coucher par exemple. Les femmes mettaient une ambiance familiale au sein du foyer. Les hommes s'imposaient et recevaient de la considération dans les réunions d'équipe, s'investissaient dans des relations relatives aux règles et aux lois, à l'entretien du jardin et la tenue des comptes courants : situation qui favorisait la construction d'une distance affective dans le rapport aux enfants et jeunes adolescent-e-s. Belotti le signale « en raison de sa « forte nature », on considère que l'homme n'est pas en mesure d'éprouver comme une femme de la tendresse, un désir de protection, de l'intérêt pour les enfants qu'il a procréés ou pour les enfants en général ; le rôle qui lui est imparti est de pourvoir à leurs besoins matériels. C'est sans doute le résultat d'un conditionnement opposé au conditionnement féminin, que la

paternité ne soit jamais présentée au garçon comme un évènement important dans sa vie, mais comme un fait secondaire et accidentel, et en définitive comme quelque chose d'extrêmement ennuyeux (1973 : 143). L'éducation et le maternage des enfants au sein du foyer d'accueil étaient donc une « affaire de femmes »

Ce modèle d'ensemble nous confortait dans l'idée que chacun de nous, que l'on soit homme ou femme, avait « un rôle à tenir », afin de l'imposer auprès de jeunes personnes, dans l'idée que leurs repères étaient brouillés sur le plan familial. Nous encourageons les jeunes filles à l'entraide, au repérage et à l'expression de leurs émotions, mais aussi les intimions à rester à distance des personnes inconnues et surtout des hommes ; nous encourageons les jeunes garçons, à l'autonomie et à l'indépendance affective. Le système éducatif auquel nous étions attachés, modelait les filles et les garçons à partir d'expériences quotidiennes qui instaurent des positions inégales, influençaient fortement les parcours individuels (dans l'orientation préprofessionnelle par exemple) et mettaient en jeu non seulement les capacités intellectuelles, mais également des attitudes de la vie courante et la vie affective et sexuelle des personnes concernées.

Trois recherches exploratoires pour interroger ces expériences de maternité

C'est après une quinzaine d'années d'expériences professionnelles, qu'en 1998 j'ai repris des études universitaires dans le champ des sciences de l'éducation jusqu'à l'obtention de mon Master 2 recherche en 2005 ; je me suis dirigée ensuite en sociologie dans la dernière phase de mon parcours de 2005 à 2012.

Je vais présenter successivement les trois travaux universitaires qui ont touché la question de la déficience intellectuelle, de la santé et de la maternité, avec l'objectif de donner à voir l'évolution de ma posture de chercheuse, des sciences de l'éducation à la sociologie. Mais aussi comment progressivement j'ai pris de la distance avec les professionnels du champ et avec l'affectif et le sentimental qui étaient des caractéristiques propres à mon identité professionnelle. A l'instar de Chantal Lavigne⁹ qui utilise son expérience et son implication profes-

⁹ Pour ces raisons, mère d'une petite fille sourde de naissance, Chantal Lavigne a un temps éprouvé le sentiment de disqualification professionnelle, en tant que chercheuse, alors qu'elle avait déjà fait ses preuves dans le domaine précis du handicap « Me situant comme chercheur et parent, me revendiquant les deux à la fois (l'un enrichissant l'autre), je me heurtais à des collègues me situant, non pas dans la double appartenance, mais dans l'entre-deux problématique : parent ou professionnel, sujet observant ou sujet observé..., l'un ou l'autre, mais pas les deux à la fois. Percevant qu'aux yeux de mes collègues

sionnelle, son rapport avec le monde des chercheurs et des professionnels comme une source d'inspiration féconde (Giami 2004 : 11), j'ai choisi la posture non pas de séparation, mais de rencontre qui considère l'implication du chercheur et l'utilisation de la subjectivité (donnée fondamentale de l'expérience de la recherche) comme levier et instrument de connaissance. J'ai tenu un journal de terrain et divers carnets à ma disposition pour consigner au mieux les divers propos que l'on m'adressait.

Dans cette volonté de proximité et dans cet entre-deux professionnel, ces travaux exploratoires ont été rédigés entre 2001 et 2005.

Lors de ma maîtrise en 2000-2001 et en vue de l'élaboration de mon mémoire de recherche dans le champ de l'éducation à la santé, je questionnais les perceptions subjectives de la santé, de six jeunes accueillis dans l'Institut Médico-Educatif où je travaillais et âgés de 11 à 14 ans. Je constatais que la maternité était un thème sensible dans les propos recueillis, chez les garçons et les filles, dans un contexte où la sphère affective et émotionnelle était bien souvent passée sous silence. Ce constat a contribué à susciter mon intérêt pour la question des normes de la sexualité. Pour le recueil des données, j'avais alors procédé à des entretiens cliniques de recherche (Ledoux 1983 ; Chiland 1983) en apprivoisant la technique de Piaget (1923, 1926) qui nécessitait des relances nombreuses « afin de creuser autour de la réponse soupçonnée et voir si elle avait des racines solides ». Mon approche théorique se focalisait alors sur les représentations sociales dont celles de la santé (Flick 1992 ; Jodelet 1984, 1992 ; Herzlich 1969) ; sur la question du handicap et de la déficience intellectuelle (Delville et Mercier 1999 ; Jeanne et Laurent 1998 ; Guidetti et Tourette 1996 ; Tomkiewicz 1994 ; Misès, Perron et Salbreux 1994) et enfin sur le champ de la promotion de santé et éducation à la santé (Bury 1988 ; Brown-Bertram 1986 ; Castillo 1987 ; Manderscheid 1994 ; Michaud 1997 ; Sandrin-Berthon 1997 ; Jutras et Bisson 1994).

Dans une seconde recherche exploratoire en 2001-2002, en vue de l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées issu à la fois du champ de la santé publique et des

j'avais perdu le droit de faire de la libre recherche, j'ai éprouvé le sentiment d'être contrôlée, dépossédée d'un objet de recherche situé dans une zone d'investigation qui m'était déclarée interdite : je ne pouvais plus appréhender scientifiquement l'objet handicap appartenant désormais aux autres chercheurs gardant eux le droit de le saisir, de (le) penser. J'avais perdu le pouvoir de l'objectivité et de la neutralité, j'étais désormais entachée d'un défaut, d'une faiblesse : la subjectivité ; celle-ci étant d'autant plus débordante et incontrôlable donc redoutable et menaçante qu'elle était *subjectivité souffrante*. Comme si ma pensée était devenue impure, j'étais l'insituable qui appartenait à deux mondes à la fois, à deux mondes normalement séparés. J'étais située à la fluctuation des frontières comme le sont *les gens pas clairs, pas nets* » (Lavigne 2007 : 89).

Sciences de l'éducation, c'est à partir d'entretiens avec des professionnel-le-s de l'accompagnement social et un médecin pédiatre que j'ai tenté de comprendre la construction de la notion de compétence parentale (Ethier et autres 1999 ; Gruson 2003). Mon objectif a été de mieux connaître les pratiques quotidiennes, les savoirs, les représentations et les valeurs que des professionnels partagent à propos des mères avec une déficience intellectuelle, de même que leur vision des modèles éducatifs et normes de parentalité, afin de leur proposer un dispositif de formation adapté à leurs attentes et leurs besoins. Cette évaluation préliminaire des « obstacles » ou des « facilitateurs » (Fougeyrollas et autres 1998) que les mères rencontrent dans leur environnement social, m'a permis de comprendre dans quelle mesure elles peuvent jouer au mieux leur rôle (ou leur « métier ») de parent, dans un contexte de production et de diffusion des normes parentales par les professionnelles. J'ai pu observer que ces normes éducatives, de santé et conjugales, sexuées et socialement situées, sont mobilisées et transposées à distance dans des situations concrètes, imposées et répétées jusqu'à ce qu'elles soient appropriées par les mères qualifiées « *en difficulté* ». Ce travail de recherche m'a aussi permis de comprendre que les professionnels (et professionnelles femmes en particulier) se positionnaient en tant qu'experts de la défaillance parentale (et surtout maternelle) tout en élaborant ou bricolant des solutions aux problèmes d'éducation rencontrés dans une forme d'improvisation du soutien à la parentalité ; ceci sans travail préalable de déconstruction des savoirs, des prénotions, des préjugés et des valeurs qui servent de cadre de référence à ce qui représente pour tout un chacun « la famille suffisamment bonne ». Cette recherche m'a permis de comprendre le flou sémantique de la notion de « compétence ». Ensemble un peu « fourre-tout », les compétences ne sont jamais explicitées, ni identifiées et pourtant les professionnels les évaluent de manière quotidienne et solitaire sur la base des discours des parents ou d'observations fugaces à domicile, sans maîtrise ni de leur propre subjectivité, ni de leurs émotions. On peut dire que les compétences sont évaluées « au feeling », à partir des ressentis, voire d'intuitions.

Or l'évaluation des compétences constitue la base des rapports envoyés au juge des enfants, par exemple. Enfin, si l'on s'en tient à la définition de « compétences », on peut penser qu'elles peuvent être apprises. Peu d'interrogations émergent chez les intervenants sur les modalités de cet enseignement, ni sur les modèles pédagogiques et pratiques de cette transmission. Les modèles d'appropriation des savoirs ne sont pas repérés (certaines personnes peuvent apprendre par imitation, d'autres par anticipation, d'autres à l'aide de supports visuels etc...).

Ce tableau brossé à grands traits montre toute l'ambiguïté de l'accompagnement social face aux compétences parentales, qui sont davantage pensées en termes de lacunes qu'en termes d'acquis à conforter voire à valoriser.

J'ai adopté, à partir de ces entretiens, une approche inductive dont l'objectif était de proposer des pistes de recherche, des hypothèses en vue d'un programme d'intervention auprès de ces mères. Je me suis située dans le courant de la sociologie compréhensive (Weber 1992 ; Kaufmann 1998 ; 1999). Je partage le parti-pris de Kaufmann pour qui la démarche compréhensive « s'appuie sur la conviction que les individus sont des producteurs actifs du social, donc les dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur par l'entremise du système de valeur des individus » (1999 : 23).

Dans une troisième recherche exploratoire en 2003-2005, en vue de l'obtention d'un Master 2 recherche en Sciences de l'éducation, c'est à partir de l'analyse croisée d'un entretien avec une mère « handicapée », l'étude approfondie de son dossier et d'un entretien avec une éducatrice spécialisée -responsable de service- qui accompagnait cette personne dans un établissement spécialisé à vocation professionnelle, que j'ai essayé de comprendre la construction de la figure de la « bonne » et de la « mauvaise » mère et d'en illustrer les paradoxes (Gruson 2006 ; 2007).

Cette troisième recherche exploratoire a eu lieu dans un centre d'aide par le travail. Mon objectif était de décrire la situation familiale et la relation mère-père-enfant sous diverses dimensions, telles que le soutien social reçu et perçu par les parents, les services qui leur sont octroyés, la trajectoire de vie personnelle d'une mère et les indices de comportement de l'enfant (ou des enfants) dans sa famille. C'est dans ce cadre de recherche que j'ai pris conscience que la maternité de personnes en situation de handicap faisait l'objet de peu d'études « [...] comme si les non-dits inhibaient aussi la pensée scientifique » (Walentowitz 2007 : 34). C'est toujours dans une démarche compréhensive que mon intérêt s'est porté sur la question des *disability studies* qui revendiquent le fait que seules les personnes dites « handicapées » peuvent poser un regard authentique sur l'expérience sociale de l'incapacité. Ces recherches se sont développées il y a plus d'une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons et posent explicitement la question de la légitimité des recherches en fonction de l'expérience personnelle du handicap (Albrecht, Ravaud et Stiker 2001).

1-2 Expérience de formatrice au département « Carrières sociales » à l'université Lille 3 et débuts de doctorante.

Ma pratique professionnelle depuis 2004 au sein de l'université n'a cessé d'enrichir et d'alimenter ma réflexion et mon travail de construction d'un objet de recherche. Cette expérience m'a permis de renouveler les contacts professionnels susceptibles de me mettre en relation avec des mères concernées par l'enquête. Néanmoins elle a pu aussi représenter un frein dans ma démarche d'enquête : frein que j'attribuerais à mon nouveau statut et mes nouvelles fonctions en me mettant parfois dans une situation d'entre-deux délicate à gérer en tant qu'apprentie-sociologue, auprès de travailleurs sociaux dont la fonction avait été la mienne.

Une déconstruction progressive

Dans les instances de groupes d'analyse de la pratique que je mène avec les étudiant-e-s et en présence d'un « professionnel de terrain », je porte un regard critique mais respectueux sur le travail social en général et de manière plus spécifique sur les pratiques professionnelles ; ce positionnement n'est pas toujours compris par les étudiant-e-s en formation, ni peut-être par les travailleurs sociaux sur les terrains professionnels. Mon souci constant est de mettre au jour la violence symbolique des rapports sociaux dans les institutions et d'en souligner les effets. Ce qui m'a valu un temps d'éprouver un sentiment de trahison envers le groupe professionnel dont je provenais. J'ai dû déconstruire en permanence les résultats de ma formation initiale et de mon expérience professionnelle d'éducatrice spécialisée, c'est-à-dire la « psychologisation de la société », l'acceptation d'une certaine « vulgate psy » (Castel cité par Martin 2003) et la banalisation du discours psychologique voire du discours sociologique (Dubet 1994 : 102).

Mon travail de thèse s'est nourri de mes expériences professionnelles à l'université (lors des visites de stage, à la lecture de travaux d'étudiant-e-s ou lors de la préparation de mes cours). Ce mouvement d'imbrication permanent a provoqué « des ruptures » sur le plan didactique, épistémologique et sur le plan personnel, au sens qu'en donnent Bourdieu, Chamboredon et Passeron (1983 : 28). Cette dynamique consistait à renoncer à l'affectif et au sentimental, caractéristiques qui même si je m'en défendais, pouvaient gêner la compréhension de la situation des mères rencontrées. La démarche réflexive a progressé lentement : me lancer dans un processus du « penser différemment », déconstruire les explications d'ordre psychologique a pris du temps.

Un sentiment d'absence de légitimité

L'expérience de recherche a fait émerger parfois un sentiment d'absence de légitimité. Pinçon et Pinçon-Charlot témoignent : « Parler de sa recherche, c'est parler de soi. Car le chercheur est en interaction avec les sujets de son objet. Pas de travail dans les sciences sociales qui n'interagisse avec celui qui le mène et ceux sur lesquels il porte » (2007 : 313). Il m'a fallu trouver ma place en sociologie et « penser en sociologue » (Rimbert 2005 : 90), alors que les réalités de terrain m'ont très souvent mise en doute et m'ont fait mieux comprendre « l'expérience de la solitude de terrain » (Beaud et Weber 2003). Ce sentiment a été à l'origine de tensions durant mes premières années de recherche en sociologie.

Au même titre que Lagrave, je me percevais dans « un entre-deux ambigu ». Cette « cote mal taillée s'il en est, est la traduction et le réagencement individualisés de la situation collective des transfuges de classe, qui, issus des classes populaires, connaissent une mobilité sociale ascendante par la réussite scolaire » (2010 : 2). Petite fille d'un mineur que je n'ai pas connu, et d'un ouvrier cordonnier dont mes parents m'ont dit qu'il ne savait ni lire ni écrire, mon ascension scolaire dans des institutions privées où j'ai intériorisé dès la maternelle « les belles manières » des « beaux quartiers » (Pinçon et Pinçon-Charlot 1989), n'avait pas été de tout repos : j'étais considérée comme très bonne élève en maternelle, bonne élève en primaire, mais, à la différence de Lagrave (2010), de nombreux échecs ont émaillé mon parcours scolaire dès le collège et l'étiquette d'élève fille en difficultés (dans la discipline mathématiques), m'a poursuivie de longues années jusqu'à mes débuts de formation en éducation spécialisée et à l'université. On peut imaginer les sentiments de discrédit, de honte et d'amertume que j'ai bien souvent retrouvés dans les propos tenus par les mères que j'interviewais. Elles me renvoyaient à mes origines ouvrières que j'avais apprises depuis si longtemps à dissimuler.

Dans la situation de recherche et de face à face, nous nous retrouvions les mères et moi-même, en situation de double contrainte (Bateson 1995)¹⁰ avec des enjeux de reconnaissance mutuels, et institutionnels. Les femmes interviewées faisaient face à des difficultés langagières et développaient des tactiques de dissimulation du stigmate ; par exemple, Thérèse, mère de 4 enfants dont 3 récemment placés en foyer de l'enfance en raison

¹⁰ On comprendra ici cette « double contrainte » exercée par les acteurs en présence comme incompatibles et impossibles à satisfaire simultanément.

de la violence de leur père, me disait en novembre 2010, alors qu'elle commençait à effectuer les démarches pour récupérer la garde de ses enfants :

«Je suis comme on dit « longue à la détente... ». En paroles, je me perds beaucoup, j'ai de la difficulté à prononcer quand le mot est difficile... J'ose plus parler, j'ai un problème de ce côté-là... » [...] « C'est mon mari qui faisait toutes les démarches. Moi, je m'enfermais, je ne voyais personne et maintenant je dois m'occuper de tout vu qu'il est en prison, et je ne sais pas faire. J'ai toujours entendu que je savais rien faire, alors je ne sais pas comment me débrouiller. On m'a toujours appelée COTOREP et du coup, j'ai toujours cru que c'était vrai [...] On me l'a tellement dit : babache, COTOREP que j'y crois [...] Je me dis dans la tête : Est-ce que je vais trouver la réponse ? La solution ? Et alors je suis capable d'avoir une crise d'angoisse et je tremble... Mais il faut que je montre que je suis capable... Pour mes enfants... C'est mes amours... ».

De mon côté, j'étais tiraillée « entre la recherche de la simplicité et le risque de la banalité, entre le raisonnement sociologique informé et bien formé et le non-sens ou la surcharge théorique de mes argumentaires » (Passeron 2004 : XXV). Impliquées dans un processus de transformation de nous-mêmes, il s'agissait pour nous, les personnes enquêtées et moi-même, de « faire la preuve » (Backouche et Naepels 2009) de « devoir faire preuve ». Prouver en quelque sorte que nous étions en passe d'acquérir les « ficelles du métier », métier de mère (Cardi 2008 ; Gojard 2010 ; Garcia 2011) pour les femmes concernées par l'enquête et métier de sociologue pour moi-même (Becker 2002 ; Bourdieu, Chamboredon et Passeron 1983).

CHAPITRE 2 – POSTURE ET DÉMARCHE DE RECHERCHE

Le point méthodologique présenté ci-après permet de comprendre les différents obstacles et facilitateurs rencontrés et mis en œuvre au cours de l'enquête sociologique. Il met en valeur les questions méthodologiques qu'il me semble nécessaire de se poser lorsqu'une recherche est engagée auprès de personnes étiquetées « handicapées mentales ». Il donne à voir les choix méthodologiques opérés en portant un intérêt particulier aux précautions d'ordre éthique dans la mesure où recueillir le point de vue de personnes soumises à des tensions oblige le chercheur à tenir compte de leur vulnérabilité, souvent perceptible dans les entretiens. Les femmes (voire leurs proches) peuvent être hésitantes à participer à la recherche par crainte d'être signalées aux institutions sociales à la suite de leurs confidences. Dans ces conditions, une éthique de réciprocité entre les différents acteurs en présence était rendue nécessaire.

2-1 Une introduction progressive et raisonnée sur les terrains d'enquête successifs

Depuis 1987, j'ai essayé de pratiquer au mieux l'« observation flottante » qu'a si bien décrite Colette Pétonnet qui « consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser "flotter" afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans *a priori*, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes » (1982 : 39). Cette posture singulière qui implique à la fois la participation, le retrait et la prise de distance, m'a permis d'accumuler à la longue des matériaux de recherche, à l'origine bien souvent de ce que je croyais être des intuitions, mais qui n'étaient que des prénotions.

Les différents terrains institutionnels

En 2001-2002 dans une association de parents de l'enfance inadaptée de la région du nord, je disposais d'un petit bureau à disposition (dans une ancienne « pièce à balais », réaménagée devant moi à mon arrivée), et m'y suis rendue une journée par semaine durant l'année. Soutenue par la hiérarchie de l'association, cette présence régulière a constitué en quelque sorte un précieux sésame pour prendre contact avec des professionnels-clés du réseau de soutien à la parentalité et de l'accompagnement des mères nommées « handicapées mentales » de cette association.

Cette expérience de terrain m'a ensuite permis de passer six mois en 2004-2005, dans

un ESAT¹¹ (anciennement CAT) de ladite association. J'y ai pu avoir accès aux dossiers personnels de sept mères et un dossier d'un père¹² et eu la possibilité d'organiser 3 rencontres de mères volontaires, et des entretiens enregistrés avec une mère (Anna, mère de deux enfants) et une professionnelle (mère et grand-mère), chef de service de cet établissement. Il était initialement prévu que je puisse retourner sur ce terrain afin de continuer mon travail d'enquête, observations et entretiens, auprès des parents concernés, mais le départ en retraite anticipée de la chef de service et le changement de direction de l'ESAT, malgré des tentatives de négociation, ont interrompu ces projets.

Devant cet imprévu, en 2006-2007, j'ai décidé de réorienter mon terrain d'enquête. Après des formalités d'accueil (entretiens avec une chef de service sage-femme et présentation de mon projet de recherche à une quinzaine de membres du personnel soignant, lors d'une réunion collective), j'ai passé une dizaine de jours en continu durant les vacances d'avril 2007, dans une maternité publique de la ville de R. dans le but d'amorcer une étude longitudinale. Aucune femme repérée « déficiente intellectuelle » n'a accouché au sein de la maternité lors de cette période.

Fin 2007, une surcharge de travail (due à la réforme du diplôme d'éducateurs et d'éducatrices spécialisé-e-s et à un surcroît de responsabilités professionnelles), m'a empêchée de maintenir un lien continu avec cette maternité publique. Sur ce terrain de recherche, j'y ai diffusé une annonce auprès des services de soins et des services sociaux afin qu'ils me mettent en contact avec des femmes concernées par mon enquête : lors de mes rappels et des passages réguliers, je n'ai obtenu comme seule réponse qu'il n'y avait pas de mères concernées. J'y ai néanmoins recueilli un matériel riche dans mon journal de terrain sur la place donnée au chercheur dans un contexte soignant, sur les aménagements matériels et organisationnels apportés aux mères dites « déficientes », mais aussi sur les représentations du personnel soignant des interactions dans le couple conjugal dans le moment clé de la naissance et des premiers jours de vie de l'enfant (voir troisième partie).

En 2008, parallèlement à mon travail de terrain et ayant fait face à plusieurs tentatives de rencontres sans intermédiaires professionnels soldées par des échecs, je me suis jointe au programme « Papa et Maman pour la première fois » (Coulon 2008, 2011). Ce programme est porté par l'association GRAFPER (Groupe de Recherche et d'Action et de Formation pour

¹¹ ESAT : Etablissement et Service d'Aide au Travail. CAT : Centre d'Aide par le Travail.

¹²Les seules personnes de l'institution à avoir des enfants.

la Prévention de l'Enfance à Risque). Il est financé depuis 2001 par le conseil général du Pas-de-Calais dans le cadre du Programme Régional de Santé publique, volet « santé des enfants et des jeunes ». Cette collaboration m'a permis d'apporter une innovation à mon dispositif d'enquête et d'y inclure des femmes et hommes dans un modèle de recherche participatif.

J'ai effectué ensuite en 2009-2010, une tentative d'immersion dans un service spécialisé de soutien à la parentalité, dédié à des parents repérés « déficients intellectuels » de la métropole lilloise. Par cet intermédiaire, j'ai pu effectuer des entretiens répétés de juin 2009 à décembre 2009, avec un couple (Cassandra, Didier, parents d'un enfant), à leur domicile.

En septembre 2010, j'ai fait appel à des connaissances éducatrices spécialisées de formation, l'une chef de service dans un IME et l'autre éducatrice dans un service d'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique, qui m'ont mise en contact avec une mère (Sandra, mère de deux enfants) et un couple (Denise, Denis, parents de six enfants), qui ont accepté ma démarche de recherche et m'ont acceptée à plusieurs reprises à leur domicile. J'ai effectué des entretiens répétés, auprès de la première de septembre 2010 à avril 2011. Auprès des seconds, trois entretiens enregistrés ont été effectués d'octobre 2010 à décembre 2010.

En novembre 2010, une médiatrice familiale m'a permis de rencontrer dans le cadre de son association, une mère de famille (Thérèse, mère de quatre enfants) qui, victime de violences par son conjoint incarcéré entre temps, venait de se voir retirer la garde de ses quatre enfants placés dans quatre institutions différentes. Mon intention était de la rencontrer de manière répétée, je n'ai effectué qu'un seul entretien avec elle, j'ai trouvé porte close aux rendez-vous que nous avions fixés ensemble.

En 2010-2011, j'ai fait deux tentatives de rencontres sans intermédiaires professionnels, par effet « boule de neige », en m'appuyant sur le réseau de connaissances de la mère de famille rencontrée de septembre 2010 à avril 2011. Je lui demandais de présenter mon projet de recherche à ses connaissances (deux femmes travaillant dans le même ESAT) et nous avons organisé des rendez-vous à son domicile. Les personnes concernées ne sont pas venues aux rendez-vous en disant « *ne pas croire* » la personne intermédiaire des rencontres.

De mars 2011 à juin 2011, je me suis rendue de manière épisodique en fonction des entretiens à effectuer dans un second ESAT de la région du nord. J'ai pu y interviewer de manière répétée quatre personnes concernées par l'enquête, trois femmes et un homme : Christiane, mère d'un enfant ; Jeanne, enceinte de son premier enfant ; Marie, enceinte de son premier enfant ; Eric, futur père et compagnon non cohabitant de Jeanne.

Ces expériences de terrain soulignent bien la difficulté, pour une chercheuse en sciences sociales, de rencontrer des mères dites « handicapées mentales », comme si les institutions s’octroyaient le rôle de « gardiennes » des personnes concernées.

Un rapport difficile aux professionnelles : droits d’entrée sur le terrain

La raison principale qui m’était fournie pour justifier les refus, n’était pas un rejet des enjeux théoriques de la recherche mais un désir de protéger et de ne pas mettre en difficulté les femmes concernées par ma demande, sous peine de « *représailles* » (sic) des conjoints. On engageait là ma responsabilité de chercheuse : en 2005, une chef de service d’un ESAT m’a mise en garde des « *terribles conséquences* » de mon intrusion dans la vie privée et intime de ces familles. Elle évoquait la violence exercée par les conjoints à l’égard de leurs compagnes ou des conditions de vie dans des logements insalubres qui n’étaient pas propices à la passation d’entretiens de recherche. Les détails de ces « *terribles conséquences* » ne m’étaient pas donnés comme si une culture du secret dominait dans les rapports aidants/aidées ou comme si ces détails étaient évidents. Tout me donnait à penser que les femmes étaient considérées comme totalement sous la dépendance des travailleurs sociaux auxquels je faisais appel et, alertée des possibles effets de mon intervention à domicile, je ne savais comment aller plus loin dans mes demandes en bravant les anticipations alarmistes.

De 2005 à 2011, j’ai considéré les professionnelles¹³ et notamment les chefs de service comme des intermédiaires qui me disaient quelles mères étaient susceptibles d’être rencontrées. On leur donnait une place d’élue, en quelque sorte : les professionnelles pensaient à une personne, lui demandaient si elle était intéressée par ma démarche et organisaient un rendez-vous à trois (ou quatre si le père était volontaire) pour une première rencontre. On me demandait en retour des éléments de compréhension de la réalité sociale de ces femmes, voire des détails sur leur vie privée (ce que je ne donnais jamais), un « droit d’entrée sur le terrain » (Darmon 2005 : 102). Ceci m’amène à m’interroger sur ce mode d’entrée sur le terrain, accord souvent formalisé par une autorité compétente, une sorte de « personne-clé » qui autorise l’entrée et qui perçoit le droit d’entrée et qui met en valeur des situations de domination par des « agents dominants et professionnalisés ».

¹³ Je ne rencontrais que des femmes, la plupart âgées de 26 à 30 ans et sans enfants. Une éducatrice spécialisée est âgée de plus de 45 ans et mère. Les chefs de service étaient toutes mères.

Le directeur d'un ESAT me disait à propos de ma demande - le 19 avril 2011.

« Vous savez, j'ai un parcours atypique, j'ai fait l'IAE, le CNAM, je ne suis pas éducateur de base... bon mais cela ne m'empêche pas d'avoir la fibre sociale [...] j'accepte votre demande, mais à condition que vous me donniez un exemplaire de votre thèse... Quand à faire les entretiens à domicile, non, ce ne sera pas possible... C'est mieux ici... ».

A chaque nouvelle institution intermédiaire, il me fallait convaincre les responsables hiérarchiques du sérieux et de l'intérêt de ma recherche pour qu'ils m'autorisent à me rendre à domicile, lorsqu'ils jugeaient cela possible.

Les professionnelles, toutes institutions sociales confondues, autorisaient ou non la rencontre avec telle ou telle personne selon des critères flous et subjectifs : la capacité de « bien parler » étant le premier sur la liste des critères énoncés, « avoir beaucoup de choses à raconter » le second. On choisissait les individus à rencontrer, on disait en évoquant une mère et son enfant que j'allais rencontrer pour une première visite à domicile : « Vous verrez, elle parle bien, elle a un bon langage », « ça lui fera du bien de parler », « c'est d'un bon niveau, madame conduit, c'est le top », « ce ne sont pas des pimpims », « Matthieu c'est mignon comme prénom de gamin, c'est pas comme Jordan ou Dylan, que tu entends dans les séries américaines ! »¹⁴. Les personnes évitées, nommées « difficiles d'accès », étaient celles qui ne maîtrisaient pas correctement le langage oral ou celles qui étaient estimées trop fragiles ou susceptibles de comportements et de paroles intempestifs.

Parlant de Christiane que j'ai réussi à rencontrer malgré le veto et pendant les vacances d'une responsable de service, cette dernière me dit : « Je ne sais pas ce qu'elle a pu te raconter, mais elle embobine... Elle raconte un peu ce qu'elle veut ». J'ai compris progressivement que les personnes évitées étaient aussi celles qui pouvaient donner une image négative de la mère dite « déficiente » : « Celle là, elle est trop paresseuse, tu ne vas rien en tirer », ou de l'accompagnement social et de l'institution de rattachement. La crainte de voir s'afficher des expériences maternelles jugées « désastreuses » et non représentatives de la réalité rencontrée au quotidien, était déterminante dans le choix des personnes proposées pour une rencontre. Dans un établissement, toutes les personnes choisies par la responsable étaient issues de familles déjà suivis par les services sociaux, en raison de violences graves exercées par l'homme de la maison au sein de la famille et, de conditions de vie précaires.

¹⁴En italique : extraits de mon journal de terrain.

Ces prescriptions positives et négatives m'ont amenée à m'interroger sur la volonté des professionnelles institutionnelles de me présenter des mères ou futures mères dont les adaptations à l'institution (Goffman 2002 : 104) et les histoires de vie étaient conformes à leurs attentes. Des « installées » en quelque sorte : être issue de classe dite populaire, présenter de bonnes capacités relationnelles, avoir un langage compréhensible, témoigner d'une volonté de s'en sortir et témoigner une certaine complicité avec les professionnelles. Les femmes qui présentaient des attitudes de repli sur soi, un état de résignation, une forme d'intransigeance ou une version misérabiliste de leur situation, étaient absentes du choix des professionnelles. A. salariée d'un ESAT me disait à propos d'une future mère en la mimant, le 19 avril 2011.

« Marie, elle ne se doute de rien... Elle se ballade le ventre en avant telle une princesse. Pour elle, la grossesse, ça la fait planer, elle se promène avec son gros ventre comme une princesse... mais enfin, bon... si tu veux la voir, rien ne t'en empêche, mais tu ne vas pas en tirer grand-chose... Plus tard dans l'entretien « de toute façon elle n'en fait qu'à sa tête... Elle refuse toutes les bonnes solutions qu'on peut lui apporter... ».

Je relève là ce que j'appelle le « paradoxe des professionnelles » (Gruson 2007) revendicatrices à la fois d'une image de compétence de ces mères et qui, lorsque je les interroge selon un point de vue sceptique et pessimiste, doutent elles-mêmes de ces compétences. En 2002, une éducatrice spécialisée, jeune femme enceinte de son premier enfant me dit, bien que son entretien m'ait démontré qu'elle travaille avec sincérité en faveur des mères concernées : *« La seule compétence que je puisse leur trouver, c'est celle de venir me trouver et me demander de l'aide »*. Là se situe le point d'achoppement entre la compétence des professionnelles¹⁵ et la compétence des mères accompagnées : la compétence des premières se structure autour du sentiment d'efficacité professionnelle qu'elles développent, et qu'elles utilisent comme l'organisateur central de la construction de leurs actes professionnels. Reconnaître ouvertement l'incompétence (sous prétexte de respect de la différence et des principes de non-jugement, ce terme est très peu usité dans le champ professionnel) des personnes accompagnées, revient à reconnaître leurs difficultés professionnelles à les soutenir dans la construction de leur rôle de parent, et de mère en particulier. Mais paradoxalement, ceci revient à dire que si les femmes concernées par l'accompagnement social révèlent trop de

¹⁵Nouveau paradigme du référentiel de compétences en éducation spécialisée depuis la réforme du diplôme de 2007.

compétences, les professionnelles deviennent inutiles. Elles éprouvent le besoin de justifier leur travail, pour gagner le respect d'autrui, comme nous le dit Becker à propos des entrepreneurs de morale : « S'agissant de justifier l'existence de son emploi, le représentant de la loi rencontre un double problème. D'une part, il doit démontrer aux autres que le problème ne cesse pas d'exister [...]. D'autre part, il doit montrer que ses efforts pour les faire appliquer sont efficaces et valables, que le mal dont il est chargé de s'occuper est réellement pris en charge comme il convient [...] les agents de ces organisations peuvent ainsi soutenir, avec plus de véhémence que quiconque, que le problème qu'ils sont censés traiter est toujours présent, et en fait plus présent que jamais. Cette affirmation leur fournit une bonne raison pour maintenir l'existence des emplois qu'ils occupent » (Becker 1985 : 180).

Je me suis retrouvée à plusieurs reprises dans la situation de devoir me mettre en quête de mères étiquetées « déficientes intellectuelles », chez qui je pouvais me rendre à domicile, et j'éprouvais à la fois un sentiment de malaise vis à vis d'elles et la sensation que je jugeais désagréable d'être sous domination des professionnels de l'intervention sociale. Pour obtenir plus, je me suis surprise à adopter un comportement intuitif, puis réflexif de « chercheuse naïve » face aux professionnelles rencontrées : un déguisement de compétences (Edgerton 1967) en quelque sorte. Je faisais mine de paraître inoffensive. Placée dans une position de dominée, j'ai été amenée à accepter les interdictions qui m'étaient prononcées parfois à les détourner, mais aussi à développer une certaine forme de résistance aux conseils qui m'étaient donnés.

Devant ces difficultés, j'en suis venue à faire évoluer mon projet d'origine et j'ai rencontré aussi des femmes « handicapées » dans le cadre institutionnel. Ce renversement de situation m'a fait comprendre les sentiments éprouvés par les personnes fortement précarisées et mises sous contrôle de l'intervention sociale ou médicale, qui assistées sont obligées de demander une aide et sont contraintes de se soumettre à des procédures et d'accepter une relation dans laquelle elles se sentent dominées (De Gaulejac 2010 : 111). Dans l'expérience de recherche, je devais accepter ma dépendance aux institutions spécialisées, tout en affirmant ma volonté d'autonomie pour obtenir des contacts avec des personnes susceptibles d'être interrogées.

Les résistances d'un terrain d'enquête : l'exemple d'un service de soutien à la parentalité

Même si je ne l'avais pas anticipé, parce que je n'avais pas rencontré de réelles difficultés lors de mes précédentes expériences de recherche, et alors que le protocole d'enquête et mon

projet avaient été acceptés lors d'une réunion d'équipe, il m'a fallu d'emblée faire accepter ma démarche par les travailleuses sociales, qui ont rendu parfois difficile l'accès au terrain, ou qui ont accepté des formes de collaboration contrôlée, au sens qu'en donnent Beaud et Weber (2003) .

Extrait de journal de terrain. Mèl envoyé par une éducatrice spécialisée d'un service de soutien à la parentalité, le 4 décembre 2009 en réponse à mon message du 25 novembre 2009.

« Désolée de n'avoir pas répondu tout de suite, mais la fin d'année file à grande vitesse au service. Je pense qu'effectivement les rencontres avec Cassandra ont dû être intéressantes, en tous cas cela semblait la satisfaire lorsqu'elle mentionnait vos rendez-vous. Il serait en effet intéressant de faire le point, mais pour cela je vous recontacterai en janvier...Aujourd'hui nous ne pensons pas à une autre famille : la seule grossesse qui se termine actuellement laisse présager un accueil de l'enfant à la naissance, et la maman est excessivement « fermée ». Il y a beaucoup trop à faire pour lui parler d'entretiens ponctuels avec vous. Mais nous en reparlerons en équipe (avec les congés de décembre, on se croiera plus sûrement en janvier) – Bien cordialement ».

Chercher le contact avec des parents m'a amenée à rencontrer des professionnelles éducatrices spécialisées d'un service de soutien à la parentalité. Elles me disaient qui était susceptible d'être interrogé et ont à la fois autorisé et jugé d'un œil soupçonneux la démarche de recherche : *« On a beaucoup réfléchi en équipe à ta demande »* ; avec un souci d'hyperprotection des mères concernées : *« Elles ont des compétences [...] on ne peut pas faire n'importe quoi avec elles »*. Les discours rendaient compte d'une pratique professionnelle qui tendait à produire une valeur ajoutée à la compétence maternelle, des compétences idéalisées parfois. On me prévenait : *« Il te sera très difficile de rencontrer les pères ou les compagnons... »*. Une responsable de service me dit aussi : *« Tu comprends, moi je ne veux pas que l'on regarde les femmes comme des...bêtes de zoo »*. A ce propos Darmon (2005 : 112) dont l'objet de recherche était l'anorexie, dit pouvoir imaginer à priori *« les raisons au nom desquelles, une étudiante en sociologie peut se voir refuser l'entrée dans les services psychiatriques : en tout premier lieu la volonté de protéger les patients et de ne pas les "donner en pâture" [...] Il faudra obtenir l'accord des patients pour les entretiens, c'est pas du bétail »* [lui] dit un médecin après avoir donné son accord à l'enquête.

Ces métaphores animalières, destinées à caractériser les personnes interrogées, qu'elles soient patientes d'un hôpital psychiatrique ou usagères d'un service de soutien à la parentalité et *« déficientes intellectuelles »*, pourraient être questionnées.

On me disait : *« On a réfléchi et on a trouvé une idée : tu pourras faire un accompagnement et on te présentera comme stagiaire (stagiaire éducatrice spécialisée),*

comme ça elles (les mères) n'auront pas l'impression d'être jugées, ni interrogées, ce sera plus simple pour nous comme pour elles, et surtout tu nous feras un compte-rendu en début de réunion parentalité ou après chaque visite, par mël, c'est comme ça que tout le monde procède ici ».

La responsable du service me précisait dernièrement : *« J'ai moi-même accepté que tu fasses des entretiens avec les personnes, parce que tu ne fais pas un seul entretien, mais plusieurs, je peux considérer cela comme une forme d'accompagnement ».* Ce glissement de la posture de sociologue à celle d'éducatrice spécialisée, de la personne autonome dans ses recherches à celle d'une stagiaire qui a des comptes à rendre, doit être souligné.

Un directeur d'IME à qui je faisais part de mes difficultés du moment, m'expliquait ces attitudes : *« Les professionnelles ont tellement l'habitude de savoir ce qui est bon pour l'autre, qu'elles mettent en place des stratégies pour éviter une quelconque remise en question de leur travail ».*

En ce qui concerne ces travailleuses sociales, je notais des faits que je pouvais interpréter comme des résistances à mon arrivée sur le terrain. J'ai pris en compte ces blocages qui devenaient des matériaux à exploiter et analyser, et annonçaient toute la difficulté de pénétrer le milieu des groupes minoritaires et des personnes handicapées : non réponse à mes demandes d'entretien, pas de contact téléphonique promis, des explications telles que : *« On ne trouve pas de personnes susceptibles d'être interrogées, parce qu'il y a « trop à faire » avec elles avant ».* Lors d'un énième appel téléphonique, on me dit (en parlant d'une mère) : *« Je lui ai proposé ton intervention, mais ça ne rebondissait pas... Elle en a déjà bien à faire avec tous ceux qui gesticulent autour d'elles ».*

Je relevais par ailleurs la crainte que les mères me racontent des événements que les professionnelles ne savaient pas et une certaine satisfaction quand une éducatrice spécialisée, par exemple, s'est rendu compte lors d'une réunion-bilan qu' *« elle en savait tout autant que moi ».* Plusieurs raisons peuvent expliquer ces situations : mon statut antérieur d'éducatrice spécialisée dans la même association, mon statut actuel de formatrice, mon statut de chercheuse. Mais peut-être aussi la forme de participation des femmes au processus d'enquête, que j'avais choisie. Beaud et Weber expliquent qu'il est difficile d'enquêter auprès des travailleurs sociaux. D'une part parce qu'ils sont soumis à des conditions de travail de plus en plus difficiles, mais aussi parce que formés à la sociologie dans leurs études initiales *« certains d'entre eux voient dans les sociologues des concurrents possibles [...] ils ont de bonnes raisons de chercher à contrôler étroitement le travail du sociologue »* (2003 : 51). Il y

aurait matière à s'interroger sur la sociologie et ses représentations dans le travail social et à analyser la réception des travaux de recherche, mais aussi la crainte que peut suggérer un-e sociologue sur un terrain professionnel. On peut par ailleurs penser que les travaux d'inspiration critique qui mettent en évidence le contrôle social et les dimensions normalisatrices et stigmatisant les familles dites « déviantes », ont un impact sur ces acteurs professionnels qui se sentent mal à l'aise dans l'accompagnement. Je l'ai découvert entre temps, d'autres chercheurs ont rencontré la même difficulté (Diederich 1988). Il est clair comme le dit Calvez que les mères étaient protégées contre des intrusions jugées mal venues, y compris ma démarche de recherche (1994 : 70).

Autant de constats observés dans un service institutionnel dont la seule mère de famille que j'y ai interviewée, Cassandra, était dépendante de « sa » référente : « *Laurence ma référente* » et qui ne pouvait s'imaginer vivre au quotidien sans cette figure de référence. Elle me dit : « *Pour moi, Laurence c'est tout... mon modèle, elle me donne des conseils, elle deviendrait presque une confidente et une amie, ma seule amie, je lui raconte tout, même des choses que je ne raconterais à personne d'autre* ». Je vois dans ce témoignage la trace de la fabrication d'une forme de dépendance entre la mère et « sa » professionnelle de référence, dépendance qui par ailleurs sert d'étayage à la jeune mère. Là se situe un des paradoxes de la situation.

2-2 Questionnements épistémologiques et méthodologiques

Le projet d'origine consistait à enquêter dans les familles. Ce protocole d'enquête alliant observations et entretiens dans les foyers constituait un enjeu méthodologique important et a nécessité une réflexion en amont sur mon propre positionnement en tant que chercheuse. Les entretiens ont fait émerger des questionnements épistémologiques et méthodologiques dont je présente ici les principaux aspects.

Comment désigner les personnes enquêtées ?

Dans la préparation des communications orales et dans le processus d'écriture du travail de thèse, je me suis posé la question des enjeux de la désignation des populations dites « à problèmes » et de manière plus précise des populations dites « handicapées » ou « présentant une déficience » telles que les définissent les sociologues eux-mêmes (Ebersold 2005 : 11 ; Stiker 2009). Ces personnes aux caractéristiques différentes de la majorité des autres apparaissent comme des « altérités » (Stiker 2009 : 463). Je pense comme Pétonnet qu'il est « difficile de présenter une population quand on ne peut pas la nommer, quand elle n'est pas

homogène, qu'il ne s'agit ni d'un groupe, ni d'une ethnie, ni d'une stricte catégorie professionnelle, et qu'on ne peut la définir du moins la désigner d'un mot » (2002 : 19).

Le terme « handicapé » peut sembler restrictif voire insatisfaisant, dans la mesure où il renvoie à un étiquetage institutionnel et réduit ainsi les personnes à leur handicap, sans tenir compte de l'environnement social qui détermine la situation de handicap¹⁶. J'avais l'impression en utilisant ce terme de participer au renforcement du marquage institutionnel des personnes concernées par ma recherche. Brekhus souligne ainsi que « bien que motivés par un désir humaniste de dissiper les stéréotypes, bien des chercheurs en viennent à renforcer non intentionnellement les marquages institués » (2005 : 252). Ma crainte était de participer à la fabrication et au renforcement des stéréotypes, jusqu'à ce que l'on me fasse comprendre que rendre visible, n'est pas exhiber.

Dans le langage courant, il existe une confusion généralisée entre ce que l'on nomme le « handicap mental », la « déficience mentale » ou encore la « déficience intellectuelle » d'une part, et d'autre part la « maladie mentale » reconnue « handicap psychique » dans les termes de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Par exemple une personne schizophrène (maladie mentale devenue « handicap psychique » dans les termes de la Loi 2005-102) n'a pas d'incapacité cognitive ou intellectuelle : elle peut avoir un QI très supérieur à la moyenne. Les incapacités intellectuelles et les troubles psychiques ne produisent pas les mêmes effets chez les personnes (par exemple, ne pas savoir lire pour les premières mais pas pour les secondes).

Par ailleurs, me fallait-il tenir compte dans la nomination des personnes, des nouvelles classifications et de manière plus spécifique de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF 2002) qui a une influence sur la conception de la situation de handicap ? Selon cette classification, la situation de handicap ne peut pas être « mentale », si l'on accepte l'idée que la situation de handicap est dépendante de l'environnement. Il est courant en France, de nommer « handicap mental », la situation des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et des *incapacités*, or la juxtaposition de ces deux mots ne peut convenir pour les raisons suivantes. Selon la CIF, le handicap est le produit d'une situation en interaction avec un contexte particulier, plutôt qu'un caractère intrinsèque de l'individu ; la situation de handicap tient à une réduction des habitudes de vie qui résulte de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Pour Fougeyrollas « C'est la

¹⁶ Si l'on se positionne dans un modèle social du handicap.

rencontre de la personne différente avec son environnement social et physique qui détermine la qualité de sa participation sociale. Le milieu de vie peut devenir un obstacle ou faciliter la réalisation des activités quotidiennes ou des rôles sociaux de la personne ayant des différences corporelles ou fonctionnelles. Vivre des situations de handicap n'est donc pas une caractéristique appartenant à la personne » (2001 : 101 ; 1999). Lors de mon voyage d'étude à Québec en Août 2008¹⁷, j'ai compris et intégré les travaux de Patrick Fougeyrollas (1998), surtout lorsque j'ai moi-même rencontré cet anthropologue.

Sur la manière de nommer la situation de « handicap mental », Rossignol cite ce qu'il appelle « l'implicite du caractère irrécupérable du handicap mental » (1999 : 419) dans la législation française et dans les pratiques institutionnelles. Si l'on se réfère à un des aspects majeurs de la théorie de l'étiquetage définie par Becker (1985 [1963]), c'est précisément que quelqu'un applique l'étiquette « déviant » à une personne concernée. Quelqu'un qui en a le pouvoir ou des raisons de le vouloir. On peut supposer que l'étiquette de « handicapé mental » est utilisée pour renforcer la différence entre le monde de la normalité et le monde du handicap et de surcroît du « handicap mental » (ou pour maintenir la distance ?). J'ai toujours été étonnée qu'une des plus grosses associations françaises du « handicap mental » continue d'utiliser cette appellation (alors que d'autres l'ont délaissée). Je ne vais pas avancer l'idée que cette association, les institutions ou les législateurs français ont des raisons de le vouloir, mais l'idée est à creuser. Voilà pourquoi je me suis appuyée sur la théorie de l'étiquetage dans le titre de cette thèse et que j'utilise de manière intentionnelle l'expression « femmes étiquetées handicapées mentales ».

Ces interrogations portent sur toute forme de désignation des personnes ou des groupes auprès desquels les chercheurs réalisent des enquêtes. L'important pour moi est de clarifier les présupposés sur lesquels se fondent les désignations employées dans cet écrit. Lors de ma troisième recherche exploratoire (Gruson 2007), j'interrogeai « Anna » qui se définit par ses manques, ses faiblesses et comme une personne « *à problèmes avec un retard, comme avec du moins* » et aussi comme une personne « *avec des difficultés* ». Lors des premiers entretiens de recherche, les personnes me disaient préférer être nommées « *avec une déficience intellectuelle* » plutôt que « *personnes handicapées* ». J'ai retrouvé ce rejet du mot « handicap » dans tous les entretiens sauf chez les maris ou les compagnons qui au contraire

¹⁷J'avais été alors invitée à participer au congrès international en tant que communicante. Titre de la communication « *Expérience de maternité et handicap mental : quand le genre s'en mêle* ». www.riquitebec2008.com

désignaient leur compagne comme une personne « *handicapée* » : « *Moi je ne sais pas je ne fais pas partie de ce bord là, mais Cassandra elle est moins handicapée que les autres handicapés* ». Didier, compagnon de Cassandra qui se positionne en dehors du monde des « handicapés ».

Chez les professionnels interrogés, l'emploi le plus fréquent était « *Handicapés mentaux* », « *Personnes handicapées mentales* » ou « *Personnes en situation de déficience intellectuelle* » : des expressions qui sur le plan sémantique ne peuvent être agencées, mais qui peuvent se comprendre comme raccourcis utiles pour la vie quotidienne. Ou pour les raisons évoquées plus haut. Pour Pétonnet « Les mots ne naissent jamais en vain. Il serait hasardeux de dire qu'ils ne recouvrent aucune réalité » (2002 : 20).

J'ai pris le parti de mettre entre guillemets les expressions : personnes dites « déficientes » ; étiquetées, appelées « handicapées mentales » ; personnes « avec une déficience intellectuelle » lorsque l'écriture nécessitait une désignation des enquêtés. Ces guillemets me permettent de mettre à distance ces expressions inadaptées.

Comment faire passer des entretiens aux femmes étiquetées « handicapées mentales » ?

Les femmes concernées par l'enquête sociologique sont amenées à se méfier du regard porté sur elles. Elles se trouvent écartelées et mises dans des situations de tensions normatives fortes dans lesquelles elles ne sont pas considérées comme des majeures responsables, du fait de la déficience intellectuelle. Juridiquement, elles ont souvent été considérées comme des « *incapables majeures* » lorsqu'elles sont placées sous le dispositif juridique de la tutelle¹⁸. Et cette expression encore utilisée dans le langage courant, les dévalorise. Comment alors envisager des entretiens avec des femmes qui se méfient du regard porté en permanence sur elles et sur leurs propres pratiques ? Comment faire des entretiens avec des personnes qui mettent en œuvre des processus de « déni continu » pour maintenir leur estime de soi ? (Calvez 1994 : 70), ou pour ne pas perdre la face ? (Goffman 1974).

Pour Goffman « La personne affligée d'un stigmate, a tendance à se sentir "en représentation", obligée de surveiller et de contrôler l'impression qu'elle produit, avec une intensité et une étendue qui, suppose-t-elle ne s'impose pas aux autres » (1975 : 26). Interroger des personnes désignées comme « déficientes intellectuelles » constitue une

¹⁸ La Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, vient modifier le régime de « protection des majeurs incapables » géré par une loi datant de 1968, devenue inadaptée.

entreprise complexe aux conditions incertaines. Les entretiens doivent à la fois être simplifiés, être centrés le plus souvent sur les éléments de la situation (« l'ici et le maintenant ») et permettre une ambiance sereine malgré des pratiques de dissimulation et de contrôle de l'information constatées chez des personnes stigmatisées (Goffman 1975) et à la faible estime de soi. Les techniques d'enquête doivent permettre d'aller au delà des discours théoriques selon des normes sociales et parentales diffusées par les professionnelles, dans lesquels elles se réfugient : construction que Edgerton (1967) nomme « le déguisement de compétences » (*cloak of competence*)¹⁹ et Goffman, la normification, c'est à dire « l'effort qu'accomplit le stigmatisé pour se présenter comme quelqu'un d'ordinaire, sans pour autant dissimuler sa déficience » (1975 : 44). Un travail de « preuve de compétence » en quelque sorte où la personne doit à chaque moment de sa vie ordinaire, être attentive aux problèmes pratiques qui se posent pour paraître compétente devant les autres et pour convaincre qu'elle l'est réellement (Calvez 1994 : 69). Selon Edgerton (cité par Calvez 1994 : 69), le sujet interrogé est alors conduit à « mettre en oeuvre des réponses pour lever l'indétermination et la fragilité de sa position » [...] et « à reconstruire une biographie [...] qui évite l'étiquette de retard mental ».

Mais les circonstances de la vie ordinaire mettent aux prises avec des demandes de compétences sociales qu'il ne possède pas ; il se trouve alors confronté au dévoilement de son incompetence. Cela l'oblige à adopter des tactiques qu'il utilise pour masquer en vain son incompetence, mais qui lui permettent de maintenir une estime de soi (Calvez 1994 : 70).

Ceci implique la reconnaissance du point de vue de la personne handicapée. Elle implique de prêter la parole à des personnes dont on parle mais qui n'ont que peu de possibilités d'être entendues au sein de l'ensemble social, les « invisibles » (Beaud 2006), qui se trouvent le plus souvent « sans voix » (Calvez 1994 : 85). Celles, lorsque que l'on leur prête la parole, sont des personnes dont « les incompetences ne [...] passent pas inaperçues dans les situations de face à face et de contacts prolongés » (p. 70). Situation qui induit des interactions où « chacun est conscient des conséquences désastreuses que le dévoilement pourrait avoir et a recours à des procédés d'occultation en vue de passer au-delà de la confrontation que la situation de face-à-face rend possible » (p. 71).

J'ai choisi de ne pas faire l'économie d'une réflexion sur les conditions de production du savoir obtenu et sur la méthodologie appliquée, bien consciente comme le dit Bourgois que

¹⁹ Par la notion de déguisement de compétences, Edgerton identifie un rapport social spécifique qui résulte d'un *passing* : les individus affligés d'un stigmate cherchent à vivre normalement en anticipant la détection du stigmate (Calvez 1994 : 73).

« Toute étude détaillée de la marginalisation sociale se heurte forcément à un problème majeur, celui des enjeux de la représentation » (2001 : 39). Préoccupée de repérer les cohérences et les analyses dans les discours de personnes qui sont à priori qualifiées d'incohérentes et parfois assimilées à des personnes en situation de handicap psychique, j'ai donné de l'importance aux menus détails du quotidien et je me suis efforcée d'exploiter le récit qui en était fait. A de nombreuses reprises, j'ai été assaillie par le doute et les incertitudes liés à l'idée dominante que les femmes ne pouvaient pas me fournir assez de matériau à analyser en vue d'un travail de thèse, ceci en raison de leurs troubles de langage (vocabulaire, syntaxe, leurs difficultés à élaborer un récit construit). Des auteurs (Pétonnet 1982, 2002 ; Lacoste-Dujardin 1996 ; Loux 1995 ; Farge, laé, Congolani et Magloire 2004) me confortaient dans la ferme conviction de partir des gens eux-mêmes, et de me retrouver au plus près des personnes concernées, dans la mesure du possible à domicile. Je pense comme Bernadette Tillard et Monique Robin que si la présence du chercheur au domicile des familles, pour « écouter, observer, être là » (2010 : 11), peut avoir par moment des incidences et provoquer des tensions ou des désagréments, ces difficultés sont aussi sources de savoir et par là, un des atouts de la recherche. Enquêter à domicile modifie la nature de la relation qui prévaut habituellement entre le chercheur et son informateur : à domicile, c'est le chercheur qui se soumet au moins pour partie aux conditions de l'expérience (Tillard 2010). Chaque rencontre devenait un « moment privilégié » et attendu, hormis dans deux familles où j'ai trouvé porte close.

Dans la lignée des *disability studies*, je considère l'enjeu important de ne pas « invalider la parole du sous-prolétariat des CAT » (Zafiroopoulos 1981) et de donner la parole à des personnes peu écoutées, les « invisibles masqués par des images toutes faites » (Beaud, Confavreux et Lindgaard 2008 : 11). Comme l'écrit Dubet « L'objet d'une sociologie de l'expérience sociale est la subjectivité des acteurs » (1994 : 98), je tiens fermement ce projet.

Comment mettre en confiance les personnes enquêtées ?

L'enquête sociologique était présentée aux femmes et parfois à leurs conjoints sans que de ma part, ne soit jamais prononcé le mot « enquête », compte-tenu de la portée significative de ce mot chez des personnes stigmatisées, vivant dans des conditions précaires et concernées au plus haut point par les enquêtes sociales et parfois judiciaires : « Dans le cadre d'une étude, je rencontre des mères et des pères, parfois parents pour la première fois et nous discutons de leur expérience : lorsque vous avez su que vous attendiez un enfant, pouvez-vous me dire ce qui s'est passé ? Je peux revenir vous rencontrer plusieurs fois si vous le désirez afin que l'on

en parle plus longuement ». J'ajoutais par ailleurs que je rencontrais d'autres hommes ou femmes et parents « qui me racontaient aussi leur histoire » et que tout cela se déroulait dans le cadre d'un travail de l'université.

Dans ces situations de face à face, la position de chercheuse perçue comme institutionnelle a été délicate à gérer parce que trop en dire, trop révéler de soi, peut laisser penser pour les familles concernées, une mise en péril de leur équilibre précaire. A ce qu'en dit Lahire « Le sociologue qui mène des entretiens longs est un type particulier de confident : un confident qui disparaît une fois la confiance faite » (2002 : 27). Mais que fait-il de la confiance ? Il m'a fallu à de nombreuses occasions rassurer les personnes enquêtées (surtout les hommes, maris et compagnons) sur le devenir des entretiens enregistrés, trouver les mots pour indiquer que je n'étais pas une « *contrôleuse* », une « *envoyée du juge* » ou que le but de mes interventions n'était pas de porter préjudice. Je retiens le flou statutaire qui entourait mon identité de sociologue.

Il me fallait dépasser une première étape qui était celle de la méfiance des parents ou futurs parents à mon égard : pour ce faire, j'écoutais, et j'apprenais à écouter ce que chacun me disait et à garder secret ce qui devait l'être (Tillion 2000 : 107). Je faisais en sorte de ne pas répéter les confidences qui m'étaient faites. J'exprimais ma pensée avec des mots simples. Je répondais avec sincérité à leurs questions : je partage l'idée de Germaine Tillion, que la relation « interrogeant-interrogé » doit être réciproque (p. 107). Je donnais peu de conseils. J'évitais de prendre parti. Acceptée, je devais alors passer par une autre série d'épreuves, que l'auteure appelle « les épreuves de la confiance » (p 104). Pour Quere « La confiance traduit une sorte de délégation de pouvoir et, corrélativement l'acceptation d'une subordination et une réciprocité des engagements [...] » (2001 : 8). Je jugeais cette relation de confiance indispensable au déroulement des entretiens même si je suis consciente de la nature du rapport même enquêteur-enquêté où l'intrusion de l'intimité tient à l'objet de chaque enquête qui porte sur la vie privée. Je partage l'idée de Laé et Murard pour qui « L'enquête ethnographique est une intrusion au sens fort. Non seulement on abuse des relations avec les gens, mais en plus on se mêle de ce qui ne nous regarde pas. On pose parfois des questions personnelles, indiscrètes, invasives, du genre de celles que l'on poserait à un ami. En somme, on joue de l'intimité "comme si" on était des amis. Mais nous n'en sommes pas. Nous sommes de "faux amis". Et nous jouons de duplicité pour arriver à nos fins. La fourberie est l'une des armes de l'ethnologue. Et elle a un prix qu'on se fait payer en se faisant claquer la porte au nez [...]. Ou encore en se faisant "rouler dans la farine" lorsque des informateurs

nous racontent des balivernes. Cela est rassurant et nous rappelle que la duplicité se tient des deux côtés. Il serait naïf de croire que nous serions les seuls à user de dissimulation, de l'artifice et de la ruse » (2012 : 137).

Au moindre doute et malaise repérés chez mes interlocuteurs, je posais la possibilité de mettre fin aux rencontres répétées, même si je n'ai jamais occulté la raison d'être de ma présence auprès d'eux. Consciente des effets possibles de l'enquête « au cœur des histoires de vie » et paradoxalement à cette intrusion dans l'intimité, les échanges pouvaient très vite prendre un ton de confiance, les entretiens devenaient plus longs et suscitaient beaucoup de réactions chez quelques personnes interrogées. Je considérais toujours leur discours comme étant digne d'intérêt et le fait de leur donner la parole signifiait que je m'intéressais à leurs vies, à leurs doutes et leurs difficultés sans pour autant les juger.

J'expliquais souvent aux personnes que lors de la passation des entretiens, je n'avais pas de contact avec les professionnels qui m'avaient permis d'entrer en relation avec elles (c'était vrai, du moins lorsque je les rencontrais je ne trahissais jamais le contenu des entretiens même si j'étais (souvent) moi-même interrogée sur ces derniers).

A. responsable d'un service d'un ESAT me disait en juin 2011, au sujet de Christiane :
« Je me demande bien ce qu'elle peut te raconter... D'habitude elle ne parle pas... Avec moi, motus et bouche cousue... A mon avis, elle doit te raconter des sornettes, comme elle est bien capable de le faire [...] Tu pourras me donner ta grille d'entretien ? »

Beaud (cité par Bruggeman 2010) conçoit l'entretien comme une situation d'observation : « La situation d'entretien est, à elle seule, une scène d'observation, plus exactement seule l'observation de la scène sociale (lieux et personnes) que constitue l'entretien donne des éléments d'interprétation de l'entretien ». Tout comme Bruggeman, il s'agissait pour moi de « savoir manier l'art de l'écoute tout en restant sensible et attentif au cadre de l'entretien parfois porteur d'un sens qui dépasse largement le contenu de l'entretien lui-même » (2010 : 85).

Les enquêtés pouvaient à tout moment me demander d'interrompre la série d'entretiens sans que je leur demande de justifier leur position. Nous continuions la série d'entretiens si nous pensions que nous avions encore des choses à nous dire. Je veillais avant tout à privilégier la qualité des rencontres au risque parfois de ne pas recueillir de données formelles enregistrées. Je passais du temps surtout lorsque je me trouvais à domicile, à écouter, à discuter de tout et de rien, bien consciente que porter de la considération aux propos échangés, aux détails observés ne pouvaient qu'être profitables à la qualité des données recueillies.

Dans le cadre institutionnel, la nature des entretiens était différente. Les propos étaient me semble-t-il moins libérés, les entretiens plus dirigés, et les temps d'entretien plus programmés. Nous étions souvent dérangés par des professionnels qui passaient par là, poussés par la curiosité de savoir ce que nous faisons. A la longue je m'apercevais que ces intrusions étaient quelque fois profitables à la nature des propos échangés. Les personnes interrogées exprimaient de manière très directe leur agacement lié au dérangement. Les paroles devenaient alors plus fluides et moins bridées. L'humour s'invitait au cœur de l'échange.

2-3 Méthodologie de l'enquête

Ces éléments doivent conduire le chercheur en sciences sociales à ajuster et adapter sa méthodologie d'enquête, car faire formuler l'intime et le privé impose cette réflexion sur les effets des entretiens sur les modes de reconnaissance des interlocuteurs. Dans quelles conditions d'interlocution ces mères désignées « handicapées mentales » pourraient-elles mieux dire leurs tours de mains et leur succès dans leurs activités maternelles ? Je présente dans ce qui suit la méthodologie d'enquête retenue et deux facilitateurs à la participation des mères à l'enquête, techniques relevant de l'image comme support à l'entretien.

Détails des rencontres

Une première rencontre s'effectuait en présence de la personne intermédiaire à l'origine du rendez-vous à domicile ou dans le lieu intermédiaire de la rencontre (institution sociale). La présence du conjoint était sollicitée lors de ce premier contact. Le rendez-vous suivant était convenu de manière collective. Lors de cette rencontre, l'enquête et les objectifs de l'enquête étaient présentés sous l'idée de « *Etre maman et papa pour la première fois* » s'il s'agissait d'un premier enfant ou de « être parent : mère ou père », si le couple avait plusieurs enfants. Cette première rencontre représentait une sorte de sésame pour les rencontres suivantes. Cette rencontre était pour moi délicate, je ne savais jamais en effet comment mon travail de recherche avait été présenté aux personnes pressenties. J'usais de précautions pour expliquer ma posture de sociologue envers des personnes qui étaient le plus souvent habituées à ne rencontrer que des travailleurs sociaux dans le cadre de leur mission d'accompagnement ou de personnes extérieures dans le cadre d'administrations ou de services d'écoute, des psychologues ou psychiatres principalement.

La seconde rencontre s'effectuait à domicile si possible. Lors de cette rencontre, il s'agissait de renouveler la présentation de l'enquête et de rappeler son objectif. Le conjoint

était convié à cette rencontre. La présence du travailleur social n'était pas sollicitée. Un entretien non directif était mis en œuvre afin de pallier aux inconvénients liés aux pratiques d'entretiens d'aide (Rogers 2008) dans le travail social (décalage dans la communication, sentiment de « subir » un interrogatoire et présentation d'une histoire stéréotypée « fabriquée » construite au travers des rencontres entre travailleurs sociaux et personnes « handicapées », où il s'agit de présenter un discours acceptable pour que telle demande ou telle autre soit entendue). Il s'agissait pour moi de mettre en confiance la personne interviewée. Par une méthode de conversation libre, je m'éloignais du guide d'entretien pour me rapprocher d'une interaction dans la mesure du possible « ordinaire ». Les propos recueillis étaient retranscrits dès l'issue de l'entretien dans un journal de terrain et étaient enregistrés si l'accord m'en était donné. La consigne de départ de l'entretien était la suivante « Lorsque vous avez repensé à notre rencontre de cet après-midi (de ce matin), qu'aviez-vous envie de me raconter ...? ».

Les entretiens dès la troisième rencontre étaient effectués sur la base d'un guide d'entretien commun mais je veillais à respecter la chronologie présentée par chacun. La consigne introductive était : « Lorsque vous avez su que vous attendiez un bébé, vous pouvez me raconter comment cela s'est passé... ? ». Ce n'est que dans un second temps ou lors des entretiens qui suivaient que je demandais à approfondir les dimensions structurant le rapport à l'expérience de maternité. Chaque entretien passé me permettait d'approfondir le suivant. Le guide d'entretien a été adapté en fonction de la situation de chacun, chacune, notamment lorsque les entretiens étaient effectués auprès des futurs mères et père du premier enfant. Je ne déclenchais le magnétophone, qu'une fois l'accord passé entre les personnes rencontrées et moi-même et je découvrais que les entretiens formalisés par un guide d'entretien appauvrissaient parfois le contenu des échanges, les personnes interrogées ne s'autorisaient pas à « sortir » du cadre des questions posées. Avec du recul, il s'avérait que ce guide me rassurait lors des premiers entretiens et bloquait parfois ma spontanéité, trop inquiète à l'idée de ne pas recueillir de données formalisées. Très vite, je ne me référais plus exclusivement à ce guide d'entretien et je prêtais une grande attention aux entretiens informels, dits de conversation libre, sans trop intervenir ; mais je prenais garde à ne pas mettre les personnes en difficulté, une ou deux personnes m'ont dit préférer lorsque je leur posais « *les questions qui étaient notées sur le papier* ». Je laissais alors le guide d'entretien dactylographié posé sur la table et je me suis vite aperçue que pour les personnes interviewées, ils donnaient une dimension solennelle à l'échange. Elles se disaient fières « *de répondre aux questions posées* ».

sur le papier » et semblaient moins perdues que lorsque le guide dactylographié était hors de leur vue. La table vide bloquait me semble-t-il les échanges.

Ces choix méthodologiques amènent à interroger les effets du dispositif sur le contenu des entretiens. En décidant de faire des entretiens répétés à domicile avec la même personne, en faisant de fait implicitement ou explicitement référence aux entretiens précédents, je pourrai me voir reprocher d'avoir forcé les enquêtés à la cohérence et les présentations de soi contrôlées (Lahire 2002 : 26), même si j'ai veillé à laisser passer du temps (de deux à quatre semaines) entre chaque rencontre.

Les entretiens, notes et observations de terrain

Le dispositif méthodologique mis en place a consisté à mener de un à dix entretiens répétés sur des périodes de 1 à 12 mois, avec onze enquêtés, parents ou futurs parents : huit femmes, trois hommes.

Les professionnels institutionnels et intermédiaires de nos rencontres régulières n'ont pas souhaité « *faute de temps* », satisfaire à ma demande d'entretien formel enregistré. Les refus étaient le plus souvent argumentés en raison de mon choix d'origine d'interroger les mères, futures mères désignées « handicapées mentales » et du projet « Maman et papa pour la première fois » (voir ci-après). Les professionnels me disaient ne pas représenter mon objet de recherche et restaient dubitatifs ou sans réponse face à mes demandes d'entretien.

Lors des entretiens avec les onze parents et futurs parents, j'explorais les relations affectives avant, pendant et après la grossesse, la sphère familiale et amicale, les rapports femmes-hommes et la répartition des tâches domestiques. Je portais un intérêt particulier à la reconstitution de la biographie institutionnelle et au regard porté sur l'intervention sociale et de soins ainsi qu'au récit de la vie quotidienne avec l'enfant ou les enfants. Pour chaque thème, il s'agissait de cerner à la fois les pratiques et les perceptions des parents sur ce qu'est « être parent » ; mais aussi de repérer les normes dans lesquelles ils se positionnent.

Le père et la mère d'un enfant (Cassandra et Didier), une mère de deux enfants (Anna), deux femmes enceintes de leur premier enfant (Jeanne et Marie), trois mères (Sandra, Christiane et Thérèse) dont les enfants (de un à trois) ont été retirés du contexte familial et placés en famille d'accueil ou en institution (dans le cadre de la protection de l'enfance), un père et une mère d'une famille de six enfants (Denise et Denis), 1 futur père (Eric), ont été interviewés.

Une famille est suivie dans le cadre d'une Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) ; sept personnes (hommes et femmes confondus) sont accompagnées par les services

sociaux de leur ESAT d'appartenance. En sus de ces interventions sociales, une femme est accompagnée par le service social de son association de rattachement ; trois femmes sont accompagnées par des professionnelles d'un service de « soutien à la parentalité » ; trois sont sous protection juridique (tutelle) ; deux sont suivies par les services de Protection Maternelle Infantile (PMI) ; une se rend régulièrement dans un Centre d'action Médico-Social Précoce (CAMSP) ; une se rend occasionnellement dans un service de médiation ; dix travailleurs sociaux de dix institutions sociales différentes accueillant dix enfants, interviennent régulièrement au domicile de cinq parents (quatre mères, un père) ; quatre assistants sociaux de l'Unité territoriale de secteur interviennent régulièrement auprès de quatre familles.

Plus de quarante entretiens de une à trois heures dont vingt trois à domicile, plus de seize dans des institutions (relevant du champ du handicap) et un dans un service de médiation, ont été effectués. Je laissais s'écouler un délai avant chaque nouvelle visite, ceci afin que ma présence ne soit pas jugée trop intrusive ou trop pesante pour les personnes enquêtées et les professionnels, lorsque les entretiens se déroulaient au sein des institutions sociales. Les entretiens étaient espacés de deux à quatre semaines maximum. Je faisais en sorte de m'adapter en priorité aux temps libres où les enquêtés étaient en capacité de me recevoir. Pour ce faire, nous prenions note sur des calendriers ou je laissais une feuille blanche sur laquelle était écrite de manière lisible, la prochaine date retenue. Nous n'anticipions jamais plusieurs rendez-vous consécutifs. Dans la mesure du possible, je ne donnais pas les dates de rendez-vous aux professionnelles intermédiaires de nos rencontres, et nous prenions date à des jours réguliers (chaque mercredi par exemple).

Par choix méthodologique, chaque première rencontre ne donnait pas lieu à enregistrement. Trente trois entretiens ont été enregistrés au magnétophone, ce qui représente un peu plus de 30 heures d'enregistrement, selon une durée de trente minutes à deux heures parfois entrecoupées ; ceci en raison des aléas du contexte d'enregistrement (visites impromptues, arrêt du magnétophone etc).

Le magnétophone m'a été très utile dans certaines phases des séries d'entretiens. Il permettait d'officialiser les propos échangés, de donner de l'importance à la rencontre et de rendre explicites les représentations de la famille et de l'expérience de maternité. Des incidents d'ordre de l'intimité conjugale par exemple, ont pu être enregistrés, comme si l'outil avait été oublié. Mais, il pouvait représenter un obstacle dans la mesure où des événements, jugés « *secrets* » (propos sur les compagnons ou conjoints, sur les responsables de service) par la personne enquêtée, ne pouvaient être tenus l'appareil en action ; je proposais alors de le

ranger, ce qu'elle acceptait le plus souvent. Par ailleurs, lorsque je décidais d'introduire l'outil en cours d'entretien, avec l'idée de ne pas perdre les précieux éléments qui m'étaient confiés, je me suis vite aperçue que les échanges s'en trouvaient bloqués. Les enquêtés modifiaient le fil de la discussion et me montraient du doigt l'appareil en marche. Je décidais alors le plus souvent de l'éteindre et de le ranger hors de vue, à nouveau. Ce sont les conditions d'enquête sur la sphère privée qui m'ont obligée à m'adapter en temps présent à chaque situation nouvelle d'entretien. C'est la personne interrogée qui décidait de l'usage du magnétophone.

Dans la situation où l'échange n'était pas été enregistré, les notes furtives et les mots-clés pris lors de chaque entretien, me permettaient d'entreprendre un travail de mémoire et d'effectuer une retranscription après chaque visite. Lorsque ma mémoire me faisait défaut, je faisais préciser les détails manquants aux rencontres suivantes. C'est ainsi que des épisodes de vie marquants m'ont été racontés à de nombreuses reprises et le plus souvent de manière identique, à quelques détails près. Des détails qui étaient considérés secrets et voulus non enregistrés les séances précédentes, pouvaient être enregistrés lorsqu'ils étaient répétés.

Chaque entretien enregistré (questions, réponses) a été intégralement retranscrit (mais un n'a pu l'être en raison de la détérioration d'une cassette). Un prénom fictif a été attribué à chaque femme. De même, les prénoms des partenaires et enfants ont été modifiés. Dans les situations de couple, des entretiens croisés mère-père ont été enregistrés. Je décidais de vouvoyer les interviewé-e-s, ils me tutoyaient le plus souvent.

Dans toutes les situations, des notes et observations ethnographiques ont été consignées dans des journaux de terrain : elles ont porté sur la manière dont le contact a été établi, sur le lieu des entretiens (le domicile et les institutions sociales et la maternité), sur la rencontre d'enquête elle-même, sur les interactions avec d'autres personnes (voisins et professionnels institutionnels le plus souvent), mais aussi et surtout sur les propos recueillis lors des échanges formels et informels, hors enregistrement.

De ces adaptations permanentes aux terrains rencontrés, cinq types de matériaux ont ainsi été recueillis auprès des personnes que je rencontrais (les mères ou futures mères, parfois les pères et futurs pères et les professionnels). En premier lieu, des entretiens à deux ou trois voix, relativement longs et retranscrits mot à mot. En second lieu, les entretiens retranscrits par un travail de mémoire après chaque visite. Je les retranscrivais en style direct, entre guillemets. En troisième lieu, les bribes d'éléments de vie reconstitués bout à bout, issus de plusieurs rencontres et non enregistrés au magnétophone, mais transcrits dans mon journal de terrain. Ces éléments de vie concernent le plus souvent des évènements de vie douloureux

passés ou présents relatifs le plus souvent à des difficultés conjugales (violences le plus souvent), à ce que je nommais « la fatigue d'être mère » ou le sentiment d'exploitation au travail en Etablissement spécialisé d'Aide au Travail. En quatrième lieu, je retranscrivais les sentiments, les émotions et postures corporelles qui m'étaient apparus lors des entretiens. En cinquième lieu, je recueillais les observations relatives aux lieux, aux contextes de rencontres et les interactions avec les professionnels intermédiaires.

Deux facilitateurs de la participation des mères à l'enquête

Parallèlement, insatisfaite parfois du contenu des entretiens que je trouvais formatés sur un modèle théorique de « la bonne mère » et afin de me tenir au plus proche de la réalité et de l'expérience sociale de celles que je cherchais à comprendre, je décidais en 2006-2007, d'orienter mon approche méthodologique sous un angle créatif. Le dispositif sur mesure a consisté à mettre au point une méthodologie participative afin de répondre en premier lieu à la question suivante : pour cette expérience de maternité qui au regard de la société ne va pas de soi, comment limiter les biais de la stigmatisation dans les entretiens ?

Deux mères (Cassandra et Sandra) placées en position d'expertes, ont ainsi utilisé un appareil photo mis à leur disposition pour raconter leur vie de tous les jours, dans une démarche de type *photovoice* (Papinot 1992 ; Wang et Burris 1997).

Quatre mères (Cassandra, Sandra, Jeanne, Marie) et un père (Didier) ont donné leur point de vue sur des vignettes-bandes dessinées mettant en scène des parents avec un jeune enfant (Coulon 2008, 2010). Ce projet d'origine est un projet de recherche-action, non normatif, à destination de familles qui ne sont pas étiquetées *a priori* « à problèmes ».

Le choix de mise en œuvre d'une méthodologie que j'appelais « participative », m'a permis de me détourner de l'approche académique des entretiens et m'a permis en parallèle de collecter des données sous une forme moins conventionnelle. Il s'agissait dans un premier temps d'encourager (lors de la quatrième rencontre) les femmes à la participation à l'enquête, par le biais de la photographie et/ou l'usage de vignettes-bandes dessinées, ces dernières ayant été adaptées aux personnes interrogées ; dans un second temps, d'encourager un propos réflexif sur l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et du retour à domicile après l'accouchement et l'expérience « d'être mère » et « d'être père ». Les photos et les vignettes bandes-dessinées, lorsqu'elles ont été utilisées, sont toujours restées des supports à l'entretien et n'ont pas été pensées comme des leviers de changement des conditions des parents interrogés, dans une optique militante ou de recherche-action ; mais j'ai par ailleurs mis en évidence que l'usage des méthodes participatives, l'usage de l'appareil photo et des vignettes

bandes dessinées, a permis de faciliter l'expression de positions hétérogènes voire contradictoires, qui sont apparues sous l'effet de la modification de la nature des entretiens.

La photographie

Dans le cadre de mon expérience professionnelle antérieure en Institut Médico-Educatif, nous étions deux collègues à utiliser de manière quotidienne l'appareil photo et des supports images comme outils de médiation dans notre travail d'accompagnement. Nous donnions une place importante aux supports graphiques qui nous permettaient de nous centrer au mieux sur l'expression des jeunes accompagnés, dans l'optique d'accéder aux choix et prises d'initiative dans des domaines aussi variés que la famille, les loisirs, les amis, les habitudes alimentaires etc. Ces modalités d'intervention favorisaient la participation des jeunes et nous permettaient de mieux comprendre leur situation dans la vie quotidienne.

Forte de cette expérience antérieure, mon projet d'origine était que les personnes concernées par l'enquête puissent utiliser l'appareil photo sans ma présence qui pouvait représenter un obstacle dans la capacité à décrire leur expérience sociale. Cette idée a mis du temps à prendre forme, je cherchais des éléments théoriques dans le champ sociologique qui me permettaient d'asseoir solidement mon projet. Ce n'est qu'une année plus tard, qu'une collègue de l'université et partenaire d'un projet financé, de retour d'un colloque aux Etats-Unis, me dit qu'elle avait entendu parler d'un projet similaire au mien sous l'appellation *photovoice*. Je trouvai très vite des articles de référence qui s'inscrivaient dans le champ de la santé publique et de la promotion de la santé (Wang 1998 ; Jurkowski et Paul-Ward 2007 ; Royce et al 2006). Le concept *photovoice* consiste à ce que le témoignage des photographes et photographiés provoquent des changements sociaux ou politiques, pour des personnes vivant le plus souvent dans des conditions précaires. Ce concept a été développé par Caroline C. Wang et Mary Ann Burris en 1996. Je découvrais dans le journal Le Monde du vendredi 4 septembre 2009, une expérience ressemblant à la mienne, portée par une chercheuse de Philadelphie, anthropologue de formation nommée Mariana Chilton. Elle a offert des appareils photo aux mères célibataires qui défilaient dans son laboratoire de recherche sur la faim à Philadelphie. Elle a recruté des mères dans les salles d'attente des urgences (40 femmes qui participent à l'expérience baptisée « Witnesses to hunger » : « Témoins de la faim ») et a constaté que « L'appareil n'a pas changé leur misère mais leur regard sur leur vie » et que « Les photos racontent le chaos des existences dans les quartiers déshérités de la ville, où les terrains vagues disputent l'espace aux maisons abandonnées et aux drogués » (Chilton 2008).

Le projet « appareil photo » que j'ai porté a représenté un moyen de détourner

l'autocontrôle que pouvaient vivre ou s'imposaient Cassandra et Sandra lors des premiers entretiens de recherche et a pu contribuer à un changement de regard des personnes qui les entouraient (conjoint et travailleur social) sur leurs capacités « à savoir prendre des photos ». Cette démarche n'a été possible qu'avec deux mères de famille car elle ne peut se développer que dans des relations bien ancrées.

En ce qui concerne l'usage de la photographie, le procédé d'enquête consiste à mettre la personne interviewée en position d'experte : elle utilise l'appareil photographique hors de ma présence afin de rendre visible ce qu'elle a envie de dévoiler de sa vie quotidienne et de me guider dans la découverte du contenu des images. La consigne donnée est de « *prendre des photos qui racontent leur vie de tous les jours* » (cette phrase a été construite avec Cassandra le 30 juillet 09) mais aussi des photos « *qui racontent ce que voient l'enfant ou les enfants* » tout en précisant que la démarche esthétique n'est pas recherchée.

En sociologie, la photographie et l'image sont peu utilisées, et a fortiori les réflexions méthodologiques sur l'usage de la photographie comme outil d'investigation et support d'entretiens demeurent assez rares. John Collier (1967) photographe et anthropologue américain a été l'un des premiers à initier la réflexion sur cette technique, utilisée comme support à la parole. C'est sur l'analyse des réactions et émotions suscitées par les photographies que reposait sa méthodologie singulière (Duteil Ogata 2007).

La photographie et l'image ont l'avantage de situer un objet de recherche dans un contexte particulier. Je fais l'hypothèse qu'un contexte familial et rassurant constitue un élément facilitateur dans une interaction avec une personne stigmatisée (Fougeyrollas et al. 1998).

La question que peut soulever ce projet, au sujet de l'utilisation de la photographie dans les sciences sociales, à savoir si les images peuvent constituer des représentations fidèles de la réalité sociale, se pose également pour l'analyse de n'importe quelle donnée de science sociale (Becker 2005). L'enjeu de cette exploration méthodologique est de se demander si les photographies sont « vraies » et peuvent être considérées comme « vraies » par les personnes qui les regardent. Pour répondre à cette question, je me suis appuyée sur la méthode proposée par Becker (2005) « *Devant n'importe quelle photographie, demandez-vous à quelle(s) question(s) elle pourrait répondre* » et je faisais passer systématiquement les images en revue avec les personnes enquêtées pour savoir quel genre de réponse elle pouvait fournir.

L'appareil photo numérique était prêté (olympus 1050 SW), une mini-formation était donnée concernant l'usage de l'appareil. Les réactions et commentaires à la vue des

photographies étaient notés. Les photos étaient régulièrement téléchargées, voire imprimées en direct au domicile des personnes à l'aide d'une petite imprimante portable. Une cinquantaine de photos ont été imprimées pour l'une et l'autre des personnes concernées par ce projet. J'ai bénéficié d'un soutien financier pour l'achat des appareils photos et de l'imprimante portable, dans le cadre du projet « Rapports Sociaux de Sexe, Travail et transition »²⁰, co-dirigé par Geneviève Cresson (Université Lille 1) et Nathalie Coulon (Université Lille 3).

Il convenait de maîtriser l'aspect juridique des autorisations pour l'utilisation d'une photographie (projet de loi portant sur la modification du Code de la propriété intellectuelle complétant l'article L. 111-1 alinéa 3 du Code de la propriété intellectuelle, le droit à l'image reposant sur l'article 9 du Code civil et le fait de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui) et obtenir des autorisations dûment délivrées de la part des mères interviewées, de leurs conjoints. Le compagnon de Cassandra, qui a utilisé l'appareil photo, m'a par ailleurs demandé que les photos ne soient pas divulguées sans leur consentement. Nous avons rédigé ensemble un contrat après que Cassandra m'ait dit au sujet du projet : « *Didier n'est pas trop pour, il a peur que les photos ne restent pas dans le dossier* ». Le contrat rédigé à la main a été photographié, imprimé et donné aux deux personnes concernées.

Les vignettes bandes dessinées

Les vignettes bandes-dessinées quand à elles, représentent des scénarii de la vie quotidienne mettant en scène un enfant et ses parents. Elles sont le support d'intervention du programme « Être maman ou papa pour la première fois », qui est une recherche-action qui s'appuie sur une conception socio-écologique du développement humain. Elle part de l'idée qu'en reliant l'analyse sociologique du *care* à la conception socio-écologique du développement humain, on peut observer à quel point l'activité de soin profane assurée au sein de la famille, est capitale pour le développement de la santé de l'enfant (Coulon 2010 : 231). Les sages-femmes

²⁰ **Description du projet, méthodologie – Extrait du projet RSSTT.**

« Nous proposons d'étudier dans une première opération les ajustements socio-psychologiques maternels et paternels 9 mois après l'arrivée du premier enfant dans une perspective systémique intégrant l'enfant sexué. Pour appréhender la réalité de la famille et sa dynamique, nous tenterons une analyse systémique par triade (mère-père-bébé), ou dyade pour les mères vivant seules avec leur enfant, en considérant différents éléments contextuels. Des entretiens auprès de mères en situation de handicap mental –et l'utilisation de la *photovoice* –nous permettront aussi de faire la part des difficultés ordinaires de l'exercice du rôle parental, de celles plus spécifiques, liées à l'«*impensé* » de la maternité conjugée au handicap mental ».

et puéricultrices de la protection maternelle et infantile (PMI) du Pas-de-Calais qui proposent aux femmes des rencontres pré et post-natales ont constaté que l'aide offerte n'est pas systématiquement recherchée ni acceptée, alors que l'intervention auprès des futures mères primipares leur paraît relever d'une priorité. Avec la volonté d'améliorer l'accès et la qualité du support social offert aux familles, la direction de la protection maternelle et infantile (DPMI) du Conseil général du Pas-de-Calais a saisi l'opportunité de la mise en place des programmes régionaux de santé (PRS) pour entamer en 2001, une collaboration avec le groupe de recherche-action et de formation pour la prévention de l'enfance à risque (GRAFPER, association loi 1901). Ce partenariat s'est concrétisé par une recherche-action inspirée d'une démarche britannique le « Child Development Programme » (Barker et al. 1992 ; Early Childhood Development Unit, 1988) présenté quelques années plus tôt à la DPMI dans le cadre d'échanges avec le Kent [...] (Coulon 2010 : 233). Les effets positifs attendus concernent non seulement le développement de l'enfant mais aussi le sentiment de compétence parental, ainsi que le bien-être parental et familial (p. 234). Deux principes clefs ont été retenus dans ce projet : une offre d'accompagnement à partir de la période prénatale jusqu'à la scolarisation de l'enfant ; une méthode d'intervention favorisant l'autonomisation des parents dans la résolution de leurs problèmes à partir des bandes dessinées.

Ces bandes-dessinées ont été adaptées en vue d'être utilisées auprès des mères « handicapées » lors d'une journée de travail en juin 2009, avec Nathalie Coulon et Julie Dewaele conceptrices du projet : les supports écrits étaient éliminés des supports visuels, les représentations graphiques étaient allégées. Néanmoins, les thématiques abordées sont restées identiques et concernent l'hygiène de vie et le vécu de la grossesse ; les difficultés ordinaires de l'ajustement parental et leur vécu ; les soins et les interactions précoces ; la fatigue parentale et le sommeil de l'enfant ; l'éveil de l'enfant à travers les jeux ; l'éducation et la frustration. Je ne présentais pas ces vignettes en ces termes auprès des personnes concernées lors des entretiens. Je présentais les vignettes une par une sans me soucier du classement thématique qui pouvait influencer les réponses données.

Le projet vignettes-Bandes dessinées, auquel cinq personnes ont participé, a contribué à alléger les tensions que je percevais lors des entretiens mais aussi à dévoiler « le fond de leurs pensées » sur certaines situations présentées, qui sans ces supports n'auraient pu être mis à jour. Ces entretiens se déroulaient sous une forme ludique et ont tous été enregistrés et transcrits intégralement.

Construction du corpus : femmes et hommes rencontrés

Dans mes objectifs initiaux de recherche, j'avais choisi de rencontrer des femmes, mères de un ou plusieurs enfants sur un ou deux terrains d'enquête initialement choisis. Les aléas liés aux terrains d'enquête m'ont permis de retenir dans la constitution de mon corpus de femmes, des expériences « ordinaires » de maternité. Ceci m'a permis de diversifier mon échantillon : femmes enceintes, femmes avec un enfant, femmes avec plusieurs enfants, femmes dont les enfants ont été déplacés en famille d'accueil ou en institution sociale, pères ou futurs pères. Je tenais aussi à rencontrer des jeunes mineures, des femmes ayant vécu une interruption volontaire de grossesse, des femmes issues de classes sociales dites supérieures. Malgré mes recherches et mes appels dans divers lieux d'accompagnement de mères « avec une déficience intellectuelle », je n'ai pu en trouver.

Devant les difficultés énoncées en amont, ma porte d'entrée est devenue « multi-institutionnelle » et du fait des « résistances de terrain » (cf. paragraphe précédent), j'ai décidé de diversifier les institutions et d'analyser par la suite le coût de la réorientation de terrain en termes de temps. J'ai donc fait le choix de ne pas me cantonner à une « catégorie » de personnes, ce qui réduisait mes possibilités d'entretiens.

Conclusion de la première partie

Cette première partie rend compte de mon parcours de recherche qui s'est enraciné dans mes expériences professionnelles et, de la construction progressive de mon objet.

Le premier chapitre a porté sur les ruptures et la déconstruction des prénotions psychologiques qui ont participé à la naissance d'une pensée sociologique affirmée. Ces allers et retours entre action et recherche, m'ont amenée à identifier la permanence et l'importance d'un questionnement épistémologique sur les conditions de production de savoirs sur l'expérience des femmes étiquetées « handicapées mentales » devenues mères, sur la permanence des rapports de savoirs et de pouvoir dont elles sont l'objet dans les modes d'accompagnement qui leur sont proposés, voire imposés, y compris dans leur rapport aux chercheurs.

Le second chapitre a porté sur la construction progressive d'une méthodologie de recherche auprès de mères ou futures mères dites « handicapées mentales ». La relation asymétrique produite par la situation d'entretien renforcée par la déficience intellectuelle, a retenu toute mon attention et m'a amenée à proposer des entretiens enrichis par des

techniques d'enquête fondées sur l'image, relevant de méthodes participatives : production de photos dans une démarche de type photovoice (Wang et Burris, 1996 ; 1997) et utilisation de vignettes-bandes dessinées scénarisant des situations de vie quotidienne avec un très jeune enfant (Coulon, 2007 ; 2010). Le parti-pris retenu consiste à mettre la personne interviewée en position d'experte, afin de bouleverser l'ordre établi chercheure-enquêtée.

DEUXIÈME PARTIE : AU CROISEMENT DE DEUX ÉPREUVES SOCIALES : CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE

La suspicion à l'égard des futures mères se donne à voir, d'autant plus si elles appartiennent à un milieu socialement peu favorisé. Pour ces mères stigmatisées, être une « bonne mère » est une gratification dans un contexte où la situation de handicap reste une cause d'exclusion sociale dans les domaines de l'éducation, de l'intégration professionnelle et de l'acceptation sociale. Toutefois, cette expérience qui transgresse les normes sociales et l'idéal de maternité rend nécessaire d'étudier au plus près, les approches successives de la place des handicaps dans la société mais aussi de l'étudier sous l'angle du genre et des droits.

Par ailleurs, force est de constater que pour les mères « ordinaires », la maternité n'est pas une expérience de tout repos. Le passage par l'étude de leur expérience de maternité peut finalement nous aider à comprendre que l'incompétence maternelle supposée en raison du handicap, peut aussi s'expliquer par la difficulté à être mère « tout court ».

Dans ce contexte, je termine la deuxième partie en présentant la problématique générale du travail de thèse.

CHAPITRE 3 - LA QUESTION DU « HANDICAP »

En France, un retard de la recherche sur le handicap au regard de la situation internationale a été observé (Ravaud 2004) et les représentations sociales du « handicap » sont empreintes de peur, de non-dits et de nécessité de mise à distance. Lorsque je demande à des étudiant-e-s en éducation spécialisée d'effectuer des stages de formation auprès de personnes en situations de handicaps, ils m'avouent une fois leur expérience passée, que cette proposition a généré chez eux des sentiments d'angoisse, de malaise et de rejet. La personne handicapée fait peur, qui plus est lorsque le mot « mental » est associé au terme « handicap ». Cette tension « trouve sans doute sa source dans les peurs et les craintes ancestrales qui entourent la déficience et qui sont loin d'avoir totalement disparu » (Ebersold 2005 : 12), la même peur que celle si bien

décrite par Colette Pétonnet dans son étude sur la vie des bidonvilles et des cités de transit et, pour qui « L'opinion publique qualifie les gens en question de marginaux, asociaux, inadaptés, et, plus récemment d'handicapés sociaux (...) ces termes suggèrent une notion de danger, d'infirmité, d'anormalité. Ils désignent une partie de la société en la présumant de n'importe quel acte aberrant et traduisent peut-être une peur sociale latente » (1985 : 16).

3-1 Approches de la place des handicaps dans la société

Ce qui va suivre va nous montrer combien les multiples façons de penser le handicap et la situation de handicap procèdent d'un « dédale des significations » (Gardou 2010a) et impliquent des modèles d'analyse divergents et parfois complémentaires.

La « carrière » (Becker 1985) d'une personne « handicapée mentale » débute pour la grande majorité d'entre elles à l'école maternelle le plus souvent ou à des périodes charnières de la scolarité où les étapes d'apprentissage sont considérées par les psychopédagogues comme décisives pour l'avenir d'un enfant (le CP ou le passage en classe de troisième). Au début du 20^{ème} siècle, la notion de débilité est inventée quelques années après la généralisation de l'école obligatoire. Le « débile » est pour les spécialistes de cette période, l'enfant qui montre un retard de deux ou trois ans dans le cours de ses études, sans que ce retard ne soit dû à une insuffisance de scolarité. Pour Zafiropoulos « C'est une des deux figures qui, avec l'instable, constituent les *anormaux d'école* pour qui sont mis en place par la loi de 1909 les premières classes d'éducation spécialisée au sein même de l'école publique (les classes de perfectionnement) » (1981 : 8).

Elle peut aussi débiter à l'âge adulte, et être soit demandée par des intervenants sociaux ou médicaux, soit par les parents eux-mêmes qui, par cette procédure sollicitent l'Allocation Adulte Handicapée²¹. Cette carrière se poursuit dans un continuum d'institutions

²¹ L'allocation pour adulte handicapé (AAH) permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées. Ce droit est ouvert dès lors que la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage vieillesse, invalidité ou rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne handicapée doit remplir un certain nombre de conditions d'âge, d'incapacité, de résidence et de nationalité ainsi que de ressources. Le demandeur doit être âgé : de plus de 20 ans, ou de plus de 16 ans, s'il n'est plus considéré comme étant à charge pour le bénéfice des prestations familiales. Le versement de l'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. À cet âge, le bénéficiaire bascule dans le régime de retraite pour inaptitude. En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle (c'est-à-dire une allocation mensuelle réduite) peut être versée au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse. Montant : La personne qui ne dispose d'aucune ressource peut percevoir le montant maximum de l'AAH. Ce montant maximum s'élève à **759,98 €**. Lorsqu'une personne handicapée perçoit d'autres ressources que l'AAH, elle bénéficie d'une

spécialisées nées depuis les années 1950, date charnière où les familles de notables, en majorité, se mettent à construire les grandes organisations de défense des personnes handicapées que l'on connaît aujourd'hui (par exemple, l'UNAPEI) et la série des institutions de prise en charge alternative à l'hôpital psychiatrique (Zafiropoulos 1981).

Des travaux sociologiques (Gateaux Mennecier 1990) ont critiqué la notion de débilité et l'un de ses effets majeurs, qui est la mise à l'écart au sein de l'école publique d'enfants venant en grande majorité des milieux les plus populaires. En France, on parle encore aujourd'hui de « handicap social » qui représente en quelque sorte la matérialisation d'une « sous citoyenneté » dans un monde hors-normes avec des limites de l'univers social qui s'effectue à partir de la distinction entre normalité et anormalité (Demonet et Moreau de Bellaing 2000).

Au cœur des institutions sociales relevant du champ du handicap dit « mental », la notion d'arriération mentale (même si elle n'est pas exprimée en ces termes) est utilisée encore aujourd'hui, malgré les évolutions des classifications du handicap et du contexte juridique. La précision arithmétique calculée à l'aide de tests psychologiques, est encore la base d'identification de la déficience intellectuelle dans les institutions spécialisées. Elle est donnée sous forme du Quotient Intellectuel (QI). Le QI d'une déficience intellectuelle se situe entre 65 et 80, de la déficience dite « profonde » à la déficience légère. Au sein des institutions sociales et médicales, les personnes handicapées se retrouvent encore inscrites dans ces instruments de mesure de leurs capacités et aptitudes et, la plupart des femmes que j'ai rencontrées m'étaient présentées comme « porteuses d'une déficience légère ou moyenne ». Ce QI est quelque fois aussi un poids lourd à porter d'autant qu'en fonction des tests, en fonction de ses conditions de passage (période choisie, personne qui le fait passer, endroit de passage etc...), il peut se modifier d'une année à l'autre. On devine combien ce critère chiffré, qui ne leur est pas communiqué, peut participer à recréer de l'instabilité pour les personnes concernées. Lors du passage des tests, elles saisissent l'importance du moment et les conséquences implicites des résultats chiffrés. Réussir les tests est une injonction forte, qui leur est faite. Même si elle n'est pas prononcée en ces termes, elle est fortement pensée.

allocation mensuelle réduite, dont le montant correspond à la différence entre la moyenne mensuelle de ses autres ressources (pension d'invalidité, rente d'accident du travail, avantage vieillesse, revenus d'activité professionnelle, revenus fonciers...) et les **759,98 €** de l'AAH. Source : Service-Public.fr

Le handicap : vers un modèle social

Le terme « handicap » est utilisé en guise des mots « arriération », « débilité » et « idiotie », jugés non politiquement corrects depuis les années 70 même si j'ai retrouvé l'usage des deux derniers dans des écrits de psychiatres dans des dossiers datant des années 80. Sous les récentes classifications internationales et législatives, l'expression « retard mental » n'est plus préconisée, mais elle fait encore partie du langage courant dans certains milieux institutionnels pour désigner les caractéristiques individuelles des personnes étiquetées « handicapées mentales ».

Handicap est un terme issu de la langue anglaise pour désigner « la main dans le chapeau », un jeu de hasard pratiqué en Irlande au 14^{ème} siècle (Gardou 2010a : 409), qui consiste à ce que des joueurs se disputent des objets personnels. Le joueur qui disposait d'un objet de moindre valeur, devait alors mettre dans le chapeau « *hand in cap* », une somme d'argent pour rétablir l'équilibre de la mise. Quelques siècles plus tard (18^{ème}), le « handicap » apparaît dans les courses de chevaux. Ceux-ci n'étant pas tous de force égale, les meilleurs sont handicapés, par un poids supérieur ou une distance plus grande : l'équilibre est rétabli dans un souci d'équité.

Dans une conception inverse, le handicap peut représenter « quelque chose en moins ». Anna que j'ai interrogée, me disait dans une sorte de processus d'auto-étiquetage et d'intériorisation du préjugé : « *J'ai un retard pas grave, je suis comme du moins* ». C'est cette vision déficitaire que porte la classification de Philip Wood (classification of impairments and handicaps, 1975)²² ou la Classification Internationale des Handicaps (CIH)²³ adoptée en 1980 par l'Organisation Mondiale de la Santé, que s'efforce de corriger la Classification internationale du fonctionnement humain, du handicap et de la santé (CIF)²⁴ du 22 mai 2001. Cette dernière réalise une synthèse des perspectives individuelles, biologiques et sociales dans le but de « contrer l'exclusion sociale et de permettre la réalisation des habitudes de vie des personnes », d'où la proposition d'un « modèle d'intégration biopsychosociale » destiné à « appréhender ensemble les aspects physiologiques personnels et sociétaux » (Rossignol 1999 :

²² Cette classification était une trilogie qui proposait un continuum de la maladie, de la déficience et de l'incapacité, jusqu'au « handicap » au sens strict du terme que l'on traduisait dans l'édition française par « désavantage social ». Le handicap était constitué de ces trois niveaux.

²³ Classification selon laquelle le handicap était cantonné à l'aspect lésionnel : à une déficience localisable touchant une structure anatomique ou une fonction organique, y compris mentale ou psychologique. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH), OMS, 1980.

²⁴ International Classification of functioning, disability and health (ICF).

417 ; 2000). Les modèles médicaux et sociaux du handicap sont conjugués pour produire les « facteurs contextuels ». Les notions d'« incapacités » et de « désavantages » qui focalisaient sur les restrictions et les limitations, sont désormais remplacées par celles d'« activités » et de « participation ».

Dans cette classification, on considère que la participation sociale²⁵ pleine et entière de la population handicapée dépend d'une réponse adéquate à ses besoins spécifiques (Ebersold 2002). Le problème central n'est plus celui du handicap mais celui de la personne dans son environnement. Le modèle social du handicap refuse d'expliquer ce dernier par les caractéristiques individuelles des personnes et met l'accent sur l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes visées (Ravaud 1999 : 64 ; 2001). Dans cette conception qui se veut positive, le handicap est pensé comme un problème créé par la société. Pour résumer : dans le modèle médical, le problème se situe au niveau de l'individu, il repose sur une anomalie, c'est une question personnelle et une affaire de spécialistes. Dans le modèle social, le problème réside dans la structure sociale, il repose sur des différences, c'est une question publique et une affaire collective (Ravaud 1999 : 69). Sur un plan sociopolitique, un mouvement de personnes handicapées soutenant cette dernière approche est représenté, par exemple, par l'organisation DPI (Disabled People International). Dans la revendication de ce mouvement, la priorité est mise sur le changement social, sur la modification des facteurs environnementaux, sur une critique du pouvoir médical et autres professionnels de la santé et de la réadaptation contestés dans leurs positions d'experts et accusés de ne pas respecter la personne, son identité et ses choix de vie (Ravaud 1999 : 68). Dans le milieu académique, ce changement de paradigme a fait critiquer les approches sociologiques traditionnelles centrées sur l'expérience de la maladie chronique et le plus souvent cantonnées à un modèle de tragédie personnelle avec une étude détaillée de toutes ses conséquences négatives, perte d'identité et des stratégies de *coping* pour y faire face (Ravaud et Ville 1994 : 9-12). La sociologie de la santé et de la maladie ont longtemps ignoré la question du handicap, tout en continuant à l'associer à la maladie chronique (Ravaud 1999). En réponse à cette association, les théoriciens du handicap se reconnaissant dans le modèle social se sont regroupés dans un champ disciplinaire autonome : celui des *disability studies*.

²⁵ Dans le modèle de processus de Production du Handicap (PPH), la participation sociale se veut le résultat des influences multiples entre les caractéristiques d'une personne et les éléments de l'environnement physique et social.

Une analyse en terme de « stigmaté »

Malgré les avancées conceptuelles du modèle social du handicap, l'évocation du mot « handicap » reste encore attachée aux caractéristiques individuelles des individus, pris en compte comme des « sujets cliniques ». Il implique chez le « stigmatiseur » et le stigmatisé des émotions comme la peur, l'embarras, la pitié, le mépris ou la honte.

Le stigmaté est une source de dévalorisation, de rejet et de lutte continuelle pour chaque personne concernée « même aujourd'hui, où nos représentations semblent avoir significativement évolué, notre société continue à faire du handicap un stigmaté, c'est à dire une source insidieuse de dévalorisation et de rejet. Une grande partie de la vie sociale de la personne en situation de handicap consiste [alors] à lutter contre cette marque d'infamie qui lui a été imposée » Gardou (2010b : 22).

La personne stigmatisée est amenée à accepter la représentation négative qu'elle a d'elle-même. D'autant que dans les institutions sociales un discours psychologique d'acceptation du « handicap » (toutes formes de « handicap »), est diffusé par les travailleurs sociaux pour favoriser « un mieux-être » des personnes handicapées qui éprouveraient des difficultés émotionnelles et sociales liées à l'existence de leur handicap. Ce discours institutionnel est formalisé dans les projets individualisés des personnes handicapées, il est particulièrement net lorsque la personne expose des vellétés à ne pas accepter son handicap ou l'aide apportée, ou ses difficultés dans tel ou tel domaine d'apprentissage. Cette injonction à l'acceptation du handicap peut (comme je l'ai observé) réduire toute forme de contestation de la personne, voire ses chances « d'en » sortir jusqu'à ce que la personne justifie ses manques ou ses difficultés par « son handicap ». La personne est maintenue, contenue dans son état discriminé et ce « pour son bien ». Son sentiment d'être dans l'anormalité influe sur son rapport au monde et son rapport aux autres, confirmant ceux-ci dans leur verdict. Cette situation est expliquée en partie par Goffman : « Il va de soi que par définition, nous [les normaux] pensons qu'une personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent sans le vouloir, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmaté, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe par exemple » (2001 [1975] : 15).

Anomalie, différence, déviance, on comprend que la façon de nommer l'écart à la norme sociale est au cœur du débat. Les sociologues interactionnistes de l'Ecole de Chicago

qui ont travaillé sur la déviance, comme Goffman et Becker qui ont développé les concepts de stigmatisation et d'étiquetage de la déviance, ont participé aux premières théorisations du handicap, en des termes voisins de ce que l'on nomme aujourd'hui le modèle social du handicap.

Une analyse en terme de « liminalité »

L'approche sociologique du handicap s'est donc inscrite dans le développement de divers courants théoriques principalement issus de « l'école de Chicago », autour des notions et concepts de rôle, de stigmaté, de déviance ou d'étiquetage, voire de « carrière » (Goffman 1975 ; Becker 1963).

Ce que Murphy (1990) anthropologue américain devenu tétraplégique (à la fin des années 70) a critiqué. Parce que selon Stiker qui a analysé la position de Murphy « L'interactionnisme, avec la double notion de stigmaté et de déviance met l'accent, à ses yeux, sur la faute, et rapproche les personnes handicapées des criminels, ou des gens en flagrant délit » (2007 : 8). Stiker nous dit que Murphy refuse par ailleurs « de rabattre la question du handicap sur une question sociale plus ou moins traditionnelle, avec des concepts comme oppression, comme exploitation, comme exclusion ou autres, qui sont également des manières de dissoudre la spécificité anthropologique des handicapés » (p. 8). Robert Murphy (1990) témoigne de la situation symbolique inférieure dans laquelle se trouvent les personnes handicapées : dans une situation de seuil, dans une position intermédiaire, entre deux statuts de validité, « l'entre-deux », dont elles ne sortent plus et dans laquelle « Les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts, ni pleinement vivants, ni en dehors de la société, ni tout à fait à l'intérieur » (Calvez 2004 : 73).

Van Gennep a étudié les rites de passage et selon lui, la phase de seuil caractérise le moment où l'individu a perdu un premier statut et n'a pas encore acquis le second. A la différence de l'idée de « seuil » (point de passage) que Van Gennep a développée en 1909 [1969]²⁶, c'est la notion d'entre-deux durable qui s'impose pour les personnes handicapées.

Pour Robert Murphy, le statut des « personnes handicapées » est liminal dans la société d'aujourd'hui (Sticker 2007 : 7). Calvez qui a exposé la position de Murphy et expliqué la

²⁶ Van Gennep (1909) [1969] a tenté de grouper toutes les séquences cérémonielles qui accompagnent le passage d'une situation à une autre et d'un monde à un autre. Selon l'auteur, ces rites de passage se décomposent en rites de séparation, rites de marge et rites d'agrégation. Les rites de séparation correspondent aux funérailles, les rites de marge constituent une section plus importante (grossesse, fiançailles, initiation, accouchement...), les rites d'agrégation correspondent au mariage. Les rites liminaires correspondent aux rites réalisés pendant les stades de marge.

situation de handicap à partir de l'étude d'Arnold Van Gennep, écrit : « Cette situation liminaire est une condition essentielle et nécessaire du passage car, en annulant les marques d'un statut antérieur, elle rend possible l'acquisition de l'autre statut. L'individu se trouve alors dans une situation spéciale pendant un temps plus ou moins long : il flotte entre deux mondes. C'est cette marginalité que recouvre le concept de liminalité » (2004 : 74). Pour l'auteur, la situation liminaire est « Une situation par essence instable qui permet l'accès à un statut social nouveau [...] les individus qui restent dans une situation intermédiaire représentent une menace pour l'ordre social ; ils personnifient l'adversité ou la négativité sociale. Des imputations de danger, de souillure ou de contagion permettent de justifier la marginalité dans laquelle ils sont placés » (p.76).

Blanc (2006) expose par ailleurs, que la situation liminaire du handicap est une sorte d'entre-deux durable entre insertion problématique et jamais assurée, et exclusion évitée au nom de l'égalité démocratique. La catégorie de « handicapé » donne un statut particulier qui ne permet pas de passer sans difficultés dans le statut de la normalité. Pour Stiker, les personnes handicapées continuent à être vues et traitées comme demeurant dans une situation d'entre-deux « Ainsi, elles ne sont ni rejetées, ni pleinement acceptées ; ni mises à l'écart, ni intégrées » (2007 : 9).

L'analyse de Blanc s'applique à bien des situations institutionnelles mais aussi à celle des mères appelées « handicapées mentales » qui bien souvent me décrivent cette inconfortable situation d'entre-deux durable et « ne se sentir jamais bien nulle part ». Van Gennep en 1909 [1969] a considéré la grossesse et l'accouchement comme des rites de passage, et de manière plus spécifique la grossesse « comme une période de marge » (p. 57). Selon lui, les rites de l'accouchement ont pour objet de « réintégrer la femme dans les sociétés auxquelles elle appartenait antérieurement, ou de lui assurer dans la société générale une situation nouvelle, en tant que mère, surtout s'il s'agit d'un premier enfantement et d'un garçon » (p. 57). Vivre une situation nouvelle et une grossesse est pour les mères concernées une possibilité de trouver un statut autre que celui de personne dite « handicapée », de nombreux témoignages l'indiquent, c'est « vouloir être comme les autres femmes ». Pour Van Gennep « Le retour à la vie commune se fait rarement d'un seul coup, mais il y a aussi des étapes qui rappellent les degrés de l'initiation. Ainsi l'accouchement n'est pas le moment terminal de la période de marge, laquelle dure encore pour la mère un temps plus ou moins long, selon les populations » (p. 61). Van Gennep explique que tous les rites de passage après la naissance se compliquent en cas d'« anormalité », notamment si la mère a mis au monde

des jumeaux : « Chez les Ishogo (Congo), la mère est confinée dans sa cabane jusqu'à ce que les deux enfants soient grands ; elle ne peut parler qu'aux membres de sa famille ; son père et sa mère ont seuls le droit d'entrer dans sa cabane ; tout étranger qui y pénètre est vendu comme esclave ; elle doit vivre absolument chaste ; les jumeaux sont isolés aussi des autres enfants [...]. La période de marge dure jusqu'à ce que les enfants aient plus de six ans » (p. 65-66). On peut dire que pour les mères « handicapées » et leurs enfants, cette période de marge s'étend durablement.

Dans une optique de modèle social du handicap, cette approche est pertinente et dynamique pour analyser le statut des mères handicapées, qui dès l'annonce de la grossesse sont positionnées dans « une adversité qui prend appui sur des attributs corporels ou mentaux des individus » (Calvez 2004 : 77), et l'enfant à venir dans une situation à risque de danger.

Mouvements de normalisation et valorisation du rôle social

Le modèle d'intervention prôné par le paradigme de l'approche « positive » implique du côté des institutions une vision personnalisée et globale de la personne, dans une perspective humaniste. Cette approche est enracinée dans les mouvements de normalisation dans les pays scandinaves (Nirje 1969) et de Valorisation des Rôles Sociaux, en Amérique du nord (Wolfensberger 1972). Ces approches normatives viennent amender la situation des personnes que Wolfensberger (1997) nomme « socialement dévalorisées » et pour lesquelles la société donne une identité de rôle qui confirme et justifie l'attribution d'une étiquette d'une personne de moindre valeur (p. 25).

Sous ce mouvement, la mise à l'écart de la communauté et le non respect des besoins individuels ne pouvaient être corrigés qu'en se référant à des critères éthiques et en proposant aux intéressés de mener une existence aussi normale que possible. Le principe de normalisation était né.

Dans les années 90, Wolf Wolfensberger est présenté comme l'un des auteurs nord-américains des 20 dernières années, les plus influents dans le domaine des services humains, que l'on nommerait de nos jours « services à la personne ». Cette théorie qui a traversé le champ de l'intervention sociale en France, sans qu'elle ne soit nommée comme telle à l'époque mais qui l'est maintenant sous l'appellation « VRS » dans des stages de formation professionnelle à destination des travailleurs sociaux et dans certains projets associatifs, a fortement imprégné le modèle de l'accompagnement social et a participé à la modification des pratiques éducatives à l'égard des personnes nommées comme étant dévalorisées. J'ai relevé dans cette théorie quelques idées fortes par exemple, dans le chapitre de son ouvrage, intitulé

« L'amélioration de l'image et le développement des compétences, des moyens essentiels d'accès aux rôles sociaux valorisés » (Wolfensberger 1997 : 55). L'auteur y insiste sur le fait que « l'image sociale de quelqu'un est également affectée par son apparence personnelle ou celle qu'il est à même de projeter ».

« Les gens [en situation de handicap] sont moins perçus positivement si leur corps est difforme, s'ils sont sales, mal habillés ou avec des vêtements en mauvais état, trop courts et démodés, s'ils ont une certaine coupe de cheveux, des habits qui ne sont pas de leur âge [...] Ces services ont des pratiques qui, en fait, accentuent encore le statut dévalorisé de leurs clients » (Wolfensberger 1997 : 62).

Outre les normes esthétiques, hygiénistes et le poids des déterminants physiques et psychologiques que l'on peut repérer et discuter dans cet extrait, la participation des personnes en situation de handicap à leur destinée dans ce parti-pris pose question : les personnes concernées ne semblent pas y être pensées comme des personnes sujets de leur émancipation. On ressent à la lecture de cet extrait la domination des institutions que l'auteur nomme « des services », qui encadrent encore de nos jours la vie sociale des personnes appelées « handicapées » dans bien des domaines.

Le courant de pensée de Wolfensberger a, dès les années 70, représenté la possibilité de « penser autrement » les services dits « humains » en préconisant l'intégration physique et sociale des personnes que l'on nomme encore « avec des déficiences ». Tout en prônant l'amélioration des conditions de vie des personnes dites « handicapées » ces mouvements se fondent sur l'idée que ces dernières ont les mêmes besoins fondamentaux que tout être humain « ordinaire » et présentent l'avantage des environnements non ségrégués, à la suite du développement proposé par Goffman (1968) sur son étude sur la condition sociale des malades mentaux et leur expérience de vie asilaire.

Dans les années 1980, les principes et les valeurs défendues par Wolfensberger, ont participé à la désinstitutionnalisation en France et à l'étranger (création de petites structures à taille « plus humaine ») et à la vie au cœur de la Cité. Cette dynamique était animée par des idéaux d'intégration sociale, de participation et d'amélioration de la qualité de vie des personnes « handicapées ». Sur le plan théorique, ce modèle a fortement influé le champ de la psychologie et des sciences de l'éducation et particulièrement les tenants de la normalisation sexuelle (Mercier, Agthe et Vatre 2002) et des principes d'*autodétermination* des personnes handicapées qui impliquent le respect et la valorisation de tout individu à faire des choix, à prendre des décisions et essentiellement, à vivre une vie autonome (Lachapelle et Wehmeyer 2003 : 205). Conditions dans lesquelles

*l'empowerment*²⁷ tient une place d'importance.

Sans me situer dans une position sociologique simplificatrice et misérabiliste (Blatgé 2012 : 171) et tout en accordant du crédit au fait qu' à une situation de stigmatisation initiale peuvent se substituer de rentables adaptations, telles que des tactiques et des ruses, comprises comme des modalités d'ajustement et de désajustement à une situation de stigmatisation, on peut penser que la ségrégation et la disqualification liées aux conditions d'enfermement que Goffman présentait dans la critique asilaire, se sont déplacées « hors murs » tant les associations et les institutions représentent encore un poids et, une emprise forte exercée sur les personnes « handicapées ». Une autre forme de contrôle social en quelque sorte. Les conditions liées aux entreprises de normalisation, voire de valorisation du rôle social qui impliquent des nouvelles injonctions « à être » et la promotion de nouvelles compétences sociales, peuvent encore à mon sens être à l'origine d'adaptations secondaires au sens que Goffman les présentait dans l'institution fermée.

3-2 Handicap et genre 28

En France comme à l'étranger, les mouvements de femmes et les associations féministes ont accordé peu d'intérêt à la question des femmes handicapées. Par ailleurs, la spécificité des femmes handicapées n'est que très rarement prise en considération dans les politiques et les actions destinées aux personnes handicapées et aux femmes en général²⁹. Or, il s'avère que toutes les recherches dénoncent la double discrimination vécue par les femmes handicapées : être femme et handicapée. Par exemple, des études montrent que des femmes handicapées risquent deux fois plus que des femmes sans handicap de subir des situations de violences et au moins un « abus » sexuel au cours de leur vie. A ce titre, l'approche genre ne peut être ignorée.

²⁷ Ce mot n'a pas de traduction française. Il traduirait la notion de « prendre pouvoir sur soi » avec l'idée de renforcement du pouvoir de décision et de contrôle des usagers sur leur propre vie, dans un environnement donné.

²⁸ Je précise que le genre désigne la construction sociale et culturelle de la différence des sexes. Le concept de genre permet d'instaurer une distinction entre le sexe génétique et la construction sociale et culturelle qui s'y rapporte.

²⁹ Les mesures toutes récentes au sujet de la violence conjugale semblent toutefois tenir compte dans un livret destiné au grand public, des « incapacités physiques voire psychiques » des femmes concernées par les faits. http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/07/Livret_violences_conjugales.pdf. Site consulté en juillet 2012.

Quelques éléments contextuels

Une Enquête sur les Handicaps, les Incapacités et la Dépendance (enquête HID) a été menée fin 1999 en métropole auprès des personnes vivant en milieu ordinaire, afin de fournir des données de cadrage et d'offrir une vision d'ensemble sur la situation des personnes en situation de handicap (Mormiche 2006 : 5-7 ; 2000). Cette enquête fait suite à une enquête menée fin 1998 auprès des pensionnaires d'institutions socio-sanitaires. Au total, fin 1999, près d'une personne sur trois a répondu « oui » à la question : « Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? ».

Dans cette enquête, les femmes déclarent beaucoup plus fréquemment que les hommes des déficiences motrices et un peu plus fréquemment des déficiences intellectuelles ou mentales : les femmes se déclarent donc plus handicapées que les hommes (élément recueilli dans l'enquête VQS³⁰ : l'écart est inverse pour les déficiences sensorielles). On s'aperçoit dans l'enquête HID que l'aide de l'entourage proche (famille, amis, voisins) est primordiale et que les disparités hommes-femmes sont notables : les femmes sont toujours plus nombreuses, même aux jeunes âges, à bénéficier d'une aide humaine. Par exemple, elles sont plus souvent aidées pour les tâches ménagères que pour les hommes, l'écart étant plus faible pour les autres types d'aide. Mais la situation change sensiblement si l'on considère l'aide aux activités les plus élémentaires : les soins personnels (la toilette, l'habillage, la prise des repas les déplacements à l'intérieur du logement et les sorties à l'extérieur). Par ailleurs, les hommes reçoivent plus souvent une allocation, pension ou un autre revenu en raison de problèmes de santé (5,5 pour cent contre 2,5 pour cent) et la différence ne concerne pas l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Autre fait marquant dans cette enquête, les inégalités face au handicap sont très marquées selon les milieux sociaux, comme elle l'a fait apparaître auprès des personnes vivant en institutions et l'inégalité face au handicap est également tangible pour les personnes vivant en milieu ordinaire. Par exemple, la proportion de personnes du milieu ouvrier déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée que chez les cadres et la proportion d'enfants handicapés entrant en institutions, à handicaps de gravité équivalente, est trois fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intermédiaires. Enfin l'origine sociale joue non seulement sur la fréquence des déficiences,

³⁰ L'enquête VQS (vie quotidienne et santé) a été réalisée en 1999 lors du recensement général de la population auprès de 360.000 personnes afin de construire l'échantillon final de l'enquête HID-ménages.

mais aussi sur leur concrétisation dans les autres domaines : à déficiences semblables, les difficultés dans la vie quotidienne (mesurées par les incapacités) sont plus fortes dans les milieux modestes.

Ravaud et Ville (2006 : 8-19) ont relevé des disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap et aussi comme je l'avais repéré à la lecture d'un ouvrage de référence sur le genre (Bereni et autres 2008), on peut dire que « gender studies » et « disability studies » ne se rencontrent pas. L'omission des femmes qui présentent des handicaps dans les discours féministes, occulte une grande partie de leurs expériences sociales, même sans intention de discriminer. Le croisement en la faible mobilisation générale de données statistiques populationnelles à cet effet et une situation française mal connue, oblige à constater un manque à ce niveau. L'isolement des femmes qui ont des handicaps participe au fait que leurs expériences sociales et économiques (vécues en marge) ne conduisent pas à des réflexions nouvelles et novatrices. Dans les nombreux ouvrages portant sur la situation de handicap, les personnes apparaissent comme asexuées et on peine à saisir les expériences sociales différenciées des femmes et des hommes, alors que l'on parle toujours de « la personne déficiente » ou « handicapée ». Selon Ravaud et Ville (2006), on observe des variations entre les sexes sur le plan des déficiences intellectuelles. On retrouve dans l'enquête HID, la déclaration plus fréquente de troubles de comportement par les hommes, et les troubles dépressifs par les femmes. La perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire et désorientation temporo-spatiale toucherait plus souvent les femmes alors que les retards mentaux légers sont plus fréquents chez les hommes. Les troubles de l'humeur et la dépression constituent la rubrique où l'on observe le plus de différences entre les hommes (prévalence de 2,5 pour cent) et les femmes (prévalence de 3,8 pour cent). Il n'existe pas de différence significative entre les sexes en ce qui concerne les problèmes de naissance et déficiences ayant pour origines les complications de la grossesse ou de l'accouchement. Si l'on prend le critère de la participation sociale, et de la scolarité des enfants handicapés par exemple, quel que soit le type d'établissement d'éducation spéciale, les institutions pour enfants et adolescents comptent plus de garçons. La surreprésentation des garçons en internat est d'après l'enquête HID 1998, la plus forte dans les institutions de rééducation qui accueillent des enfants avec des troubles de la conduite et du comportement (75 pour cent de garçons). Dans l'enquête VQS, les filles d'âge scolaire sont moins souvent inscrites dans une classe ou un établissement spécialisé en raison de problèmes de santé ou de difficultés d'apprentissage que les garçons. Sur le plan du travail, sur 730.000 travailleurs handicapés

ainsi définis, le tiers sont des femmes contre 46 pour cent de la population active. La faible proportion de femmes dans cette population s'observe particulièrement chez les accidentés du travail où elles ne sont que 13 pour cent. Les personnes handicapées perdent 18 pour cent de taux d'emploi chez les hommes alors qu'elles perdent plus de 22 pour cent chez les femmes. Après 55 ans, comme dans la population non-handicapée mais de façon amplifiée, la chute du taux d'emploi est forte en particulier chez les femmes handicapées. Au niveau de la demande de reconnaissance du handicap, les femmes font moins de demande et celle-ci leur est moins souvent accordée. Ravaud et Ville (2006 : 17) considèrent que ce résultat montre bien une gestion sociale du handicap différente entre les hommes et les femmes. En conclusion, ces auteurs montrent que les travaux effectués confirment la prévalence plus forte de déficiences et d'incapacités chez les femmes ; mais qu'à l'inverse le handicap des femmes est moins reconnu socialement que celui des hommes.

Invisibilité des problèmes des femmes handicapées

Une étude réalisée en 2003 au sein du Conseil de l'Europe au sujet de la discrimination qui frappe les femmes handicapées met l'accent sur l'invisibilité des problèmes qui les atteignent du fait notamment de l'absence de données statistiques sexuées (Pungu 2006 : 20). Non seulement les rôles et stéréotypes sexués existent dans le handicap, mais ils y sont amplifiés, plutôt que cumulés et servent d'alibi au maintien des discriminations spécifiques. En conséquence, le repli sur l'espace domestique, le refus de travail à l'extérieur et les difficultés d'accès aux formations professionnelles y sont beaucoup plus marqués pour les femmes que pour les hommes. Le rapport du Conseil de l'Europe réalisé par Maria Leonor Belza en 2003, met en valeur qu'en matière de sexualité, les revendications des hommes paraissent mieux accueillies, plus légitimes que celles des femmes, que leur entourage préfère se représenter comme « asexuées » à vie. Le domaine reste peu étudié, mais les membres du groupe de travail pointent du doigt l'absence d'information et d'éducation sexuelle des femmes handicapées, et même le peu d'informations dont dispose le personnel qui les prend en charge et leur famille. Le rapport met aussi en valeur que leurs droits leur sont déniés, que l'accès à la contraception est difficile, que les stérilisations et les avortements sont pratiqués sans véritable consentement des intéressées. Enfin, que l'enfermement dans la sphère domestique peut mener à l'exploitation du travail et à l'invisibilité des violences domestiques, que la dépendance, l'absence de pouvoir de la victime, son manque de crédibilité, d'éducation sexuelle adéquate et de capacité à se protéger accroissent. L'auteure du rapport fait enfin le constat du peu de contentieux existant à ce propos auprès de la Cour Européenne des Droits

de l'Homme. Selon Diederich « Les différentes recherches montrent que le sort d'une femme " handicapée mentale" n'est pas identique à celui d'un homme. On constate les mêmes discriminations que pour la population générale mais considérablement exacerbée car une femme handicapée, surtout lorsque sa famille est inexistante ou défaillante, a très peu de valeur sociale » (2006 : 89). Pour l'auteure, ceci est vrai tant pour la vie professionnelle que pour la vie affective et sexuelle. Ainsi les parents de jeunes femmes préfèrent éluder la question de la sexualité, voire interdire toute relation amoureuse. Il est très difficile voire impossible d'universaliser des solutions au sujet de la parentalité des personnes qui présentent des difficultés intellectuelles ou des troubles mentaux et je m'oppose à présenter un quelconque point de vue tranché sur la question : je suis plus portée à me soucier de l'avis des femmes sur qui porte l'interdiction de procréer, tant la déconsidération ressentie est réelle et impossible à nier.

Les principes éthiques des droits fondamentaux des femmes concernées doivent demeurer au cœur des prises de décisions et s'accompagner de mesures de soutien appropriées. La question du genre et la réflexion sur les relations de pouvoir et de domination entre les sexes sont aussi impensées dans les dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap³¹ ceci jusqu'au moment où la relation de violence s'installe dans un couple par exemple, ou lorsque les personnes découvrent la sexualité et la possibilité de procréer : la pratique de la sexualité et la procréation sont alors le plus souvent nommées comme étant « un problème », même si elles sont maintenant considérées comme étant « des droits » dans les organisations de défense et de soutien des personnes handicapées. Tout est organisé comme si les personnes présentant une déficience étaient asexuées bien que les stéréotypes de sexe restent prégnants à différentes étapes de leur accompagnement éducatif. Et cela même si la sexualité des jeunes filles et femmes étiquetées « handicapées mentales » est souvent nommée comme étant « débridée » : une sexualité de « mauvaise femme » en quelque sorte et pensée au « risque de la procréation ».

Devenir mère représente un rôle social significatif pour ces jeunes filles et femmes. Contre toute attente et ce dans un contexte social, politique et législatif favorable à l'aide et la reconnaissance des personnes handicapées, à la restauration de la dignité des personnes

³¹Parce que peu présente dans les dispositifs de formation des travailleurs sociaux, travailleuses sociales, par exemple.

aidées³², les représentations négatives sur le désir de grossesse et les pratiques qui les manifestent ne se transforment que lentement : des postures personnelles et professionnelles traduisent encore une ambivalence vis-à-vis de ce projet dans le cadre desquelles des idéaux d'amélioration de *qualité de vie* (Goode 1994 ; Haelewyck, Lachapelle et Boisvert 2003) sont paradoxalement prônés. Je peux lier cette ambivalence à l'incertitude issue des difficultés qu'ont les personnes « ordinaires » à anticiper les conduites des personnes « handicapées » et de fait, à envisager des attitudes ou des interactions sociales prévisibles. On ne sait pas comment elles peuvent réagir, on ne sait pas comment se comporter vis-à-vis d'elles, on les pense dangereuses.

3-3 Des droits mieux reconnus ?

En France, l'utilisation du mot handicap est progressive³³ dans l'espace juridique jusqu'en 1967 avec la parution du rapport Bloch-Lainé, dans lequel on retrouve les idées prônées par le mouvement de normalisation, sans qu'il ne soit nommé de manière explicite (Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées). Ce rapport ouvre la voie au texte d'orientation de 1975. La Loi du 30 juin 1975 (Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées), abandonne le concept d'assistance au profit de celui de solidarité et érige en obligation nationale l'intégration et l'emploi, l'éducation, la formation des personnes handicapées dans la société. L'Etat reconnaît ainsi la nécessité de leur assurer les mêmes droits qu'aux autres citoyens. Les handicaps peuvent désormais faire l'objet de compensations par le biais de la solidarité. On retrouve en ces termes, les notions d'équilibre et de souci d'équité des siècles derniers.

Sur le plan institutionnel et dans le champ de l'action sociale, c'est ainsi que les grandes lois d'intégration (loi d'orientation de 1975, rapport Lasry en 1982, lois de janvier 2002, de février 2005 et de mars 2007)³⁴ et la dynamique d'ouverture des établissements ont permis aux personnes en situation de handicaps de vivre des conditions d'existence dans la communauté qui se rapprochent des conditions ordinaires. Malgré ces avancées législatives, la

³²[http : //www.unapei.org](http://www.unapei.org) – date de consultation septembre 2005.

³³ La loi 57-1223 du 23 novembre 1957 introduit pour la première fois la notion de « travailleur handicapé ».

³⁴ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 (mise à jour le 24 janvier 1997). *Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées* ; Claude Lasry et Michel Gagneux. *Bilan de la politique en direction des personnes handicapées. Rapport au Ministre de la solidarité nationale*. Paris, La Documentation française, 1983 ; Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002, Loi de modernisation sociale. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et enfin La loi n° 2007-308 portant réforme de la protection juridique des majeurs a été signée le 5 mars 2007.

question de la maternité se pose pour toutes les femmes en situation de handicap : les futures mères sourdes, malvoyantes ou en fauteuil sont relativement isolées durant leur grossesse. Un article du journal « Libération » du 29 mai 2012, indique par exemple que peu de professionnels de santé sont spécifiquement formés à cette question et que les lieux pour accueillir les parents se situent tous à Paris et « se comptent sur les doigts d'une main ». Il n'existe en France qu'une seule consultation entièrement dédiée aux futures mères handicapées³⁵. On se rend compte à la lecture, que cet article est consacré aux seuls parents « aux déficits moteur ou sensoriel ».

La situation de « déficit mental ou intellectuel » n'est pas énoncée. Elle n'est pas pensée. La loi du silence règne sur cette question. Or elle est un fait et bien là. Et pour les personnes désignées comme « handicapées mentales », être parent se révèle aussi être une situation complexe sur le plan légal : elles sont considérées comme responsables de leurs enfants, même si elles ne sont pas, par exemple, jugées capables d'être responsables de leur propre patrimoine.

A l'annonce de mon sujet de thèse, deux questions sont récurrentes chez les professionnels du champ et chez les sociologues : sont-ils de « bons » parents ? Au nom de l'intérêt des enfants, n'est-il pas mieux de les empêcher de procréer ? C'est pourquoi il est nécessaire de faire le point sur les questions de l'autorité parentale et de la stérilisation des femmes en situation de « handicap mental »³⁶.

L'autorité parentale en question

En France, la question de la maternité associée au handicap dit « mental », est intimement liée en premier lieu au système de prise en charge et d'accompagnement spécialisé de la situation de handicap, en second lieu aux dispositifs de « soutien à la parentalité », *nouveau credo des professionnels* selon Sellenet (2007 : 113)³⁷ et, en troisième lieu, au système de « protection de l'enfance » qui est en principe fondé sur la distinction des domaines d'intervention judiciaire d'une part (la justice des mineurs) et administratif d'autre part (l'Aide Sociale à l'Enfance). Alors que le juge des enfants intervient lorsque ceux-ci sont en danger et impose les mesures qu'il prend, l'Aide Sociale à l'Enfance intervient quand l'enfant risque d'être en

³⁵ A l'institut Mutualiste de Montsouris. Paris.

³⁶ Diederich dit qu'à sa connaissance, peu ou pas d'hommes désignés « handicapés mentaux » ont été empêchés chirurgicalement de procréer (2006 : 89).

³⁷ Voir Paragraphe 4-2.

danger. Dans l'exercice de l'autorité parentale, il faut tenir compte des intérêts qui peuvent parfois diverger : celui des parents en situation de handicap, d'une part, dont il a été reconnu que l'épanouissement personnel nécessite une marge importante d'autonomie et une véritable intégration sociale, et d'autre part, celui de l'enfant. La solution adoptée pour concilier ces deux intérêts a consisté dans le maintien de l'autorité parentale qui peut toutefois exceptionnellement être remise en question. De manière générale, le modèle repère utilisé par les travailleurs sociaux pour envisager ou non un placement ou un retrait d'enfant, est celui développé par Houzel (1999).

Houzel (1999) pédopsychiatre et psychanalyste français (spécialisé dans la psychanalyse de l'enfance) parle de dysfonctionnements au sein de la famille. Ces dysfonctionnements interviennent soit par excès (rigidité dans des exigences disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant), soit par défaut (difficultés à assumer l'autorité, incitation à des comportements dits « asociaux »). Ils rendent nécessaire l'intervention du juge des enfants. La mesure judiciaire est alors soit une mesure d'assistance éducative, soit un retrait de garde (on confie l'enfant à une famille d'accueil ou on le place dans un foyer social), soit une délégation de l'autorité parentale ou encore le retrait partiel de l'autorité parentale ou la déchéance de cette autorité : dans ce dernier cas, l'adoption est possible sans l'accord des parents ; dans tous les cas, si les parents y consentent, l'adoption peut être proposée. Selon l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents de l'Enfance Inadaptée), pour maintenir ou non l'exercice de l'autorité parentale, les juges tiennent donc compte des risques particuliers courus par le mineur tout en partant du principe que, dans la mesure du possible, il est préférable qu'il vive avec ses parents et dans son milieu d'origine. Selon les termes de l'article 373 du Code civil, l'autorité parentale sera retirée à l'adulte « hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause ».

L'enfant, surtout en très bas âge, a besoin d'une surveillance constante et efficace. Surveillance pour les parents et aide pour les professionnels : cette aide ira s'intensifiant avec les difficultés éprouvées par les père et mère et « justifiera parfois la remise en question de l'exercice de leur autorité sur le jeune enfant » (UNAPEI 1993 : 8)³⁸.

³⁸ Les références datées de 1993 ne sont plus accessibles sur le site actuel de l'UNAPEI de 2012. Qu'est-ce à dire ? Je ne peux avancer aucune hypothèse à ce sujet, sans avoir effectué de recherches approfondies ou avoir rencontré des responsables du siège social situé à Paris, mais cette modification me semble être une donnée à explorer.

Par ailleurs, une division partielle de l'autorité parentale est envisageable, en vertu de la distinction entre les attributs relatifs aux biens et ceux relatifs à l'enfant. Le parent jugé incapable d'administrer ses propres biens ne peut pas gérer ceux de son enfant, mais les mesures prescrites pourront ne toucher que ses droits et devoirs d'ordre patrimonial. La déchéance totale ou partielle de l'autorité parentale pourra intervenir dans le cas de certaines condamnations pénales, de mauvais traitements infligés à la personne mineure ou de conduite mettant en danger sa sécurité, sa santé, sa moralité ou son équilibre (UNAPEI 1993 : 9).

Cette situation est ambiguë parce que en vertu des courants de la normalisation et de la valorisation du rôle social (Wolfensberger 1991)[1972], on considère désormais que la personne désignée en situation de « handicap mental » a les mêmes droits que tout autre individu, y compris celui d'être père ou mère, à condition de bénéficier d'un accompagnement, d'une guidance pour leur vie quotidienne.

La complexité et le paradoxe de l'expérience de maternité de ces mères doivent être soulignés. Sur le plan légal, certaines ne sont considérées que depuis peu comme citoyennes « à part entière » : les personnes sous tutelle, par exemple, bien qu'ayant l'autorité parentale ne disposent du droit de vote que depuis 2009. Ce n'est qu'en 2005 que la loi handicap a octroyé le droit de vote aux personnes sous tutelle, après consultation d'un juge. Auparavant leurs droits civiques étaient inexistantes. La loi sur la protection juridique, entrée en vigueur en 2009, simplifie l'accès à ce droit. Avant 2009, la norme restait l'interdit de voter et le juge pouvait être saisi pour la lever ; aujourd'hui, les personnes sous tutelle ont toutes le droit de voter et c'est au juge de demander une interdiction, si selon ses propres critères, la personne handicapée ne présente pas toutes les facultés requises.

La question de la stérilisation

Ce flou juridique indique qu'en France, s'il est une expérience de parentalité qui est *impossible*, c'est bien celle de l'expérience de maternité conjugquée au « handicap mental » : comme pour toute maternité vécue en situation extrême, elle suscite des prises de position diverses entre eugénisme et respect des décisions des mères handicapées. Sous la dominance psychanalytique, elle est encore décrite par les « experts en parentalité » comme étant spécifique (« pas comme les autres »), comme relevant du malheur (« en souffrance ») et défailante. Elle est encore pensée comme un « problème » et un « accident » pour l'enfant à naître. Comme une sous-parentalité, voire une non-parentalité.

Ces maternités sont objets de luttes et de tensions pour les femmes concernées ; les grossesses sont désirées depuis parfois de nombreuses années mais (les soignant-e-s d'une

maternité et d'un centre d'orthogénie en témoignent) des futures mères entament, par crainte ou par précaution, les démarches liées à leur grossesse au-delà des six mois voire plus ou elles accouchent dans des cliniques privées pour échapper aux services sociaux de l'hôpital public. Ces situations peuvent être expliquées parce que les mères ou futures mères sont objets de discours alarmistes, bien que les personnes en situation de handicap défendent désormais *leur droit à la vie* avec leurs différences (Mériaux 2003 ; Siegrist 2006). On peut penser que ces discours alarmistes sont issues des croyances en une transmission héréditaire de la déficience intellectuelle mais aussi celles concernant une plus grande fertilité des personnes dites « handicapées mentales ». Ces croyances à leur tour nourrissent la peur qu'inspirent ces personnes. Loin de rapports négociés, leurs expériences sociales sont constamment aux prises avec des risques de catégorisation et de renforcement des stéréotypes. On peut présumer l'important travail qu'elles mettent en place pour tenter de déjouer les risques de déqualification.

Donner la vie est revendiqué et relayé dans la situation du « handicap mental » par le biais des associations « Nous aussi » en France, « Mouvement Personne d'Abord » en Belgique, et « Personnes d'Abord » à Québec. Ces mouvements de revendication ont pour but de permettre aux personnes avec une déficience intellectuelle d'affirmer leur droit à prendre part aux décisions qui les concernent et, donc de revendiquer le droit à la sexualité. Mais ces grossesses et ces naissances ont lieu en dehors ou en marge du cadre que les sociétés leur fixent ; stigmatisées elles le sont souvent. Il s'agit de toute expérience de maternité qui ne renvoie pas à l'image de la mère idéale, sur le plan intellectuel, social, voire physiologique. Ce cas de figure révèle à l'extrême le devoir d'être une mère parfaite.

Au vu des croyances citées plus haut, on comprend pourquoi la sexualité des personnes appelées « handicapées mentales » a été comprise comme incontrôlable. Ces croyances ont engendré et justifié des mesures de protection sociale comme la ségrégation et la stérilisation. Pendant de nombreuses années, la question de savoir s'il fallait ou non adopter une loi relative à la stérilisation des personnes présentant une déficience intellectuelle était débattue de manière récurrente, dans le milieu médical et du travail social ainsi qu'au Comité consultatif national d'éthique (CCNE) constitué en 1983. L'argument dominant en faveur de l'adoption d'une loi était l'inaptitude supposée des personnes handicapées à s'occuper d'un enfant : selon l'article 16-3 du Code civil, issu de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994, la stérilisation était interdite par la loi si le motif invoqué était cette inaptitude. En septembre 1997, Nicole Diederich, sociologue et chercheuse à l'INSERM a révélé la pratique de stérilisations non consenties sur des jeunes femmes, suite au scandale des stérilisations massives en Suède

(Diederich 1998 ; 2000). Ceci revient à interroger les pratiques eugéniques « le but de toute pratique eugénique est la sélection de certaines personnes, sélection qui a pour effet de modifier, et surtout d'améliorer, le patrimoine génétique de l'espèce humaine » (Bachelard-Jobard 2001 : 13). Il serait nécessaire de questionner l'utilisation du verbe « améliorer » dans cette définition. Selon Diederich, le recours à cette solution chirurgicale n'est pas exceptionnel (2000 : 130), et la question suivante a été posée : « Les stérilisations réalisées en France relèvent-elles de l'eugénisme ? » (Moyse 1998 : 36). Cette question met bien en valeur l'ambivalence des opinions concernant les pratiques de stérilisation, qui oscillent entre eugénisme et protection des femmes en situation de handicap. Certaines personnes estiment que les stérilisations ne relèvent pas de l'eugénisme lorsqu'elles sont pratiquées sur de jeunes personnes « afin de leur épargner des grossesses qu'elles ne seraient pas à même d'assumer » ; d'autres affirment, au contraire, qu'il s'agit bien là d'une mutilation et que, quelles que soient les difficultés rencontrées par les parents d'un enfant handicapé, le moindre des égards que nous devons à ceux que nous prétendons respecter serait de reconnaître que leur déficience ne change pas en actes anodins des actes que nous estimons inacceptables lorsqu'ils sont effectués sur des personnes en bonne santé (Moyse 1998 : 44).

Diederich avance qu'en 1998 une enquête de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)³⁹ concluait, au terme d'un rapport de cinq cent pages à l'impossibilité de donner des chiffres précis mais confirmait qu'il s'agissait d'une pratique non exceptionnelle en France (2006 : 90). A la suite de cette enquête, commanditée par Bernard Kouchner et Martine Aubry, respectivement ministres de la santé et de l'emploi et de la solidarité, l'Assemblée Nationale insérait dans la loi relative à « l'interruption de grossesse, à la contraception et à la stérilisation », l'article 27 de la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001⁴⁰

³⁹ IGAS, n°98011, Mars 1998.

⁴⁰ Article 27

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

concernant la stérilisation des personnes « avec une altération des facultés mentales ». Il semblait au gouvernement que seule une loi pouvait mettre fin aux stérilisations abusives. Diederich s'étonnait alors que la loi française interdisant la stérilisation considérée comme une mutilation, il n'a pas été question de renforcer l'interdit, mais bien au contraire de le rendre légal, dans le but de mieux la contrôler (2006 : 90). L'article 27 de la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 est en effet ainsi rédigé : « La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure, dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle, que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée. Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement. Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

Un décret en Conseil d'état fixe les conditions d'application du présent article ».

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Selon Diederich un rapport officiel de l'IGAS sur le fonctionnement du dispositif relatif aux personnes protégées en France, fait douter de l'efficacité des juges des tutelles dans un contexte où les dysfonctionnements sont nombreux (2006 : 90). Ce rapport dénonce selon elle « un système où les juges sont surchargés et sous influence » (IGAS 1998)⁴¹.

Le fait de passer d'une pratique interdite, condamnable, à une légalisation même soumise à conditions, modifie en profondeur les représentations de ces personnes jugées officiellement indignes d'accéder à la maternité.

Les arguments qui justifient la stérilisation renvoient à la vulnérabilité particulière des femmes étiquetées « handicapées mentales » et à des actes de maltraitance et de violences sexuelles qui leur sont infligés. Des études (Barile 2006 ; Boisvert et Gauthier 2006 ; Tomkiewicz 1992 ; Warlet-Van Den Bossche et Warlet 2006) indiquent que les personnes et femmes handicapées sont plus souvent victimes de violences sexuelles que les personnes non handicapées ; la stérilisation est envisagée comme une mesure préventive, non pas des abus sexuels concernant ces femmes mais des grossesses indésirables résultant de ces agressions.

La stérilisation est donc perçue selon Diederich comme « assurant la protection de la mère et comme un acte préventif à l'égard d'une descendance à hauts risques » (2006 : 91). Au nom de l'intérêt de l'enfant à naître, ce positionnement rejoint donc les propos tant entendus : « *Pour le bonheur des enfants, ne leur laissons pas en avoir !* » ou « *C'est un bien, sinon ils se reproduiraient comme des lapins !* »⁴². Il n'en reste pas moins que ces pratiques de stérilisation, si elles empêchent la procréation, ne sont pas une réponse en soi et ne résolvent aucunement les risques de violences, d'abus sexuels voire d'infections sexuellement transmissibles, qui n'épargnent pas les personnes dites « handicapées mentales ». Pour exemple, Fabienne Cornet et Anne-Françoise Gennotte (2006)⁴³ exposent que peu de recherches existent en Europe sur la prévalence du sida au sein du groupe de personnes que l'on qualifie « handicapées mentales », hormis celle menée en 1995 par Diederich et Greacen qui en ont rendu les résultats en 1996. Selon ces auteures (2006 : 49), nous disposons de très peu de renseignements sur la prévalence de l'infection à VIH parmi la population des personnes dites « handicapées mentales ». Comme le rappelle ONUSIDA dans le rapport

⁴¹ Selon les termes du Rapport d'enquête de l'IGAS sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs, Mai 1998.

⁴² Dans son article de 2006, Diederich témoigne avoir entendu des propos identiques.

⁴³ Ces auteures ont effectué une recherche soutenue par la Commission Européenne dans le cadre du Programme Communautaire de Prévention du SIDA et de certaines autres Maladies Transmissibles de 2000 à 2002.

2001 sur les « stratégies de préventions efficaces dans les milieux à faible séroprévalence »⁴⁴, dans un environnement à faible prévalence il y a souvent un manque notable de données sur l'évolution de l'épidémie et en particulier les populations les plus vulnérables. Cornet et Gennotte indiquent que « La fréquence des abus sexuels et le constat de l'incapacité de négocier les relations sexuelles (consentement, protection) sont particulièrement alarmants, et trop souvent imputés aux déficiences intellectuelles des personnes [...] » mais aussi que « les constats sont inquiétants en terme de propagation du VIH et d'intégration des personnes en situation de handicap mental touchées par ce virus » (p. 53).

Pour conclure sur les pratiques de stérilisation, il reste assez exceptionnel que l'on se soucie de l'avis des personnes sur qui porte l'interdit de procréer « Si cette attitude peut encore se comprendre lorsqu'il s'agit d'une personne peu ou pas accessible à la parole ou au raisonnement, elle est inadmissible lorsqu'elle concerne des jeunes femmes tout à fait capables de s'exprimer ou de comprendre les enjeux. Or, le plus souvent ce sont ces femmes qui sont les premières concernées par l'acte stérilisateur, justement parce qu'elles sont et se sentent capables de vivre en couple et d'élever un enfant et qu'elles le disent un peu trop fort » (Diederich 2006 : 91).

Ces pratiques de stérilisation ne sont plus, à ma connaissance, étudiées depuis le décès prématuré de Nicole Diederich le 25 mai 2010.

La maternité des mères désignées « handicapées mentales » est un fait. Elle n'est pas une situation à négocier et à ce titre, mon intérêt ne porte pas sur l'enjeu éthique lié à la procréation mais sur la situation en présence.

⁴⁴ http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNACP306.pdf

CHAPITRE 4 - L'EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ COMME ÉPREUVE SOCIALE

Dans ce quatrième chapitre, mon intention est de montrer que l'étude de l'expérience de maternité chez les femmes « ordinaires » peut nous faire comprendre que l'incompétence maternelle supposée en raison du handicap, peut aussi s'expliquer par la difficulté à être mère. L'image idéale de maternité ne s'accorde pas avec l'idée du renoncement de soi, la désillusion, la fatigue et le désarroi. L'image idéale de la maternité ne laisse pas de place au doute et à l'ambivalence (Coulon 2007). Or c'est un fait. Mon intention n'est pas d'occulter les aspects les plus positifs de la maternité mais d'engager une réflexion sur le paradoxe de cette situation, afin de comprendre au mieux les difficultés liées à l'expérience de maternité des mères « handicapées ».

4-1 La maternité n'est pas une expérience de tout repos

Parler de l'expérience de maternité ne doit pas faire oublier les discours qui y sont associés, de l'instinct maternel à l'excellence et la performance ; des troubles de l'instinct maternel (pensées selon Binet, « par excès » ou « par défaut »), à l'incompétence ou la non-compétence maternelle ; de l'amour maternel aux « bonnes pratiques » maternelles. Cette partie est un détour du côté de ce que vivent « les femmes ordinaires » pour mieux comprendre les enjeux liés à l'expérience de maternité des femmes désignées « handicapées ».

Etre mère : entre vocation et métier

L'histoire des femmes s'est centrée sur l'expérience des mères ; cette expérience est liée au statut social de la maternité et elle est inscrite dans le corps des femmes (Cova 2005). Dans une brochure de 1950, Alfred Binet, professeur de clinique gynécologique présente ce qu'il entend par « la mission sociale de la femme », en ces termes : « Sur le plan social, la femme présente une fécondité spirituelle supérieure à celle de l'homme. Elle possède, d'habitude, en effet, à un degré plus élevé que son congénère masculin, des qualités d'abnégation et de dévouement. Ce don inné d'elle-même la prédestine à sa mission maternelle. Le rôle de la femme ne se limite pas, en effet, à mettre au monde une progéniture, ni même à pourvoir par l'allaitement à ses premiers besoins. Pendant des années, en accord avec son mari, mais d'une manière plus immédiate, elle assumera la direction morale des enfants. Le chef de famille est le plus souvent tenu à l'écart du foyer par ses occupations professionnelles. La mère est le

flambeau de la maison. Aussi, c'est trahison de sa part que de désert son poste naturel pour vaquer à ses plaisirs ou même à des travaux extérieurs. La femme doit donc être rétablie dans sa fonction véritable, non seulement, celle de faire des enfants, mais encore de les élever, c'est-à-dire de les guider dans leur ascension continue vers le progrès physique et la vertu. Il faut rendre aux sexes standardisés par la vie moderne, leurs attributions respectives [...] la décadence féminine a comme corollaire inéluctable l'écroulement de l'édifice social » (Binet 1950 : 8).

1950 représente la phase nataliste de la reconstruction de la France et où cette période est à son apogée. On devine à la lecture de cet extrait d'une revue de vulgarisation médicale destinée à « brosse à grands traits les grandes étapes de la vie de la femme : enfance, puberté, vie génitale de la femme adulte, enfin, ménopause et vieillesse » (Binet 1950 : 9), que toute femme devait être mère. Et toute mère comprenait que, sans obéir à une quelconque autorité, elle devait accomplir en conscience une tâche civique d'accompagnement et d'éducation (Knibielher 2004 : 13), dans le sacrifice de soi. Toujours selon Binet « le sentiment maternel comporte, pour la mère, quelques avantages personnels et beaucoup plus encore de sacrifices. Grâce à ces derniers, il nous apparaît comme le mouvement le plus doux, le plus généreux qui puisse émaner de l'instinct de reproduction » (1950 : 73). L'instinct maternel tout comme l'amour, la tendresse, le dévouement, la douceur, la gentillesse sont alors considérés comme des qualités naturelles de toute femme, innées et essentialisant sa situation ou ses capacités « L'amour s'envole, l'amitié s'altère, l'ambition faiblit, l'instinct maternel, seul, demeure (p. 75).

Ces positions ont reçu dans les années 1970-1980, une large contestation au sujet de l'instinct maternel et la relation maternelle compris comme organiques et innés. L'expérience de maternité est désormais en tension entre ce que l'on considérait alors comme des « qualités maternelles », que l'on pensait comme innées et naturelles, et les compétences acquises et apprises dans la sphère domestique et pensées en termes de savoir-faire et de savoir-être, dans la logique actuelle du « métier de mère ».

La maternité a un coût

Au cœur de la famille, l'expérience de maternité est un marqueur des relations asymétriques et des stéréotypes de sexe entre femmes et hommes au moment de l'accès à la parenté et, du travail domestique de santé (Cresson 1995). Elle est aussi un marqueur des relations des femmes entre les femmes : « une affaire de femmes » où le modèle de la « mère-avant-tout » (Lacoste-Dujardin 1996) prime à tout autre. Mais de même que la citoyenneté de la femme intègre la maternité, la citoyenneté de l'homme doit intégrer la paternité (Knibielher 2004 : 18).

Or l'amour de la mère pour son nouveau-né est supposé vaincre tous les obstacles et l'on attend d'elle qu'elle sache se débrouiller indépendamment des difficultés dans lesquelles elle se trouve, à devoir remplir ses obligations. A une époque où la naissance de l'enfant est désormais considérée comme un choix, la mère reste la principale responsable des soins aux enfants, comme de l'ensemble des tâches domestiques (Cresson 1995, 2001, 2004). Ceci même si l'on peut évoquer maintenant « un changement majeur dans la définition du rôle de père » (Castelain-Meunier 2002).

En dépit des discours véhiculant des normes idéales, égalitaires et novatrices dans le couple, les soins aux nourrissons dans le prolongement de la grossesse et parfois de l'allaitement, sont l'objet d'une naturalisation inscrite dans la sphère des compétences féminines, de même que l'ensemble des tâches liées à la santé (Cresson 2001). Le travail domestique de soin nécessite disponibilité, adaptabilité et souplesse pour répondre aux besoins évolutifs de l'enfant, mais aussi arbitrage entre des besoins impossibles à satisfaire en même temps. Inscrite dans les rôles féminins traditionnels, la charge de travail de soin profane (en termes de ressources affectives et relationnelles, de ressources cognitives et pratiques) est minimisée voire rendue invisible aux yeux de la plupart des mères, de même que la préoccupation permanente liée au souci quasi-constant de l'autre « Cette notion d'invisibilité est proche de celle du secret : ce qui est fait dans le cadre des soins profanes n'est pas dit, n'est pas beaucoup montré au grand jour, n'est pas comptabilisé. L'invisibilité serait ainsi associée à la nécessité de ne pas créer de dette » (Cresson 2005 : 319). A ce propos, Francine Saillant analyse les paradoxes dans lesquels les femmes sont situées socialement en tant qu' « aidantes » et posent les questions suivantes : comment concevoir la part de liberté et d'obligation dans l'engagement, et à qui appartient le fardeau de la dette intra et intergénérationnelle ? (2002 : 47) Bien loin de l'image idyllique de la famille décrite comme le lieu du bonheur familial, *home sweet home*, et de l'image radieuse de la maternité comme celle de l'épanouissement de la femme, des études montrent que la transition au rôle parental peut être considérée comme une période de vulnérabilité avec des enjeux différents pour les femmes et pour les hommes (Coulon 2007).

L'expérience de parent touche intimement chaque personne qu'elle soit femme ou homme mais des études anglo-saxonnes montrent que la satisfaction des couples conjugaux est liée, entre autres facteurs à l'espacement des naissances : des naissances trop rapprochées handicapent surtout la mère, et constituent une charge très lourde compromettant la réalisation des projets, notamment à un niveau social moyen où les espérances sont grandes et les

ressources limitées (Spanier et Lewis cités par Lacoste-Dujardin 1996).

C'est ainsi que l'expérience de maternité peut être source d'aspirations au changement d'état et de statut mais aussi et paradoxalement une source d'isolement social (Quéniart et Vennes 2003). Par ailleurs, Geneviève Cresson (2006) nous montre que le rôle de « donneur de soin » peut être valorisant en terme de reconnaissance de compétences par les autres ou parce qu'il aboutit à la création de relations humaines fortes, mais qu'il peut aussi devenir un fardeau et conduire à l'épuisement maternel. Maushart cité par Niquette (2003) note aussi que les femmes entrent dans la maternité en désirant « concilier » leur rôle de mère avec le reste de leur vie, mais une fois qu'elles y baignent, c'est plutôt le terme « jongler » qui hante leur discours ; le glissement sémantique de la rhétorique de l'équilibre montre bien qu'un écart important subsiste entre leurs attentes et la réalité quotidienne.

Dans ce contexte général de renoncement de soi voire d'abnégation, Romito expose dans une recherche sur la naissance du premier enfant que le désenchantement fait partie de l'expérience de maternité « Les femmes qui vivent une réalité très différente de ce qu'elles avaient imaginé ou anticipé (explicitement ou implicitement), en ce qui concerne par exemple l'accouchement, leur relation avec le bébé ou avec le mari, subissent en quelque sorte des événements imprévus et leur situation se rapproche d'une situation de perte de contrôle » (1990 : 76). Le décalage entre attentes et réalité est une constante du discours des femmes qui remarquent que les événements liés à la naissance et au retour à domicile, se sont plus souvent moins bien passés que ce qu'elles avaient anticipé. Quatre aspects centraux dans ce décalage entre attentes et réalités me semblent essentiels : le déroulement de l'accouchement, l'allaitement, la participation du jeune père aux tâches domestiques de soin et de la vie quotidienne et la relation de couple, conjugale et sexuelle « Le fait de "ne plus être que deux", et d'être toujours trois, représente le changement le plus immédiat que la naissance de l'enfant entraîne dans le couple. D'autres s'ensuivent. Le bébé demande énormément de travail et le partage de ce travail peut amener à des conflits entre les parents : l'insatisfaction des mères quant à la participation du père est un sentiment fréquent dans les premiers mois après une naissance » (p. 236). Patrizia Romito insiste à la fin de son ouvrage, sur la nécessité dans laquelle les femmes se trouvent de devoir concilier des demandes et des rôles les plus divers, puisque c'est à elles de répondre aux besoins matériels et émotionnels du bébé mais aussi aux besoins matériels, émotionnels et sexuels du conjoint. Les femmes doivent alors entretenir un « travail de relation » donnant la priorité aux besoins des autres sur les leurs et elles ne remettent pas en question l'injustice qui les affecte, et dont elles sont l'objet « surtout pas au

prix d'une rupture de l'harmonie du couple ou d'une atteinte au bien-être de ceux qu'elles aiment » (p. 244).

Ne retenons pas l'image sombre de l'expérience de maternité telle que les enquêtées l'ont décrite à Patrizia Romito « Ce ne sont pas les enfants qui rendent leurs mères déprimées. Les femmes ne trouvaient pas lourd de s'occuper de leur bébé. Ce qu'elles trouvaient lourd c'était de le faire tout le temps, dans de mauvaises conditions et sans que le travail qu'elles accomplissaient fut véritablement reconnu, ni par leur compagnon, ni par la société dans son ensemble » (p. 251). L'auteure n'oublie pas de rappeler les aspects les plus positifs de la maternité : joie, plaisir et fierté sont toujours liés à l'expérience de la maternité, de l'allaitement et des soins aux enfants ; s'ils sont trop souvent mélangés à des sentiments plus tristes ou assombris par une fatigue et une déception non anticipées, ce n'est pas fatalement irrémédiable à condition que hommes et femmes puissent vivre comme des égaux et exprimer de manière réciproque leur sentiment de responsabilité les uns des autres.

Mais indépendamment de ces aspects positifs et de ces pistes de réflexion, il est tout de même important de retenir qu'aujourd'hui, les femmes paient encore cher le prix de la maternité : dans leur intégrité physique, dans leur bien-être psychologique et dans leur position sociale (Romito 1990 : 251). Et ce n'est pas tant de la compétence individuelle dont il faut se soucier, mais selon les propos d'Yvonne Knibielher (2002) dans le cadre d'un atelier intitulé *la maternité en question*⁴⁵, « de la maternité qui demeure un facteur majeur d'inégalité entre les sexes, et aussi entre les femmes ». Or, l'aspiration égalitaire est importante, plus forte chez les femmes que chez les hommes ; et davantage chez les femmes les plus diplômées que chez les femmes de milieux ouvriers ou employées (Cresson 2004 : 118). Ces dernières voient leurs attentes égalitaires davantage réalisées que les premières, qui attendent davantage d'égalité ou de partage des tâches et de fait, éprouvent un écart plus grand entre leurs attentes et la réalité de leur vie quotidienne. Mais en dépit de ces attentes différenciées et des milieux sociaux d'origine, l'assignation faite aux femmes des soins aux jeunes enfants, la moindre prise en compte de la nouvelle dimension paternelle et la vulgarisation psychologique du lien mère-enfant perdurent : on demande toujours à la mère d'élever son enfant tout en étant active, disponible et responsable tout en restant compétente. Or on le sait, de la responsabilité à la culpabilité, il n'y a qu'un pas. Les mères sous estiment elles-mêmes

⁴⁵ Troisième colloque international de Toulouse, *Recherches féministes francophones. Ruptures, résistances, utopies* (17-22 septembre 2002).

le poids de la tâche réalisée peut-être aussi pour alléger le poids de la culpabilité, en partie liée à l'idée « de ne pas être à la hauteur » ou de ne pas être « sur tous les fronts à la fois ».

Cette tension est omniprésente chez les mères et on peut la comprendre d'autant lorsqu'elle est repérée chez les mères étiquetées « handicapées mentales » : les programmes d'aide et de soutien à la parentalité ont amené à considérer qu'elles partagent des droits identiques à ceux de tous les autres individus, y compris celui d'être parent « Être intégrées signifie donc vivre avec, parmi et, jusqu'à un certain point, comme les autres en ayant toutefois accès, pour ce faire, à des moyens permettant de rencontrer le niveau de performance auquel elles peuvent aspirer » (Clément 2006). En dépit de leurs difficultés affectives et cognitives et pour atteindre ce niveau de performance, ces femmes sont mises « sous tension » de l'extérieur, tensions au sens donné par Dubet « qui atteignent aussi l'expérience profonde et la personnalité même des individus » (1994 : 179).

La maternité : une injonction de compétences

Les représentations de la maternité et les pratiques maternelles des femmes sont marquées par leurs conditions de vie (Pitrou 1978 ; Pétonnet 1985 ; Tillard 2002, 2007 ; Gojard 2010). Des travaux montrent que le sentiment de compétence parentale est plus fort lorsque les parents ont davantage de capital culturel (Kellerhalls et Montandon 1991). Mais aussi que le sentiment de ne pas être à la hauteur des normes éducatives légitimées et dominantes touche des parents de milieux populaires, qui rejettent et discréditent les normes savantes (Gojard 2010 : 197), en préférant souvent rester « entre soi » et en ayant souvent recours « à des moyens symboliques pour échapper au poids de l'autorité » (Hoggart 2009 [1970] : 122). Pitrou explique pourquoi et dans quelle mesure les parents de milieux populaires évitent de rencontrer les professionnels pour ne pas avoir à dévoiler leur pratiques parentales « Toute intervention d'un agent social, même ordonnée au "bien" des enfants, apparaît quelque peu comme une intrusion quand il suppose une visite à domicile [...] laisser entrer chez soi quelqu'un qui vient s'occuper de l'enfant, c'est provoquer un processus de dépossession qui peut être en contradiction avec l'éducation que les parents souhaitent donner à leurs enfants, et dont ils s'estiment seuls juges » (1978 : 183).

L'on sait qu'en protection de l'enfance par exemple, toute intervention est censée s'appuyer sur une évaluation des carences ou des risques présentés par le milieu familial (Sellenet 2008 : 137) et l'on parle le plus souvent, de compétences lacunaires, au détriment de leur entretien et de leur valorisation.

Dans la loi du 6 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, l'article 14 fait

référence à l'évaluation des compétences en ces termes :

« Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective, et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

« Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement au juge des enfants ».

On se trouve ici au cœur des tensions entre les normes parentales légitimes diffusées et imposées par les institutions sociales et celles qui ont cours dans les familles d'origine, selon le milieu social. Comme l'exposait Pétonnet « A des degrés divers, de près ou de loin, tout le monde s'immisce dans la situation d'autrui. Non seulement la loi, comme il en a toujours été, mais l'institution et la norme, intériorisées, se prolongent en chacun d'entre nous et chacun d'entre nous, inconsciemment, se conforme au courant qui sans cesse rectifie et affine la norme » (1985 : 369).

Dans cette optique dans ce qui est considéré par les professionnels comme du *care familial* (Cresson et Gadrey 2004), Séverine Gojard (2010) parle du *métier de mère* et plus que jamais, la maternité devient une injonction de compétences. La compétence reste une notion floue et ambiguë, on peut se poser la question de son glissement du monde du travail (où elle est amplement investiguée dans le champ juridique et théorique)⁴⁶ au monde familial et privé. Par ailleurs, dans le champ du social, peu de références traitent de la question. Au sens commun du terme, elle est définie comme « Une capacité reconnue en telle ou telle matière, et qui donne le droit d'en juger »⁴⁷. La compétence est donc comprise comme une « capacité » qui implique « être capable », mais aussi comme devant être jugée et évaluée. L'on comprend pourquoi l'évaluation a rapidement été appropriée dans le champ du social,

⁴⁶ Par exemple, la Loi du 31/12/1991 dans le Code du travail, lui a donné un cadre législatif strict et protecteur. Les conditions dans lesquelles les fonctionnaires de l'Etat peuvent bénéficier d'un bilan de compétences sont précisées par le décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 (JO du 16/10/2007). Textes de référence : Articles L. 6313-1, L. 6313-10, L. 6322-42 à L. 6322-51 et R. 6322-32 à R. 6322-63 du Code du travail.

⁴⁷ Petit Larousse 1993.

comme un moyen supplémentaire d'exercer un contrôle social légalisé, dans une optique généralisée de mise en doute de ces compétences. Parler de compétences parentales, c'est pouvoir les nommer et les entretiens que j'ai effectués en 2001-2002 auprès des professionnelles des mères désignées « handicapées mentales » dans une dynamique de « soutien à la parentalité », ont démontré que le flou et l'ambiguïté subsistaient encore autour de cette notion peu investiguée.

Les notions de « métier de mère » et de « compétence maternelle » sont devenues indissociables dans le champ de l'éducation comme celui de la santé. Les mères sont les interlocutrices de référence et sont souvent rendues responsables en cas de difficultés rencontrées par leurs enfants : des grilles d'évaluation de leurs compétences empruntées au monde du travail et posées en termes de savoirs-faire et de savoirs-être, se sont recentrées sur l'évaluation des compétences en termes de performances et de résultats, selon des normes du « bon enfant à produire » (Cresson et Gadrey 2004 : 33). Les compétences des mères sont ainsi mises à l'épreuve du regard institutionnel et parfois de leurs proches et des attentes en termes de rôles selon des visions stéréotypées que les intervenants des secteurs professionnels, ont des pères et des mères. Si l'on suit l'argumentation de Pétonnet (1985 : 371), le système fonctionne à long terme car ce sont les mères elles-mêmes, parce qu'elles se sentent coupables, et ayant perdu leur propre estime, qui perdent la force de vaincre et tolèrent d'être « punies » et jugées « incompetentes » ou « non-compétentes ». Et leurs enfants, placés dans une position où ils risquent de ne pas éprouver d'estime pour leurs parents, risquent du même coup de ne pas se développer harmonieusement. Une source d'échec se constitue ainsi d'elle-même, sans que soit engagée, dans ces troubles personnels, la responsabilité de la société, qui elle, multiplie les organismes préventifs, soignants et punitifs à l'encontre des mères incriminées.

Être mère : une épreuve en soi

L'expérience de maternité est plus spontanément associée à l'amour et aux enfants qu'à une épreuve sociale ou un « malheur ». Michel Messu a certes parlé « d'une présence massive du malheur » au sujet des populations qu'il nommait « les assistés sociaux » (1991 : 94), et de « l'acharnement du mauvais sort, ce cumul d'évènements malheureux » et de « la forme d'identité sociale » (p. 100) octroyée par des compensations qu'il nomme « prise en charge du malheur » (p. 98) ; mais la recherche sur le sujet semble être inexistante, malgré l'importance du champ d'étude de la famille. Ce phénomène est sans doute attribuable en partie à des traits culturels, dont l'importance d'une tradition connotant négativement le malheur ; ce qui a fait

de l'épreuve un sujet relativement peu exploré jusqu'à récemment, en particulier dans le contexte domestique.

Mener de front la vie conjugale, le travail domestique, le travail, l'absence ou la recherche de travail, la gestion financière, l'école, la garderie, les loisirs, les relations interpersonnelles entre époux, entre parents et enfants... est un défi presque insurmontable et peut représenter une épreuve en soi, au sens commun de « difficulté, conflit éprouvant le courage ou la résistance de quelqu'un ».

Kellerhalls et Widmer nous disent que la relation familiale est aujourd'hui traversée de tensions culturelles qui compliquent sérieusement les bricolages normatifs auxquels sont voués les conjoints. Ces tensions se donnent à voir entre les aspirations individualistes contemporaines, qui font du désir personnel le principe et la fin de toute entreprise, et une tradition culturelle, qui voit pour l'essentiel « le bonheur sur terre résulter d'un lien assez fusionnel, durable, fidèle et fécond avec l'âme sœur ». D'où de fréquentes difficultés à trouver la bonne distance, le bon compromis. Tension ensuite entre une revendication à l'égalité dans le couple, constitutive du modèle contemporain de conjugalité, et la permanence d'inégalités sociales (à l'extérieur comme à l'intérieur de la famille) très prononcées entre les sexes. D'où les problèmes de pouvoir, de respect des rythmes et projets d'autrui, d'affirmation de ses droits, souvent peu compatibles avec la gratuité qu'on place dans les fondements du bon amour. Tensions enfin entre les idéaux de la relation amoureuse, véhiculés par les médias [...] et le quotidien des couples, confrontation débouchant souvent sur une disqualification de la relation quotidienne concrète (2005 : 35).

Face à l'épreuve de la maternité, les liens familiaux sont questionnés. Et, entre ces tensions et ces normes selon un modèle de disponibilité maternelle (Gojard 2010 : 155) et de la performance sur plusieurs niveaux à la fois, des mères parviennent à trouver tant bien que mal un équilibre mais d'autres vivent un stress excessif qui peut conduire à la frustration, à des situations conflictuelles difficiles à résoudre et au désarroi. La confrontation à l'épreuve met en exergue l'incertitude mais aussi les compétences à la dépasser, les qualités pensées comme « innées » et naturelles des femmes dont l'adaptation sont alors convoquées pour dépasser cette épreuve de la maternité.

4-2 La parentalité et le soutien à la parentalité : un contrôle social à assumer

Au cœur des services d'accompagnement des personnes étiquetées « dysfonctionnelles » ou « en difficultés sociales », des dispositifs « de soutien à la parentalité » se présentent depuis quelques années, du point de vue de l'innovation qu'ils apportent, tant dans les rapports entre intervenants sociaux et les mères principalement, que par la transformation du rapport à la norme sociale dont ils sont porteurs.

Ce mouvement a glissé dans le champ du handicap mental. Ces services de soutien à la parentalité prônent, chacun à leur manière la responsabilisation des personnes « handicapées mentales » bien que ces dernières se disent « guettées » tout en étant soutenues et fassent parfois l'objet de soupçons et de critiques mesurées parfois démesurées, avant même que l'enfant ne soit né : ces positions le plus souvent étroitement liées à des croyances que l'on peut qualifier de déterministes, qui dénie en quelque sorte tout potentiel de changement à court terme chez les personnes concernées par l'intervention sociale.

Le terme de parentalité, entre soupçon et dénonciation

Le terme de parentalité aurait été introduit en 1961, par le psychiatre et psychanalyste Paul Racamier (1924-1996), en 1960 par la psychanalyste Thérèse Benedek (1892-1977) qui a introduit le terme de *maternalité* (Sellenet 2007) ou selon Neyrand (2001) par Thomas Benedekt psychanalyste américain en 1959 et pour Martin « peut être pour traduire les termes anglo-saxons de *parenthood* ou de *parenting*, qui désignent respectivement la condition de parent et les pratiques parentales » (2004 : 39 ; 2003). Il est ensuite réapparu dans les années 80 dans les parutions de l'Ecole des Parents et des Educateurs par le psychanalyste Serge Lebovici comme discours plus général sur la condition parentale.

Depuis les années 90, il n'a cessé de prendre de l'ampleur tant dans les programmes politiques⁴⁸ que dans les discours publics ou les actions de terrain voire dans les champs psychologique et sociologique et peu dans les discours des parents, eux-mêmes. Il est devenu une question sociale familière et banalisée voire un problème social et selon Sellenet « un terme saturé de sens, de non-sens et de contresens » (2007 : 7). Or la parentalité a une fonction so-

⁴⁸ De ce champ ont été instruites les actions en faveur de la parentalité, suite à la création puis aux préconisations de la Délégation Interministérielle de la Famille et notamment la circulaire du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP).

ciale et pas seulement parentale. Retenons la définition de Godelier (2004) selon laquelle les parents ne sont alors pas seulement ni nécessairement ceux qui font des enfants en s'unissant sexuellement. Ce sont aussi, et parfois avant tout, les adultes qui les nourrissent, les élèvent, les éduquent, leur assurent un avenir. Le terme « parentalité » désigne cet ensemble culturellement défini des obligations à assumer, des interdictions à respecter, des conduites, des sentiments, des actes de solidarité et des actes d'hostilité qui sont attendus ou exclus de la part d'individus qui se trouvent dans des rapports de parents à enfants (cité par Poittevin 2005). Cette dimension sociale de la parentalité ne concerne pas seulement pères et mères (biologiques notamment) mais l'ensemble des adultes au contact de l'enfant.

Mais les professionnels s'en tiennent à une version restrictive de la parentalité et focalisent sur les compétences individuelles. Ils ciblent de manière différente les mères et les pères, par exemple lorsqu'ils mobilisent les problèmes de parentalité. La mère est le plus souvent visée (Cardi 2004 : 70). Pour Neyrand (2000), la centration de l'éducation et du discours normatif sur la mère la produit comme seule responsable du devenir de son enfant, en l'extrayant de ses relations sociales et conjugales, ce qui est la conséquence de l'individualisation du lien mère-enfant.

Les psychologues ont introduit les néologismes *maternalité* et *paternalité* pour opérer la distinction entre ce qui est dévolu à la mère et au père et désigner la spécificité du lien psychique de chaque parent à son enfant, mais ces notions sont peu utilisées dans le champ professionnel, en France. Dans le langage courant, c'est donc à la maternité et la paternité que renvoie la parentalité. On assiste là à une certaine confusion des termes dans les champs précités, et selon Martin « Son apparition est surtout l'expression d'une inquiétude sur la capacité des parents d'assumer leur rôle, de faire face à leurs obligations » (2004 : 45). Selon l'auteur, on en trouve donc essentiellement la trace dans le débat public qui s'est développé au cours des années 90 en France, à propos de la montée des incivilités des jeunes ; problème qui aurait pour origine selon les termes de ce débat, l'incompétence et/ou l'irresponsabilité des parents mais aussi selon Lamarche et al. « Une dénonciation du rôle de certains parents, d'un soupçon systématique sur leur capacité à s'acquitter de leur rôle et qu'il inclut une volonté de contrôle, les familles étant de plus en plus destinataires de mesures sociales, judiciaires et éducatives » (2003 : 8). Il y aurait donc ainsi une bonne et une mauvaise manière d'être parent, qualifiée à l'aune des défaillances, des insuffisances, de leur démission voire de leur égoïsme et pour Jacques Faget (2001) « La parentalité représenterait un discours d'ordre public ». Discours d'ordre public qui reprend l'analyse que Jacques Donzelot tenait dans les

années 1970 : réduire le pouvoir de la famille et dans le même temps lui faire porter une responsabilité accrue « On comprend l'opportunité du psychologisme sur ce terrain, son aptitude à relayer le juridique dans la coordination des activités normalisatrices. Il permet en effet : 1. De dissoudre les comportements de résistance des familles aux placements imposés au nom de la nécessaire socialisation des adolescents ; 2. De conjurer les lignes de fuite que sont l'irresponsabilisation des parents à l'égard des enfants en bas âge, au nom de la nécessité d'une éducation familiale ; 3. De mettre au point un nouveau système dans l'utilisation de la famille pour les pratiques de normalisation » (2005 : 152).

De cette manière, la famille est nommée comme première coupable et selon Martin « La police des familles est le seul garant de la correction de cette incompétence familiale » (2004 : 47). On le comprend, le terme de parentalité trouve une résonance spécifique lorsque les étapes du développement de l'enfant⁴⁹ engagent une redéfinition du champ de la responsabilité des parents, ou lorsque l'accueil et la prise en charge de l'enfant se font dans des circonstances particulières de leur point de vue, telle la situation de handicap.

Le soutien à la parentalité : à l'origine, pour une approche plus positive de l'aide en direction des familles

La construction sociale de la norme de « compétence des familles » est issue d'une conception récente, dispensée dans le champ de l'intervention sociale dans notre pays. Elle participe pleinement à une revalorisation des familles par l'intermédiaire d'une « cause des enfants ». Cette émergence récente d'une politique publique européenne dite de la « parentalité positive », est destinée à inscrire dans la famille une conception puero-centrée du droit des enfants (Garcia 2011 : 279). On a assisté au travers de ce modèle, à la fabrication d'une nécessaire transmission de l'extérieur de compétences familiales à la parentalité, au travers de l'imposition de normes socialement situées et idéalisées, de pratiques et de modèles familiaux (Donzelot 1975), mais aussi de carences à combler. Des auteurs s'accordent à dire que pour les intervenants sociaux « Dans un contexte de rationalisation des ressources publiques, la formulation des difficultés rencontrées par les familles en termes de carences à combler permet d'éviter de faire face à la complexité des déterminants à l'oeuvre dans chaque situation et au sentiment d'impuissance qu'elle génère » (Le Bossé 2003 : 53).

Créé aussi en partie pour répondre au désarroi des intervenants sociaux face aux

⁴⁹ En France, dans le secteur de l'intervention sociale, « les stades de Jean Piaget » sont toujours malgré leur caractère obsolète, reconnus comme indicateurs du « bon » développement de l'enfant.

familles jugées « en grandes difficultés », ce modèle de revalorisation des familles est utilisé d'une part pour porter l'accent sur les compétences que les familles dites « en difficultés sociales » doivent acquérir tout au long des mesures de soutien à la parentalité et, d'autre part, pour participer à la reconnaissance des compétences existantes au sein de ces familles : « Dans une perspective de "capacitation", les travailleurs sociaux sont invités à rénover leur regard sur les parents en difficulté pour éviter leur disqualification par leur victimisation ou leur stigmatisation. Ils sont appelés à agir avec eux et non à leur place : la parentalité invite à valoriser les valeurs, compétences et ressources des familles plutôt que le pointage de leurs défaillances, voire une délégation subie des responsabilités parentales à des professionnels et institutions » (Boisson et Verjus 2004 : 14). Voilà pourquoi et encore récemment, j'ai assisté dans mes observations de terrain à la fabrication d'un travail d'exploration, de repérage et d'identification, d'évaluation et de valorisation des compétences « enfouies » au cœur des familles traditionnellement dénigrées, en termes de familles « lacunaires » et « défaillantes ». On révèle désormais des compétences, là on ne pensait pas ou plus en trouver et ce travail de « débroussaillage » des points d'appui sur lesquels une action éducative peut reposer, devient la marque d'un travail « bien fait ».

Ce mouvement d'ensemble porté par des valeurs humanistes à l'origine, a émergé d'ouvrages issus du champ de la thérapie familiale et notamment celui de Guy Ausloos (2001) qui « exhorte le lecteur à se laisser pénétrer par le mystère de la famille compétente plutôt qu'à rechercher des recettes pour traiter la famille dysfonctionnelle ». Ausloos écrivait aussi que « Parler de famille compétente est donc une manière de rendre à la famille sa compétence plutôt que de considérer ses manques » (2001 : 29).

Ce parti-pris altruiste qui s'est inscrit dans un modèle d'intervention éco-systémique était destiné « aux parents » sans distinction de genre ; mais il s'est transformé en véritable « piège » pour les familles et essentiellement pour les mères concernées. Aussi pour Martin « On parle ainsi de plus en plus souvent des « compétences » parentales, voire du « métier de parent », un peu comme s'il était possible désormais d'identifier le niveau d'aptitude de chaque parent dans sa mission socialisatrice et, en conséquence, de diagnostiquer l'incompétence parentale, la défaillance, voire l'irresponsabilité » (2003 : 13). Voilà pourquoi en parlant du *métier de mère* (Gojard 2010), expression à mon sens ambiguë, on ne peut éviter le glissement vers l'étiquetage de « bonne » ou de « mauvaise » mère et influencer profondément sur l'identité de mère, la fixer en quelque sorte et la rendre immuable. Dimension contraire à ce que devrait représenter le travail d'accompagnement, comme « la rencontre de l'autre »

qui selon Saillant est plus humaniste peut-être, plus risqué aussi, là où l'un et l'autre coexistent, se révèlent sans s'enfermer dans une identité exempte de reconnaissance et de réciprocité ; dans des pratiques de rencontres dans le monde du transitoire et de l'inachevé tout en tenant compte des conditions de fragilité, d'apprentissage, de maladies, de passages à vivre et inscrites dans l'expérience du « liminal » (Turner 1990), dans le « ni l'un, ni l'autre » (2000 : 155).

Face à cette ambiguïté, Sellenet résume « L'idée de soutien à la parentalité peut s'imposer comme : une exigence démocratique de réhabilitation de la place des familles ; comme une visée humaniste mobilisée dans la recherche de la bienveillance ; comme une issue de secours renvoyant aux parents la gestion de ces jeunes de plus en plus difficiles ; comme un désengagement, l'aveu d'une impuissance des professionnels ; comme un partenariat appuyé des valeurs communautaires ; comme une nouvelle conception des rapports parents-professionnels ; comme une nouvelle police des familles... » (2007 : 113).

4-3 Situations sociales des femmes qualifiées de « fragiles » : la fabrique de mères sous contrôle

Il existe des « ratés » dans la relation privilégiée de la « dyade mère-enfant » : cette représentation perdue dans les milieux « psy », avec d'autant plus de facilité que pour bien des mères précarisées et présentant des troubles relationnels au bébé, le père est quasi-absent ou mis à l'écart (Neyrand 2004 : 27). Mon intention est ici de montrer que la mère est encore bien souvent rendue seule responsable des difficultés que rencontre l'enfant dans la sphère familiale. Qui plus est, si elle est considérée comme « déviante » ou « marginale ».

Etre mère et pensée comme « la cause du danger »

Ainsi, pour Bernadette Tillard qui a opéré une exploration anthropologique de la naissance dans un quartier considéré comme défavorisé, les femmes responsables de familles monoparentales sont discréditées moralement, dans la mesure où « Elles sont souvent renvoyées à l'image de femmes inconstantes aux visées mercantiles » (2007 : 51), et où les enfants peuvent hériter d'un risque de stigmatisation en raison par exemple de l'absence de père, de prénoms d'origines étrangères associés à un nom français ou de leur provenance d'une grande fratrie. Au sujet des familles dites « monoparentales en difficultés » et accompagnées par des travailleurs sociaux, Fernanda Bittencourt Ribeiro (2007 : 75) se demande comment être mère ou continuer à l'être, lorsque les besoins des enfants sont assumés par des adultes extérieurs à leur parentèle ou à leur entourage proche, légitimés par la

mission de protection des enfants face aux familles qualifiées de défaillantes ; mais elle explique aussi qu'une grossesse dans une situation de détresse peut être la source de nouveaux liens et d'une mobilisation autour de soi au nom de l'établissement du lien mère-enfant (p. 76) et que paradoxalement être une « bonne mère » semble, pour les travailleurs sociaux, impliquer la décision de renoncer à la maternité bien que les femmes concernées, disent n'avoir pas voulu leurs enfants, mais souvent n'être pas capables de les refuser (p. 77). Comme l'a remarqué Tillard (1999), ces enfants sont souvent pensés comme des « accidents » et issus de grossesses non prévues et pour Bittencourt Ribeiro (2007 : 78), l'accouchement comme une occasion de se présenter en maîtresses de la situation et d'être une occasion pour les femmes à n'en faire « qu'à leur tête ».

Selon Cardi dans une étude sur la construction de la figure de la mère dite « dangereuse », la mère seule, mère violente, mère déviante est le plus souvent désignée comme la cause première de danger voire du délit commis par le mineur. Dès lors ce n'est plus le jeune qu'il faut éduquer mais sa mère (2004 : 70). On repère aussi la stigmatisation et une peur de la contagion de la déviance de la mère à l'enfant, chez les mères consommatrices de substances psychoactives dans la mesure où selon Simmat-Durand « La femme enceinte qui consomme des produits nocifs, et surtout des produits illicites, est considérée comme une criminelle en puissance » (2002 : 107). Ce qui selon De Koninck et autres (2003) les place dans une situation où elles doivent impérativement faire la démonstration qu'elles sont des mères légitimes bien qu'elles se nomment elles-mêmes des « femmes marginales », alors que la grossesse suscite chez elles de l'ambivalence, un désir de « normalité » et de la responsabilité. Pour ces femmes, la grossesse induit une remise en question de leur mode de vie et l'enfant représente l'avenir, mais la maternité vient bouleverser profondément leur parcours de vie.

Les auteures ont repéré ce constat chez des femmes dites « toxicomanes », de milieux défavorisés : la naissance de l'enfant indique que le changement est possible, alors que la situation sociale des répondantes était souvent une situation où toute perspective d'avenir était exclue (p. 120). L'enfant n'est pas vécu comme un problème mais bien souvent comme une solution ou une ouverture qui permet d'avoir un impact sur l'estime de soi des mères : il permet de vivre l'expérience de l'attachement à l'autre, même s'il reste à l'origine de profondes remises en cause et de choix déterminants, par exemple des ruptures avec les fréquentations et l'entourage. De même que pour les mères que Bittencourt Ribeiro (2007) a rencontrées, les besoins de l'enfant les amènent à créer de nouveaux liens et à des

réconciliations bien que la crainte de perdre la garde de leurs enfants est présente dans les propos des répondantes. Mais ces femmes doivent aussi convaincre leur entourage qu'elles sont dignes de confiance ; elles doivent ainsi modifier le regard des autres. Et certaines mères, ont dit « se sentir être surveillées » (De Koninck et autres 2003 : 126), même si elles sont conscientes que la réussite de cette expérience peut jouer un rôle positif alors que si elles échouent, cela pourra être un facteur de rechute (p. 128). Les discours de ces mères toxicomanes ont beaucoup de similitudes avec celui des mères étiquetées « handicapées mentales », bien conscientes que la maternité est perçue comme un projet déterminant et une possibilité de changer le cours des choses et de recommencer « une nouvelle vie », et que le regard des autres est conçu comme une surveillance qu'il ne faut pas tromper (p. 129). Dans toutes ces situations de maternité extrêmes, la méfiance est de mise même si la maternité peut représenter un levier de changement, même si la lourdeur de ce que beaucoup de ces femmes traînent comme passé, ainsi que l'hypothèse affective qui grève leurs vies et leur avenir, semblent miner fortement la possibilité de se voir construire un véritable projet (p. 131). Pour Simmat-Durand ces grossesses sont perçues comme hors normes, dans un domaine où la pression sociale et médicale est forte : le suivi des grossesses représente en effet un enjeu social depuis plusieurs décennies et la protection de l'enfant à naître, un processus de repérage et d'étiquetage des mauvaises mères potentielles (2002 : 105).

Autres femmes handicapées et aussi, « mères dont il faut se méfier »

L'expérience de maternité des femmes en situation de handicaps se situe à l'intersection de la sociologie du handicap et de la santé, de la sociologie du genre et de la famille et de la sociologie de l'expérience. La récente construction sociale de « compétence parentale » et de « compétence maternelle » qui bouleverse en profondeur l'intervention sociale et les pratiques professionnelles auprès des familles jugées dysfonctionnelles dans le cadre de la protection de l'enfance, a glissé dans le champ de la prise en charge et d'accompagnement social des personnes dites « handicapées » (toutes déficiences confondues). Ceci dans la mesure où ces dernières revendiquent des rôles sociaux significatifs comme celui d'être mère. Mais pour Clément et dans la situation de personnes avec des troubles mentaux « La parentalité est un rôle qui demeure largement occulté par la majorité des systèmes de soins et des intervenants et accuse, de ce fait, un important retard par rapport aux autres rôles sociaux » (2010 : 85).

Dans une étude de dossiers de mineurs placés, Coline Cardi (2008) fait apparaître l'importance des normes psychiatriques pour juger le degré de dangerosité de la mère pour l'enfant. « Débilité légère » ou « pathologie grave », les mères déficientes ou dépressives

peuplent les dossiers de mineurs placés, notamment quand l'urgence est visée. Ressurgissent alors, dans les diagnostics psychiatriques, les terminologies de la fin du 20ème siècle (notamment autour de l'hystérie, directement associée à une sexualité désordonnée des femmes) qui tendent à naturaliser la déviance des mères. La mauvaise mère est donc d'abord celle qui est jugée « folle » (p. 451). Lorsque la mère présente des troubles mentaux, c'est l'expertise psychiatrique et/ou médico-psychologique qui vient déterminer l'état et le degré de dangerosité présentés par la mère. Mais Cardi précise que la pathologie considérée la moins « dangereuse » pour les enfants est celle de la déficience intellectuelle (p. 452). A l'énoncé d'une situation de mère qui présente un « retard mental », l'auteure remarque dans son dossier la reconstruction d'une trajectoire déviante d'« assistée » ponctuée par de nombreuses interventions professionnelles. Tous les éléments prennent sens au regard d'un analphabétisme et font symboles (ou symptômes), d'une immaturité repérée chez cette femme dans la relation à son fils, qui va jusqu'à altérer son « sens moral ». L'ensemble de ces remarques conduit l'expert à sa « conclusion clinique » construite en deux temps. Il revient d'abord sur le « retard mental » qui brouille les frontières générationnelles (le fils a une efficacité supérieure à celle de sa mère). Il soumet ensuite l'idée qu'elle provoque la violence de son mari et n'est pas en mesure de protéger son fils des coups paternels (p 454). L'auteure a aussi repéré les « pathologies lourdes » nécessitant un traitement médicamenteux et observe ce qui fait de chaque individu « un cas » et met en évidence dans son analyse, la nécessité d'une approche sexuée et genrée du phénomène d'enfermement psychiatrique, l'hôpital pouvant faire fonction pour les femmes de lieu d'incarcération. Insuffisance intellectuelle, pathologies lourdes, hystérie : le discours sur les « mauvaises mères » emprunte majoritairement au langage de la psychiatrie. Dans ce cas, le « danger » est double : risque de mauvais soins délivrés à l'enfant, en raison de l'état mental de la mère ; mais aussi risque de la contagion de la pathologie mentale de la mère à l'enfant (p. 456). Pour compléter ce tableau, Clément (2010) nous dit que les propos tenus par des mères touchées par des troubles mentaux graves au sujet de leur « maternalité »⁵⁰, s'inscrivent dans un registre d'émotions oscillant entre espoir et désespoir, et toutes les mères qu'elle a rencontrées ont signalé l'importance des enfants dans leur vie, qui leur donnent un sens, une direction et toutes manifestent un sentiment d'amour envers leurs enfants (p. 86). Toutefois, les mères

⁵⁰ Le terme « maternalité » présenté par Clément (2010), réfère aux aspects relationnels et éducatifs nécessaires à la relation mère-enfant.

n'hésitent pas à admettre qu'elles sont limitées à exercer leur rôle de parent, non pas sous forme d'un aveu d'incompétence mais en terme de disponibilité à assumer ce rôle ; ceci en raison de leur fatigue, de leur surmenage et de leur accablement (face à leur expérience de maternité mais aussi leur expérience de vie en général). Selon elles, les tâches les plus simples sont souvent insurmontables, y compris le fait d'avoir à demander de l'aide (p. 87). Néanmoins, la plupart d'entre elles continuent d'espérer à un retour à une vie normale et les enfants représentent le moteur de leur guérison, même si la menace de se voir retirer la garde de leurs enfants est perceptible dans leurs propos (p. 88).

A la différence des mères souffrant de troubles psychiques, les mères appelées « handicapées mentales » ne peuvent pas espérer à un retour à la guérison, dans le sens où la déficience intellectuelle n'est pas une maladie et est irréversible, en quelque sorte ; mais la menace d' « *enlèvement d'enfant* » et la nécessité de faire preuve de ses capacités est de même aussi perceptible chez ces dernières. On retrouve associés au désarroi de la famille, l'idée de transmission mère-enfant de la déficience et le soupçon d'incompétence maternelle, chez des mères ou futures mères aveugles, bien que ces femmes revendiquent une banalisation de leur situation (Gojard 2007 : 53). Les mères concernées sont soupçonnées d'avoir un enfant (surtout s'il est voyant), pour avoir une aide à la maison (p. 55). On le comprend, à partir du moment où ces femmes sont en situation de handicap, qu'il soit « mental », psychique ou sensoriel, voire moteur, toute incertitude de leur part dans la relation et l'éducation de l'enfant, est interprété par l'entourage proche ou les professionnels en relation avec leur handicap, et non avec leur inexpérience des soins aux nourrissons.

CHAPITRE 5 – LA MATERNITÉ EN SITUATION DE HANDICAP, SITUATION LIMINAIRE

La maternité en situation de « handicap mental », situation liminaire (Calvez 1994 ; Blanc 2006) et durable, accentue ce qui est à l'œuvre pour toute maternité et permet de mieux comprendre les tensions contemporaines de la famille. Elle en accentue le trait. Pour les jeunes filles et jeunes garçons que j'ai rencontrés alors que j'étais éducatrice spécialisée et dans le cadre de programmes de recherche antérieurs (Gruson 2003 : 167), être femme signifiait être *mère-avant-tout*. Ce projet normatif était centré sur le rôle maternel mais aussi le plus souvent énoncé au détriment d'une insertion professionnelle ou d'une recherche de logement, par exemple. Mon intention est de montrer dans ce chapitre que les mères étiquetées « handicapées mentales » sont au cœur de tensions normatives fortes à la fois sur le plan personnel et interpersonnel. Sous leur pression, la norme sociale s'ajuste lentement mais toujours entre « bonne » et « mauvaise » mère.

5-1 État de la question

Dans ce chapitre, j'ai exploré la question de l'expérience de maternité en situation de « handicap mental » sur le plan théorique. Le chapitre reprend en totalité le développement proposé dans trois articles publiés en 2003, 2006 et 2007.

Une dominance des études nord-américaines

En Europe, la plupart des recherches traitant de la situation de handicap sont anglo-saxonnes ou belges : ces dernières issues du champ médico-psychologique et largement imprégnées de psychanalyse traitent pour la grande majorité de la sexualité et de la vie affective chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle (Mercier, Delville et Collignon 1994 ; Delville et Mercier 1997 ; Delville et Muselle 1998).

En France, un questionnement supplémentaire sur la sexualité et la stérilisation des personnes appelées « handicapées mentales » émerge dans les publications et recherches du champ de la sociologie et de la psycho-sociologie, de Giami et Lavigne (1993), de Lavigne (1996), ainsi que de Giami (1999) et Giami et Leridon (1999), de Diederich (1998a, 1998b, 2000, 2006) ; et de Moysse (1998), philosophe.

Giami, Humbert-Viveret et Laval (1983) exposaient et c'est important, que pour les parents d'enfants handicapés et les professionnels de l'éducation spécialisée, les

représentations de la sexualité évoquaient « l'angélisme » ou « la bestialité ». Pour les uns, parents, la sexualité était ignorée voire niée ; pour les autres, professionnels, la sexualité était pensée comme « bestiale ». Dupras (1998) parle de « déssexualisation de la personne handicapée mentale ».

Nombre d'études révèlent en effet la présence d'attitudes visant à méconnaître ou à empêcher les manifestations de la sexualité chez la personne avec une déficience intellectuelle, processus qu'il nomme pour l'homme « syndrome de Forrest Gump » en expliquant la fonction sociale de la déssexualisation, conçue comme une « *transformation de la personne handicapée mentale en être angélique* », avec une sexualité essentiellement fondée sur l'affectivité, en quelque sorte, une sexualité enfantine (1998 : 48).

En 1999, Giami explique que les organisations institutionnelles, qu'il nomme « institutions totales » en référence aux travaux de Goffman (1968), ne s'opposent pas à la pratique d'autres formes d'activités sexuelles comme la masturbation ou les relations homosexuelles, dans la mesure où elles n'incluent pas la possibilité de la procréation. Selon lui, les personnes « handicapées mentales » restent ainsi globalement exclues de la vie en couple et de la procréation. Mais l'introduction de la mixité dans ces institutions a eu pour effet d'accélérer la reconnaissance de l'existence d'activités hétérosexuelles au sein des établissements et de contribuer à l'éclatement des établissements en structures plus légères et diversifiées permettant l'accueil des couples. Il constate par ailleurs, que la fonction procréatrice de l'activité sexuelle continue à faire l'objet d'un interdit majeur dans l'ensemble des institutions totales, et notamment dans les institutions qui reçoivent des personnes désignées « handicapées mentales ». La reconnaissance de leur sexualité repose ainsi sur une dissociation entre les deux fonctions de la sexualité qui est organisée et entretenue par les institutions totales (p. 27). Giami expose que ces organisations de la sexualité favorisent l'endogamie, or ce serait un sujet à approfondir : j'ai rencontré en majorité des femmes dont le compagnon était un homme qui n'était pas désigné comme une personne « handicapée ». Plusieurs femmes m'expliquaient que « les hommes des ESAT » étaient des « *nuls* » et qu'ils ne valaient pas la peine « *d'être rencontrés* ». On peut poser l'hypothèse que pour des femmes étiquetées « handicapées mentales », la relation amoureuse vécue avec un homme « ordinaire » peut contribuer à l'accès à la normalité tant recherchée et concourir à s'extraire de la situation de marge durable dans laquelle elles sont maintenues à leur plus grand désarroi. Mais Goffman explique ceci : « Il est à supposer que, plus l'individu stigmatisé s'allie avec les normaux, plus il en vient à se concevoir en termes non stigmatisés, sauf dans certains

contextes où c'est apparemment l'inverse qui se vérifie » (2001 [1975] : 129). Dans le contexte de la maternité, la naissance de l'enfant peut contribuer à renforcer la stigmatisation des femmes concernées.

En ce qui concerne exclusivement le thème de la parentalité chez des personnes en situation de « handicap mental », le groupe de recherche de l'Association de recherche et d'étude sur la déficience intellectuelle et la parentalité (AREDIP) est actif dans la région Nord-pas de Calais depuis quelques années et a lancé une des premières publications françaises sur ce sujet (Baelde et autres 1999). Cet ouvrage fortement imprégné d'une approche psychologique, est une compilation de recherches empiriques et exploratoires menées par des praticiens et chercheurs sur la question.

L'équipe nord-américaine de Louise Éthier, travaillant à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, présente dans un article de 1999 une revue d'ouvrages qui, dans leur ensemble, mettent l'accent sur les difficultés parentales de tous ordres, en insistant sur celles des mères en situation de « handicap mental ». Ces études invoquent un manque de connaissances quant aux soins de base à donner à un bébé, une absence d'interactions positives entre la mère et l'enfant, de même qu'une faible capacité à prendre des décisions efficaces ou à résoudre des problèmes, à agir en situation d'urgence ou à reconnaître les indices de maladie chez l'enfant. Les mères éprouvent, selon ces études, beaucoup de difficultés à envisager les possibilités qui s'offrent lors d'une prise de décision, particulièrement dans des situations potentiellement dangereuses pour l'enfant. Ces travaux soulignent également les limites cognitives qui empêchent souvent les mères de comprendre la portée de leurs gestes et leurs enfants. On lit, par exemple, dans Feldman et autres (1985), que les mères sont moins proches de leurs enfants et qu'elles sont généralement plus restrictives et punitives que les mères sans incapacité. De façon générale, elles présentent « un niveau de sensibilité maternelle » peu élevé, les rapprochant étroitement des mères ayant abusé de leurs enfants ou les ayant négligés (Crittenden et Bonvillian 1984). Feldman, Léger et Walton-Allen (1997) signalent que les parents en situation de « handicap mental » ont un niveau de stress beaucoup plus élevé que les parents sans incapacité, le stress étant encore plus marqué chez les mères ayant plusieurs enfants et des enfants d'âge scolaire. Plusieurs autres auteures ou auteurs nord-américains considèrent enfin qu'un faible niveau intellectuel du parent représente un risque important d'abus ou de négligence.

Cet article de 1999 permet de voir une tendance forte à mettre l'accent sur les problèmes des parents, tout comme le travail social encore prégnant en France. Ethier et

autres le soulignent, d'autres nuances peuvent aussi être apportées aux conclusions « négatives » des études nord-américaines indiquées plus haut. Par exemple, Whitman et Accardo (1993) rapportent que la pauvreté, l'absence de formation à l'emploi, l'absence de modèles parentaux convenables, l'isolement social, l'ignorance des ressources disponibles, des expériences de vie limitée et la peur omniprésente de se faire enlever leur enfant par les services sociaux peuvent, plus que les limites intellectuelles, entraver les compétences de ces parents. Plusieurs études attestent que le niveau d'incompétence parentale n'est pas directement fonction du degré d'intelligence, à moins que celui-ci ne soit en dessous de 50-60 (Keltner 1994 ; Tymchuk et Feldman 1991). De plus, les études citées mettent l'accent sur les habiletés à prendre physiquement soin des enfants, sans tenir compte de la sensibilité émotionnelle du parent à l'égard de l'enfant : « Cette tendance dérive d'une vision limitée de la conception selon laquelle les difficultés parentales sont directement fonction des limites cognitives et d'un manque de connaissances et d'un savoir-faire. Or, l'interrelation entre les aspects cognitifs et affectifs est encore trop peu explorée » (Éthier et autres 1999 : 120). Par ailleurs, Feldman et autres (1992) considèrent que le simple fait pour une personne d'être désignée comme ayant des incapacités intellectuelles est suffisant pour qu'il y ait soupçon d'incompétence parentale, ce qui peut créer un cercle vicieux.

On le voit donc, plusieurs raisons incitent à se méfier des conclusions hâtives sur la négligence des mères qui ont une déficience intellectuelle. L'article de Louise Éthier et autres met en évidence une différence importante entre les parents qui « fonctionnent bien » (selon leur terme) et ceux qui éprouvent de grandes difficultés. Les premiers reçoivent un soutien intensif de la part de leur famille étendue ou des organismes publics d'aide, les seconds sont éloignés de ces réseaux d'aide. Seagull et Scheurer (1986) indiquent que tous les parents qui ont conservé ou retrouvé la garde de leur enfant recevaient une aide soutenue et un suivi de la part de leur famille ou d'un organisme offrant des programmes spécialisés. Ainsi, les tentatives consistant à orienter les efforts éducatifs plutôt en direction des parents, principalement sous la forme d'interventions à domicile et de programmes destinés à leur enseigner les compétences éducatives de base (langer, baigner, nourrir, etc.), ont donné lieu à des améliorations notables et stables dans le temps permettant d'atténuer les risques de négligence (Feldman 1994 : 16). De même, une étude de Feldman, Case et Sparks (1992) fait état d'une amélioration significative du développement langagier chez des enfants de mères présentant une déficience intellectuelle qui ont bénéficié d'un programme destiné à améliorer le langage de leurs enfants (cité par Facon 1999). Dans le même sens, Tymchuk et Andron

(1990) ont comparé des mères présentant une déficience intellectuelle et qui ont négligé leurs enfants à des mères dans la même situation de handicap mais qui, elles, n'ont pas négligé leurs enfants : les premières avaient généralement un QI un peu plus élevé que les secondes, elles étaient mariées et vivaient de façon indépendante. Les secondes vivaient toutes avec un membre de la famille qui partageait avec elles la responsabilité des soins à l'enfant (généralement leur mère) et recevaient l'aide d'un organisme offrant des programmes éducatifs spécialisés d'entraînement aux habiletés parentales. Les travaux d'Éthier et de son groupe proposent un autre regard sur la compréhension de la négligence et à l'intervention en matière de protection de l'enfance (Gagnier et autres 2000). Après avoir constaté les limites de la réponse généralement offerte aux familles en détresse (le plus souvent de jeunes mères isolées), réponse qui se contente de décrire les liens étroits entre la négligence familiale et les situations de détresse sociale, l'équipe souligne l'urgence d'un nouveau paradigme quant à l'organisation des services en matière de protection de l'enfance.

Pauvreté et isolement social

Même si les négligences sont présentes dans tous les milieux sociaux (Tursz 2010)⁵¹, la plupart des familles responsables de négligences envers leurs enfants, sont repérées dans les milieux précaires (Lalande et autres 2002 : 135). Parmi les facteurs de réussite dans l'accompagnement, il y a la relation positive entre les intervenants et les parents, relation fondée sur la confiance réciproque et le respect des valeurs et de la culture des familles ; l'efficacité de ces prises en charge précoces restant toutefois limitée à long terme (Dumaret et Constantin-Kuntz 2005 : 87).

Toutefois, peu d'études se sont intéressées au soutien social des parents en situation de « handicap mental ». Pourtant, selon Lalande, Ethier et autres, les parents qui présentent une déficience intellectuelle ont davantage de soutien que les familles négligentes de niveau socio-économique faible (2002 : 136) ; Weisner et Gallimore (1985) ont démontré que le soutien social des parents, dont la mère est déficiente, provient principalement de la famille proche, en particulier de leur mère et de leur père, et qu'ils ont peu de relations à l'extérieur de la famille immédiate ; d'ailleurs, plusieurs auteurs s'accordent à dire que ces parents sont

⁵¹ Dans son enquête sur la « mort subite du nourrisson », Anne Tursz présente le fait que les principaux facteurs à l'origine de la maltraitance ne sont pas les facteurs socio-économiques mais les facteurs psychoaffectifs (p. 26). La maltraitance prend davantage sa source dans les relations interindividuelles que dans les situations économiques défavorables. Or les préjugés font qu'elle est traquée bien plus dans les milieux défavorisés que dans les milieux socialement favorisés.

isolés socialement. Isolement social imputable à la pauvreté, ainsi qu'à la difficulté d'établir des relations sociales (Lalande, Ethier et autres 2002 : 136). Pour les auteurs, cette situation d'isolement pourrait contribuer au retrait de l'enfant de sa famille et il semblerait que certaines mères présenteraient des symptômes liés à des troubles émotionnels, tels la dépression ou d'autres psychopathologies ; pour la plus grande majorité, il est admis qu'elles vivraient un stress plus important que la norme.

Je ne partage pas entièrement la position selon laquelle l'isolement social est imputable à la pauvreté. Les femmes concernées peuvent élaborer des stratégies de « mise à distance » pour éviter d'être abusées et avoir des capacités à établir des relations sociales (Voir portraits Anna et Cassandra, troisième partie). Elles sont sur la défensive. Les expériences d'abus passées parce que trop enclines à accorder leur confiance peuvent justifier le retrait social : elles se mettent « hors circuit » ou « hors d'atteinte ».

Par ailleurs, certains auteurs estiment que se baser uniquement sur le Quotient Intellectuel d'une personne pour déterminer sa compétence à être parent, n'est pas suffisant ; tenir compte des facteurs pouvant influencer son style d'éducation est tout aussi important : les relations de couple, les relations au travail, les relations sociales peuvent aussi affecter le style parental et le développement de l'enfant (Aunos, Goupil et Feldman 2003 : 33). Intervient alors tout l'intérêt du modèle écologique qui met l'accent sur les interactions entre la personne et son environnement, modèle développé par Bronfenbrenner⁵². En effet, des facteurs comme l'histoire du développement des parents, les caractéristiques personnelles de la mère, son niveau de stress et le soutien social qu'elle reçoit, les relations avec son conjoint, l'environnement dans lequel vit la famille sont autant de paramètres à prendre en compte et peuvent avoir des effets sur le style parental et ainsi avoir des conséquences sur le développement de ou des enfants.

Un réquisitoire imposant

Aunos, Goupil et Feldman, psychologues, rapportent que pour ces mères, la présence de troubles émotionnels comme la dépression, additionnée à leurs limites cognitives semble avoir une influence sur leurs compétences parentales. Ces auteurs relatent que dans une étude qu'ils ont menée, les mères se sentent découragées et ont une faible estime d'elles-mêmes ; les

⁵² La théorie de U. Bronfenbrenner a été développée in Bouchard, C. (1981) « Perspectives écologiques de la relation parent-enfant : des compétences parentales aux compétences environnementales » *Apprentissage et socialisation*, 4(1), 4-23 in Miron, J.M. « La compétence parentale : un concept à redéfinir » *Perspectives documentaires en éducation*, n°44, 1998, pp 49-69.

deux tiers pleurent souvent et leur état semble affecter leur capacité à travailler ; le dernier tiers des femmes ayant déjà pensé au suicide. Malgré certaines limites méthodologiques, les résultats semblent suggérer que certaines femmes ont des symptômes liés à des troubles émotionnels tels la dépression ou présentent d'autres psychopathologies. Aunos, Goupil et Feldman rapportent par ailleurs que le degré de stress des mères augmente lorsque les enfants grandissent « (...) probablement à cause des demandes additionnelles provenant du système scolaire et les difficultés qu'éprouvent les mères à communiquer avec leurs enfants plus âgés » (2003 : 34),

Devant un réquisitoire si imposant, il y aurait avantage à s'inspirer à cet égard des critiques méthodologiques qui se sont élevées, à partir des années 70 et 80, à l'encontre de diverses études portant sur la transmission intergénérationnelle de la maltraitance dans l'ensemble de la population.

Un grand nombre de chercheurs et de chercheuses ont fait quasiment la même erreur que les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales, erreur que Boris Cyrulnik (cité par Lecomte (1999) appelle le « biais du professionnalisme » : ils ne repéraient que les personnes qui répétaient la maltraitance. Dès lors, celle-ci semblait bien plus importante qu'elle ne l'était en réalité. En effet, si l'on examine les origines familiales de l'enfant victime de mauvais traitements, on constate que, dans la grande majorité des cas, ses parents eux-mêmes ont été maltraités. D'où l'opinion que la maltraitance se transmet de génération en génération, opinion qui devient la conclusion de diverses études utilisant cette approche dite rétrospective. Or, il s'agit là d'une faute méthodologique car si l'on aborde le processus dans le sens chronologique, c'est-à-dire si l'on étudie ce que deviennent les enfants maltraités une fois adultes, on constate que seule une faible proportion évolue vers la délinquance ou la maltraitance. Cette méthode dite prospective, ou longitudinale est plus lourde à appliquer et donc plus coûteuse et plus rarement utilisée, mais elle fournit une image plus juste de la réalité.

Le devenir des enfants

Peu d'études portent sur le devenir des enfants. Les études épidémiologiques et les enquêtes à ce sujet restent cantonnées aux associations demandeuses. Des auteurs nord-américains s'accordent à dire que le taux de prévalence de retard intellectuel chez les enfants vivant avec un parent qui présente une déficience intellectuelle, se situe entre 30 et 40 pour cent (Feldman et Walton-Allen 1997), (Whitman et Accardo 1990).

Dans notre pays, on constate cependant dans les services habilités à l'accompagnement

des personnes en situation de « handicap mental », une augmentation du nombre de situations de parentalité chez des adultes, hommes ou femmes, avec une déficience intellectuelle ; les professionnels parfois démunis face à cette réalité adaptent leurs pratiques éducatives à des situations où le handicap des parents et des mères en particulier, est représenté comme source de problèmes pour les enfants (le plus souvent, des troubles du comportement, des problèmes d'efficiace intellectuelle et retards de développement). Il a été démontré que les enfants élevés par des parents qui présentent une déficience intellectuelle ont un Quotient Intellectuel significativement inférieur à ceux élevés chez des parents ne présentant aucune déficience. De plus, plus de 40 pour cent des enfants présentent des problèmes de comportement ou sont à risque de retards de développement, lorsqu'ils sont nés de parents en situation de « handicap mental » (Lalande, Ethier, Rivest et Boutet, 2002 : 136).

Dans cet article de 2002, l'équipe québécoise de Denise Lalande et Louise Ethier, et de Christine Rivest et Michel Boutet présente une revue d'articles ou d'ouvrages du champ psychologique qui, dans leur ensemble mettent l'accent sur les difficultés auxquelles sont confrontés ces parents ; cet article présente aussi la description des caractéristiques de la relation parent-enfant pour 11 familles dont la mère présente des incapacités intellectuelles. Il s'agit là, d'une première recherche empirique effectuée par ces auteurs, auprès des familles dont l'un des parents (ici, la mère) présente une déficience intellectuelle. Les mères sont interrogées à l'aide de tests psychologiques. Les diverses dimensions évaluées sont le soutien social et les services reçus par la famille, le stress parental, les difficultés de la mère dans l'exercice des responsabilités parentales, le niveau de développement général de l'enfant ou son niveau intellectuel, les indices de comportements de l'enfant dans sa famille. Les résultats indiquent que, indépendamment du soutien et des services reçus par les familles, 5 mères sur 11 se perçoivent globalement très stressées par l'exercice de leur rôle parental. Le sentiment d'incompétence vécu par plusieurs de ces parents contribuerait également au stress qu'ils ressentent (Feldman 1998). 7 mères éprouvent de grandes difficultés à se sentir attachées à l'enfant, difficultés renforcées par lui-même.

Il s'agit de personnes qui éprouvaient déjà des difficultés dans l'éducation de leurs enfants et qui ont été repérées à ce titre : les mères, en particulier, devaient avoir une déficience intellectuelle reconnue et présenter une déficience légère (QI⁵³ entre 50 et 75) ou

⁵³ Le QI ou Quotient Intellectuel est le rapport âge mental/âge réel.

moyenne (QI entre 35 et 50) ; aucune d'entre elles n'avait bénéficié de suivi psychiatrique et le conjoint, est mentionné par les mères comme « source importante d'aide ».

Ces données provenant des mères, elles-mêmes, peuvent être mises en relation avec la perception des intervenants qui évaluent ces familles : les mères présenteraient des risques moyennement élevés à prendre soin de l'enfant, à reconnaître les problèmes existants et à s'investir sur le plan émotionnel, par exemple, manifester de l'affection à l'enfant. Les relations entre parents et enfants auraient par d'autres auteurs été présentées comme étant restrictives, punitives, non stimulantes, peu fréquentes et s'établissant toujours sur un même mode de communication (Tymchuk et Andron 1988), (Coppin 2004 : 34). D'après Accardo et Whitman (1990), les difficultés rencontrées par les parents au niveau du développement et des besoins des enfants d'âge préscolaire semblent s'intensifier et devenir insurmontables lorsque ceux-ci atteignent l'âge scolaire et l'adolescence.

La présence du « handicap mental » chez les mères est souvent interprétée par les intervenants sociaux comme une situation à risque pour les enfants. Appréciation subjective qui est le plus souvent issue d'une projection de sens et de valeurs selon le modèle de « la bonne mère », sur la conduite des mères avec une déficience intellectuelle. La légitimité de cette expérience est alors balisée par des critères qui les excluent

5-2 Être mère-avant-tout

La déficience intellectuelle implique des difficultés à traiter des problèmes qui se posent dans l'organisation de la vie ordinaire et de la relation avec les autres (Calvez 1994), d'ordre cognitif et affectif. La grande majorité des femmes que j'ai rencontrées, ne maîtrisent pas la lecture et l'écriture. Le langage oral est compréhensible, le vocabulaire est simple et direct et elles ont une capacité « à raconter ». J'ai repéré des capacités de réflexion et d'expression des sentiments et des compétences émotionnelles. Je pouvais observer de temps à autre une maladresse gestuelle. Les intermédiaires institutionnelles me les présentaient comme des personnes « *déficientes légères* » ou « *déficientes moyennes* », voire « *très moyennes* ». Ce qui sous entend un Quotient Intellectuel (QI) qui se situe entre 70 et 50. Une éducatrice spécialisée m'a présenté le tableau clinique suivant : « *sur le plan cognitif, on observe le plus souvent chez ces femmes, des difficultés d'abstraction, de transfert et de généralisation des expériences vécues, une capacité d'attention réduite, des troubles du langage, des difficultés à se repérer dans le temps et l'espace, des difficultés de jugement dans des situations de résolution de problèmes [...] Sur le plan des affects, on peut observer un sentiment d'infériorité, une faible estime de soi, des difficultés à discerner et exprimer les*

émotions, à gérer le stress et une propension à se laisser influencer ».

Le paradoxe est là : le tableau clinique insiste sur les déficits associés au « handicap mental » et le discours professionnel associé à l'expérience de maternité insiste sur la responsabilité et l'autonomie de la personne. C'est dans le contexte de rationalisation des coûts des programmes sociaux qu'un glissement semble désormais s'opérer dans le champ d'intervention du « handicap mental » et qui a pour effet de faire reposer les actions d'aide et de soutien presque exclusivement sur les capacités et les compétences sociales de personnes qui, malgré le handicap et les jugements de carences affectives, cognitives et des capacités d'adaptation moindres, sont considérées comme des personnes responsables face à l'éducation de leurs enfants.

Voilà pourquoi l'expérience de maternité des mères appelées « handicapées mentales » est un révélateur des rapports sociaux, des processus en jeu dans la relation. Elle se donne à voir à travers *l'intersection* de différents rapports de domination, de classe, de sexe auxquels s'associent les situations de handicaps et la sexualité – Le terme de *l'intersectionnalité* est défini par Bereni, Chauvin, Jaunait et Revillard comme « désignant la réflexion politique concernant la situation des individus subissant momentanément plusieurs formes de domination [...] *l'intersectionnalité* renvoie également à la difficulté des mouvements sociaux à prendre en charge ces situations de domination multiples » (2008 : 193).

Plus largement, les discours sur la famille et les relations dans la famille sont essentiellement « des discours sur les familles confrontées à des problèmes de santé ou sur les difficultés à gérer ces problèmes » (Cresson 1997 : 47) ; c'est ainsi que la revue de la littérature et que les études menées le plus souvent selon le modèle biomédical et issues de travaux universitaires du champ de la psychologie, permettent de constater que ces derniers mettent l'accent sur les conséquences de la déficience intellectuelle des parents, et de la mère en particulier, sur les habiletés à prendre physiquement soin des enfants et sur le bien être de ces derniers (négligence, soins et prises de décision mal adaptés, sensibilité maternelle peu élevée etc...) sans tenir compte de la sensibilité émotionnelle du parent à l'égard de l'enfant (Ethier et autres 1999). Tout est pensé comme si dans ces familles, les parents et la mère en particulier, ne pourront entretenir des relations empreintes d'affectivité avec leurs enfants parce que, du fait de leur handicap, elles présentent des difficultés d'ordre affectif et relationnel et ce sur un mode transgénérationnel. Les études montrent que ces mères sont indifférentes vis à vis de leurs enfants mais aussi qu'elles représentent un potentiel danger pour eux. Les professionnelles de l'accompagnement social que j'ai interrogées, parlent peu

de ce danger, car en en parlant, elles craignent la remise en question de la qualité de leur accompagnement social et la proximité de vie mère-enfant. Or, mes observations me font dire que les mères concernées ont un sens aigu du danger.

Des représentations négatives

Penser que des personnes avec une déficience intellectuelle puissent avoir un ou plusieurs enfants ne va pas de soi chez les profanes comme chez les professionnels de l'intervention sociale, tout comme l'expérience de maternité des jeunes mères. L'immaturation psychologique et sociale supposée de ces femmes suscite inquiétude et incompréhension, voire même une certaine réprobation (Le Van 1998 ; Quéniart et Vennes 2003). Les discours recueillis chez les travailleurs sociaux et travailleuses sociales sur ce qui est perçu comme un rôle social d'adulte, celui de parent, donnent à entendre qu'être mère et présenter une déficience intellectuelle est une situation non propice à la réalisation de cet idéal, de même que pour les personnes souffrant des conséquences de la maladie mentale (Clément 2006) ou les mères toxicomanes approchées par De Koninck et autres qui disent « Des professionnelles ou professionnels, infirmières ou médecins notamment, se disent aussi démunis ou parfois embarrassés devant les mères dans cette situation. Leurs préoccupations concernent le devenir des enfants, à qui ces femmes donnent naissance et qui, dans certains cas, partent avec leur mère sans que l'on sache si celle-ci sera en mesure de leur donner à moyen ou à long terme tous les soins nécessaires » (2003 : 107).

Les mères en question sont très souvent sommées de « faire la preuve », de « devoir faire preuve de ». Ce qui n'est pas demandé avec autant d'intérêt aux mères non « handicapées ».

Être une « bonne mère » est une gratification dans un contexte où la situation de handicap reste une cause d'exclusion. Sous le regard des professionnelles, l'obligation de se conformer à ce modèle normatif amène les mères à s'y ajuster avec toutes les difficultés que cela suppose, mais aussi à ce que des stratégies d'adaptation internes à la sphère familiale se développent. Les mères vivent dans un état de tension permanente dans la mesure où leur maternité devient un objet de négociations continuelles.

On se situe là au cœur des tensions entre la mission sociale d'accompagnement bienveillant et le désaccord au sujet de la procréation des personnes en situation de « handicap mental ». En ce qui concerne les effets de l'intervention sociale sur les individus, je m'appuie sur le développement proposé par Vincent de Gaulejac (1996) qui évoque l'aspect de *l'assistance* comme *une forme de violence symbolique*, dans le sens où « l'assistance est

souvent vécue comme une épreuve humiliante » (p.111). Les assistés sont contraints de se soumettre à des procédures et d'accepter une relation dans laquelle ils se sentent dominés. L'humiliation viendrait de cette obligation de se soumettre, de raconter sa vie maintes et maintes fois et d'entendre sa vie être racontée lors de réunions de synthèse par exemple. Bien que la plupart des services ne songent pas à la violence que leur mode de fonctionnement impose à leurs usagers, elle se met en oeuvre à travers deux injonctions paradoxales : l'assisté doit accepter sa dépendance vis à vis du système, se soumettre à ses exigences, tout en affirmant clairement sa volonté d'autonomie. Il doit reconnaître son infériorité et ses carences pour pouvoir être aidé. Il lui faut faire la preuve de son dénuement et montrer sa vulnérabilité pour obtenir aide et protection. On le fragilise alors sous prétexte de l'aider à se renforcer.

Malgré les réticences qu'elles perçoivent à l'égard de leur grossesse et conscientes du regard parfois critique porté sur elles, ces femmes sont obligées de compter sur la collaboration de ceux qui les ont stigmatisées. Et cette collaboration paradoxale est problématique.

Les mères ou futures mères doivent donc accepter « *la batterie* » de professionnels autour d'elles et de leur-s enfant-s. Elles doivent se soumettre aux modèles et valeurs qui leur sont inculquées pour être une « bonne mère » (qu'elles ne seront jamais aux yeux des professionnelles parce que étiquetées « handicapées mentales »). Pour pouvoir être aidées, elles doivent aussi par ailleurs montrer qu'elles sont en capacité d'être autonomes, tout en reconnaissant à la fois leurs difficultés à accéder au *métier de mère* (Gojard 2010).

On le comprend, compte-tenu de leurs difficultés sur le plan cognitif, c'est une situation inextricable qui s'offre à elles. Quoiqu'elles fassent ou ne fassent pas, « ça ne va jamais ». On retrouve cette situation aussi chez les mères qui ont un enfant dit « à problème » (Lavigne 2007).

Nous pouvons de fait penser que le passage à l'état de mère peut être encore plus difficile pour les femmes reconnues « handicapées mentales », parce que soumises au regard de l'autre, elles ne peuvent pas « perdre le contrôle ». Elles ne peuvent pas ne pas se plier aux exigences des normes de disponibilité et de responsabilité maternelles, si elles ne veulent pas perdre la garde de leurs enfants.

Dans un tel contexte, comment ces mères vivent-elles cette situation paradoxale dans une exigence de perfection et d'un parcours « sans faute » ? On leur demande d'être en effet des « mères zéro défaut ». Comment tenir compte à la fois des intérêts de la mère et ceux de l'enfant ? Je me suis tout simplement posé la question sur les arrangements qu'elles mettent en place pour faire un parcours « sans faute » qui est rendu nécessaire, dans la mesure où, elles

ont une épée de Damoclès au dessus de leur tête, qui est celle du placement de leurs enfants, qu'elles nomment « *l'enlèvement d'enfants* ». Avoir une épée de Damoclès au dessus de la tête signifie plus familièrement qu'un « danger peut nous tomber dessus ». Ces mères ou futures mères sont de fait sous tensions continues, en étant sûres que ce danger va « leur tomber dessus » un jour ou l'autre. Elles sont donc dans la peur omniprésente de se voir « enlever » leurs enfants ; situation qui leur arrive tôt ou tard, sans savoir quand, et elles font tout pour retarder ce moment fatidique.

C'est dans ce contexte de responsabilisation individuelle que ces femmes sont plus que quiconque soumises aux diagnostics d'incompétence parentale, de défaillance mais aussi à l'obligation de compétences imposée aux femmes (Niquette 2003 : 2 ; Gruson 2003). Non seulement il leur faut éduquer les enfants, mais il est demandé aux professionnels (en grande majorité des femmes) de promouvoir leurs compétences et leur apprendre « le métier de mère ». Les programmes d'éducation parentale passent par leur éducation dans l'apprentissage du ménage, la préparation du biberon, des repas et la toilette du nouveau-né ou de l'enfant. Pour Yann Le Bossé « Le développement de pratiques sociales uniquement centrées sur les aptitudes parentales revient à surdéterminer le rôle du développement des compétences parentales pour faire face aux défis que rencontrent ces familles en difficulté » (2003 : 50). Selon Coline Cardé « On est ici au cœur de ce que Boltanski (1969) appelle la « mission civilisatrice » pour parler de la diffusion, dans les années 1900, de la puériculture qui ne peut être dissociée de l'idée qui préside, à la fin du siècle dernier, à l'instauration de l'école primaire et aux débuts de l'enseignement ménager (...) il apparaît nettement que cette forme de savoir, qui est en même temps moyen de contrôle de la sphère domestique, passe essentiellement par le biais des mères » (2004 : 80) et dans ce cas précis, des professionnelles.

Ces professionnels sauveurs sont nommés en tant que substituts pour compenser et corriger les carences observées dans le *caring*, ou pratiques de soins coutumiers liés aux fonctions d'entretien de la vie (Cresson 1995 : 61). Aussi, ces mères évoluent de surcroît, dans une ambiance générale de culpabilisation et du *Blaming the victim* (Ryan 1971) qui ne concerne que les mères, bien qu'elles vivent la plupart du temps en couple. La notion d'épreuve sociale prend ici tout son sens.

Les styles éducatifs imputés aux mères par les professionnels

Les témoignages des professionnelles que j'ai rencontrées exposent que les pratiques parentales dans les familles concernées par mon enquête, sont préjudiciables au « *bon développement de l'enfant* ». Elles seraient selon elles de style *autoritaire*, selon lequel

l'insistance sur l'obéissance et la discipline-accommodation est forte et l'accent mis sur la conformité de l'enfant très prononcé. Ce style éducatif implique des méthodes pédagogiques qui font un large appel au contrôle – c'est-à-dire interdire ou obliger et le maniement de l'autorité assez rigide (Kellerhalls, Widmer 2005 : 76).

En guise d'illustration de ces propos, voici une observation empirique des attitudes parentales de 12 parents « handicapés mentaux » et leurs 12 enfants nommés « non handicapés », lors d'un séjour de vacances familiales qui faisait suite à une formation destinée à des travailleurs sociaux dont l'objectif était d'échanger et de réfléchir entre professionnels sur « le vécu de la personne handicapée ».

Catherine Zickler⁵⁴, l'auteure de l'article qui retrace cette observation dévoile « la pauvreté, voire absence d'échanges entre les parents et les enfants ; une attitude fruste des parents (paroles et gestes secs, absence d'explications dans toutes les situations ; pas de lois et de limites données aux enfants notamment (recours à la fessée, aux cris ou aux hurlements) ; peu ou pas de stimulations à l'éveil des enfants ; pas d'anticipation des besoins du bébé (faim, soif, sommeil), pas de décodage des messages des enfants (pleurs, cris, colère, mal-être) ; une notion de danger pratiquement inexistante » (1999 : 131).

On assiste là à une dénonciation de l'autoritarisme. Le manque d'autorité et les excès de violence ou de laxisme sont à la fois reprochés. Au niveau des relations de couple, les observations mettent en valeur : « Le handicap de l'un ou des deux membres du couple accentue les difficultés conjugales : problème de verbalisation empêchant une réelle communication. La mission, le rôle, la place de l'homme/père et de la femme/mère sont peu définis » (p. 132).

Dans l'article, ces observations sont vite transformées en prescriptions individuelles qui se contredisent et les projets de réponses aux « difficultés et dysharmonies » repérées chez les enfants, annoncent indispensable une « prise en charge précoce des enfants » : « Orientation en crèche ou vers une nourrice « comblante » le plus tôt possible ; Orientation mère/enfant vers le secteur psychiatrique ; Suivi psychologique, suivi PMI ; Soutien scolaire dès l'entrée en classe préparatoire ; Soutien parental dans les actions de soutien du CAT (action d'éducation directe pour les parents) ; Création d'ateliers parentaux destinés à

⁵⁴ Catherine Zickler est psychomotricienne, conseillère conjugale et formatrice au Carrefour d'Initiative et de réflexion autour de la Maternité, l'enfance, la vie affective et sexuelle (CIRM) de la ville de L.

améliorer l'apprentissage du « métier de parents » (p. 133).

Dans ce qui est nommé comme « une action de terrain », ce séjour était organisé pour « accompagner au mieux les familles et agir de façon préventive sur les troubles des enfants ». Les buts poursuivis étaient les suivants : « Observation sur le terrain des relations familiales, repérage des besoins de chacun, meilleure connaissance des problématiques, évaluation des difficultés des enfants ; développement des méthodes de prévention concernant les parents : information, conseil d'hygiène, de soins ; concernant les enfants : évaluation du développement global au niveau psychomoteur, scolaire, relationnel et social ; accompagnement durant les actes de la vie quotidienne et les temps de loisirs ; observation du développement psychomoteur les plus jeunes aux cours des activités corporelles et des capacités d'éveil lors des jeux éducatifs » (p. 130).

Encadrés, observés et évalués par une équipe constituée de cinq personnes volontaires (une psychologue clinicienne ; un attaché de direction, éducateur spécialisé ; une psychomotricienne, conseillère conjugale et familiale, formatrice ; une assistante sociale ; une éducatrice), on imagine les « belles vacances » qu'ont du passer les personnes, parents et enfants, engagées dans ce dispositif !

Il s'agissait de 7 familles, soit 12 « adultes handicapés » travaillant en CAT ou en atelier protégé, de douze enfants non handicapés, âgés de 6 mois à 10 ans et demi.

L'auteure écrit ensuite : « Les observations portent sur 7 familles et 12 enfants, on peut supposer que les enfants n'ayant pas participé sont aussi porteurs de carences et de désordres psychologiques, et que la dynamique familiale est identique » mais aussi « A la suite de cette formation et de ce séjour, nous pouvons conclure sur un constat assez négatif. Je pense qu'il faut vite mettre en place différents types d'accompagnement, non pas pour prendre la place des parents mais pour permettre aux enfants d'avoir un cursus normal, d'éviter de les mener dans un monde de structures institutionnelles. Dans cette expérience, nous avons mis en place des actions pour éviter que les enfants ne se structurent dans le retard permanent, ou dans des conditions douloureuses. Nous avons pu le faire parce qu'il y avait un travail de collaboration, de rencontre avec le ou les parents. Des ateliers parentaux ont été mis en place. Ils proposent de montrer les gestes à donner, les gestes du soin, repérer ce qui se passe quand le bébé crie, pleure [...] ».

Il est intéressant de constater le poids donné aux capacités pratiques des parents au détriment des capacités sociales, émotionnelles et cognitives, « tout en décidant ce qui est bon pour eux ». Face à ce réquisitoire pessimiste et restrictif, on demande aux mères

« handicapées mentales » de ressembler à toutes les autres (les mères « ordinaires »), qui elles sont différentes. Et on peut se demander dans quelle mesure les discours normatifs favorisent les habiletés parentales et le développement le plus « adéquat » de l'enfant. Garcia explique que la réception des normes n'est pas homogène, et bien que les femmes issues de classes populaires, soient plus souvent captives des agents du contrôle symbolique que d'autres, les femmes des classes supérieures sont davantage portées à reconnaître le bien-fondé des discours normatifs et savants sur les bonnes et les mauvaises pratiques maternelles (2004).

On le comprend au travers de cette illustration, toutes ces prescriptions contradictoires sont instituées par des experts en parentalité (le plus souvent des expertes) qui démontrent que les familles sont pathogènes et « à problèmes ».

Peu de chiffres à disposition et un vide théorique

On ne dispose pas en France d'étude sociologique « en situations » sur l'expérience de maternité, de paternité ou les relations conjugales et familiales (relation à l'enfant, entre frères et sœurs, parenté et réseaux de sociabilité et modèles familiaux) dans le champ du handicap (parents en situation de handicap) qu'il soit sensoriel, psychique, moteur ou mental.

Une estimation de l'Union Nationale des Parents de l'Enfance inadaptée (UNAPEI) a proposé en 1995, le chiffre de 13 000 enfants nés de parents avec une déficience intellectuelle. Un manque concernant cette réalité sociale subsiste dans les études épidémiologiques en France. Des études effectuées au sein des diverses associations sont peu coordonnées. Néanmoins, selon des sources provenant de l'UNAPEI, de nombreux établissements aujourd'hui ont près de 20 % de leur effectif constitué d'enfants dont les parents ont fréquenté l'institution ou travaillent dans un centre de la même institution (Gruson 2002 : 36).

Devant le vide théorique constaté précédemment, les études, québécoises notamment et du champ psychologique, deviennent des références dans notre pays : ce sont les pratiques d'intervention qui demeurent au cœur des problématiques abordées (Couture, Lachapelle, Voyer et Dufort 2003), les savoir-faire en quelque sorte. L'on y favorise la promotion des habiletés parentales, et maternelles le plus souvent.

Mais il est important de constater que très souvent en France, les procédures d'évaluation des situations observées sont souvent élaborées à partir du jugement clinique seulement. Les critères utilisés sont vagues, ce qui rend encore très difficile l'évaluation des habiletés parentales. Par ailleurs, beaucoup de stéréotypes négatifs subsistent encore sur la capacité des personnes avec une déficience intellectuelle à exercer leur rôle parental et de nombreux préjugés déterminent que les difficultés parentales sont causées seulement par les

limites intellectuelles, le test du QI étant la seule référence. Or ce dernier ne mesure pas les habiletés parentales mais nous indique comment la personne peut apprendre. Je précise qu'en ce qui concerne les habiletés parentales, les auteurs de référence identifient plus particulièrement les soins physiques, la gestion du comportement, les soins médicaux, la sécurité et la réponse aux urgences, les réponses affectives aux besoins de l'enfant.

La majorité des études de référence portent sur une population qui manifeste déjà des difficultés et dont les enfants sont suivis par des organismes de protection de l'enfance. Il apparaît ainsi difficile de porter un jugement sur les capacités parentales, en l'occurrence surtout maternelles, car l'on peut faire l'hypothèse que les mères concernées par ces recherches vivent la plupart du temps, des situations qui exercent de fortes pressions sur leurs compétences de mères et plus que tout, la peur de se voir retirer la garde des enfants. La psycho-sociologue Chantal Lavigne relate l'expérience de parents d'enfants sourds : « Dans ce contexte, les parents sont donc situés principalement comme objets d'observation et d'intervention professionnelles, cela pour leur bien et celui de l'enfant. Ils ne sont pas présentés comme ayant un savoir faire, une expérience communicationnelle avec leur enfant dont ils pourraient faire bénéficier les professionnels. La figure du *parent inexpérimenté*, dans l'incapacité et l'ignorance, n'ayant rien à donner, mais tout à recevoir (apprenant tout des professionnels, mais n'ayant rien à leur apprendre) n'est pas sans rappeler la figure traditionnelle du bon malade, du bon assisté » (2007 : 82).

Conclusion de la deuxième partie

L'état de l'art permet de comprendre que l'incompétence maternelle, supposée tenir au handicap, renvoie à la difficulté à être mère « tout court ». Il permet de comprendre aussi que les expériences sociales mettent constamment les mères étiquetées « handicapées mentales » aux prises avec des risques de renforcement des stéréotypes. L'intention de la partie suivante est en premier lieu d'étudier les effets du décalage entre la maternité idéalisée et l'expérience de maternité vécue au quotidien. En second lieu, d'étudier les effets du décalage entre les représentations de mère compétente et celles de mère incompétente qui sont renvoyées à ces mères par les professionnels de l'intervention sociale. Le travail de terrain m'a permis d'interroger la production des normes éducatives apportées par des « experts en parentalité » et leur réception.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS ET PERSPECTIVES

Le cœur de mon travail de doctorat est organisé autour d'une série de 10 portraits élaborés à partir des entretiens avec les mères et quelques uns de leurs conjoints. Les femmes et hommes enquêtés y apparaissent à des niveaux d'intimité et de rencontres de recherche différents.

Anna a voulu apporter un message dans son entretien : « *Je veux montrer que toutes les femmes avec du retard s'en sortent, même si c'est difficile, ce serait bien que tu en fasses un livre, pour le dire* ». Cassandra, Sandra et Christiane sont les trois femmes qui ont le plus largement mis leur vie à découvert : elles ont présenté toutes trois un désir et une capacité de communiquer, sans détours et ont accepté de me rencontrer à plusieurs reprises à leur domicile ou dans une institution de référence. Thérèse, que je n'ai rencontrée qu'une seule fois, a participé à ce que la recherche prenne un tournant décisif dans la réflexion qui a suivi son témoignage de vie, empreint de violence conjugale. Jeanne a décrit des épisodes dramatiques de son histoire passée (violence paternelle et placements institutionnels) et exposé ses craintes de la vie en couple. Marie, qui est toujours restée sur la défensive, a néanmoins pris le risque de s'exposer en avouant ses peurs « *d'enlèvement d'enfant* » par les institutions sociales. Denise, mère de six enfants, a présenté son histoire singulière avec une réelle envie de dénoncer le discrédit dont elle a été l'objet. Denis, Didier et Eric ont tous trois présenté des fragments de leur vie passée, même s'ils ont émis des réticences face à ma demande d'entretiens prolongés et répétés. Durant toutes ces rencontres, j'ai été marquée par la lucidité de leurs propos avec laquelle elles et ils donnent sens à leur existence, leur histoire passée et présente au cœur des institutions sociales. Je déconstruisais néanmoins ces propos afin de revenir vers elles et eux, avec à chaque fois de nouvelles questions à poser. Les entretiens à domicile ou dans des institutions, ont permis de faire parler les ruptures biographiques, les anicroches dans les carrières des femmes et des hommes concernés.

Les entretiens m'ont permis de réaliser des portraits qui comportent selon Lahire (1995) deux exigences fondamentales : « d'une part, reposant sur des "données" et soucieux de la critique des contextes de leur production, il est la peinture, à la différence du discours littéraire, d'un modèle particulier existant dans la réalité, et, d'autre part, il doit faire clairement apparaître la manière spécifique du peintre, le point de vue à partir duquel il observe et explicite le monde » (1995 : 15).

Ces portraits vont être présentés en détail dans le chapitre 6. Ils seront suivis dans le chapitre 7 d'une synthèse raisonnée dont l'objectif est de mettre en valeur les récurrences mais aussi les singularités de l'expérience de la maternité des mères étiquetées « handicapées mentales ».

CHAPITRE 6 - PORTRAITS DE ONZE ENQUÊTÉS

Onze personnes constituent le corpus des personnes enquêtées. Parmi ces onze personnes, cinq mères et une future mère (portraits 1, 2, 3, 5, 6 et 7) vivent ou ont vécu avec des hommes que Goffman qualifierait de « normaux » (Goffman 2001 [1975] : 129). Une mère et une future mère ont des compagnons désignés « handicapés mentaux » (portraits 4 et 8). Deux pères ne sont pas considérés comme handicapés et ont vécu des situations sociales qu'ils jugent stigmatisantes ou déqualifiantes (portraits 3 et 9). Un futur père travaille en ESAT, il livre son envie d'être père, son désir de retour à une vie « normale » et dévoile son passé d'enfant maltraité (portrait 10).

Ce corpus qualitatif de petite taille ne vise pas et ne peut prétendre à être représentatif de l'ensemble des configurations familiales.

Les huit femmes, mères ou futures mères, dont je propose les portraits dans ce chapitre, ont en commun plusieurs caractéristiques. Elles ont toutes un parcours de vie institutionnel : elles ont été placées et/ou accompagnées parfois dès leur plus jeune âge, en institutions de protection de l'enfance et/ou du « handicap mental ». Elles ont été confrontées à des situations de violence familiale, à des degrés divers, dans leur enfance et/ou au sein de leur couple conjugal.

Dans l'incertitude permanente, elles vivent dans un état de tension perceptible dû au « contrôle de l'information » (Goffman 2001 [1975]). Leur maternité est objet d'interactions sociales et d'adaptations à ces interactions pour ne pas perdre la garde de leurs enfants. Sommées de rendre des comptes à des professionnels et parfois aux membres de leur famille, les manières dont elles se racontent portent la trace d'une forte asymétrie. Loin de rapports négociés, leurs expériences sociales sont constamment aux prises avec des risques de catégorisation et de renforcement des stéréotypes.

Ces portraits montrent que les personnes appelées « handicapées mentales » ne peuvent être réduites à une identité sociale de personnes déviantes ou de personnes marginales. Leur « être-au-monde » est singulier. Ma démarche est de montrer que les trajectoires des individus étiquetés « handicapés mentaux » ne sont pas linéaires, et que malgré un contexte et des discours globalisants bien ordonnancés (ceux des institutions sociales et des professionnels attachés à ces institutions), où tout est pensé « pour l'autre », ils sont confrontés à l'incertain. Ils sont livrés à eux-mêmes et à leur propre capacité de décision, sous couvert d'autodétermination (leur capacité à faire des choix). Il est utile de comprendre qu'autant que pour les personnes « normales », chaque point de leur trajectoire individuelle a

pu être « le moment d'une crise, d'une négociation, d'un doute, d'une hésitation entre plusieurs possibilités, d'une résistance ou d'une contrainte » (Lahire 2002 : 30).

Ces portraits se veulent des « portraits sociologiques de personnes aux histoires singulières » (Lahire 2002 : 5). Dans ce travail de construction, j'ai tenté de mettre en forme sociologiquement des matériaux issus de l'observation de leurs réalités sociales. Mais tous les portraits sont liés : ils ont été écrits successivement durant une période assez longue afin que chacun serve à l'écriture de l'autre, avec des orientations interprétatives identiques. Par ailleurs pour les étayer, je me suis accordé la possibilité de croiser des informations provenant des professionnels et des membres des familles rencontrés.

Les portraits précisent dans quels contextes se sont faites les rencontres de recherche. Ils retracent les parcours de formation et d'emploi. Ils font un point sur les familles d'origine. Ils donnent à entendre le discours des femmes et des hommes sur leur parcours de vie, sur l'expérience de la maternité, sur la vie de famille, sur la vie de couple, sur le-la conjoint-e et sur le rapport au travail social. Ils permettent de préciser le concept d'identité personnelle élaboré par Goffman, qui dit ceci : « Pour moi quand je parle "d'identité personnelle", je n'ai en vue que les deux premières notions : les signes patents ou porte-identité, et la combinaison unique de faits biographiques qui finit par s'attacher à l'individu à l'aide précisément des supports de son identité. La notion d'identité personnelle est donc liée à l'hypothèse que chaque individu se laisse différencier de tous les autres, et que, autour de ces éléments de différenciation, c'est un enregistrement unique et ininterrompu de faits sociaux qui vient s'attacher, s'entortiller, comme de la " barbe à papa ", comme une substance poisseuse à laquelle se collent sans cesse de nouveaux détails biographiques » (2001 [1975] : 74).

Comme le dit Lahire (2002 : 5), le lecteur pourra établir des analogies entre les portraits, puiser des éléments d'analyse des personnes de sa constellation familiale ou professionnelle. L'intime et le singulier, ici présentés, donnent à voir les interactions sociales et l'expérience du monde dans lesquelles ces personnes sont plongées. Et en cela je partage l'idée de cet auteur selon laquelle « La sociologie, telle que je la vois et l'imagine, peut aider à progresser dans la connaissance de soi et des autres » (2002 : 6).

6-1 Portraits sociologiques

Chaque portrait résulte de deux à vingt heures d'entretiens (enregistrés et non enregistrés). Anna (portrait 1) est la seule enquêtée dont j'ai pu consulter le dossier institutionnel. En fin de chaque portrait, j'ai procédé à un récapitulatif des points essentiels

pour les reprendre ensuite dans une analyse plus globale. Les portraits ont été classés en fonction de leur rapport à l'expérience de la maternité. Les portraits 1, 2 et 3 présentent les familles avec un ou plusieurs enfants. Les portraits 4 et 5 présentent des femmes enceintes de leur premier enfant. Les portraits 6, 7 et 8 présentent des mères dont les enfants ont été placés en institutions sociales sous décision administrative ou judiciaire. Les portraits 9 et 10 présentent un père et un futur père.

Portrait 1 : Anna. Mère de deux enfants

Rencontres avec Anna

Anna est âgée de 43 ans. Je la rencontre à plusieurs reprises dans l'ESAT de S. en 2005 où elle travaille depuis 2003. Auparavant, elle travaillait à l'ESAT de F. Un entretien avec Anna est enregistré et j'ai pu accéder à son dossier institutionnel. Elle m'est présentée comme « *déficiente intellectuelle moyenne* » et « *très très limitée* » par une éducatrice spécialisée, et les derniers rapports du psychiatre de la structure qui l'accueillait en 2000, et d'un psychologue, en 2003, la situent dans une « *déficience légère* »⁵⁵. Un bilan psychologique décrit en 2003 : « Une personne qui a un vocabulaire adapté et un langage parfaitement compréhensible ». Elle m'est aussi présentée par la responsable de service de l'ESAT de S. comme une personne « *assidue et régulière dans son travail* » mais avec un « *gros manque de confiance en elle, qui fait qu'elle ne prend aucune responsabilité* ». En 2003, un psychologue de l'ESAT de F. écrit : « Elle essaie de bien faire et est avide de tous les conseils qu'on peut lui donner et a besoin d'être rassurée sur la « *normalité* » qu'elle peut vivre au quotidien [...] et il lui est très douloureux d'être comparée ou perçue comme une personne présentant un déficit mental ».

Anna donne d'elle-même une image négative. Il y a « elle » et « son handicap ». Selon elle, ce dernier explique les difficultés vécues au quotidien, même si ce handicap, qu'elle désigne comme « *un retard pas grave* » est minimisé, voire banalisé. Elle quitte l'école à 14 ans, après quoi elle reste 7 ans chez ses parents « un milieu familial super protecteur, où elle disposait de peu de liberté dans sa vie familiale » (source : dossier ESAT de F., rapport de synthèse d'une éducatrice spécialisée).

Elle est décrite comme « *vulnérable* » dans un écrit de mars 1983. Elle perçoit

⁵⁵ Les extraits de dossiers sont écrits entre guillemets.

l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), demandée en mai 1982 par ses parents. Dans son dossier COTOREP⁵⁶, en vue de l'obtention de l'AAH il est écrit : « Anna reste chez ses parents depuis la fin de sa scolarité, elle aide sa mère à la cuisine et au ménage. Le père refuse qu'elle fasse partie d'activités manuelles à l'extérieur, car non rémunérées, et n'aime pas que sa fille sorte seule. Le père aimerait qu'elle fasse un travail salarié. Anna aimerait travailler, ce qui lui permettrait d'avoir une certaine autonomie ». Un rapport de psychologue, en 1982, indique que Anna est « limitée intellectuellement et ne peut accéder à une autonomie socio-économique ».

Un élément du dossier, en 1993, nous dit qu'Anna « n'a pas les notions des prix ». Anna ne fait pas l'objet de mesure de protection juridique, tutelle ou curatelle. A l'heure actuelle, son compagnon gère le budget familial.

Sa famille et son travail de mère

Anna vit avec Michel dans la ville de S. depuis environ 1988. Ils ne sont pas mariés et habitent dans une maison individuelle. Michel exerce le métier de routier, en contrat CDI, et travaille à temps complet. Elle a un frère aîné qu'elle ne rencontre plus, en raison de mésententes. Ses parents habitent une courée d'une commune voisine. Anna a connu des périodes de séparations conflictuelles et de retrouvailles avec eux depuis la rencontre de son compagnon. Anna et Michel ont deux enfants : Carine et Jean, nés respectivement en 1993 et en 1996. En 1993, Anna est décrite comme « très anxieuse par rapport à sa grossesse et en difficultés pour parler de ses inquiétudes au médecin de l'ESAT de F. » (source : dossier ESAT de F., rapport de synthèse, écrit d'une psychologue). Très peu de données au sujet des grossesses sont présentes dans les dossiers ESAT. Cela donne à penser que la grossesse n'est pas prise en compte dans la carrière d'une « travailleuse »⁵⁷ en ESAT. La seule trace que j'ai pu retrouver à ce sujet est la demande d'une éducatrice spécialisée de l'ESAT de F., en 1993,

⁵⁶ La Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (ou COTOREP) est une ancienne institution française. Créée en 1975 (Loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975), la COTOREP gérait les problèmes liés au handicap et notamment à la réinsertion professionnelle des personnes handicapées. Elle était présente dans chaque département et dépendait du ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.

Avec la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la COTOREP disparaît.

⁵⁷ Les personnes qui travaillent en ESAT sont appelés des « travailleurs » et des « travailleuses ».

adressée à un centre hospitalier de la région pour accueillir Anna dans leur service maternité, en vue d'un stage d'observation et d'apprentissage : « Pouvez-vous accueillir une jeune fille, afin qu'elle y observe les nouveaux nés, qu'elle apprenne la façon de langer, laver et alimenter un bébé ? ».

Les deux enfants d'Anna sont scolarisés et présentent des difficultés d'apprentissage en lecture et écriture. Anna déplore le fait qu'elle ne puisse suivre les devoirs des enfants, car elle n'est pas « *allée à l'école longtemps* ». Sa fille de douze ans lui dit : « *Tu ne sais rien !* », ce à quoi Anna répond avec colère : « *Je sais faire plein d'autres choses* ». A la demande de son compagnon, Anna suit des cours de remise à niveau scolaire (en français et mathématiques), dans un centre de formation pour adultes, ce qui l'angoisse fortement et elle envisage de les arrêter. Selon la responsable de service de l'ESAT de S., Carine, l'aînée des enfants a de « *gros problèmes relationnels avec sa mère* » et Jean « *de gros problèmes de comportement* ». Carine bénéficie d'un suivi psychologique.

Anna est dite « *dépassée* » par la situation par la responsable de service de l'ESAT de S. Sur le plan des relations de couple, en 1993, elle est décrite comme : « Une personne subissant parfois les situations » ; en 1998, « Soumise à son mari » ; en 2003, comme : (souligné dans le texte) « Une personne soumise et dépendante » (Source : dossier, rapports de synthèse ESAT de F. d'une éducatrice spécialisée). C'est la belle-mère d'Anna qui assume la plupart des situations administratives ou relatives à l'éducation des enfants. Lors d'un entretien, Anna dit que ses enfants sont très souvent chez leur grand-mère, à son grand désarroi : « *Je ne les vois presque jamais, surtout ma fille qui vit chez elle, tout le temps* ».

Dans un écrit de 2003, il est noté : « La belle-mère qui a longtemps gardé les enfants accepte mal Anna, qu'elle ne cesse de dévaloriser [...] elle aurait une relation fusionnelle avec Carine, l'aînée de la famille ». Selon Anna, sa belle-mère ne cesse de dénoncer son incapacité parentale auprès de son fils, conjoint d'Anna. La grand-mère prend en garde les enfants lors des vacances, les jours de semaine, au point que Carine, l'aînée, semble habiter à demeure chez elle. Anna ressent bien cette confusion des places, des rôles et des fonctions, ce qui lui fait dire : « *Ils se mettent contre moi avec ma propre fille* » et « *je suis dépassée par tout cela* ». Cette discréditation va de pair avec la surprotection des enfants de la part de la grand-mère : plus elle surprotège les enfants, plus l'incompétence prend forme aux yeux de tous les membres de la famille. Anna se sent exclue de sa propre famille. En fin d'entretien, magnétophone éteint, elle complète : « *Ils préfèrent me garder quand même, parce que je fais bien le ménage, on pourrait m'appeler Cosette* ».

Son travail et son accès à un suivi social : un isolement contraint

Anna a travaillé dans plusieurs ESAT, en 2005, elle est repasseuse. En 1998, il est noté dans son dossier : « Anna a besoin d'avoir quelqu'un derrière elle, tout le temps ; elle n'ose pas demander si elle n'a pas compris et elle n'a pas d'autonomie ». Selon les dossiers, Anna s'est, au fil du temps, retrouvée isolée socialement, bien qu'en 1993 on la présente ainsi : « Souriante, de bon contact et aimable avec tout le monde ». Elle a peu d'amis au sein de l'ESAT de F et dans l'ESAT de S. Elle déclare en 2003 à une éducatrice qui l'interrogeait sur la question : « *Je n'aime pas me mêler aux autres, je ne suis pas comme eux, je ne veux pas avoir d'histoires* ». Elle m'explique que des connaissances mal intentionnées, qu'elles pensaient être des amis, lui ont volé une poussette et allaient jusqu'à se servir dans son frigidaire. De ce fait, elle préfère « *ne plus voir personne* ». Par ailleurs, son compagnon refuse tout contact avec les travailleurs sociaux et est à l'origine de conflits avec ces derniers.

La responsable de service de l'ESAT de S. écrit en 2005 : « Il ne veut pas travailler avec les services sociaux, ni même avec les services de l'ESAT. Il voit « rouge » quand il en voit débarquer chez lui ». Déjà 12 ans plus tôt, un courrier d'un service d'accompagnement et de soutien à l'habitat du réseau associatif de l'ESAT de F. indique ceci : « Il a été décidé que le service n'accompagnerait plus Madame C. [Anna]. Bien qu'elle soit demandeuse, il ne nous est plus possible de rencontrer Anna, vu le refus de son concubin d'être aidé par le service ».

Entre résignation, stratégies d'adaptation et d'évitement

Au cours des entretiens, un état de résignation à l'égard de sa situation qu'elle nomme « *difficile* » apparaît de manière très nette. « *Etre une maman c'est difficile, une maman s'occupe de tout. [...] c'est difficile, il y a beaucoup de choses à gérer ! Les enfants, les courses...* ». A un premier niveau de lecture, tout sentiment, y compris la plainte, semble indicible : « *C'est comme ça, je n'y peux rien* ». Le fatalisme caractérise son discours ; fatalisme qui empêche toute protestation, toute autodétermination et expression d'un désir d'indépendance. Le discours est énoncé comme si elle avait intégré la fatalité de la répétition des difficultés et de cet état de résignation. Un sentiment d'impuissance mêlé à de la dénégation ponctue nos échanges : « *Etre mère c'est trop difficile, mais ça va aller [...] Être une maman avec du retard, ce n'est pas comme les autres, mais ça n'est pas grave. Il faut que je m'organise de toute façon [...] même si j'ai un peu de retard, ce n'est pas grave* ». Le conjoint d'Anna lui répète souvent (Anna me raconte) : « *Tu dois te débrouiller, tu es une*

femme [...] tu dois faire comme si tu n'avais pas de problèmes, si tu montres que tu en as, tu es foutue ! ».

Les incapacités liées à la déficience intellectuelle ne sont pas prises en compte par son entourage familial et social. Lorsque la situation de handicap est rendue plus flagrante, Anna est amenée à vivre des situations sociales difficiles à supporter. Elle retrace un épisode dans un grand magasin où elle a dû remettre seule en rayon les marchandises en « trop », sous l'œil des clients et de la caissière. Cet incident qui peut arriver à chacun l'a beaucoup marquée et la honte ressentie ce jour-là a renforcé le sentiment d'incompétence dont elle pense être aussi l'objet au sein de sa famille. Pour faire face à ces disqualifications, Anna a développé quelques stratégies d'adaptation. Elle relate, par exemple, l'abandon de l'allaitement de son premier enfant : « *J'ai donné des biberons parce que la première fois, je n'y arrivais pas... ma belle-mère était derrière moi et regardait et rouspétait derrière moi et, moi, je n'osais rien dire parce que...* ». Cet épisode est intéressant à plus d'un titre. On y perçoit les rapports de force établis entre la belle-mère et Anna au sujet de cet allaitement, le père étant exclu de cet épisode. Son attitude pourrait être qualifiée de soumise et de passive ; toutefois, elle peut être vue aussi comme moyen de contrôler la situation et adaptation au stress en vue de garder la liberté d'agir.

La situation de handicap rencontrée par Anna, l'a conduite à côtoyer de manière très régulière des professionnels de soins et de santé et des professionnels de diverses institutions sociales ; ces interventions ont participé à la méfiance, au repli sur soi et à l'isolement qu'évoque Anna dans son entretien. Deux niveaux de résistance à l'égard des professionnels et à l'égard de l'intervention sociale se conjuguent. Elle dit d'une assistante sociale : « *Elle montait à l'étage et puis elle regardait partout... Pourtant c'était propre, elle regardait dans les chambres (rire gêné)* » [...] *et après, lorsqu'elle « sonnait et on n'ouvrait pas la porte ! (rires) On était caché, on n'ouvrait pas... J'ai horreur qu'on soit curieuse comme ça ! ».* La résistance se manifeste à l'égard de tout représentant d'une institution sociale ou médicale qui fait autorité et pénètre à domicile sans y être invité. Ne pas ouvrir la porte reste la solution trouvée par Anna et son conjoint, pour préserver sa vie privée, son autonomie, sa tranquillité et tenir à distance les évaluations des professionnels.

Points forts – Anna

L'étude de la situation d'Anna fait apparaître les points suivants :

- Anna est positionnée en situation de vulnérabilité et de dépendance dans une relation asymétrique avec les professionnelles et des membres de sa sphère familiale. Ceux-ci font

figure d'experts face à la profane disqualifiée.

- Anna adapte ses pratiques maternelles en interaction avec d'autres interlocuteurs (les professionnels du travail social, ses collègues professionnels au sein de l'ESAT et les différents membres de sa famille, en particulier son conjoint) : son conjoint lui fait comprendre que sa différence notoire est sans importance et indigne d'attention. Il lui demande de la dépasser. Selon Goffman, l'une des principales éventualités dans la situation de coopération de l'individu stigmatisé avec les normaux, qu'il appelle « faux semblant », peut « marquer l'existence des personnes » (2001 [1975] : 57). Anna est profondément marquée par la manipulation de l'information qui lui est demandée, au sujet de sa déficience (« l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et dans chaque cas, à qui, comment, où et quand » (Goffman 2001 [1975] : 57). Goffman explique ensuite : « Dès lors donc, que l'individu stigmatisé s'aperçoit que les normaux qui l'entourent ont de la peine à oublier son imperfection, il est de son devoir de s'appliquer avec persévérance à réduire la tension, en eux et au sein de la situation » (p. 138) mais aussi : « Ainsi, au moment même où l'on affirme à l'individu stigmatisé qu'il est un être humain comme tous les autres, on l'avertit qu'il serait peu sage de sa part de faire semblant et d'abandonner « son » groupe. Bref, on lui dit qu'il est comme tout le monde et qu'il ne l'est pas [...]. Cette contradiction, cette farce, c'est son sort et son destin » (p. 147). Anna se trouve au centre de ces contradictions qui ne font qu'intensifier son malaise et son mal-être. Elle ne sait pas où se situer.

- En ESAT, les travailleurs sociaux consignent peu de données sur l'expérience de maternité des mères désignées « handicapées mentales » dans les dossiers institutionnels.
- Les parents d'Anna ont influencé son orientation professionnelle dans la filière « handicap » sous la construction du dossier COTOREP et la demande d'AAH.
- Son conjoint et sa belle-mère influencent son éducation et l'éducation de ses enfants.
- La belle-mère surprotège les enfants d'Anna et la discrédite.
- Les intervenants sociaux se soumettent à l'autorité exercée par le conjoint d'Anna. Ils ne la protègent pas des possibles effets délétères du manque de coopération du mari avec les services sociaux. Les travailleurs sociaux se résignent face à la domination exercée par le conjoint, à l'égard d'Anna et d'eux-mêmes.
- Anna est maintenue dans des relations asymétriques et un avenir incertain. L'étiquetage de « femme handicapée » et de « personne qui manque de confiance en elle » limite ses possibilités de négociation. Cette identification devient l'aspect le plus important d'Anna qui

a de la difficulté à se montrer sous le jour de « femme » et de « mère ». Le rôle de mère est « *difficile* » pour Anna. S'organiser et cacher ses difficultés sont pour Anna, des conditions pour assumer son rôle de mère.

- Anna intériorise le stigmate du handicap et se résigne face à la dévalorisation permanente induite par ses proches et les travailleurs sociaux.
- Anna s'isole progressivement et se méfie de toute personne extérieure à sa sphère familiale, en raison de sa vulnérabilité sociale. Elle se renferme sur elle. Les professionnels ne font que constater ce renfermement.
- Aidée de son mari, Anna résiste à l'intrusion professionnelle dans son domicile.

Portrait 2 : Cassandra. Mère d'un enfant

Rencontres avec Cassandra

Cassandra, 31 ans m'est présentée comme « déficiente intellectuelle légère » par une éducatrice spécialisée d'un service de soutien à la parentalité de la région du nord. Elle vit avec Didier depuis 7 ans, au moment des entretiens. Ils se sont rencontrés alors qu'ils préparaient tous deux un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) dans un lycée de Lille. Cassandra préparait un CAP « hôtellerie » qu'elle n'a pas obtenu. Aucun détail de leur rencontre ne m'a été rapporté lors de nos entretiens.

J'ai mené huit entretiens à leur domicile sur un rythme d'environ un toutes les trois semaines, de juin 2009 à novembre 2009. Cassandra inscrit chaque rendez-vous sur un calendrier. Lorsque Didier est présent, elle écrit en suivant les consignes de Didier, ce qui provoque souvent des frictions entre eux deux⁵⁸. Lorsque Didier est absent, elle écrit seule sur le calendrier sans que je sois obligée de la guider. Lors de la présence de Didier (deux rencontres), Cassandra s'exprime peu. Elle demande elle-même l'arrêt des entretiens. J'explique cette décision parce que son compagnon juge qu'elle « parle trop ». Cassandra acquiesce.

Laurence âgée d'environ 30 ans, est une éducatrice spécialisée d'un service de soutien à la parentalité en qui Cassandra a grande confiance. Dans ce contexte, Laurence intervient au domicile de Cassandra et de Didier une fois par semaine, puis a espacé ses visites d'une quinzaine de jours à la demande de Cassandra en novembre 2009. Je rencontre Cassandra et

⁵⁸ Parce que Cassandra écrit mal, ou trop grand, ou hors des lignes du calendrier.

Didier pour la première fois en étant accompagnée de Laurence, qui m'a donné rendez-vous au service de soutien à la parentalité. Laurence tient fermement à ce que je monte avec elle dans la voiture de fonction du service pour nous rendre au domicile du couple.

Des conditions de logement peu adaptées à un couple avec un enfant

Le domicile de Cassandra et de Didier est une petite maison de courée typique de la région du nord. Le loyer est de 520 Euros. La courée est réhabilitée, quatre maisons sont alignées sur la droite. Deux des voisins proches de leur domicile sont bénéficiaires de l'AAH et sont sous curatelle. Cassandra et Didier sont en attente d'un nouveau logement social plus grand, dans un nouveau lotissement de la ville d'A. Sur la gauche de la courée, sont disposées des dépendances dans lesquelles sont entreposés des cartons et du matériel de pêche visibles de la fenêtre. Une mobylette avec une petite remorque est garée le long du mur. Sur la devanture de la maison, un cendrier rose est posé sur une boîte aux lettres démesurée. Un autocollant représentant une cigarette barrée est collé sur la porte. Didier nous ouvre la porte, nous entrons une par une dans la maison ; à gauche de l'entrée un immense aquarium vide, rempli d'accessoires d'aquariophilie, empêche l'ouverture complète de la porte. Une poussette pliée est coincée derrière la porte.

Les entretiens ont tous eu lieu dans la pièce principale, sur les côtés d'une table rectangulaire. Un des côtés de la table est inaccessible parce qu'il est accolé à un meuble bas sur lequel sont posés quantité de bibelots : des assiettes décoratives représentant des chats, un père Noël et des petits personnages divers en faïence. Sur la table, sont disposées des grosses boîtes de tabac, une boîte inoxydable pour rouler les cigarettes, un briquet représentant une femme dénudée. La table est pleine d'objets hétéroclites, d'outils de bricolage, de pêche, de biberons vides, de hochets de bébé et de papiers administratifs. Un demi-mur sépare la pièce principale d'une petite cuisine. Pas un endroit de la pièce n'est vide d'objets. Un meuble hi-fi peu accessible se trouve à droite du meuble bas. Des photos de la naissance du petit garçon sont disposées sur les murs et dans un cadre bleu intitulé « c'est un garçon ! ». Ces photos représentent un homme plus âgé (le père de Cassandra) et Didier, tous les deux portant le bébé dans les bras. Aucun membre de la famille de Didier ne figure sur les photos. Cassandra y est de même peu présente. Lors de mon premier rendez-vous au domicile, des croquettes de chat tombent de la chaise sur laquelle je prends place. Des disques de Johnny Hallyday sont visibles d'où je suis assise. Un pot de miel entamé se trouve dans un petit meuble à papiers. De l'autre côté de la petite pièce est disposé un canapé sur lequel dort un chat. Une petite table de salon sépare le canapé d'un meuble TV. Une grande télévision est allumée en

permanence et en raison de nos rendez-vous fixes, l'émission de TV est animée par Jean-Luc Delarue. En septembre 2009, une émission porte sur le thème : « Quand devenir parents tourne à l'obsession ». A gauche du canapé, est disposé un meuble secrétaire ; un petit carré de journal « la Voix du Nord » est scotché sur la porte du meuble, il représente les naissances du jour, à la date de la naissance de Matthieu. Le prénom et le nom de l'enfant sont surlignés de feutre fluo.

Peu d'éléments sur sa famille

Cassandra et Didier vivent dans la ville d'A. avec leur enfant, Matthieu, âgé de 7 mois au début de nos rencontres. Cassandra a une sœur jumelle qui a deux enfants de 10 et de 3 ans. Elle dit à son sujet : « Elle, elle a un boulot stable dans une école et a tout réussi, elle s'en est mieux sortie que moi ». Ses parents tenaient une agence matrimoniale, mais ont dû démissionner suite à des différends avec une secrétaire qui les a portés aux prud'hommes. La mère de Cassandra est dépressive depuis ces événements. Je n'ai pas d'autres informations au sujet des parents de Cassandra. Cassandra s'exprime peu sur ses parents et sa sœur (hormis les difficultés sentimentales qu'elle a rencontrées mais qui ne feront pas avancer le sujet ici).

Situation professionnelle et financière

Cassandra n'a plus d'activité salariée depuis la naissance de son enfant ; elle a fait le choix de ne pas reprendre son travail en raison de difficultés rencontrées avec son responsable : « *Je n'aime pas, c'est petit, l'ambiance est nulle et il y en a un qui... qui me parlait mal, il dirigeait tout, en plus j'étais enceinte, il y a des moments je pleurais parce que j'étais sur les nerfs, quand je travaillais avec lui, c'était horrible ! C'était un manager...* ». Cassandra a toujours travaillé dans des emplois de maintenance des locaux : son dernier emploi occupé en CDI était dans une enseigne de restauration rapide, emploi obtenu par le biais d'un service d'accompagnement à l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; service qui a aussi été à l'origine de la mesure d'accompagnement de Cassandra par le service de soutien à la parentalité. Auparavant, elle était affectée aux services ménagers d'un hôpital psychiatrique de la ville de A. Si Cassandra ne me dit rien de cette expérience sociale et professionnelle, voilà ce que Didier en dit : « *Chez des fous, ça fait peur, c'est des sacrés morceaux là bas, moi on me l'a proposé, j'ai refusé, je tiens à ma vie !* ».

Elle a ensuite effectué un contrat aidé d'une année, par le biais de la mairie de son domicile, dans une association caritative. Didier rapporte : « Elle triait du linge et le donnait aux malheureux ». Je n'ai pas réussi à obtenir d'autres éléments sur son parcours scolaire et

professionnel ni de récits relatifs à ces expériences professionnelles, comme si ces expériences n'avaient jamais existé pour Cassandra. Elle me dit : « Le passé, c'est le passé ». Cassandra a désormais une reconnaissance MDPH (Maison Départementale Pour le Handicap), suite aux démarches qu'a effectuées sa mère. Selon Didier : « parce qu'elle n'était pas douée, qu'elle ne travaillait pas et n'y arrivait pas dans son CAP hôtellerie ». Avant cette procédure, un dossier COTOREP avait été monté avec l'aide du médecin de famille. Selon Didier : « parce qu'elle travaillait lentement et qu'elle avait des difficultés à travailler ». Cette situation représente une chance pour le couple, et permet à Cassandra d'accéder à des emplois en « milieu protégé » (dans le milieu de l'entreprise). De fait, Cassandra n'a jamais travaillé en ESAT, ce que Didier juge bon de noter.

« C'est pour les gens qui ne sont pas capables de travailler dans une entreprise. Bon ici à A⁵⁹. Il y a de sacrés cas, bon ce n'est pas pour rigoler et ce n'est pas méchant mais quand je les vois en train d'embrasser les poteaux et les carreaux, ça me fait marrer, mais bon, je ne rigole pas du handicap, mais ça me fait marrer... Moi je ne fais pas partie de ce monde là... ».

Cassandra ne bénéficie pas de l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) en raison de l'obtention de son permis de conduire. Ce qui fait dire à Didier, tout en reconnaissant sa situation de handicap : « Ouais, elle est moins handicapée que les autres handicapés ». Mais Didier se demande si avec l'AAH, elle n'aurait pas été « mieux protégée ». Le permis de conduire, représente pour elle un gage de liberté et sa seule réussite après son bébé : il lui permet de faire les courses alimentaires deux à trois fois par semaine et de se charger des relations avec les institutions médicales, le centre d'Action Médico-social Précoce (CAMSP), la Protection Maternelle et Infantile (PMI)⁶⁰ et le kinésithérapeute (2 fois par semaine), seule ou accompagnée de Laurence. Cassandra a de la difficulté à se rendre seule dans les centres de soins précités (CAMSP et PMI). Didier refuse de l'y accompagner. Laurence l'y accompagne à chaque rendez-vous.

Cassandra reçoit les allocations familiales et des indemnités de congé parental ; elle est sous curatelle et ne peut retirer de son compte que quarante euros chaque semaine. Sa mère

⁵⁹ A. est une ville qui accueille un hôpital psychiatrique et des unités décentralisées disséminées dans toute la ville. On peut remarquer la confusion entretenue par Didier entre des personnes qui fréquentent l'hôpital psychiatrique « *les fous* » et les personnes qui présentent un « *handicap mental* ».

⁶⁰ Dans chaque département français, un service de Protection maternelle et Infantile assure, sous l'autorité du conseil général, la prise en charge médico-sociale de la mère et de l'enfant. La Loi du 10 juillet 1989 lui attribue en outre une place importante dans le dispositif de lutte contre les mauvais traitements à enfants. La PMI assure un travail de prévention, notamment au domicile des familles.

lui donne de l'argent toutes les semaines pour l'alimentation du bébé et lui achète les habits et les jouets. En raison de conflits de personnes, des mesures sont en cours pour que son père devienne curateur en remplacement d'une professionnelle qui tient cette mission.

Didier éprouve une colère profonde à l'égard de « La tutelle » comme il la nomme :

« Ces gens là, je me méfie et je ne leur fais pas confiance... La curatelle pique l'argent des pauvres, y'en a une qui s'est fait de belles vacances avec... En plus, elle est toujours malade et n'est jamais là et Cassandra ne connaît jamais l'état de ses comptes ».

Cassandra, une figure discréditée

Lors de ma première rencontre avec le couple accompagnée de Laurence, j'observe les tensions entre maternité désirée et assumée et le processus de discrédit et de reconnaissance dans lequel les acteurs, Cassandra, Didier et Matthieu sont engagés à leur insu. Par exemple, les rôles du compagnon Didier et de l'éducatrice spécialisée m'ont paru être ambigus, dans la mesure où le premier cherchait à renforcer les difficultés de compréhension de sa compagne et discréditait sa présentation et où la seconde flattait le premier. Pour exemple, Laurence se tourne vers moi et dit en posant la main sur le bras de Didier : « Monsieur est passionné de pêche », elle se tourne vers Didier et lui dit : « Vous êtes bien bronzé ! ».

Tout me donne à penser que Didier tient le rôle de « chef » à domicile et que Laurence, tient le rôle de « chef » des opérations. Durant ce premier échange, le seul que j'ai eu en compagnie de Laurence⁶¹ et du couple, des reproches sont adressés à plusieurs reprises à Cassandra, sans que celle-ci ne réagisse : « Elle ne comprend pas tout » (Didier), « Elle a toujours le bébé dans les bras » (Laurence, Didier). Une demande est clairement précisée : « Il faut que bébé apprenne à vivre sans maman » (Laurence). Lorsque Didier discrédite sa compagne, Laurence ne réagit pas alors qu'elle m'a présentée Cassandra comme « le top du panier », lors du trajet en voiture. Lorsque Laurence pose un regard critique sur l'attitude de Cassandra, Didier surenchérit et approuve, tout en flattant Laurence à son tour : « Cassandra aime bien quand vous êtes là ! ».

Dans un jeu d'influences et de complicité entre personnes non-handicapées, Laurence et Didier mènent la conversation. Pour exemple, Matthieu tire les cheveux de sa mère, celle-ci se laisse faire. Didier dit : « Vas-y, tire, tire, tire ! ». Cassandra ne répond pas, le bébé tire encore les cheveux, elle regarde Didier et elle lève les yeux au ciel en soufflant. Didier se met

⁶¹ Laurence a refusé mes demandes d'entretiens individuels en prétextant le manque de temps.

à rire. Laurence ne dit rien et continue d'évoquer les prochains rendez-vous à prendre au CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) et à la PMI (Protection maternelle Infantile). Cassandra dit : « Je ne comprends pas tout ce que vous dites » (en parlant des sigles). Didier surenchérit : « Non, elle ne comprend pas tout ». Laurence ne relève pas ces paroles. Cassandra ne montre aucune réaction.

Ce positionnement contribue à ce qu'un malaise et un embarras s'instaurent chez Cassandra et moi-même, témoins quasi-muets de ces interactions ambivalentes où Cassandra tente d'une manière maladroite et inappropriée dans la conversation d'évoquer son amour pour son enfant. Cassandra me regarde d'un air que je peux qualifier de « gêné ». Je ne sais comment répondre à cette gêne.

« Je t'aime mon bébé ! Un bébé ça change toute une vie, ça bouleverse. C'est vrai que je n'y croyais pas au début, il était là pourtant en chair et en os, mais je n'y croyais pas. Je me suis dit tu vas l'avoir pour toute la vie, mais je n'y croyais pas. Ça me faisait un effet bizarre, je n'arrivais pas à y croire et pourtant je l'avais dans mes bras. Je n'y croyais tellement pas que ce bébé était à moi ».

Dans la voiture, lors du voyage de retour, Laurence me dit que la seule chose qui l'ennuie dans cette famille est le fait que : « *Cassandra* ne laisse pas vivre son enfant ».

« Elle l'a toujours dans les bras, elle ne le laisse jamais seul, il jette tous les objets, vous trouvez ça normal, vous ? Mais il lâche vite les objets et ne les garde pas longtemps, il est hypotonique, mais le principal c'est qu'il ait un bon développement psychomoteur et général [...] bon, Cassandra est bien, c'est une super maman ».

Une grossesse vécue dans une peur familiale partagée

La grossesse de Cassandra a été la raison d'une rupture de trois mois avec ses parents, parce que sa mère lui a dit devant son désir d'enfant : « Tu vas avoir un enfant handicapé ». Selon Cassandra, sa mère a réagi ainsi parce que les médecins lui ont dit à la naissance qu'une de ses filles ne pourrait pas avoir des « enfants normaux » (Cassandra et sa sœur étaient des bébés prématurés). Cassandra a beaucoup souffert et dit avoir été bouleversée par cette nouvelle. Elle explique la peur de sa mère qui s'est beaucoup inquiétée à l'annonce de la grossesse. En désaccord et ne sachant comment exprimer son désir d'enfant à sa mère, Cassandra a alors écrit une lettre « assez salée » à sa mère pour expliquer son « plus grand » désir d'enfant et qu'il ne serait pas handicapé. Je n'ai pas les détails de cette lettre. A une de mes demandes de précision sur le sentiment alors éprouvé, Cassandra dit :

« Je me suis dit pourquoi ils annoncent ça à moi ? On dirait qu'ils ne veulent pas que je sois heureuse, ils ne veulent pas mon bonheur ».

Les relations avec les parents de Cassandra se sont nettement améliorées depuis la naissance de l'enfant, qui passe toutes les fins de semaine du vendredi au lundi chez ses grands-parents. Ceci est une source d'inquiétude⁶² pour les éducatrices spécialisées du service de soutien à la parentalité : « Ils ont la mainmise sur Matthieu » (Laurence).

Cassandra dit que cet enfant a été très désiré : « *On a du attendre un an facile, c'est à cause de la pilule, on la prend des années, des années et le produit reste toujours à l'intérieur* ». Mais encore « *plus désiré* » par Didier selon elle : « Il en a voulu avant moi ». Bien qu'elle se demande parfois si Didier n'a pas voulu cet enfant « pour faire beau », parce qu'il ne s'en occupe que très peu : « *Il devait bien m'aimer avec mon ventre rond et il en voudrait bien un deuxième mais moi, je préfère attendre, mais c'est vrai que le ventre rond, ça m'allait bien* ». Cassandra dit avoir vécu avec Didier cette première grossesse dans la peur d'avoir un enfant handicapé, même si les échographies « étaient normales ».

La sœur de Cassandra a aussi participé à la diffusion de cette peur. Elle disait à Cassandra au téléphone : « Tu vas te faire engueuler, tu vas te faire engueuler et s'il est comme ça, s'il est comme ça... ». Ce à quoi Cassandra rétorque lors de l'entretien : « Au fond de moi, je savais qu'il était normal ».

La naissance et le retour de la maternité : un cauchemar

Cassandra n'est allée qu'à deux ou trois séances de préparation à l'accouchement à la maternité, parce que Didier ne voulait pas s'y rendre avec elle et qu'elle n'en comprenait pas le sens ; elle me dit qu'elle était « *mal à l'aise* » avec les autres mères. Après avoir subi une césarienne, Cassandra dit s'être sentie très seule à la maternité : « Il y a un moment, j'ai eu le baby-blue, c'est comme cela qu'on dit ? On m'a dit que c'était ça... Quand Didier partait le soir, je m'effondrais, quand il partait c'était horrible ! Et j'avais peur de ne rien arriver à faire ».

Le retour au domicile suite à la naissance de Matthieu a été vécu comme une « période difficile », parce que seule, Cassandra se sentait « *débordée* » par les tâches quotidiennes.

« Je me demandais comment j'allais m'en sortir ! J'ai eu très peur, je demandais comment j'allais arriver à m'en occuper tous les jours parce que c'est petit, c'est fragile, j'avais peur de mal faire. J'avais appris à donner un bain à la maternité mais je me suis dit « comment je vais faire ? » parce que si petit ! La tête n'est pas solide du tout, il faut le tenir correctement ».

Le retour de la maternité s'est fait en présence de Didier et de la mère de Cassandra,

⁶² Inquiétude exprimée lors d'une réunion au service de soutien à la parentalité le 13 juillet 2009

qui a vite quitté la maison parce qu'elle voyait Cassandra fatiguée. Cassandra se retrouve alors seule dans son lit avec l'enfant. Le bébé pleure toute la nuit dans ses bras, Didier regarde la télévision seul au rez-de-chaussée. Dans ses souvenirs, le retour à la maison lui a paru cauchemardesque : « Je me disais ça y est c'est un cau-che-mar ! ».

Dans la semaine du retour à son domicile, l'arrivée de Laurence et d'une puéricultrice de PMI est vécue comme une aide précieuse. Elles lui ont appris « beaucoup de choses », alors qu'elle se sentait « affolée » et malgré tout en confiance, parce qu'elle savait que Laurence « n'allait pas répéter ». Sous entendu, Laurence n'allait pas répéter ses difficultés. La puéricultrice passait deux-trois fois dans la semaine pour peser l'enfant. J'ai retrouvé ce trait commun, chez toutes les personnes enquêtées : aucune ne sait que dans le réseau professionnel qui les « enveloppe », on communique sur elles.

La période de l'allaitement (4 mois) a représenté une étape presque insurmontable pour elle, du fait des bouleversements de ses habitudes : « A midi j'étais encore en pyjama ». La situation s'aggrave en raison de son manque de sommeil, la nuit. A la fin de cette période de quatre mois d'allaitement, Matthieu est hospitalisé une semaine et perfusé parce qu'il a perdu beaucoup de poids : « Je n'avais plus de lait » me dit Cassandra. Cette période a été source de stress pour la maman et le passage au biberon lui est expliqué à la maternité : « Ils m'ont montré une fois et m'ont écrit sur un papier pour les doses, après ça a été facile ».

Matthieu, une protection contre le monde extérieur

Selon Cassandra, la naissance de Matthieu est à l'origine d'un réel bouleversement dans sa vie, tant au niveau de son réseau amical qu'au niveau de sa vie de couple et de sa vie sociale. Sa vie est désormais celle d'une mère au foyer, confinée à l'intérieur de celui-ci, comme une sorte d'échappatoire au monde extérieur qui pour elle n'a représenté « que des problèmes » ; même si elle déplore le fait de n'avoir plus beaucoup le temps à se consacrer (comme aller chez le coiffeur et faire les magasins).

L'espace de l'intérieur confiné devient un monde qui la protège des influences extérieures et des « mauvaises fréquentations ». Cassandra raconte à ce sujet :

« Moi j'ai mis longtemps à m'en sortir, à sortir de ce pétrin, des bêtises... j'ai cru que ma mère allait devenir folle, des vols et plein de trucs, je fumais, les garçons, je fumais du joint et ça rend barjo [...] des amis je n'en ai plus beaucoup, ils profitaient de moi, ils me faisaient piquer de l'argent [...] ils ont profité de ma voiture aussi, de moi surtout, comme ils voyaient que je disais oui tout le temps, avant je disais toujours oui, tout le temps, tout le temps, oui [...] parce que j'avais peur de leurs réactions, de ne pas savoir de ce qu'ils allaient me dire [...]. C'était comme si j'étais dans une secte, et que je me laissais entraîner, j'obéissais les yeux fermés, c'était un cauchemar pour moi

et après je me faisais engueuler par ma mère, elle voyait bien que quelque chose n'allait pas ! Je volais même dans les magasins ! A « Carrefour » je me suis fait prendre, j'ai demandé à ma mère de l'argent, je n'ai pas dit que j'avais volé, j'ai dit que je voulais un CD, je suis retournée à « Carrefour » et j'ai payé mes dettes... je ne vois plus ces gens, les filles de temps en temps, elles ont des enfants, elles sont calmées ».

Tout est pensé ici comme si les enfants représentent une sorte de catalyseur des excès en tous genres. Matthieu est une forme de protection qui lui permet d'éviter le monde. Il lui permet de se forger une carapace afin « d'endurcir » son caractère. Elle dit à ce sujet : « Je ne me laisse plus faire » et être « plus agressive qu'avant ».

Cassandra se décrit comme étant désormais « une personne solitaire » et allant peu vers les autres ; par exemple, dans une maison d'accueil mères-enfants, accompagnée de Laurence. De cette expérience, elle raconte : « *Je suis restée dans mon coin et n'ai pas parlé avec les mamans présentes, c'est une habitude, je ne parle pas aux gens, je suis toujours restée dans mon coin, je ne vais pas vers les gens, c'est rare que je fais ça ! Comme je ne les connais pas, ça ne me dit rien de parler avec !* ».

Elle conçoit pourtant que c'est « un bien » pour son fils qu'il rencontre d'autres enfants : « Quand il voit d'autres enfants, il pleure, il faut qu'il voit d'autres petits, mais aussi il ne faut pas qu'il croit qu'il est tout seul ! ». Elle s'inquiète pour son avenir : « *Je crains le pire, plus tard on sera toujours obligés de courir derrière lui ! Ce ne sera pas un saint lui ! Vu comment il se comporte maintenant, à mon avis, plus tard, il sera un peu speed, il a du caractère, plus tard, faudra pas venir lui chatouiller les doigts de pied ! Mais il a raison, faut pas se laisser marcher dessus* ».

Les relations avec le voisinage semblent être tout aussi distendues : « Moins on s'occupe des affaires des autres, mieux on se porte ». Les seules personnes que Cassandra côtoie sont le kiné chez qui elle se rend régulièrement pour Matthieu (50 séances) et Laurence l'éducatrice spécialisée du service de soutien à la parentalité. Cassandra me dit n'avoir plus qu'un seul ami, ancien collègue de travail à qui elle a confié des choses intimes sur sa relation de couple, avant d'être enceinte. Elle le rencontre sur son dernier lieu de travail. Les confidences qui suivent m'ont été faites en l'absence de Didier. Cassandra me parlait tout bas, comme si Didier allait surgir à un moment ou un autre dans la pièce.

« On était sur le point de nous séparer Didier et moi, parce qu'il m'avait trompée chez moi, en plus ! Je les entendais dans notre chambre [...] dans mon lit [...] j'étais dans la pièce à côté ! Moi, je faisais le taxi, je disais oui tout le temps, pas compliqué, je n'étais pas stressante, et cette fille je la connais, maintenant c'est terminé, je ne lui parle plus, ils m'ont toujours pas dit la vérité... Ca m'a rendu malade, malade,

malade, malade [...] je ne mangeais plus, je perdais des kilos [...] puis quand j'ai eu l'enfant, tout a été fini du jour au lendemain, je l'aurais encastrée dans le mur (rires) le mal qu'elle m'a fait ! A lui, je lui ai pardonné, il m'a fait l'enfant, mais elle jamais, jamais, jamais [...] Ben à mon avis, il a du avoir peur que je le quitte ou je ne sais quoi, mais j'ai du m'énerver, j'ai mis les choses au clair avec elle, mais ce n'est pas grave, je l'aurais un de ces quatre... Grâce à Matthieu, on ne s'est pas séparés, il voulait trop cet enfant mais elle, elle a été punie par le Bon Dieu en quelque sorte, elle a perdu 40 kilos et doit avoir un cancer du pancréas ».

Une compagne, une mère aimante et attentionnée

Pour Cassandra «Matthieu met beaucoup d'amour dans la maison, on lui donne beaucoup d'amour, lui il nous en donne, c'est merveilleux ». Il lui donne aussi une légitimité à prendre sa place dans la vie de couple même si cette légitimité est acquise selon des règles désuètes comme abnégation et dévouement, auprès de son conjoint et de son enfant. Cassandra assume tout et toute seule. Situation qui fait dire aux éducatrices spécialisées du service de soutien à la parentalité : « Elle ne laisse aucune place à son compagnon »⁶³ Ces conditions d'existence participent à son épuisement physique et psychique dans la mesure où elle exprime une disponibilité totale sur tous les fronts. De fait, lors de nombreux entretiens, Cassandra est réactive, le ton monte vite, elle crie souvent sur son enfant et explique son attitude par l'expression : « J'ai les nerfs à fleur de peau ».

Une « bonne mère » est pour Cassandra une mère organisée. Pour ce faire, elle se réveille à 7 heures le matin, prépare le déjeuner et le dîner, fait le ménage, la vaisselle de la veille au soir avant que Matthieu ne se réveille. Elle se lave et s'habille ensuite. Didier part très tôt au travail et revient en début d'après-midi. L'enfant se réveille, elle peut alors lui donner le biberon, le bain et jouer avec lui. Toutes ces tâches sont ritualisées et Cassandra trouve avantage à ce rituel sinon, elle serait vite débordée. Cassandra a une vision manichéenne de la figure de la mère.

« Les mauvaises mères, c'est des mères qui ne s'occupent pas de leurs enfants... Qui ne s'en occupent même pas même si elles voient qu'ils font des bêtises, c'est une mère qui laisse tout faire [...]. Elles ne donnent pas de câlins, elles ne donnent pas d'amour à leur enfant. Moi je pense que c'est ça une mauvaise mère ».

Depuis la naissance de son enfant, Cassandra insiste à plusieurs reprises sur l'idée d'avoir acquis la capacité à désormais tenir tête à Didier, alors qu'auparavant, elle n'osait pas élever la voix devant lui et avait peur de discuter parce qu'elle était souvent en « manque de

⁶³ Extrait d'un débat lors d'une réunion au service de soutien à la parentalité le 13 juillet 2009.

réponses » face à lui. Cassandra dit : « Je crie un coup » et « la tempête se calme ». Elle porte aussi un regard désabusé sur Didier parce qu'il râle « pour un oui et pour un non » et qu'il n'est « jamais content ».

Selon elle, Didier prend très peu part au soin de l'enfant ce qui pourrait porter préjudice à l'enfant, qui aura de la difficulté à se détacher d'elle.

« Il aide quand il peut, il ne s'occupe pas du bébé... enfin, non il ne s'en occupe pas, il ne le lave pas, il ne l'habille pas, c'est moi qui le fais parce qu'il travaille et... Il ne joue pas forcément autant que moi, euh... moi je m'en occupe tout le temps [...] Il lui a donné une fois à manger et Matthieu a tapé une crise... mais quand il va grandir, il va s'en occuper, il ira à la pêche avec [...] j'aimerais bien qu'il s'en occupe quand même ! Après le petit il sera toujours collé à moi... c'est quand même malheureux, il voulait un enfant et il ne s'en occupe pas alors... ce n'est pas non plus une poupée ! Mais tout ça je n'ai pas envie de lui dire, c'est à lui de voir qu'il doit s'en occuper ».

Elle trouve néanmoins indispensable de s'occuper aussi de Didier en justifiant le devoir nécessaire d'être présente à ses côtés, pour prouver tout l'intérêt qu'elle lui porte.

« C'est lui qui a toujours raison, il a plus raison que moi, il comprend plus que moi. Il faut aussi que je m'occupe de lui, lui parler, être à son écoute, je sais que des fois il a envie de parler, je ne peux pas l'envoyer balader non plus !... Bon je l'écoute quand même parce qu'après il va croire que je ne l'écoute pas, que je ne m'intéresse pas à lui ».

Enfin, sur le plan de l'organisation familiale, Cassandra trouve nécessaire l'éducation partagée, ce qu'elle ne vit pas dans son foyer. La coopération avec le conjoint est pour elle, une donnée essentielle pour le bien de l'enfant et son avenir.

« Parce qu'il faut être deux pour éduquer l'enfant, parce que tout seul ce n'est pas évident. Et puis après l'enfant est perdu [...] un enfant ça a besoin d'être rassuré, d'être aimé tout ça, un enfant [...] Les enfants, ils vont bien quand ils se disent mes parents s'aiment, ils sont ensemble. Comme ça ils ne sont pas perturbés dans ce qu'ils font, dans la vie scolaire, dans la vie de tous les jours. Moi je ressens ça ».

Ce portrait donne à penser que la parole de Cassandra est confisquée par Didier lorsqu'il est présent. Tout ce qui est dit sur Cassandra (les trois premières pages de ce portrait) vient de son conjoint. Ensuite le portrait témoigne de nos entretiens de face à face, qui ont permis d'approfondir au fur et à mesure de nos rencontres, ses représentations de sa condition de mère et de femme.

Points forts - Cassandra

L'étude de la situation de Cassandra fait apparaître les points suivants :

- La confiscation de la parole de Cassandra : en présence de Didier, Cassandra parle peu.

Didier parle pour elle.

- Cassandra qualifie à la fois son expérience de « *cauchemar* » et de « *bonheur* ». On pourrait définir cette expérience sous l'oxymore « un merveilleux cauchemar ».
- Un lent processus de précarisation s'instaure chez Cassandra. Elle choisit de quitter son travail en CDI et de rester à domicile. Le travail professionnel n'est pas central dans sa vie, il est source de stress et de tensions. Sans qualification, les emplois qui lui sont proposés par les services institutionnels adaptés ne contribuent pas à l'extraire de la sphère domestique et à lui ouvrir d'autres perspectives que des métiers dits « féminins ».
- Cassandra débute son expérience de mère dans l'espérance d'une réalisation personnelle par l'amour, le couple et la famille. Le rêve a pris fin avec l'infidélité de Didier, mais elle continue d'espérer.
- Cassandra a vécu le retour au domicile après son accouchement comme une épreuve (« *un cauchemar* ») qui a bouleversé son quotidien et la construction de son sentiment de compétence maternelle. Didier a peu aidé Cassandra à surmonter cette épreuve.
- La grossesse a été un événement planifié. La normalité s'est imposée avec la naissance de l'enfant. La naissance de l'enfant est le signe qu'une autre vie est possible et l'enfant n'est pas parlé comme un « problème », mais comme du « bonheur ».
- La répartition sexuée des rôles au domicile se fait au détriment de Cassandra, qui assume seule les tâches domestiques et l'éducation de son enfant. Elle accorde beaucoup d'importance à l'organisation pour être une « *bonne mère* ».
- La relation mère-enfant devient aliénante et captatrice, ce qui lui est reproché par l'éducatrice spécialisée.
- Le peu de participation de Didier aux tâches domestiques est vécu comme un problème, par Cassandra.
- Le rôle des rapports de domination ou de dépendance dans les processus de mise en veille de ses désirs et revendications : Cassandra est discréditée par son conjoint et par l'éducatrice spécialisée du service de soutien à la parentalité. L'idéologie de la « *bonne mère* » est au centre de ce processus de discrédit. Cassandra se résigne à accepter les conditions de sa vie personnelle au nom de l'idéal de « la bonne mère » et celui de « l'épouse aimante ».
- Cassandra participe à son propre isolement et se coupe de toute vie sociale et relationnelle. Par l'intermédiaire de son enfant, elle se protège des influences extérieures en raison de sa vulnérabilité sociale.

Portrait 3 : Denise et Denis. Parents de six enfants

Rencontres avec Denise et Denis

Denise est âgée de 32 ans lorsque je la rencontre en octobre 2010 pour la première fois à son domicile. Elle m'attend et notre rendez-vous est noté sur le calendrier de la cuisine, accroché sur la porte du réfrigérateur. Ce calendrier est rempli de rendez-vous réguliers. Denise y note chaque rendez-vous, elle gère le planning de la maison. Son mari Denis n'écrit jamais sur ce calendrier. Il est âgé de 35 ans et se repose entièrement sur Denise en ce qui concerne les préoccupations quotidiennes de la vie domestique. Je me suis rendue à six reprises d'octobre 2010 à décembre 2010 au domicile de cette famille de six enfants. Seuls, trois rendez-vous ont été honorés. Suite à un entretien où Denis m'a annoncé ses difficultés anciennes avec l'alcool⁶⁴, j'ai trouvé à trois reprises « porte close », malgré les dates de rendez-vous prises au téléphone après chaque désistement. Il a été difficile de trouver des horaires adéquats pour mener des entretiens, l'emploi du temps des parents est occupé de semaine en semaine par des rendez-vous dans les institutions sociales (quatre enfants sont placés en institution spécialisée ; deux enfants sont à l'école maternelle et primaire du quartier), des rendez-vous chez l'orthophoniste, des rendez-vous médicaux, des rendez-vous effectués par des intervenants sociaux extérieurs. Leur vie est envahie par les suivis de toutes sortes.

Je rencontre ces parents par l'intermédiaire d'une responsable de service d'un IME de la région lilloise, dans lequel est accueillie la dernière enfant de la famille. La responsable de service me dit de ces parents : « *Ils font tout pour leurs enfants, j'ai rarement rencontré une famille qui se démène autant* ». C'est lors d'une fête annuelle au sein de cet IME que Denis, seul à cette fête avec deux de ses enfants (les deux derniers), me rencontre pour la première fois et accepte ma venue régulière à leur domicile. Je m'étonne de l'absence de Denise à cette fête. Denis me répond que son épouse reste à leur domicile pour accueillir les autres enfants au retour de l'école.

La famille est suivie par un service d'Action Educative en Milieu Ouvert depuis trois années suite, selon Denise et Denis, à un signalement anonyme de personnes du quartier où ils habitent toujours.

⁶⁴ Alors que je visitais la maison, Denis s'est emparé du magnétophone posé sur la table et a tenté d'effacer cet entretien ; j'ai fait mine de ne pas m'apercevoir de cette tentative.

« Les difficultés sont arrivées parce que dans la cité, il y a eu des mauvaises langues et tout. Des mauvaises langues. Ils racontaient toujours des conneries. Que les enfants, ils étaient mal habillés, qu'ils n'étaient pas soignés. Bon, je veux dire, qu'ils étaient... Comme des pouilleux, quoi. Ce n'était pas vrai. Tous les jours, ils avaient des robes. Parce que tout au début, les mauvaises langues, les gens disaient comme ça qu'on buvait de l'alcool et tout. C'est pour ça, ils ont dit : « S'il y a des enfants en bas âge, ils ne savent pas faire le nécessaire ». Voilà quoi. Là, ils ont bien vu tout le contraire. Bon, on peut boire un petit verre d'apéro et être conscient mais ne pas abuser. Voilà. Ce n'est pas abusif » (Denis).

Denise a été accusée de s'adonner à la boisson et Denis d'être violent avec femme et enfants sous l'effet de l'alcool. Une aide-ménagère d'une association rurale travaille chaque mercredi au domicile de 9 h à 12 h. Tous les enfants rentrent chez eux le soir.

Un lieu de vie décoré

Lors de ma seconde visite, le père A., connu sur le plan médiatique pour la défense des personnes dites « exclues », a béni les enfants et la nouvelle maison en location qu'ils viennent d'aménager. Denis me dit : *« Ici c'est la maison avec de bonnes croyances, c'est la maison de la foi, je suis très croyant, Denise va bientôt se faire baptiser »*. A chaque occasion festive (Noël, Halloween, Pâques...), la maison de la famille attire la curiosité. Elle est décorée de guirlandes lumineuses, d'objets relatifs à l'évènement fêté, de personnages grandeur nature illuminés (Père Noël, animaux de circonstance etc....) et ce, à l'extérieur de la maison comme à l'intérieur. Pas un endroit de la maison n'est exempt de décoration. L'assistante familiale présente chaque mercredi au sein du domicile me dit qu'à l'occasion de Noël, les parents vont faire le concours annuel de « la maison décorée » : *« C'est bien, ça motive les gens »*.

Denise tient à me faire visiter cette nouvelle maison située dans un lotissement social. Chaque enfant y a désormais un endroit où dormir, décoré et personnalisé, une salle de jeux avec des jeux pour tous âges est installée. La télévision située dans le salon est allumée en permanence ; une petite TV est installée dans la cuisine, allumée à l'heure des repas. TF1 est la chaîne favorite. A l'approche des vacances de Noël, le cochon d'inde et son immense cage, provenant du CMP fréquenté par l'aînée de la famille, trônent dans le salon. Des photos des enfants sont accrochées dans tous les endroits de la maison.

Situation familiale

Denise et Denis sont mariés depuis peu, ils vivent ensemble depuis plusieurs années. Pour la cérémonie du mariage, Denis a commandé une limousine et un feu d'artifice : c'était

une surprise. Ils ont fait célébrer leur mariage à l'église, par le père A. Denis se dit désormais « *fort croyant* » après sa rencontre avec le père A. Denise et Denis font partie d'une association dont la mission est d'accueillir des personnes « handicapées mentales ». Denise a prévu de se faire baptiser par le père A. « *la nuit de pâques* ». Deux enfants ont été baptisés le jour même du mariage. Denis a un garçon d'une précédente liaison avec une personne qu'il a quittée en ne sachant pas qu'elle était enceinte ; ce garçon de 12 ans est, selon Denis, « *placé à la DASS⁶⁵* » parce qu'il a été accusé d'avoir étouffé sa petite sœur dans son berceau. Denis parle ensuite de « *mort subite du nourrisson* ». Les propos sont flous à ce sujet. Denis essaie de récupérer ce fils qu'il n'a pas vu depuis plusieurs années : « *Oui, ça fait 7 ans que je ne l'ai pas vu. Et moi j'ai dit au juge, j'ai dit comme ça : « Pour moi, je ne l'ai pas abandonné ». Mais pour eux, c'est comme si c'était un abandon* ».

Situation professionnelle

Denise est allée à l'école jusqu'à l'âge de 16 ans⁶⁶. Elle n'a pas de diplôme. Elle reste ensuite chez sa mère « *pour donner des coups de main au ménage* ». Elle fait des « *petits ménages* » chez des particuliers, « *au noir* » chez des coiffeurs et a bénéficié d'un Certificat Emploi Solidarité (CES). C'est alors qu'elle rencontre Denis.

Denis a commencé un CAP de mécanique générale et l'a arrêté à 17 ans, sans l'avoir obtenu. Il fait des formations diverses et commence à travailler à 18 ans, comme soudeur. Il travaille 8 années « *dans le bâtiment* ». Puis il effectue un CAP de maintenance de bâtiment qu'il obtient. Enfin, il travaille comme concierge à L. et cumule plusieurs périodes de chômage.

Denise m'est présentée par la responsable de service de l'IME comme une personne avec une déficience intellectuelle « *très moyenne* » et des difficultés de compréhension. Elle présente des problèmes de santé (problèmes intestinaux) qui ont nécessité deux hospitalisations. A la dernière hospitalisation, elle est sortie de l'hôpital sans autorisation

⁶⁵ La direction départementale des Affaires sanitaires et sociales plus connue sous l'acronyme DDASS est une administration déconcentrée française départementale de l'État intervenant dans le champ des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques, les DDASS ont été supprimées le 1^{er} avril 2010. Contrairement à une idée encore très largement répandue caractérisée par l'expression « les enfants de la DDASS », ces institutions ne gèrent plus l'aide sociale à l'enfance, confiée au département (conseil général) depuis la loi de décentralisation de 1983.

⁶⁶ En France, l'instruction est obligatoire pour les filles et les garçons, âgés de 6 à 16 ans, résidant sur le territoire français, quelle que soit leur nationalité. Code de l'éducation (article L111-2 et article L131-1). Source : <http://eduscol.education.fr/cid46688/controle-de-l-obligation-scolaire.html>. Consulté en mai 2012.

parce qu'elle se faisait du souci en raison de son absence du domicile. Denis est très inquiet de l'état de santé de son épouse. Je n'ai pas d'autres informations à ce sujet.

Denise se décrit « *mère au foyer* » et Denis est en recherche d'un emploi aidé. Il n'est pas considéré comme une personne « handicapée mentale ». A la fin de notre série de rencontres, il a trouvé un emploi de plaquiste dans une entreprise d'insertion professionnelle.

Denise est bricoleuse : elle répare tous les ustensiles détériorés de la maison. Ce qui est la fierté de son mari. Elle sait lire et écrire et ne présente pas de difficultés de langage ni de compréhension. Par exemple, elle s'occupe des papiers administratifs de la maison. C'est lorsque les entretiens sont répétés que je me suis rendu compte de ses difficultés à élargir la conversation, du fait d'un manque de vocabulaire. Comme elle me le dit : « *Denis parle pour moi* ». En effet, lorsque Denis est présent à domicile, Denise s'exprime beaucoup moins. Denis me dit ne pas savoir « *très bien* » lire et il possède le permis de conduire.

Situation des enfants

Elodie est l'aînée de la famille. Elle est âgée de 9 ans et est admise dans un Institut Médico-Educatif (IME) de sa ville d'habitation en raison de crises d'épilepsie et de son retard scolaire. Paula est âgée de 8 ans et fréquente un Centre Médico-Psychologique (CMP) de la région lilloise ; elle a des difficultés de langage en raison de fortes crises d'épilepsie et après une grosse crise, elle a perdu toute sensibilité du côté gauche de son corps. Sandra est âgée de 6 ans, elle est en classe préparatoire à l'école primaire de son quartier. Louise est âgée de 4 ans et fréquente une école maternelle de son quartier, dans une classe de moyenne section. Enfin, Loïc est âgé de 5 ans, il est accueilli dans un IME différent de ceux de ses deux autres sœurs admises elles aussi dans ce type d'établissement social. Loïc présente des difficultés de langage et d'apprentissage. Il vit « *replié sur lui-même* » selon ses parents. Ingrid est âgée de 3 ans. Elle est la dernière de la famille. Elle présente une trisomie 21. Elle est fréquente quotidiennement un IME de la région lilloise. Tous les enfants fréquentent des institutions sociales différentes, ce qui sous-entend des départs et des arrivées échelonnés le matin et le soir, en bus, en taxi ou à pied.

Un fort sentiment d'exclusion et d'humiliation : une question de regard

Denise a ressenti par l'intermédiaire de deux de ses filles un fort sentiment d'exclusion et de d'humiliation dans deux endroits où elle ne pensait pas les trouver : à l'école et à la maternité.

A l'école lorsque la directrice de l'école de son quartier mettait « *de côté* » deux de ses filles en raison de leur état épileptique. Selon Denise, elle ne voulait pas qu'elles fassent des crises devant leurs camarades, elles étaient ainsi exclues de récréation, des jeux collectifs et d'activités sportives. Elle dit aussi souvent représenter « *une cible* » pour les institutrices et exprime avec colère ce sentiment : « *Excusez-moi de ce que je vais dire, mais les personnes comme moi, « va te faire foutre !* ». Elle dit aussi avoir souvent eu le sentiment d'être rejetée par « *les regards* » qui les infériorisent.

« Des regards pour Ingrid. Parce que déjà même maintenant, quand je fais les courses avec mon mari et les enfants, Ingrid est dans le caddie ou dans la poussette, tout le monde la regarde et la dévisage. Même une fois, je me suis même mise en colère, en plein magasin. J'ai dit : « Qu'est-ce qu'elle a ma fille. Elle n'a pas la gale ! D'accord elle a la trisomie 21 mais moi je l'adore. Voilà. Moi je l'adore et c'est ma fille ».

Les regards et les insultes portés sur elle et sa famille sont insupportables pour elle et son époux. Pour Denis, les effets de la stigmatisation des parents portent préjudice au bien-être psychologique des enfants. Dans son discours, la dimension psychologique prend le pas sur la dimension sociale et les interactions entre les individus. Il me dit :

« Nous, on s'en fout que les gens nous insultent. Nous, ça rentre d'une oreille, ça ressort par l'autre. Mais c'est plus les enfants. Parce qu'un enfant c'est fragile. Puis ils ne connaissent pas ce qui est bien, ce qui est mal, s'il n'y a pas les parents qui le disent ; Si les parents disent : « Voilà il ne faut pas faire telle chose et tout, il ne faut pas écouter telle personne. Voilà à la fin, il va le faire. Mais si on ne lui dit rien, l'enfant va prendre le mal en lui, il sera mal à l'aise, il ne voudra pas manger. Ca, c'est à nous d'en parler en famille ».

A la maternité, lors de l'accouchement de sa dernière fille Ingrid, Denise raconte : « *Quand je l'ai mise au monde, à peine qu'elle a été sortie de mon ventre, on m'a demandé : vous l'abandonnez ou vous la gardez ? J'ai dit : pourquoi ? Qu'est-ce qui se passe ? Je ne savais pas pourquoi. Après j'ai été anesthésiée parce que le placenta ne voulait pas sortir et à mon réveil, la responsable de service m'a dit : vous savez ce qu'elle a votre fille ? J'ai dit : non je ne sais pas ce qu'elle a. On m'a répété : vous l'abandonnez ou vous la gardez ? J'ai dit : j'aimerais bien savoir ce qu'elle a. On m'a répondu : trisomie 21. J'ai dit : ma fille, je la garde, c'est ma fille ».*

Ambivalences au sujet du travail social

Denis dit, lors d'un entretien, avoir eu des problèmes d'alcool. Les difficultés matérielles liées entre autres aux conditions de vie, à l'absence de travail et d'activité salariée, sont transformées dans son discours en « difficultés d'être » personnelles. Celles-ci ont eu

selon Denis, des conséquences sur les enfants en termes de danger et de négligence, et lui ont montré, selon ses dires, son incapacité à être heureux et à tirer parti de ce que sa famille lui offrait. A ce titre, Denis justifie le contrôle exercé dans la sphère privée par Monsieur D. dans le cadre d'une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

« Ben, c'est-à-dire, c'est grâce à Mr D⁶⁷. Il m'a beaucoup parlé sur ça. Et moi, j'ai dit : « Bon, d'accord, ok ». C'est vrai, j'ai admis quand même. En ayant beaucoup d'enfants en bas âge, pour eux, c'est une sécurité. Parce que s'il arrive un accident comme ça et que je ne suis pas capable d'intervenir, il risque d'avoir plus grave. Il risque de là à retirer les enfants. Voilà. Oui. C'est la volonté. Et aussi, ce qui a fait que j'arrête de boire autant, c'est question des enfants. Quand je voyais ma femme qui était en dépression à cause des voisins et tout, quoi. Oui, je m'en suis rendu compte de tous ces problèmes-là. Et c'est pour cela, je me suis dit, bon, on arrête l'alcool et tout. Puis il y a quand même les enfants derrière. J'ai une femme qui est bien et tout. C'est la vérité. Elle fait des bonnes choses et tout. C'est pour ça, il ne faut pas non plus casser le couple. Pour des bêtises du travail. C'est ça. C'est ce que je vous disais tout à l'heure. La notion de danger. La négligence. On parlait de négligence la fois passée... Il a vu que ce problème-là, j'ai réussi de moi-même à éliminer et il a vu que ça allait mieux dans ce niveau-là. Que les enfants allaient plus vers moi. Qu'il y avait moins de disputes et tout. Parce qu'avant, c'est vrai il y avait beaucoup de disputes » (Denis).

Contradictoirement à ce propos, les parents m'assurent que malgré leur étiquette de « cas sociaux », ils peuvent « se débrouiller » sans l'aide de travailleurs sociaux ni de quiconque dans leur entourage. Au regard de leur situation, l'étiquetage ne justifie plus pour Denis l'exercice d'un mandat d'encadrement et de normalisation de l'inadaptation. C'est ce qu'ils ont expliqué au juge des enfants lors d'une dernière audience. La mesure d'accompagnement judiciaire a, malgré tout, été renouvelée pour une année supplémentaire. « Oui voilà. Malgré que nous, on est peut-être dans les cas sociaux ou des gens pas adaptés, mais on sait quand même y faire question dans les démarches et tout. On n'a pas besoin d'assistante sociale et tout. Si on connaît la chose, on peut tout bien s'en sortir. Sans en parler dans l'entourage [...] j'ai expliqué que question médico et tout, maintenant, c'était bien mis en place. Que ma femme, elle n'a plus besoin autant d'auxiliaires et tout (Denis). Je l'ai une fois par semaine. Une fois par semaine, l'auxiliaire familiale. Et on a dit qu'on faisait tout le nécessaire pour les enfants » (Denise).

Denis a des idées arrêtées sur l'exclusion, l'intervention sociale, et le renouvellement des difficultés au fil des générations. Pour lui, « autonomie » signifie ne pas avoir affaire à des

⁶⁷ Mr D. est travailleur social, référent de la mesure judiciaire d'Action éducative en Milieu Ouvert.

travailleurs sociaux dans la sphère privée mais aussi répondre à l'injonction à l'autonomie pour obtenir un meilleur statut et « prendre en main son destin ». Denis loue l'aide apportée à ses enfants dans les institutions associatives, qui les rend capables de s'ajuster ou s'adapter au monde environnement en dépit de leurs difficultés de santé.

« Ce n'est pas parce qu'on a des enfants qui font des crises d'épilepsie que, ça y est, ce sont des enfants qu'on doit rejeter de la société. Au contraire, on doit les aider. On doit beaucoup leur donner un bon coup de main et tout. Les faire beaucoup progresser dans leur vie. Voilà. Pour que l'enfant, il soit plus tard autonome. Qu'il n'ait pas besoin d'assistante sociale, d'éducateur. Voilà. Il faut qu'il soit autonome comme tout le monde. Parce que pour moi, comme je vous l'ai expliqué l'autre fois, c'est quoi un enfant normal ? C'est quoi un enfant normal ? De notre temps à nous, il n'y avait pas de normalité. Pour moi, ça n'existait pas. Parce que si on prend un enfant qu'on croit qui est bien et un enfant qu'on croit qui est moins bien, ben si on donne la même chose, peut-être que l'enfant qui a, par exemple, des problèmes de mémoire et tout, il va réussir. Et l'enfant qu'on croit qu'il est bien, il ne va pas réussir. Donc, c'est pour ça qu'il ne faut pas dire cette chose : « C'est un gosse... Plus tard, il ne fera rien de bon ! » Non, au contraire. Parce que moi, je vois maintenant, ce sont quand même des enfants qui ont une certaine volonté. Ils essaient de faire ce qu'ils ont envie de faire. Et puis il y a nous aussi les parents et après il y a les éducateurs spécialisés qui sont là. Comme je dis, dans le temps, il n'y avait pas tout ça. Il n'y avait pas tout ça. Parce qu'avant, dans le temps, l'enfant, il était un peu rejeté de la société. Si il y avait un problème dans la vie sociale et tout, il n'était pas aidé. Alors que maintenant, on les aide beaucoup. Pour moi, c'est un bien. Parce qu'en étant dans des associations, ils peuvent remonter la pente malgré la maladie qu'ils ont » (Denis).

Les attentes des intervenants sociaux et la crainte du placement des enfants

Cet extrait d'entretien met en avant la crainte du placement et l'intériorisation des normes des travailleurs sociaux.

CG : Quelles sont les attentes des travailleurs sociaux selon vous ?

Denise : Qu'on soit des bons parents, qu'on s'occupe bien des enfants. Les éduquer, tout quoi. Puis, comment expliquer ça...

Denis : Qu'ils grandissent dans le bon chemin. Parce que pour moi, un enfant, il faut le mettre sur le bon chemin. Si l'enfant n'est pas sur le bon chemin, s'il y a une mal éducation, l'enfant, il va faire un peu n'importe quoi. Il va faire ce qu'il veut. Après les parents ne peuvent plus très bien l'agripper, dire « Ne fais pas ça. » Parce que l'enfant, il va prendre ses pas devant et tout, il va voir les choses différemment. Moi, j'essaie de bien éduquer l'enfant dans des bonnes conditions, dans des bonnes bases. Voilà. Pour que plus tard, il soit content, il soit heureux et qu'il dise : « Merci papa, merci maman. Parce que vous m'avez donné beaucoup de choses et maintenant je sais beaucoup de choses aussi et je peux moi-même leur enseigner à mes propres enfants plus tard ».

Denise : Plus tard, qu'ils ne deviennent pas des truands.

Denis : La délinquance.

CG : Qu'est-ce que ça fait quand on a l'impression justement qu'un juge pense qu'on ne se débrouille pas bien avec ses enfants ?

Denis : L'impression qu'on peut avoir, c'est : « Ca y est. Peut-être ils vont retirer les enfants ». Ou on les verra de temps en temps. Voilà, on a toujours une crainte de ça.

CG : Donc c'est la crainte qu'on vous enlève les enfants quand même ?

Denise : Oui le premier jour.

CG : Donc, la première fois quand Mr D. est venu par exemple, c'est un peu la crainte que vous avez eue ?

Denise : Voilà.

CG : Qu'on vous enlève les enfants.

Denis : Et puis lui, il nous a expliqué : « Non je ne suis pas là pour ça. Au contraire, je suis là pour vous aider dans les démarches et tout. Donc si vous êtes intéressés, vous pouvez faire la connaissance de l'ADMR⁶⁸ ...»

Denise : On l'avait déjà l'ADMR. Je leur avais demandé une aide quand j'étais enceinte. Pour les enfants, le mercredi.

Denis : Oui, c'est vrai. Tu l'avais déjà.

CG : Donc c'est la crainte qu'on vous enlève les enfants.

Denis : Oui voilà. Mr D. quand il est venu, il nous a expliqué beaucoup de choses et tout. On a beaucoup parlé. Bon, on a eu la crainte de lui expliquer telle chose et tout.

CG : Par exemple ? La crainte d'expliquer quoi ?

Denis : La crainte d'expliquer le pourquoi qu'il est là, comment ça se fait, qui a dit quelque chose... Comment ils savent que, par exemple, l'alcool et tout. Et puis bon, on a bien compris l'affaire. Et c'était à nous de donner un peu de notre bonne foi envers tout ce qui avait été dit. Et moi, je connais des enfants qui étaient placés. C'est quelqu'un de ma famille, c'est ma sœur, celle qui habite à L. Elle, elle a eu un grand problème. C'est-à-dire, le problème, quand elle a eu des enfants, elle a eu un enfant avec des problèmes de santé qu'il a toujours. Mais le problème, c'est-à-dire, elle n'était pas propre ni rien. Elle n'était pas forte courageuse.

CG : Pour vous, le plus important, c'est la propreté et la nourriture ?

Denis : Oui. Et l'éducation.

Denise : L'éducation. Qu'ils sont quand même propres sur eux, qu'ils savent très bien à l'école.

Denis : Qu'ils aient un bon suivi.

Denise : Qu'ils soient bien nourris. Comme là, ce week-end, j'ai fait un couscous avec des légumes frais et tout. Ils se sont régalés.

CG : Donc. Ils sont bien nourris, pour vous, ce sont des critères de bonne éducation ?

Denis : Oui, de bonne éducation des parents. Un bon père de famille, c'est savoir bien s'occuper des enfants. Faire tout ce qu'il faut, leur suivi, par exemple, médical et tout. Faire à manger, les emmener à l'école et tout. Puis les suivre dans les devoirs. Voilà, c'est ça.

Points forts – Denise et Denis

L'étude de la situation de Denise et de Denis fait apparaître les points suivants :

- La conscience du regard critique posé sur la famille et leur capacité à analyser les représentations sociales de leur expérience de maternité de leur entourage proche (famille, voisins et intervenants sociaux). Et en réponse, la démonstration de leur légitimité de « bons » parents à conduire leurs enfants dans « le bon chemin ». Le regard des autres est perçu comme

⁶⁸ Association de travailleuses familiales en milieu rural.

une surveillance qu'il ne faut pas tromper. La crainte du retrait de la garde des enfants est le moteur de leurs efforts pour échapper à leur destin de famille stigmatisée.

- Les sentiments d'exclusion et d'humiliation vont de pair. La stigmatisation rend nécessaire l'effort pour modifier le regard porté : dans leur discours, Denise et Denis doivent convaincre de leur capacité à être parents et de « bons » parents. La conversion catholique en est un exemple flagrant.
- La mobilisation des partenaires sociaux (enseignants, médecins, travailleurs sociaux) et du voisinage est forte dans la situation d'une famille nombreuse. Denise et Denis qui s'approprient l'étiquette de « cas sociaux » ont une représentation ambivalente des travailleurs sociaux, entre bienfaits de l'aide apportée et surveillance décriée.
- Denis a conscience des normes sociales qui régissent leur vie quotidienne. Il exprime en ses mots que ces normes sociales apparaissent plus prégnantes à l'heure actuelle : « *Parce que pour moi, comme je vous l'ai expliqué l'autre fois, c'est quoi un enfant normal ? C'est quoi un enfant normal ? De notre temps à nous, il n'y avait pas de normalité. Pour moi, ça n'existait pas* ».
- L'annonce du handicap de la dernière née de la famille, par le médecin à la mère après la naissance, a été mise en œuvre dans un contexte éprouvé, suite à l'accouchement. Les souvenirs douloureux sont évoqués par Denise quand elle se remémore les conditions dans lesquelles elle a pris conscience de la situation. L'annonce du handicap s'adresse à la mère, Denis a été éloigné de cette annonce.
- Comme dans toute famille, dès que les enfants sont en difficulté à l'école (Elodie, Paula), les relations entre parents et enseignants deviennent plus difficiles que lorsque qu'ils satisfont aux exigences académiques et sociales du monde scolaire (Sandra, Louise).
- En présence de son mari, Denise s'exprime moins et justifie son silence en valorisant Denis et ses compétences supérieures aux siennes.
- les enfants aident les parents à se projeter dans l'avenir.

Portrait 4 : Jeanne – jeune femme enceinte de son premier enfant

Rencontres avec Jeanne

Jeanne a vingt deux ans, lorsque je la rencontre d'avril 2011 à juin 2011, dans un ESAT de la région lilloise. Jeanne porte des boucles d'oreille et un ras de cou argenté avec un petit cœur en pierre brillante.

Deux entretiens enregistrés ont été menés avec Jeanne. La responsable de service de

l'ESAT qui se présente à moi comme « *Spécialiste de la parentalité* »⁶⁹, m'en parle comme d'une personne « *avec une déficience moyenne, mais qui est très au clair avec sa situation* ». Jeanne se présente comme « *Une personne très timide, qui ne trouve pas toujours les bons mots pour parler* ». Ceci la gêne très souvent et peut être source de honte. Jeanne dit que la moquerie associée à ses difficultés de langage la blesse profondément. Malgré sa timidité, les deux entretiens menés avec Jeanne sont riches et je ne repère pas de grosses difficultés de communication verbale, même si elle s'en tient aux questions posées et n'élargit pas la conversation sur des thèmes non prévus dans la grille d'entretien. Un manque de vocabulaire gêne parfois les échanges.

Jeanne bénéficie de l'AAH, elle est serveuse au restaurant d'application de l'ESAT. Je n'ai pas d'éléments concernant une éventuelle protection juridique. Jeanne bénéficie de l'aide d'un service de soutien à la parentalité de la région pour faire sa valise de maternité et préparer le trousseau du bébé à venir.

A la fin d'un des deux entretiens, la responsable de service de l'ESAT me rejoint et dit : « *Elle ne dit pas tout. Elle n'a pas du te dire tout ce qu'elle vit. Sa famille veut la récupérer et ne veut plus qu'elle travaille après l'accouchement. A mon avis, elle dit bien ce qu'elle veut bien dire...* ». Une éducatrice spécialisée dit aussi : « *Je ne sais pas ce qu'elle peut raconter, parce que pfff... Elle plane à 15000...* ».

Situation familiale

Jeanne est enceinte de cinq mois et demi au moment de notre rencontre. La naissance de ce premier enfant, un garçon, est prévue pour le mois d'août 2011. Selon la professionnelle responsable de service : « *Le père de l'enfant est Eric « un travailleur » de l'ESAT » ; avec Jeanne, ils forment un vrai petit couple, mais pour l'instant ils ne veulent pas vivre ensemble, ils ne sont prêts ni l'un ni l'autre à vivre ensemble* ».

Jeanne vit en « foyer-résidence » et Eric vit dans un studio dans la ville de F. Jeanne fait quatre heures de trajet par jour aller-retour à pied, en bus et en métro pour rejoindre l'ESAT où elle travaille.

Un prénom pour l'enfant a déjà été choisi par Eric, le futur père : « *Un prénom rare et peu connu* ». Si le nouveau-né avait été une fille, Jeanne aurait choisi le prénom de sa grand-

⁶⁹ Educatrice spécialisée de formation, elle terminait un mémoire de diplôme supérieur dans le travail social sur la question de « la parentalité des personnes handicapées mentales ». Dans une certaine mesure, je peux dire qu'elle se sentait sur ce point « en compétition » avec moi-même. Ce qui pourrait expliquer les attitudes dominantes ou intrusives vis-à-vis de mon travail de recherche et de moi-même.

mère paternelle, compris comme une sorte de protection pour le futur bébé. Jeanne a été enceinte peu de temps (environ trois mois) après avoir entrepris une relation sérieuse avec Eric, au mois de septembre 2010 ; mais Jeanne me dira au cours des entretiens que ce désir d'enfant a toujours été très présent en elle : « *Depuis toute petite* ». Jeanne a cinq frères et deux sœurs. Sa mère sera vingt et une fois grand-mère après la naissance du fils de Jeanne. Quatre femmes de la famille, dont deux belles sœurs sont enceintes en même temps que Jeanne.

Jeanne et la violence

La responsable de service dit au sujet d'Eric : « *Il a un comportement impulsif, c'est un bien qu'ils ne vivent pas ensemble pour le moment, il vaut mieux que Jeanne soit protégée pour l'instant* ». Jeanne me dira plus tard : « *Je ne préfère pas prendre ma décision de vivre avec lui tout de suite, il me fait un peu peur des fois, je n'ai pas trop confiance de temps en temps* ».

Elle raconte une réaction violente qu'a eue Eric lors d'une bagarre avec un collègue, au sein de l'ESAT. Jeanne dit avoir eu « *très peur* » lors de cet épisode qui l'a fait réfléchir sur la vie à venir et qui a fait en sorte qu'ils soient séparés quelque temps. Jeanne dit avoir « *très peur* » de la violence et avoir été victime de violences de la part de son père. Peu d'éléments sont donnés sur la famille d'origine de Jeanne, mais c'est lorsque nous réécoutons toutes les deux les enregistrements de ses entretiens, qu'elle dévoile les faits de violence qu'a subis sa mère alors qu'elle était enceinte de sa plus jeune sœur. Les faits imagés mettent en scène son propre père et sa mère enceinte et traduisent une violence extrême. Jeanne explique par la suite que dans ces situations : « *Il ne faut pas porter plainte, parce que c'est toujours sur les mêmes que ça retombe après : les femmes* ». En montrant sa main, doigts écartés, Jeanne dit être soudée « *comme les doigts de la main* » avec sa mère : « *On se ressemble* ». Jeanne exprime la méfiance qu'elle a à l'égard de son père et des hommes en général : « *Quand mon père s'approche de ma mère, elle a peur [...] ce qui fait que moi maintenant, je me méfie* ». La position de Jeanne est de se sentir prête pour avoir un enfant mais ne pas l'être pour partager sa vie avec Eric : « *On était prêt pour avoir un enfant, mais on n'était pas encore prêt pour avoir un appartement ensemble [...] mais on va se voir le week-end* ».

Ces violences paternelles associées à l'alcool ont été à l'origine d'un suivi judiciaire encore en cours au sein de sa famille, à l'heure actuelle. Jeanne et ses frères et sœurs ont tous été placés dans plusieurs foyers de protection de l'enfance, ensemble puis séparés, dès la petite enfance « *sauf la dernière sœur* » qui est restée chez ses parents. Expériences de placement

que Jeanne dit avoir toutes oubliées : « *J'ai fait un trait dans ma tête, j'ai recommencé une autre vie ici à l'ESAT, c'est tout* ».

Un bébé pour « faire sa vie » et avoir « quelque chose à penser »

Jeanne s'est déjà occupée de tous les enfants de ses frères et sœurs et dit avoir attendu cinq ans pour être enceinte (elle a vécu d'autres relations avant Eric) : « *Parce que je voulais le faire comme il faut avec mon copain* ». Et c'est lorsqu'elle s'est sentie « prête » et avoir « arrêté la pilule », qu'ils ont conçu l'enfant : « *J'ai dit à mon copain, qu'il serait temps de faire notre vie [...] de faire ma vie, d'avoir un enfant et tout et tout [...] et qu'on commence à mettre un tchiot⁷⁰ en route* ». Jeanne exprime familièrement le fait d'être enceinte : « *J'étais prise* ». Selon Jeanne, Eric voulait un enfant depuis longtemps, mais il lui a laissé « le temps de réfléchir ».

Pour Jeanne, un bébé représente « *des bisous* », « *des câlins* », « *qu'on lui donne le biberon* », « *qu'on lui change sa couche* », « *qu'on le lave* », « *qu'on l'habille* », « *courir aux urgences, s'il n'est pas bien* ». Elle dit de cette expérience : « *Au moins, j'aurai quelque chose à penser* ». Jeanne a déjà récupéré toutes les affaires et le matériel indispensables pour la venue de l'enfant. L'allaitement représente pour elle « *quelque chose à essayer, parce que le lait d'une mère est meilleur pour un petit* ». Jeanne parle aussi de sa peur de l'accouchement et de la honte qu'elle pourrait avoir lors de cet accouchement. Jeanne n'assiste pas aux cours d'accouchement organisés par les services de la maternité, elle dit ne pas en comprendre le sens, ni les « *mots des gens qui savent ce qu'ils disent* ».

Représentations et pratiques de santé non conformes à l'attente des professionnelles

Jeanne est accompagnée par une professionnelle d'un service de soutien à la parentalité de la région du nord et selon une éducatrice spécialisée de l'ESAT : « *C'est une bonne chose, parce que les personnes déficientes enceintes ou avec un bébé planent à 15 000. Elles ne comprennent rien, par exemple, quand on explique que les petits pois qu'elles ont mangé ce midi, ce n'est pas ce que le bébé mange alors qu'il est dans le ventre, que ça passe dans le sang, et bien... Elles sont toutes étonnées ! [...] Ou pour l'accouchement, elles attendent mais elles n'ont aucune représentation de ce qui va leur arriver ! Alors que nous on peut quand même imaginer, mais elles...* ».

⁷⁰ Le « tchiot » est un petit enfant en patois picard.

Jeanne exprime ces incompréhensions profanes : « *C'est ça que je ne comprends pas, je mange et je ne vois pas mon ventre grossir* ».

Sur le plan de la santé, la responsable de service dit que Jeanne boit de l'alcool de temps en temps le soir : « *Elle a dit à la psy qu'elle buvait deux verres de whisky le soir, je suis étonnée, je vais essayer de voir cela avec elle, bien sûr en faisant semblant de rien, mais je vais essayer d'avancer sur le sujet* ». Aucun élément de cet ordre n'est rapporté par Jeanne lors des entretiens, hormis le fait qu'elle a « *du panaché sans alcool* » chez elle. Lors des entretiens, les propos tenus au sujet de la santé sont normatifs et exprimés en termes « *d'interdiction à faire* » : ne pas fumer le joint, ne pas boire, « *ne pas fumer près du ventre* » pour les poumons du bébé, ne pas manger trop gras, ni trop salé. Interdictions qui lui sont données par son médecin traitant. Ce qui fait rire Jeanne : « *Je n'ai jamais touché au joint* ».

Tâches domestiques et accompagnement social

Au niveau de la répartition des tâches domestiques, Jeanne s'imagine « *s'occuper du bébé* » et imagine en riant, Eric « *s'occuper du ménage* ». Jeanne dit être « *fan et maniaque du ménage* » et du « *grand ménage* ». Dans ses mots, elle dit avoir « *un seuil de tolérance zéro* » au désordre, à l'encombrement et à la saleté invisible, ce pourquoi elle déplace ses meubles, les nettoie de fond en comble et recrée régulièrement son espace de vie (c'est-à-dire toutes les semaines) : « *Quand ma maison est dégueulasse, je ne suis pas à l'aise, j'ai honte [...] Ma mère, elle est pareil, ça nous fait honte* ».

Elle dit par la suite être soucieuse de la propreté corporelle : « *Mon enfant, je vais le laver, il sera très propre, on ne pourra pas dire que je m'en occupe mal* ». De l'expérience de sa mère, elle a gardé un rapport étroit à la propreté et à la netteté de sa présentation, elle me dit toujours craindre « *sentir mauvais* » ce qui la « *dégoûte* ». Elle change plusieurs fois d'habits par jour, quand elle le peut. Jeanne explique que les éducateurs du foyer-résidence la trouvent de fait, tout à fait capable de vivre de manière autonome dans un logement « *à l'extérieur* ». Jeanne fait le lien entre ces mesures d'hygiène et de propreté et le regard porté sur elle, et par exemple les visites des éducateurs spécialisés de son foyer la rassurent sur son hygiène et lui font « *de la compagnie* ». Cet engouement à faire le ménage la pousse à ne plus vouloir accepter quiconque chez elle, qui ne soit pas travailleur social (les voisins et amis de son foyer-résidence) : « *Les visites me laissent en effet peu de temps pour faire mon ménage* ». Devant son insistance à parler du « *ménage bien fait* », j'approfondis lors de l'entretien les raisons qui la poussent à donner à voir l'image d'une « *parfaite ménagère* » et de se sentir « *obligée de nettoyer* ». Jeanne répond alors que c'est le « *regard des gens* » qui la pousse à

agir de la sorte.

« Ben moi, si les gens voient ça [un enfant barbouillé de chocolat], ils peuvent se dire dans leur tête, ouais, elle ne prend pas soin d'un petit, c'est toujours sale et tout, quand c'est pour s'en occuper tu vois [...]. J'aurai toujours un petit linge, un morceau de tissu pour le nettoyer ».

Pour elle, le « regard de l'autre » est déterminant dans sa manière d'être dans la vie quotidienne : ce regard lui fait éprouver « de la peur » et plus précisément « la peur de leurs réactions ». « L'autre » n'est pas nommé comme une entité personnalisée ; j'en déduis qu'il représente les personnes non handicapées. Jeanne dit avoir trouvé le signe que ces personnes « ont des pensées sur elle » : « Ils regardent toujours le pied, ils ont toujours les yeux vers le pied ». Ce qui peut vouloir dire que lorsque les personnes ne la regardent pas « droit dans les yeux », elles « pensent à mal » et « Elles sont capables de parler derrière le dos et balancer de droite et de gauche ».

L'idée de « l'enlèvement d'enfant » intervient après cette longue argumentation sur la nécessité du ménage « bien fait ». Elle s'élève contre toutes les personnes, les collègues de travail principalement, qui lui ont déjà tracé la destinée de l'enfant : « Ils m'ont tous dit que mon tchiot allait être enlevé, parce que je ne saurai pas m'en occuper ». Elle dit ensuite après s'être présentée comme « maniaque avec le ménage » :

« Ce n'est pas possible parce que moi, j'suis maniaque avec les tchiots [...] si on m'enlève mon tchiot après je vais me casser la tête à le récupérer. Après je vais galérer, et moi, mon tchiot, il n'y a personne qui va le toucher ».

Les raisons de « l'enlèvement d'enfant » représentent pour elle, ne pas s'en occuper, et « le laisser dans un coin et de le laisser pleurer ».

Ces anticipations négatives résonnent en elle au vu de son histoire institutionnelle et du fait que l'enfant de sa sœur a aussi été placé dès le plus jeune âge. Le simple fait de « voir une éducatrice » pour Jeanne peut impliquer « l'enlèvement de l'enfant ». C'est dire les difficultés qu'elle a pu rencontrer pour mettre en scène sa légitimité à être-au-monde et à être mère. On comprend là le processus produit par la nécessité de construire un discours, de rendre visibles des pratiques conformes aux attentes des travailleurs sociaux, qui font autorité ; mais aussi de correspondre aux attentes qu'elle croit être celles d'une chercheuse en sciences sociales.

Points forts - Jeanne

L'étude de la situation de Jeanne fait apparaître les points suivants :

- La grossesse de Jeanne est planifiée. Elle est acceptée voire encouragée par les membres de sa famille.
- Jeanne veut se protéger et protéger son enfant de la violence présumée de son compagnon, en réaction à son expérience personnelle ancrée dans l'histoire familiale (tous les enfants ont été placés dans des foyers de l'enfance en raison de la violence de leur père).
- L'enfant est ce qui lui permet de penser et de recommencer une « nouvelle vie ».
- La construction de son rôle de mère consiste à éviter les conduites de santé pensées dangereuses pour l'enfant. Ces conduites de santé représentent ses repères comme mère et sont construites en réaction aux préjugés des professionnelles à son égard (au vu de sa potentielle consommation d'alcool).
- Le regard de « l'autre » est perçu comme une surveillance et Jeanne exprime la peur des préjugés et la peur de l'enlèvement de son enfant. Jeanne sait que son rôle ne correspond pas aux normes sociales et qu'il pourrait lui être refusé. Elle doit convaincre qu'elle est digne de confiance, tout en sachant qu'elle ne correspond pas au modèle habituel de mère.
- Pour montrer qu'elle est capable d'être mère, Jeanne insiste sur l'hygiène de la maison, corporelle et vestimentaire. Comme le lui a appris sa mère, elle a gardé un rapport explicite à la propreté et à la netteté de sa présentation. Dans son analyse des symboles pour l'étude du stigmat, Goffman nommerait cette information un « *désidentificateur* » : un signe qui tend à briser un tableau autrement cohérent, mais pour le modifier dans un sens positif voulu par leur auteur, et dont l'effet n'est pas tant de poser une nouvelle revendication que de mettre en doute celle qui existait virtuellement (2011 [1975] : 60).

Portrait 5 : Marie. Jeune femme enceinte de son premier enfant

Rencontres avec Marie

Marie est âgée de 23 ans lorsque je la rencontre pour la première fois en avril 2011. Elle m'est présentée par la responsable de service d'un ESAT de la région du nord en ces termes : « *Une déficiente moyenne, très moyenne, ne sachant ni lire, ni écrire. Elle provient d'une famille de gitans* ». Marie parle couramment et de manière intelligible. Elle est sous protection juridique (tutelle) et bénéficie de l'AAH en sus de son salaire de l'ESAT. Marie est enceinte de son premier enfant, une fille, dont la naissance est prévue en juin 2011. Elle a

choisi le prénom de sa fille, entendu dans une chanson et qui est un dérivé de son propre prénom.

J'ai effectué trois longs entretiens avec Marie en avril et mai 2011, au sein de l'ESAT dans lequel elle travaille en qualité de repasseuse. Marie dit apprécier ces rencontres qui lui donnent l'occasion de rester assise et de se reposer. Lors du premier entretien, elle répond par des phrases brèves, ce qui me demande d'utiliser des relances et des reprises continues afin d'approfondir les échanges. Lorsque je lui pose des questions relatives à sa situation personnelle, Marie ne veut pas y répondre, en me disant : « *C'est rien, c'est des trucs de famille* ». Néanmoins, elle entre progressivement dans les détails au fur et à mesure de l'avancée des entretiens et des rencontres. A l'oral, Marie utilise parfois la forme négative en guise de la forme affirmative, ce qui peut porter à confusion dans la compréhension de son discours. Elle ne saisit pas, par exemple, la dimension négative du mot « danger ». Marie sait à peine lire et écrit son nom et son prénom d'après un modèle. Après une scolarité difficile en école ordinaire, elle est allée dans un Institut Médico-professionnel jusqu'à ses 20 ans. Elle est ensuite restée deux années chez elle, avant d'entrer à l'ESAT.

Contexte familial

Marie habite un petit appartement d'un quartier HLM de la ville de L. avec son compagnon, travailleur intérimaire (pas considéré comme une personne « handicapée ») qu'elle a connu en 2005 par l'entremise de sa marraine ; avec un oncle fils de sa grand-mère ; avec sa grand-mère (la mère de son père) qui présente une déficience motrice et se déplace en fauteuil roulant. Marie a préféré ne pas faire les entretiens à son domicile : « *Il y a trop de monde, et ce que je vais dire ne regarde personne* ». La grand-mère a élevé Marie dès sa naissance, parce qu'elle a été abandonnée par sa mère. La grand-mère a été aidée dans cette tâche par sa fille, la tante de Marie, que celle-ci appelle « *Maman* » ou sa « *mère adoptive* ». La grand-mère de Marie a eu 12 enfants dont deux sont décédés de maladie, et un accidentellement par noyade dans un lac. Marie voit ses oncles et tantes aux baptêmes, communions, mariages et enterrements qui sont célébrés depuis toujours à l'église d'E. (Quartier de L.). A Noël, les familles restent entre elles. Marie a prévu de faire le baptême de sa petite fille à l'église : « *Chez ma grand-mère, on est chrétien, on baptise tout le monde, Dieu est avec nous* ». Seuls, les membres de sa famille proche seront invités à ce baptême : grand-mère, mère adoptive, marraine, parrain, belle sœur, oncle et un copain de l'oncle. Le père de Marie vivait avec eux et est décédé avant 2005 des conséquences de son addiction à l'alcool. Marie compte beaucoup sur l'expérience maternelle de sa grand-mère pour élever sa

petite fille, au grand dam de la responsable de service de l'ESAT qui avait obligé Marie à accepter l'aide proposée par un service de soutien à la parentalité. Marie a refusé toute aide proposée par ce service : « *Ma grand-mère me suffit pour élever ma petite* ».

Le compagnon de Marie est âgé de 40 ans et a eu, d'une précédente union, trois enfants qu'il ne voit plus. Il est reconnu par les professionnelles de l'ESAT comme : « *Une personne très violente et souvent alcoolisée* ».

Contexte de la naissance de l'enfant

Marie n'a pas assisté aux cours d'accouchement donnés à la maternité dépendante du Centre Hospitalier Régional de L., par peur de voir la table d'accouchement : « *Je préfère... découvrir ça, quand j'accoucherai* ». Marie n'a aucune connaissance du déroulement d'un accouchement, elle se demande seulement si elle va accoucher « *normalement ou par césarienne* ». Une passagère qu'elle retrouve tous les matins dans l'autobus (qui lui permet de se rendre à l'ESAT) lui explique les conditions de la naissance et les soins à donner au futur bébé (les soins du cordon ombilical, par exemple). Pas une seule information ne lui a été donnée ni par ses proches (grand-mère et tante), ni par le médecin de la maternité, dont Marie dit : « *Il fait les visites et c'est tout* ». Les divers professionnels de l'ESAT (responsables d'atelier, éducatrice spécialisée, responsable de service...) ne lui ont pas non plus donné de plus amples informations à ce sujet. Ne sachant pas lire, elle ne trouve pas de sources d'informations adaptées et fiables, hormis celles de la passagère de l'autobus et de la sage femme de la maternité (mais Marie ne dit pas comprendre tous les propos de cette dernière et n'ose pas demander la signification des « *mots difficiles* »). Marie dit avec reproche : « *L'ESAT, n'est qu'un lieu de travail et c'est tout. On ne parle de rien d'autre* ». Marie compte allaiter la première nuit et donner le biberon ensuite. La sage-femme de la maternité lui a conseillé d'allaiter tout le temps qu'elle resterait chez elle « *pour le bien de la petite* ».

Marie a désiré cet enfant. Parce que les membres de sa famille en avaient, elle s'est dit : « *Pourquoi pas moi ?* ».

Situations de violence extrême et de santé précaire

Marie reçoit régulièrement des coups portés par son compagnon et s'est fait recoudre une blessure au front huit jours avant son accouchement. Marie a déjà été battue à plusieurs reprises avant d'être enceinte par son compagnon, mais aussi par des amis de ce dernier. Des bagarres et disputes entre hommes de la famille et de passage sont récurrentes au sein de son foyer. Lorsque j'apprends ces faits par la responsable de service de l'ESAT, je suis étonnée de

la banalisation du ton et du propos, comme si déficience intellectuelle, relation conjugale et violence allaient de soi. Lors des entretiens, Marie ne parle pas des actes de violence dont elle est l'objet, mais elle raconte « *des bagarres entre hommes* ». Lorsque je lui pose des questions sur la violence exercée sur elle, elle répond ne rien subir. Elle demande à son compagnon de « *faire attention* » à elle en raison de son état de grossesse. Un peu comme si la grossesse la protège des coups portés. En aparté, une professionnelle de l'ESAT dit après que je lui demande des précisions concernant la dernière agression avant l'accouchement : « *La responsable de service a alors dit à Marie : "tu es responsable. Tu dois savoir faire ton choix". Aucun signalement n'a été fait. Marie a travaillé et on l'a laissée repartir chez elle* ». Tous les messages portés à Marie l'indiquent comme seule responsable de ce qui lui arrive, parce qu'elle ne veut pas quitter son compagnon.

Je prends connaissance d'une partie de la situation sociale et sanitaire de Marie alors que je me trouve dans le bureau de la responsable de service de l'ESAT qui ne me donne pas d'information plus précise au sujet des détails qui vont suivre. Elle reçoit un appel téléphonique d'une assistante de service social d'un pôle de prévention santé qui intervient régulièrement au domicile de Marie, en raison de la présence de tuberculose dans ce foyer depuis 2003. Marie dit qu'elle a elle-même contracté cette maladie et suivi un traitement médical pendant six mois. Pour les mêmes raisons, son oncle a été hospitalisé pendant un mois et demi et il présente encore des signes de la maladie. Au téléphone, la professionnelle du pôle de prévention santé est très inquiète car la tuberculose n'est pas éradiquée au sein du foyer. Elle explique à la responsable de service de l'ESAT devoir rédiger une « information préoccupante »⁷¹ si la situation sanitaire de la famille ne s'améliore pas. En raison de la tuberculose, la notion de « danger » est présentée à Marie par son tuteur et la responsable de service, lors d'une entrevue à ce propos. Suite à cette entrevue, Marie parle de cette notion comme une situation qui lui fait peur et qui nécessite peut-être une mise à l'écart de chez elle, sans son compagnon et sans « sa maman », dans un foyer d'accueil mère-enfant pendant

⁷¹ Depuis la loi N°2007-293 du 05/03/2007 réformant la Protection de l'Enfance, c'est le Président du Conseil Général qui "est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être" (article L.226-3 du Code de l'action sociale et des familles). Une information préoccupante est constituée de tous les éléments susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger.

quelques semaines. Marie dit à ce sujet : « *Mon copain veut faire le bonheur avec moi de la petite et l'assistante sociale de l'ESAT m'a dit : " vous êtes assez grande, vous êtes majeure pour ne pas vous laisser influencer par le père de la petite ", elle se met un petit peu à ma place* ». Marie est mise devant un choix impossible à faire. Habiter dans le foyer d'accueil implique, pour Marie, une séparation d'avec son conjoint, situation qu'elle ne désire pas, mais aussi et surtout, quitter sa grand-mère dont elle s'occupe matin et soir en raison de son état physique. Ne pas suivre les conseils donnés par l'assistante du service social de l'ESAT la met dans une situation de porte à faux par rapport à l'institution.

La proposition de l'hébergement séparé est en premier lieu discutée entre le tuteur de Marie et la responsable de service de l'ESAT, sans la présence de Marie, la première concernée. Après avoir visité un centre maternel, accompagnée de son tuteur, Marie refuse la proposition d'hébergement car elle veut que la petite fille à naître connaisse son père, mais aussi parce que le centre d'accueil refuse l'accueil du compagnon et de ses chiens. Marie refuse toute forme de séparation et surtout veut continuer à vivre avec sa grand-mère qui ne peut sortir de son appartement (en raison de l'absence d'ascenseur dans l'immeuble), vit cloîtrée chez elle et bénéficie matin et soir d'un service d'aide médicale à domicile. En aparté, une éducatrice spécialisée dit à ce sujet : « *Je connais la psy qui a connu Marie plus jeune. Elle comprend que Marie ne puisse pas quitter sa grand-mère, sa famille. Ils sont romanos et ne peuvent vivre les uns sans les autres. C'est dommage ce qui arrive, il y a tant à faire avec Marie* ». Une année après les entretiens à l'ESAT, j'apprends incidemment que Marie habite à l'heure actuelle avec son compagnon et sa fille dans un autre appartement, sans la grand-mère.

Lors de la conversation téléphonique entre la responsable de service de l'ESAT et l'assistante de service social du service de prévention santé, la première dit à la seconde : « *Marie conceptualise (sic) bien sa grossesse* ». Chose qu'elle contredit en raccrochant le combiné : « *Marie n'est pas au clair avec sa réalité. Elle n'est pas consciente des choses. Jeanne l'est plus* ». Une étudiante qui a effectué un stage de formation à l'ESAT précise : « *Pour la responsable de service, il était inconcevable que Marie sache s'occuper de sa petite fille* ».

Une professionnelle de l'ESAT dit après l'accouchement de Marie : « *C'est dur... je ne suis pas allée à la maternité, car je veux bien dormir et je m'imaginai voir et anticiper tous les problèmes qu'elle allait rencontrer. Je voulais dormir. Je me suis caché la face et je me suis dit « je ne vais pas à la maternité », trop peur de voir ce qu'il y avait à faire et ne rien pouvoir faire. Ce bébé arrive dans un milieu de violence et d'alcool* ». Elle ajoute aussi lors

d'une autre entrevue : « *Je la sens incapable de se débrouiller, rien que pour les biberons, comment fait-elle ? Elle qui n'est pas orientée ni dans le temps, ni dans l'espace !* ».

L'avenir anticipé

Marie a inscrit sa petite fille dans la crèche située au bas de son immeuble. Les horaires et l'organisation sont anticipés avec rigueur et ordre chronologique : « *Je l'ai inscrite à la garderie en face de chez moi pour quand je travaille et puis, quand je vais reprendre, je vais la conduire à 7h, il faudra me lever de bonne heure et la conduire, et après m'en vais prendre mon bus pour aller travailler. Et tant que je ne travaille pas, je suis en congé de maternité, je vais la garder, je ne vais pas la... mettre en crèche, comme ça, j'en profite un petit peu* ». Pour Marie « *bien s'occuper de son enfant* », c'est anticiper les signes de la maladie et l'amener à l'hôpital si la situation se dégrade (un hôpital est proche de son domicile). C'est aussi avoir une hygiène irréprochable : « *Bien laver la petite et bien l'habiller avec des habits propres* ». Marie compte sur les services de la maternité pour apprendre les gestes du quotidien jusqu'à ce que ces gestes deviennent « *une habitude* ». Les rôles de chacun dans la famille ont déjà été répartis : à la mère les soins au bébé, les changes, la préparation du biberon ; au père, le portage du bébé alors que la mère prépare le biberon. Il a déjà refusé par anticipation d'effectuer les changes de l'enfant.

Les représentations de Marie au sujet de la « bonne famille » qui suivent, sont intéressantes à plus d'un titre : elles mettent en scène une famille qui correspond à la norme sociale, dont les parents travaillent et qui ont un salaire et « *de quoi manger* ».

Marie : Après, il [son compagnon] m'a promis qu'il allait... qu'on allait être une bonne famille, moi, la petite et lui, mais je verrai bien la suite, après.

CG : Une bonne famille, c'est quoi pour vous une bonne famille ?

Marie : C'est bien s'en occuper, bien s'occuper de nous, bien vivre ensemble comme une vie normale, comme tout le monde.

CG : Mmmm

Marie : Avoir une vie normale, comme tous les gens.

CG : Mmmm... Tous les gens autour de vous alors ?

Marie : Autour de nous ou ailleurs, je ne sais pas

CG : Mmmm

Marie : Pas forcément autour de nous

CG : Et c'est quoi une vie, une famille normale alors pour vous ?

Marie : Ben, s'occuper d'un petit.

CG : Oui

Marie : Bien le voir grandir, bien s'occuper de nous deux, qu'on travaille, qu'on... qu'on a des sous tout ça pour bien nourrir la petite et nous, tout ça.

CG : Mmmm

Marie : Qu'on n'est pas sans rien.

CG : Mmmm

Marie : Qu'on ait toujours des sous pour vivre, et manger.

CG : Le principal, c'est avoir de l'argent pour continuer à vivre, à pouvoir bien vivre.

Marie : Mmmm

CG : Que la petite ait toujours à manger.

Marie : Mmmm

CG : Mmmm

Marie : *Je veux dire, qu'il n'y ait jamais de problème sur ça. Si j'ai besoin de plus d'argent, tout ça. Il sait très bien que le tuteur en donnera, il n'y a pas de problème.*

CG : Et puis, vous avez votre salaire ?

Marie : *Mmmm. Il l'a déjà dit sur ça, si j'ai besoin de plus d'argent, faut que je lui demande. Si j'ai besoin de plus, pour acheter des choses en plus, pour la petite.*

CG : Mmmm

Points forts – Marie

L'étude de la situation de Marie fait apparaître les points suivants :

- Marie fait le lien avec son passé d'enfant abandonnée et ses rapports avec sa famille. Son réseau familial est dense mais peu protecteur comme en témoignent les violences dont elle est l'objet. Les faits de violence sont banalisés par la responsable de service, comme s'ils allaient de soi.
- Sous couvert d'autodétermination, Marie est mise devant l'injonction impossible proposée par les intervenantes sociales : quitter son foyer. Il lui faut décider de son avenir seule dans une situation où elle est fragilisée par sa grossesse, la vie précaire et la situation de violence subie.
- Marie ne sait pas lire couramment, elle a peu de facilités d'accès aux informations sur l'accouchement et les premiers soins au bébé. Marie n'a pas participé aux cours d'accouchement prévus à la maternité, de même que toutes les femmes que j'ai interviewées.
- Marie donne une représentation du modèle d'une famille « normale » dont les caractéristiques positives sont idéalisées (avoir de l'argent pour pouvoir nourrir les enfants), bien différente de son expérience personnelle (Marie est sous tutelle et son compagnon vit d'expédients).

Portrait 6 : Thérèse. Mère dont les enfants viennent d'être placés en institutions sociales.

Rencontres avec Thérèse

Je rencontre Thérèse sur proposition d'une médiatrice familiale (de formation éducatrice spécialisée), dans le cadre d'un service de médiation familiale de la région lilloise, en novembre 2010. Thérèse est âgée de 42 ans. Elle m'est présentée ainsi par la médiatrice familiale : « *Une personne déficiente moyenne, avec beaucoup de courage* ». Elle-même se

définit comme : «*Longue à la détente, avec des difficultés de langage et de prononciation, quand le mot est difficile* ». Néanmoins, Thérèse est en capacité de répondre aux questions posées lors de l'entretien, et d'entretenir la conversation.

Thérèse est salariée à l'ESAT de T. Je n'ai pas eu de renseignements concernant la nature de la mesure juridique qui la concerne : tutelle ou curatelle. Thérèse bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Elle est mariée à Xavier qui travaille en milieu ordinaire (je n'ai pas eu de renseignement au sujet de son métier).

Thérèse traverse une situation qu'elle qualifie de « *situation de crise et de désespoir* », due à des faits de violence quotidiens dans le couple. L'entretien se déroule dans une atmosphère émotionnelle forte.

Thérèse est adressée au service de médiation familiale par une assistante de service social de secteur, qui a été saisie dès le placement des enfants, par le commissariat de police. Elle est en contact avec un juge des enfants et un avocat. La médiatrice familiale qui m'a contactée est présente lors de la première rencontre. Le but de cette rencontre était que nous fassions connaissance et que je lui propose des entretiens à domicile.

Thérèse porte un grand sac plastique lorsqu'elle entre dans la pièce du service de médiation. Ce sac contient pêle mêle une multitude de papiers administratifs à propos desquels elle dit comprendre peu de choses. Le but de sa visite au service de médiation familiale est de l'orienter au mieux dans les méandres d'un système judiciaire « *difficile à comprendre* » selon elle. Ceci pour envisager le retour de ses enfants à domicile alors qu'ils ont tous été placés en raison de faits de violence exercés sur eux par son époux. Thérèse est désorientée, elle manifeste de la perplexité et du dépit face à la tâche insurmontable pour elle de récupérer ses enfants. Elle ne comprend plus rien : ce sont ses enfants et elle qui « paient » cette situation dont ils ont pourtant été les victimes. Le service de médiation familiale est envisagé comme le dernier recours par les multiples acteurs qui entourent Thérèse, pour régler sa situation.

Quand la violence dans la sphère privée, révèle la déficience intellectuelle dans la sphère publique

Depuis une vingtaine d'années, dès le début de son mariage, Thérèse est victime de violences conjugales d'une forte intensité. Les violences ont pris progressivement des formes psychologiques, verbales, économiques et physiques. Thérèse dit de cette expérience : « *Je suis restée vingt ans avec lui et je n'ai jamais rien dit parce que j'avais peur que mes enfants soient placés, mais j'ai quand même l'impression que je suis responsable* ».

Thérèse a quatre enfants de cette union, trois garçons dont l'aîné Benjamin est âgé de 16 ans et une fille Carine âgée de 12 ans qui suit une scolarité adaptée dans un Institut Médico-Educatif en Belgique en raison de difficultés scolaires (lecture, écriture) et de problèmes de langage. Benjamin est inscrit dans un lycée professionnel dans une filière menuiserie. Les deux autres garçons Michel et Christophe sont à l'école primaire. Thérèse a récemment demandé une procédure de divorce et Xavier a refusé en prétextant qu'il devait s'occuper de sa fille handicapée. A propos de quoi, Thérèse dit : « *Il a dit qu'il restait avec elle, comme si c'était une excuse, ce n'est pas bien* ».

Quatre mois auparavant, Thérèse part se réfugier chez sa mère, lasse des coups répétés de son conjoint. Elle laisse alors ses enfants au domicile conjugal sous la responsabilité de Xavier. Suite à un différend au sujet d'une connexion internet, Xavier, en l'absence de Thérèse, s'en prend violemment à son aîné, qui se retrouve selon sa mère « *en caleçon, dans la rue* ».

A propos de ce différend, Thérèse dit de son mari : « *Je le comprends un peu, il ne supporte plus le bruit, le bruit des enfants* ».

Benjamin va directement déposer plainte au commissariat de police. Les garçons sont placés dans trois institutions différentes dans deux villes séparées d'une trentaine de kilomètres, dans les trois jours qui suivent l'altercation. Les deux plus jeunes garçons dans la ville de leur domicile, l'aîné dans une ville différente. Carine est placée en famille d'accueil. Thérèse répète à plusieurs reprises : « *Je ne voulais pas que les enfants soient placés, c'est mes amours, quoi* ». Elle semble étonnée que son fils aîné vienne maintenant l'embrasser alors qu'il ne le faisait jamais, lorsqu'ils vivaient ensemble : « *Je ne sais pas ce qu'il a, il vient maintenant m'embrasser, il semble triste pour moi* ».

Le père des enfants est aussitôt déféré en comparution immédiate et incarcéré. Situation au sujet de laquelle Thérèse dit : « *Je ne suis pas contente, parce que je ne suis pas tranquille, j'ai toujours peur qu'il revienne* ». Thérèse réintègre le domicile conjugal, vide de ses enfants et de son mari : « *Pour moi, ça a été un choc très violent, de voir cette maison vide* ». Elle dit par ailleurs de cette maison : « *Je veux la quitter, parce qu'elle représente trop de souvenirs pour moi [...] ma principale raison de vivre maintenant est de récupérer la garde de mes enfants, mais malheureusement, je ne sais comment faire* ».

Un isolement subi et construit

A mes demandes d'entretiens à domicile, Thérèse me prévient qu'elle ne peut pas parler plus de quinze minutes : « *Après je m'embrouille dans les mots [...] en paroles, je me perds*

beaucoup [...] on m'a toujours appelée « COTOREP » et du coup, j'ai toujours cru que c'était vrai [...] je suis un peu coincée par moments ».

Elle évoque ensuite la confiance qui peut être mise en jeu dans une relation duelle.

« Il faut faire confiance à la personne, on a toujours un peu peur de se faire rouler, peur de dire trop de choses qui peuvent nous porter du mal, ma sœur me le dit souvent : « tu parles trop ». Je me suis trop fait rouler parce que je parlais trop ».

Devant ces injonctions « à se taire », Thérèse s'est retrouvée dans un processus d'enfermement : *« Je me suis renfermée, renfermée sur moi-même [...] on me l'a tellement dit Babache⁷², COTOREP, que j'en suis venue à me taire ».*

Dans cet enfermement sur soi, Thérèse a trouvé de l'aide auprès de sa gynécologue et d'un psychiatre avec qui elle essaie de trouver des solutions pour remédier à sa situation délétère. Thérèse considère sa gynécologue « *comme une amie* ». Elle dit : *« Elle me débrouille mes affaires, j'ai confiance en elle ».*

Je me présente deux fois au domicile de Thérèse, je trouve à chaque fois porte close. Je lui téléphone trois fois et laisse des messages sur son répondeur. Sans réponse à mes appels, j'ai hésité à la contacter par le biais de l'ESAT où elle travaille. J'ai jugé bon ne rien en faire.

Points forts – Thérèse

L'étude de la situation de Thérèse fait apparaître les points suivants :

- Thérèse intériorise le stigmate du handicap. Elle évoque sa difficulté à communiquer oralement. La peur de la révélation du handicap et des difficultés de langage et de compréhension qui en sont liées participe à son repli sur soi et, son repli du monde social. Thérèse annonce avant que je m'en aperçoive le degré de visibilité de son stigmate : *« L'information quotidiennement disponible sur soi-même est la seule base de départ possible lorsqu'il s'agit de décider quelle tactique adopter à l'égard de son stigmate, quel qu'il soit. Par suite, tout changement de la façon dont l'individu doit toujours et partout se présenter ne peut, pour cette raison précise, qu'être fatal [...] »* (Goffman 201 [1975] : 65).
- Les faits de violence vécus par les enfants dans la sphère privée révèlent dans la sphère publique la violence vécue par la mère depuis une vingtaine d'années et, son « handicap mental ». Thérèse ne remet pas en question la violence subie, elle l'explique. Les placements

⁷² Un-e « babache » est dans le patois picard, un-e « simplet-te », un-e « imbécile ».

des enfants sont effectués en raison des incapacités présumées de Thérèse à s'occuper d'eux seule (le père est emprisonné), alors que depuis une quinzaine d'années rien ne semble lui avoir été reproché par l'institution sociale au sujet de l'éducation de ses enfants.

- Thérèse se rend responsable des événements vécus par sa famille en raison de son « handicap mental ». Elle se mésestime et son investissement dans le couple s'est fait au détriment de ses droits personnels. Ce rôle sacrificiel est fortement attaché à son identité de femme. Rôle que l'on peut retrouver chez Anna (Portrait 1) et Cassandra (portrait 2). En raison de leur « handicap », elles sont prêtes à tout accepter pour vivre une vie selon elle, normalisée (avec des conjoints qui ne sont pas considérés comme « handicapés »).
- Selon Thérèse, la confiance est nécessaire pour faire face à l'incertitude des interactions sociales. Thérèse reste sur ses gardes et n'accorde pas facilement sa confiance à autrui (sur injonction de sa sœur) en raison d'expériences passées qui lui ont porté préjudice.

Portrait 7 : Sandra. Mère de deux enfants placés en famille d'accueil

Rencontres avec Sandra

Sandra a 37 ans lorsque je la rencontre pour la première fois, au mois de septembre 2010. Nos rencontres sont régulières jusqu'au mois d'avril 2011 : tous les mercredi après-midi, toutes les trois semaines environ, à son domicile. Sandra a mon numéro de téléphone et m'appelle de temps à autre pour que je lui prête un appareil photo. La dernière occasion est la naissance de sa petite nièce. Sandra a prêté l'appareil photo à son frère qui m'a remerciée par téléphone, nous avons imprimé les photos. Sandra retient de mémoire la date de nos rendez-vous. Elle ne présente pas de difficultés liées au langage. Elle lit couramment à haute voix (elle dit ne pas savoir lire « *dans sa tête* »). Sandra parle fort et abondamment, sa position est d'exprimer à haute voix « *ce que les autres pensent tout bas* ». Elle utilise l'humour pour désamorcer les situations tendues ou les échanges sous l'emprise des émotions. Elle m'est présentée par une éducatrice spécialisée comme « *porteuse d'une déficience moyenne assortie de troubles psychiques* », ce qui explique qu'elle bénéficie d'un accompagnement social d'une association pour personnes en situation de handicap psychique. L'éducatrice spécialisée est salariée de cette association. Chaque mardi soir, un éducateur et une éducatrice spécialisés de cette association viennent alternativement lui rendre visite à domicile. Sandra dit qu'avec l'éducatrice « *On parle des trucs de femmes* » et avec l'éducateur « *des trucs liés à l'appartement et à ma recherche de logement, du boulot et des visites des enfants* ». Un ami de Sandra, que je rencontre régulièrement, dit en riant : « *Sandra dit « Ouf » quand ils s'en*

vont ». Sandra vit seule et a des amis de passage. Elle a vécu de manière intermittente avec deux hommes qui sont les pères de ses deux enfants. Son premier compagnon est décédé et elle ne voit plus le second. Le premier a eu des soucis avec la justice car il soutirait de l'argent du compte de Sandra (chèques sans provision), le second a un temps été emprisonné pour escroquerie. Depuis lors, Sandra est sous protection tutélaire (tutelle).

Un logement insalubre

Le logement de Sandra se situe dans un quartier dit « populaire » de la ville de L. Une rame de métro aérienne longe la rue de son logement. Sandra habite le rez-de-chaussée dans un petit appartement d'une pièce dans une maison qui regroupe deux locataires. Son logement est qualifié d'insalubre. Son loyer mensuel est de 300 Euros.

La seule et unique pièce de l'appartement est sombre : le volet est à demi ouvert. Sandra le laisse ainsi pour éviter d'être vue de l'extérieur par les usagers du métro aérien. Un canapé-lit ouvert en permanence prend toute la place de la pièce et il est difficile d'accéder au coin cuisine : des meubles et de la vaisselle y sont entreposés. Une table est encombrée d'objets de toute nature. Elle est disposée sur le mur en face du lit et un petit espace permet d'accéder à une petite salle de bain où des cartons d'habits sont amoncelés. Lors des entretiens, je suis assise sur le bord du lit, les pieds coincés sous la table, le sac posé sur le lit. Aucun endroit n'est disponible pour poser mes affaires. Des photos et un billet d'un concert de Johnny Halliday sont punaisés sur le mur. Une petite télévision allumée en permanence est sur un meuble de chevet placé en bout de lit ; trois chats dorment sur des cartons empilés les uns sur les autres et sur la télévision. Des chatons dorment dans un grand carton, enfouis dans des pulls de laine. La litière des chats se trouve dans la petite salle de bain. Une odeur tenace et suffocante envahit l'atmosphère. Impossible pour Sandra d'ouvrir la fenêtre pour aérer la pièce principale : l'appui de fenêtre est envahi d'objets de toutes sortes (petites appareils radios, ustensiles de cuisine...) et des chats du voisin. Lors des premières rencontres, j'éprouve de la difficulté à supporter cette odeur. Je ne dis rien de mon malaise. Sandra se procure par la suite un diffuseur d'odeurs afin de rendre plus agréables les conditions d'entretien. Elle se plaint de l'humidité constante de l'appartement qui imprègne le linge et se dépose sur chaque objet de la maison. Sandra attribue ses maladies respiratoires à cette humidité. Des problèmes de plomberie l'obligent parfois à faire la vaisselle dans la salle de bain. Le rêve de Sandra est d'obtenir un appartement de type F3 (avec deux chambres) :
« Moi, j'aimerais deux chambres. Une chambre pour moi et une chambre pour les enfants quand ils viennent ».

Être mère par intermittence

Sandra est mère de deux garçons, N. âgé de 12 ans et D. âgé de 8 ans. D. est le prénom du fils d'un chanteur connu dont les photos décorent le logement de Sandra. Ses deux garçons vivent dans une même famille d'accueil après avoir été placés en foyer de l'enfance. Ils sont séparés de leur mère depuis leur plus jeune âge : à deux ans et demi pour le premier et à 14 mois pour le second. Sandra l'allaitait encore. Sandra déplore que D. ne sache plus l'embrasser : « *Avant tu vois, il me faisait plein de bisous ; maintenant il ne sait plus m'en faire depuis son placement et je dois lui réapprendre à me faire des bisous* ». Un assistant social de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) organise les rencontres bimensuelles avec ses deux enfants dans les locaux du service ASE de secteur. Sandra rencontre chaque enfant seul, à des horaires différents, le mercredi matin « *quand la famille d'accueil n'est pas en retard* ». Avant chaque visite, elle prévoit d'acheter la pâtisserie préférée de chacun des deux garçons. De temps à autre, elle revient avec une pâtisserie, très déçue parce que tel ou tel fils n'en a pas voulu ou parce que l'un des deux n'a pas voulu l'embrasser. Elle reçoit régulièrement un courrier lui confirmant les dates de la prochaine rencontre avec ses enfants ou un rendez-vous administratif. Il est arrivé, et j'ai été témoin de ce fait, qu'un courrier l'invitant à une réunion à l'école de son fils, en difficultés scolaires, arrive le jour même du rendez-vous, une heure plus tard que le rendez-vous fixé. Sandra ne pouvait s'y rendre sans risquer de s'y présenter en retard. Le trajet est long entre son logement et l'école, proche du domicile de la famille d'accueil. Sandra s'est alors emparée du téléphone, a exprimé sa colère à la responsable du courrier. Elle signalait avec lucidité que ce retard pouvait lui être préjudiciable, le rendez-vous manqué lui être reproché, alors qu'elle n'était pas responsable de ce retard. Le matin même de ce rendez-vous, elle était avec son fils dans les bureaux de l'ASE. Situation inextricable pour elle.

Elle consacre toute son énergie à récupérer ses garçons en fin de semaine : pour cela elle doit changer d'appartement, trop exigü et trop insalubre pour les y recevoir, et être, selon ses termes, une mère « *zéro faute* ». Ce projet est pour elle « *un combat sans relâche* », alors que le père de D. a obtenu la garde de son fils le week-end. Situation que Sandra ne comprend pas en raison du caractère violent et de l'addiction à l'alcool du père de son second fils : « *Il crie fort, il est trop violent, il leur fait peur alors il réussit à avoir tout ce qu'il veut* ». Sandra est profondément touchée par ce qu'elle qualifie « *une grande injustice* » en nommant « *la faiblesse des travailleurs sociaux qui se laissent avoir par le père de D.* ». Ce dernier a déjà outrepassé les règles de rendre son enfant à la famille d'accueil en fin de week-end : l'enfant a

été retrouvé dans un squat par les services de gendarmerie, visionnant des films pornographiques. Sandra dit : *« A son âge, il ne doit pas apprendre ce truc là. Il faisait des drôles de gestes [...] il avait un drôle de comportement, colérique, quand on allait manger au restaurant, il se roulait par terre et faisait des colères »*.

Un mercredi après-midi, traditionnel jour de ma visite, je vois Sandra très désappointée. Elle tient en main un courrier des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) lui précisant qu'elle ne verrait pas ses enfants de toutes les vacances de Noël et que son second fils passerait quelques jours chez son père. Elle avait fait la demande d'obtenir la garde de ses deux garçons l'après-midi de Noël. Une sortie en centre ville étaient prévue et elle imaginait profiter des animations festives. Sandra laisse éclater sa colère, les larmes aux yeux : *« Tu vois, je trouve que les choses ne sont pas égales et pas justes. C'est lui qui est violent et il a la garde le week-end, moi je peux toujours courir »*. Deux amis présents dans sa chambre essaient de la soutenir et de la consoler, tant bien que mal, avec des paroles maladroitement qui participent à faire monter la tension.

Quelques mois après notre dernier entretien, Sandra me téléphone et m'apprend qu'elle a un nouveau logement, ce qui lui permet de passer alternativement le dimanche après-midi avec ses enfants.

Dans un premier entretien, Sandra dit avoir été soulagée par les séparations d'avec ses enfants, car elle était selon ses termes : *« Très stressée et angoissée, je ne mangeais plus »*, mais aussi victime de la violence physique exercée à son égard par le père de son premier enfant et de la violence verbale (insultes) par le père du second. Elle dit à ce sujet : *« Mes deux copains faisaient peur aux enfants, c'était un bien pour eux qu'ils soient placés, ils étaient dans le danger, j'ai voulu les protéger en demandant le placement »*. A la naissance de son premier enfant, elle vivait isolée du monde, enfermée dans son appartement. Sa mère venait l'aider et elle recevait régulièrement la visite du propriétaire de son logement. Il venait s'assurer que tout « allait bien ». Sandra dit que sa mère s'inquiétait beaucoup pour sa santé et pour la santé de l'enfant : *« Elle avait peur que je ne sache pas m'en occuper ; une mère c'est cela, ça s'inquiète pour ses enfants [...] les parents qui ont des enfants qui travaillent à l'ESAT ont peur que leurs enfants ne sachent pas s'occuper des bébés »*.

Puis, quelques entretiens plus tard, elle dit avoir beaucoup souffert de la séparation de ses enfants. Elle a sombré dans la prise compulsive de médicaments anti déprimeurs, et d'alcool. Elle a fait une dépression et trois tentatives de suicide. Les tentatives sont décrites dans le plus petit détail. Les raisons de ces événements sont, pour elle, liées à

« *l'enlèvement de ses enfants* » et plus particulièrement de son second fils. Afin de « *refaire une famille* », Sandra s'occupe de la famille de chats qui envahit son petit logement : « *Je les nourris, je leur fais des câlins, je les embrasse, je me lève la nuit pour les allaiter, je ne sors plus à cause des bébés, je leur fais des biberons* ». Chaque chat (une dizaine) a un prénom et Sandra parle longuement de leur histoire, leur origine, leur caractère et de leurs habitudes, ainsi que de leur place dans la lignée familiale. Elle vérifie par là ce qu'elle pense être des droits et des interdits : « *Ces deux là sont frère et sœur et ils ont eu des bébés ensemble, c'est possible ça ?* ». A sa demande, je photographie Sandra avec ses chatons dans ses bras. Chacun des chats est photographié seul et chaque photo est imprimée. Ils ont trouvé place dans un album avec les photos des enfants, photographiés par leur mère, lors des dernières visites médiatisées. Sandra fait commerce de ses chats « *avec des gens de confiance* », ce qui lui permet de se faire un petit pécule.

Une expérience professionnelle insatisfaisante

Afin de préserver l'anonymat de l'entretien, Sandra souhaite que je l'appelle « *Cendrillon* », parce que « *Sandra-Cendrillon, cela va bien ensemble* ». Elle ne veut pas être reconnue à travers ses propos. Sandra est salariée d'un ESAT de la région lilloise depuis quatre années. En sus de son salaire, elle bénéficie de l'AAH et le total de ses revenus s'élève à 1100 Euros par mois, environ. Ses activités salariées consistent à faire du repassage, de la cuisine et de l'entretien des locaux. Sandra aimerait changer de poste de travail et travailler dans une entreprise ordinaire. Elle déplore que son désir ne soit pas entendu par les professionnels de l'ESAT qui selon elle « *sont très souvent dans leur bureau, sans s'occuper des personnes qui en ont besoin* ». Elle voudrait apprendre l'anglais afin d'aider son fils aîné à faire ses devoirs, car il se trouve en difficultés dans cette matière et ne comprend pas que cette demande ne soit pas entendue à l'ESAT : « *Je m'en veux de ne pas pouvoir l'aider* ». Ce fils aîné, N., a une scolarité difficile et le second est dans un établissement spécialisé de type Institut Médico-Educatif.

Regard porté sur la maternité : la peur de ne pas pouvoir avoir des enfants

Sandra évoque peu de souvenirs de ses accouchements, hormis qu'elle était seule parce que « *les pères ne savaient pas qu'ils pouvaient y assister* ». Elle est allée à un cours d'accouchement pour le premier et à aucun pour le second, faute d'information : « *Comme ils savaient que ça a avait été pour le premier [enfant], ils ne m'ont rien dit pour le deuxième* ». Elle est restée à chaque naissance une semaine à la maternité. Elle a allaité 1 mois et demi le

premier et quatorze mois le second parce que « *c'était mieux pour l'enfant* ». Sandra a rencontré des difficultés pour les soins donnés à son premier bébé et notamment le bain : le bébé se pâmaît alors qu'il était dans la baignoire. Sandra paniquait. En vue de demander de l'aide, elle a fait venir une assistante de service social et la même scène s'est rejouée avec elle. Sandra était étonnée parce qu'elle s'était déjà occupée du bébé de sa sœur auparavant et rien de tel ne s'était jamais passé. Elle dit : « *A la maternité je savais le faire. Laver, le changer, la couche, le biberon [...] mais ça a été plus facile pour le deuxième* ».

Sandra dit que chaque enfant a été désiré : « *J'ai essayé d'en avoir un sur [pendant] 5 ans. Je voyais ma famille, elle avait des enfants et moi, je n'arrivais pas à en avoir. Je faisais des examens entre deux [...] dans ma tête, j'ai toujours eu envie d'avoir des enfants. Je voyais ma famille, ils avaient des gosses. Et dans ma tête je croyais que j'étais stérile. Je voyais des enfants, ma famille, ça me donnait envie d'un bébé quand même* ».

Sur le plan de la contraception, Sandra « en a marre » de prendre la pilule tous les soirs. Elle fait le choix de prendre « la pilule du lendemain » qui lui est donnée par la PMI. Elle dit : « *J'ai des rapports protégés alors je me suis dit : « je prends la pilule mais dans le vide, je m'esquinte à la prendre pour rien* ». Elle envisage d'avoir un troisième enfant, si elle obtient un autre logement.

Un parcours de vie lié à des déplacements institutionnels

Sandra est issue d'une famille de sept enfants qui ont tous été placés, dès leur plus jeune âge, dans des foyers de l'enfance et familles d'accueil différents (en France et en Belgique) : « *Jusqu'à trois, quatre ans on est allés chez des nourrices, puis en foyers* ». Sandra ne connaît pas la raison de ces placements et dit ne pas connaître la vie de ses parents et ne pas vouloir la connaître. Sandra voit toujours ses parents et téléphone tous les jours à sa mère. Le parcours institutionnel de Sandra est chaotique. Placée dans sa petite enfance chez une nourrice (d'où elle n'a que des « *mauvais souvenirs* ») elle est ensuite dirigée dans un institut thérapeutique où elle apprend à lire pour à l'adolescence, être orientée vers un foyer de jeunes filles adolescentes. Enceinte et ensuite jeune mère, elle habite alternativement à son domicile et dans des foyers maternels tous différents, jusqu'au placement de ses enfants. Lorsque les enfants sont petits, elle demande elle-même leur placement dans une Maison de l'enfance départementale, pour les éloigner du danger provoqué par la présence de leurs pères respectifs. Sandra connaît trois juges des enfants et en appelle un par son prénom. Elle connaît tous les dispositifs d'aide et d'accueil de la ville de L. Sandra a été accompagnée par bon nombre de travailleurs sociaux sur le plan judiciaire et de la protection de l'enfance depuis la

naissance de ses enfants, voire depuis son enfance. Le réseau professionnel qui l'entoure est dense. Elle sait où trouver de l'aide si nécessaire.

Regard porté sur le travail social et sur le Centre Médico-Psychologique

Sandra porte un regard très critique sur le travail social et sur l'accompagnement psychologique. Elle reproche aux différentes instances de n'envisager l'avenir qu'en référence aux expériences passées, et aux différents acteurs de lui faire répéter inlassablement les souvenirs douloureux liés à sa petite enfance, son enfance et son adolescence et ses débuts chaotiques dans la vie d'adulte : « *Il faut toujours raconter le passé, le passé... Je n'en peux plus, ils ne peuvent pas parler de l'avenir ? Je répétais toujours la même chose, cela me fatiguait, j'en ai eu marre. J'ai arrêté le CMP [...] Pour moi le CMP, ça ne m'a pas aidée du tout, ça m'a aidée pour une angoisse, c'est tout. La peur sur les enfants. Mais après ça a été plus rien [ça ne m'a plus aidée]* ». Lors de la dernière synthèse la concernant et à laquelle elle assiste en présence des acteurs sociaux qui l'entourent, Sandra quitte la pièce en claquant la porte. Elle explique le lendemain les raisons de son geste. Elle s'empare de mon magnétophone et le tient comme un micro et dit d'un ton élevé : « *J'en ai marre qu'à chaque fois on me rappelle mon enfance, mes maris, j'ai été battue, mes misères. Y'a rien d'autre qui existe dans ma vie ? Moi je dis que si. Je veux un nouveau logement. Je pourrai avoir mes garçons à la maison. Voilà ce que je veux dire !* ».

Sandra et ses amis

Sandra est toujours entourée d'amis, masculins de préférence. Elle prête sa clé d'appartement à des personnes de passage. Il est arrivé à deux-trois reprises que son appartement soit dévalisé, vaisselle, machine à laver le linge et réfrigérateur volés ou donnés. Situation qui fait dire à l'éducatrice de l'association dont elle dépend : « *Sandra est vulnérable et influençable : Sandra ne sait pas dire "Non" à ses amis. Elle se donne envers et contre tout. Saura-t-elle dire « Non » pour protéger ses enfants, si elle les récupère en fin de semaine ?* ». Ses amis vivent en foyer d'hébergement ou sont sans domicile. Très souvent alcoolisées, les soirées passées entre eux se terminent de temps à autre dans des bagarres où les coups portés ne sont pas rares. J'ai rencontré un de ses amis O., visage défiguré suite aux coups portés par Sandra. Sandra avait des ecchymoses à la main. Selon Sandra, O. lui avait manqué de respect. A de nombreuses reprises dans le passé, Sandra a été priée de quitter son logement en raison de tapage nocturne ; mais selon son éducatrice « *Les choses se sont tassées de ce côté-là* ». Sandra a plusieurs amis chez qui elle passe la nuit, collègues de

travail, amis de longue date, ou récemment rencontrés. Elle me dit qu'il lui est arrivé « *de faire ménage à trois* » durant une période assez longue. Durant les entretiens, son téléphone sonne souvent. Sandra répond, donne des conseils, intime l'un ou l'autre « *à ne pas se laisser faire* », trouve des solutions d'hébergement pour des amis dans domicile ; elle règle des histoires qui se sont déroulées lors de la journée passée à l'ESAT, fait des menaces et parfois dit « *remettre les gens dans le droit chemin* ». Sandra a peu d'amies femmes : « *Elles vivent toutes en couple* ». A de nombreuses occasions, j'ai observé que la chambre de Sandra devenait lieu de doléances et d'épanchement de la misère. Sandra écoute et console. Alors que je rendais compte de mes observations, un homme présent dans la pièce me dit en riant : « *Sandra c'est notre assistante sociale* ». Ce à quoi Sandra répond : « *Oui c'est vrai, j'ai de l'expérience* ».

Points forts – Sandra

L'étude de la situation de Sandra fait apparaître les points suivants :

- Les conditions d'existence précaires et notamment la question du logement représentent pour Sandra un enjeu crucial : celui de pouvoir accueillir ses enfants en fin de semaine. Elle souligne les répercussions de l'état de son logement sur sa santé tant physique que mentale.
- Les expériences négatives de son enfance se sont prolongées à l'âge adulte par des déboires amoureux avec des compagnons, pères de ses deux enfants, consommateurs d'alcool et violents.
- La séparation de ses enfants a induit chez elle du soulagement parce qu'ils étaient protégés, mais aussi une dépression sévère et des tentatives de suicide.
- Sandra s'adapte à l'adversité en raison de sa connaissance des rouages du système de protection judiciaire et sociale : en révolte constante, elle n'hésite pas à exposer son mécontentement aux instances concernées. Elle se révolte face aux injonctions à se raconter comme si les événements du passé étaient révélateurs de sa situation présente mais aussi face à la répétition récurrente de son histoire familiale, dans les instances institutionnelles et décisionnelles de son avenir.
- Sandra dénonce l'intermittence de son rôle de mère et la place de mère qui lui est « volée » par la famille d'accueil. Elle ne comprend pas pourquoi elle n'est pas mieux reconnue par les instances judiciaires et sociales, parce qu'elle est à l'origine des placements de ses enfants qui ont représenté pour elle des mesures de protection de ses enfants. Ses représentations de la « bonne mère » sont ancrées dans son expérience personnelle et sont composées de situations qu'elle a voulu éviter pour ses enfants (en ce qui les concerne, qu'ils subissent la violence de

leurs pères respectifs). Une « bonne mère » est pour Sandra, une mère qui s'inquiète pour ses enfants et une mère à qui on ne peut rien reprocher.

- Sandra dénonce la domination exercée par son ex-conjoint à l'égard des travailleurs sociaux et de ses enfants. Elle évoque la peur qu'il peut engendrer chez les intervenants sociaux.

Portrait 8 : Christiane. Mère d'un enfant placé en famille d'accueil

Rencontres avec Christiane

Christiane est âgée de 26 ans et travaille dans un ESAT de la région lilloise, dans le pôle horticulture. Trois entretiens sont effectués d'avril à juin 2011 au sein des locaux de l'ESAT. Elle m'est présentée par la responsable de service de cet ESAT, comme « *déficiente moyenne* ». Christiane est l'une des deux mères que je ne devais pas rencontrer⁷³ dans cet établissement, en raison de « *son caractère et de ses problèmes actuels* ». Problèmes qui sont aussi ceux de son conjoint Jean, âgé de 29 ans. J'apprends par Christiane qu'il est accusé d'avoir embrassé deux femmes dans les vestiaires d'un foyer dans lequel il travaille (« *On dit qu'il a galoché deux femmes* » me dit Christiane). Ce que Christiane ne croit pas : « *J'ai confiance en lui, il me dit qu'il n'a rien fait, tout ce que l'on raconte sur mon mari est faux ! Et du coup tout le monde croit que je ne vais pas bien, mais moi, je vais bien...* ». Jean quitte son emploi après cet évènement. Je n'ai eu aucune information à ce sujet par les professionnelles de l'ESAT hormis des échanges qui sous-entendent que « *quelque chose de grave s'est passé avec le mari de Christiane* ».

Christiane et Jean bénéficient de l'AAH et de leurs salaires respectifs de « travailleurs » en milieu protégé. Christiane est sous protection juridique (tutelle).

Je rencontre Christiane dans les locaux de l'ESAT, durant une période d'absence de la responsable de service, après que Christiane ait demandé l'autorisation à son chef de pôle, qu'elle appelle « *chef énerveur* » ; mais aussi par l'intermédiaire d'une éducatrice spécialisée qui pense que Christiane a « *beaucoup de choses à raconter* ». Elle me la présente en ces termes (devant Christiane) : « *Elle peut être mutique : à la psy, elle ne dit rien, elle ne sort pas*

⁷³ L'autre personne avec qui je n'ai pas pu faire des entretiens avait un enfant : la conséquence d'un viol, que deux professionnelles jugeaient « *non fondé* ». Aucune plainte n'a été déposée pour cette potentielle agression, ni par la famille, ni par les services institutionnels de l'ESAT. Je n'ai pas pu obtenir de renseignement supplémentaire à ce sujet, hormis le fait que cette future mère ne savait pas qui était le père de son enfant.

un mot, car elle dit qu'on veut tout savoir sur elle et sa famille ». Le silence protège son intimité. Il est aussi stratégie de défense, moins elle en dit et moins ses dires pourront être retournés contre elle.

Christiane est volubile lors des trois entretiens que j'effectue avec elle. L'enjeu des entretiens est pour elle de montrer qu'elle est une « *bonne maman capable* ». C'est une personne directe, franche et qui a beaucoup d'humour. Elle parle couramment et ne présente pas de difficultés liées au langage oral. Elle parle fort et présente une déficience auditive, elle porte des appareils auditifs. Elle tient à ce que je ne parle pas d'elle en présentant son nom de famille : « *Si je dis madame B. tout le monde connaît B. ; A. la chef de service ne sait pas que je suis du signe du « verseau », donc appelle-moi : Madame Verseau ! [Rires]* ».

Désir d'enfant et situation familiale

Christiane et Jean ont un petit garçon D. âgé d'une année. D. est le prénom du fils d'un chanteur célèbre. Christiane dit qu'elle ne se sentait pas prête à avoir un premier enfant, mais avoir cédé aux demandes incessantes de son mari. Ce dernier a insisté pour en avoir un second, mais Christiane dit avoir résisté à cette demande, parce qu'un enfant représente pour elle « *beaucoup de travail* », mais aussi la nécessité de savoir se contrôler. Pour Christiane, être maman : « *Ca change la vie et ça permet d'être comme plein de gens qui ont des enfants, c'est beau* ». Elle n'imagine pas une vie sans enfants, pour ces raisons : « *Comme ça, je suis une vraie maman, c'est bon* ».

D. a été retiré de la garde de ses parents et placé en famille d'accueil à l'âge de 4 mois, parce que Christiane lui a donné ce qu'elle appelle : « *Une claque* ». En énonçant ces faits, les professionnelles parlent d'un « syndrome de bébé secoué » et elles le qualifient en d'autres termes : « *L'histoire de la claque* ». Après cet événement, Christiane est allée peu de temps avec son fils en centre d'accueil mère-enfant ; ce qui par la suite, n'a pas empêché le placement de l'enfant en famille d'accueil.

Le premier entretien avec Christiane se déroule le lendemain de la fête anniversaire et de baptême de son petit garçon, organisée dans une salle communale de son village. Vingt six personnes étaient invitées, famille proche et éloignée, ainsi que le couple de la famille d'accueil, que Christiane appelle « Tatie et Tonton ». Cette fête était importante pour elle dans la mesure où elle a permis la réconciliation avec les membres de sa famille, avec qui elle n'avait plus de contacts depuis le placement de son fils. Ce rassemblement lui a aussi permis d'expliquer son geste en expliquant son irresponsabilité et que cela n'allait pas se reproduire, parce que cela ne lui ressemblait pas. Elle se dit « *non violente* ». Selon elle : « *Le passé, c'est*

le passé et il ne faut pas mélanger avec le présent ».

Christiane et Jean reçoivent leur fils toutes les fins de semaine du vendredi au dimanche soir. Une audience prévue en février 2012 doit déterminer si les parents peuvent retrouver la garde de leur enfant. Christiane espère cette décision parce que, selon elle, tous ses moindres gestes prouvent maintenant qu'elle est : « *Une mère bonne et heureuse d'être mère* ». Lors de cette audience, les parents n'obtiennent pas la garde de leur enfant suite à une décision de l'aide Sociale à l'Enfance. Je n'obtiens pas d'autres renseignements à ce sujet. Mais tous les éléments qui suivent expliquent en partie le jugement prononcé. Et pourtant Christiane disait en juin 2011 : « *Je suis sûre qu'ils savent que je suis une bonne maman. Je suis capable de faire les choses, je suis capable de le récupérer, je donne plein d'amour à mon fils alors, je suis capable de le récupérer* ».

« L'histoire de la claque » : une histoire de « choc » qui a suivi la naissance

Au sujet de l'incident survenu entre Christiane et son fils, une stagiaire éducatrice spécialisée qui a effectué un stage de formation au sein de l'ESAT me dit : « *Cette « histoire de claque » est renvoyée sans arrêt à Christiane. C'est un mythe qui prend une telle ampleur, que cela casse tous ses efforts ! Elle est tout le temps renvoyée à ses erreurs, à ses difficultés mais pas au fait que tout se passe bien quand elle reçoit son fils chaque week-end !* ».

Suite à un accouchement par césarienne, Christiane reste deux semaines à la clinique. Elle explique longuement le « choc » ressenti pendant et après la naissance, au retour chez elle. Elle dit avoir été dépassée par l'ensemble des tâches ménagères et les soins au bébé. Elle n'avait pas de prise sur les événements et tout est allé trop vite, selon elle. Se retrouver mère du jour au lendemain, sans préparation initiale, a été un des éléments déterminants d'une dépression qui a suivi son accouchement. Christiane n'a pas suivi les cours de préparation à l'accouchement.

« J'ai eu ma césarienne, le temps de changer mon pansement, me soigner. Après, ils m'ont dit : « vous devez vous occuper du petit ». Ben là, j'avais mal à la tête, je n'étais pas très bien. Ils ont été trop vite pour m'expliquer tout ça, trop vite, le laver, l'essuyer, le rincer... non ! Moi je ne savais plus où j'étais là ; à la maternité, j'ai eu l'impression d'être mal accompagnée et mal expliquée ».

Le fait d'être sous les regards des membres de sa famille et de ses sœurs, mais aussi du personnel médical de la clinique a fait en sorte qu'elle s'enfonce selon ses termes : « *Dans un chemin, dans une forêt noire* ». En raison des regards portés sur elle et d'un malaise qu'elle a ressenti, elle n'a pas allaité son enfant et a donné le biberon, parce que selon elle : « *C'était plus pratique* ». A de nombreuses reprises lors des entretiens, Christiane évoque la peur d'être

ce qu'elle appelle : « *Une mauvaise maman* ». Pour elle, être une : « *Bonne maman* », c'est être capable de s'occuper de son enfant. Elle explique que toutes ces conditions liées à la naissance : la non-préparation, les regards et les jugements, l'ont « *mise en danger* » et dit : « *Ma baffa a claqué sur mon fils. Ma main est passée sur la tête de mon fils* ». Christiane explique qu'elle a appelé le médecin aussitôt après ce geste et dit avoir mis en sécurité son fils en famille d'accueil pour le protéger et pour qu'elle puisse se détendre, mais aussi parce qu'elle a eu peur « *de mettre son fils en danger* ». Pour elle, ce placement ne signifie pas un placement d'enfant, elle ajoute : « *Mon fils a failli être enlevé, mais il ne l'a pas été* ». Le terme « *enlèvement* » signifie pour elle : « *Placement à la DDASS* ». Elle dit avoir été « *très choquée* » de son geste et avoir été en « *état de choc* » dès son retour de la clinique.

Extrait d'entretien : Christiane donne sa représentation de « mauvaise mère ».

C : *Une mauvaise maman, c'est celle qui a du mal à élever son enfant, qui a, qui a, qui a peur de ne pas réussir.*

CG : Qui a peur de pas réussir ?

C : *Qui a peur de pas donner d'amour, qu'elle a peur de pas bien s'en occuper, qui a peur du danger quoi...*

CG : Qui a peur du danger, de pas réussir, de pas donner assez d'amour,

C : *Voilà*

CG : Et qui a peur de ne pas bien s'en occuper,

C : *Voilà*

CG : Et cette peur, elle vient de quoi cette peur ?

C : *Cette peur arrive quand le bébé arrive au monde et on ne sait plus quoi faire. Là, on s'imagine avec le bébé, mais on n'a plus de vie. On a une vie avec un enfant qui vient au monde, on se demande quoi. Moi, je me suis demandée quoi, je me suis dit "ça y est, mon fils va bientôt arriver au monde" ça m'a travaillé, quoi. Mais maintenant mon fils sait que sa mère n'est pas folle quand même.*

CG : Ah...

C : *Je n'aurais jamais fait ça à mon gamin ; il voit que sa maman s'est reprise, qu'elle est bien maintenant, qu'il n'y a plus de danger. Maintenant, il me fait beaucoup de câlins. Avant il m'en faisait moins, je sentais qu'il avait peur de sa mère. J'ai dit à mon fils " Je te demande pardon de ce que je t'ai fait, mais tu sais, parfois maman, elle peut être perdue".*

Un parcours de vie lié aux travailleurs sociaux et à la protection de l'enfance

A plusieurs reprises, alors que Christiane et moi sommes en entretien, des intervenantes sociales de l'ESAT viennent s'enquérir de son état moral, en anticipant son malaise et son mal-être suite à la situation de son mari ; ce qui met Christiane dans un état d'agitation extrême. Cet état se transforme dans les entretiens en un regard critique de l'intervention des travailleurs sociaux dans sa famille, et ce depuis sa petite enfance.

Christiane dénonce la curiosité, l'emprise et l'intrusion continuelles de la sphère publique dans sa sphère privée : « *On ne doit pas mélanger mon travail et ma vie privée, moi je ne vais pas leur demander comment cela se passe chez eux* ». Elle invite néanmoins ses collègues de

travail enceintes, Jeanne et Marie, à accepter l'aide des travailleurs sociaux « *pour leur bien* », mais aussi à écouter ses propres conseils (ne pas boire et ne pas fumer pendant la grossesse), en raison de son expérience acquise. L'ambivalence à ce sujet est bien au cœur de son positionnement : Christiane est très critique tout en étant reconnaissante à l'égard des intervenantes sociales.

« Quand on est maman pour la première fois, faut se faire aider, parce que quand Marie va avoir sa petite dans les bras pour la première fois, elle va être dégoûtée, elle va se dire : qu'est-ce qui faut faire ? Elle devra les appeler, il n'y a pas de honte à avoir, toutes les mamans passent par là ».

Christiane déplore la curiosité des professionnels qu'elle a rencontrés depuis sa petite enfance mais aussi le nombre de personnes (« *trop* » selon elle) qui l'entourent depuis qu'elle est mère. Elle ne se souvient pas de la fonction et du statut de chacune de ces personnes et dit devoir demander à son mari pour repérer « *qui est qui* ». Elle dénonce une assistante de service social qui veut s'immiscer chez elle le samedi matin, alors qu'elle veut profiter de cette première matinée de retrouvailles de la semaine, avec son fils. Une autre personne vient chez elle chaque vendredi soir :

« Ils veulent me rajouter quelqu'un en plus, ils vont me mettre plus en dépression. Mais bon, moi, j'en ai assez le vendredi, j'en ai assez, c'est bon. Ils veulent voir comment je m'occupe de mon fils, mais c'est bon, je suis surveillée le vendredi, c'est bon. Là, ils savent bien que je sais bien le, le... laver. Ils savent bien que je sais bien m'en occuper, je sais bien faire attention à mon fils. Je fais bien attention à son bain. C'est bon, je ne veux pas qu'ils soient là aussi le samedi, c'est bon ! Voilà, j'ai l'impression d'être surveillée autour de moi, mais là, c'est trop, stop ! Moins de personnes autour de moi, ça va ; mais si on m'en rajoute, on rajoute, on rajoute, je ne sais plus où je suis. Là, le chemin, ben, il s'enfoncé dans une forêt noire ! ».

Christiane est issue d'une famille de dix enfants, neuf filles et un garçon. Tous les enfants ont été retirés un à un et placés dans des familles d'accueil dans le cadre de mesures de protection de l'enfance, en raison de l'alcoolisme de leur mère. Elle dit : « *Plouf, plouf, plouf à chaque fois qu'elle accouchait, on lui enlevait, mais moi je suis restée jusqu'à l'âge de mes 5 ans. Ma mère a toujours été quelqu'un de bien. Ma mère, c'était une maman bien, elle savait bien s'en occuper alors pourquoi enlever ses enfants ? Je ne comprends rien* ».

Devant cette incompréhension, Christiane raconte comment, à l'âge de 5 ans, elle est confrontée au placement dans une famille d'accueil qu'elle qualifie de « *violente* » alors que selon elle : « *Le juge disait que ma mère ne savait pas s'occuper de ses gosses* ». En raison de la violence rencontrée dans cette famille d'accueil, elle est ensuite déplacée dans plusieurs foyers de l'enfance mais aussi dans plusieurs familles d'accueil alors qu'elle était plus âgée

(foyers de l'enfance et familles d'accueil dont elle fuguait régulièrement pour retrouver ses parents). Christiane explique l'alcoolisme de sa mère en raison de l'enlèvement de ses enfants : « *A cause d'eux [le juge des enfants], ma mère, s'est mise à boire et elle s'est rendue malade et elle a voulu mourir. Elle a dit : « je n'ai pas mes enfants, et bien je me mets en mort » et résultat, ils ont réussi. Elle est morte. Et puis, ils étaient contents d'eux. Moi, j'avais 15 ans quand je perds ma mère. Ma petite sœur qui avait 9 ans, elle perd sa maman et mon petit frère qui avait 10 ans, il perd sa mère ».*

Extrait d'entretien : Christiane explique la mort de son père et son ressentiment à l'égard des services judiciaires et sociaux

CG : Et votre papa ?

C : *Mon papa, il a tout fait pour que ma mère, elle soit bien à la maison, mais mon père n'était pas d'accord avec les juges. Lui, il s'est mis à fumer, à fumer, à fumer aussi et puis voilà, il s'est mis à la vie, à la mort.*

CG : Il s'est mis à la vie, à la mort ?

C : *Alors les juges sont contents : j'ai eu mes 18 ans, et le jour de mon anniversaire, c'était la mort de mon père.*

CG : Vous perdez votre papa le jour de vos 18 ans ?

C : *Voilà*

CG : Et d'après vous, c'est le juge qui...

C : *D'après moi, je sais que c'est le juge, il a gagné. Il m'a fait perdre ma mère, et voilà le résultat, trois ans plus tard, mon père meurt. Ça a été dur pour moi. Je voulais comprendre pourquoi on avait été enlevé et mon père parti, je ne pouvais plus comprendre. Après j'ai commencé à faire ma belle vie, je suis passée dans le bon chemin, et j'ai vu mon homme et je me suis mariée et j'ai eu mon petit garçon ».*

Une scène singulière lors du troisième entretien

Lors du dernier entretien, nous nous dirigeons Christiane et moi dans la salle qui nous est devenue familière, pour effectuer notre entretien. La responsable de service de l'ESAT se dirige vers nous et nous demande de l'attendre avant de commencer l'entretien. Nous acquiesçons et nous nous installons. Nous attendons. Je ne mets pas mon magnétophone en marche. Nous échangeons des banalités tout en ayant un œil sur l'horloge, le temps défile. Dans l'incertitude nous ne savons que faire, commencer l'entretien ou continuer d'attendre. Une demi-heure plus tard, la responsable de service entre dans la salle et s'assied sur le bord de table à proximité de Christiane qui était assise. Elle s'excuse : « *Désolée du retard, j'ai eu à faire !* ». La responsable de service regarde Christiane avec insistance et lui dit : « *Tu vas bien Christiane ?* ». Christiane répond : « *Oui je vais bien pourquoi ?* ». La responsable de service rétorque : « *Tu es sûre que tu vas bien ?* ». Christiane hausse légèrement les épaules et dit : « *Oui bien sûr je vais bien, je vais très bien même, je vais faire un entretien avec Dame*

Christine ». La responsable de service ajoute : « *Tu vas vraiment bien ? Je te connais par cœur, je vois bien que tu ne vas pas bien !* ». *Christiane* dit en haussant le ton : « *Ah bon ! Je me demande bien à quoi tu peux voir cela !* ». La responsable de service répond : « *Tu me dis que tu vas bien, mais je te connais par cœur, tu ne vas pas bien ; sache que je te connais mieux que tu ne te connais !* ». *Christiane* : « *Alors ça, ça m'étonnerait ! Je me demande comment tu peux dire une chose pareille !* ». La responsable de service répond : « *On te connaît tous bien ici et on sait très bien quand tu vas mal !* ». *Christiane* se tait, elle semble anéantie. La responsable de service s'adresse ensuite à moi et en présence de *Christiane*, me tient des propos sur *Marie*, salariée de l'ESAT et enceinte de son premier enfant. Elle dit : « *Je suis ennuyée, Marie a refusé l'aide du soutien à la parentalité, comment elle va faire avec le bébé ? Elle ne va jamais s'en sortir, elle est bien trop démunie ! [...]* ». Les commentaires négatifs au sujet de *Marie* ne s'arrêtent pas là, *Christiane* s'impatiente et me demande de commencer l'entretien. La responsable de service réplique : « *Ah excusez-moi de vous avoir dérangées !* ». Elle quitte la pièce. Aussitôt après qu'elle a quitté la pièce, la tension est perceptible. Je mets mon magnétophone en marche. *Christiane* se met à crier : « *A. me dit qu'elle me connaît par cœur, mais elle ne me connaît pas par cœur, et je pense qu'un jour son bureau va voler ! Elle ne sait pas tout ce qui m'arrive et elle dit le contraire ! Elle dit qu'elle sait tout sur moi ! Comme si moi, je lui posais cette question « comment ça se passe avec ton mari ?* ». Elle dit ensuite qu'elle est très gênée d'avoir entendu des propos sur sa copine *Marie*, à qui elle a prévu de rendre visite à la maternité : « *Et comment je vais faire maintenant que j'ai entendu tout cela ? Comment je vais faire face à Marie, je dois lui dire ou ne pas lui dire ce que j'ai entendu ? J'ai entendu dire qu'elle n'était pas capable, ça je dois lui dire ? Je suis bien ennuyée maintenant !* ». Le ton monte, je tente de la calmer. *Christiane* rétorque : « *Elle croyait peut-être que j'avais éteint mes appareils [auditifs] ?* ». ⁷⁴ Je ne m'attendais pas à cette répartie, nous éclatons de rire toutes les deux pendant quelques minutes. Nous commençons l'entretien.

Cet épisode singulier nous montre comment l'emprise et la domination peuvent se jouer au quotidien dans une institution sociale censée protéger des personnes appelées par ailleurs « vulnérables » et « fragiles ». Cette expérience de recueil de données a, pour partie, permis d'explorer et de rendre compte de l'activité de ces mères et de l'important travail

⁷⁴ Au sujet de l'individu stigmatisé, Goffman explique : « C'est à lui de « briser la glace » en montrant, par la façon qu'il a de parler ouvertement de son état, qu'il sait s'en détacher pour mieux s'en accommoder. Il n'est d'ailleurs pas mauvais d'adopter le ton de la plaisanterie [...] » (2001 [1975] : 139).

qu'elles mettent en place pour tenter de déjouer les risques de déqualification. Christiane s'est adaptée avec humour et force aux relations asymétriques qui se sont déroulées devant mes yeux.

Stratégies de résistance à l'égard des travailleurs sociaux

Christiane dénonce la surveillance continue dont elle et son mari font l'objet, alors qu'ils ont la garde de leur enfant en fin de semaine. Cette surveillance s'accroît depuis que son mari a perdu son travail. Ce que Christiane déplore : « *Ça nous rend fous et en colère, ça me fait péter un plomb* ». Ils décident tous les deux de ne pas ouvrir la porte au travailleur social qui vient chez eux passer la matinée du samedi matin et, selon Christiane, récupérer « *des preuves* » de leurs attitudes avec l'enfant. La dernière visite de l'assistante sociale se déroule en présence de la responsable de service de cette dernière et Christiane dit : « *Elles étaient deux contre nous* ». On ressent bien ici la rivalité et le rapport de force ressentis par Christiane entre le service social et les parents. A mes questions sur les suites possibles de leur refus d'obtempérer, Christiane n'anticipe pas les conséquences de leurs actes, parce qu'elle pense être « *dans son bon droit* ».

Christiane dénonce aussi le mode de diffusion des messages qui lui sont destinés lorsque l'enfant est chez elle : « *Moi, ils sont venus un petit peu, mais j'en ai eu vite marre qu'elles me répètent toujours les mêmes choses, j'en ai eu marre. J'ai voulu tout stopper. Maintenant elles savent que je sais me débrouiller. Elles me répétaient les mêmes choses comme si je ne savais pas faire [les biberons, le bain et les changes], alors qu'elles savaient bien que je savais faire* ». Dans le champ du « handicap mental », la diffusion des savoirs basée sur le modèle psychologique du « conditionnement opérant » ou du behaviorisme est encore très courante. Ce modèle sous entend qu'auprès des personnes dites « en situation de handicap mental », il est nécessaire de répéter maintes et maintes fois la même consigne afin qu'elle soit appropriée. Dans ce modèle d'appropriation des savoirs, aucune place n'est laissée à l'imprévu et à la prise d'initiatives.

Lorsqu'elle parle des travailleuses sociales qui l'entourent, elle les cite en ces termes : « *Des gens qui tournent autour de moi, qui vont partir petit à petit* ».

Christiane est ambivalente sur un groupe de paroles de parents que la responsable de service a instauré (son projet de mémoire) avec la psychologue de l'ESAT et auquel elle se dit obligée d'assister. D'un côté, elle est fière d'appartenir à ce groupe parce qu'elle est mère ; la participation à ce groupe lui permet aussi d'avoir un statut reconnu par l'ensemble de la communauté ; d'un autre côté, elle exprime à demi-mots l'obligation qui leur est faite de

parler de leur expérience de parent. Les hommes présents dans ce groupe ont choisi de ne plus y participer parce qu'ils ont des enfants plus âgés et la responsable de service leur a intimé d'exprimer à l'écrit les raisons de ce choix, qu'elle nomme : « *Une fuite* ». Les autres femmes, présentes une fois par semaine dans ce groupe, ont de la difficulté à parler devant les personnes présentes et Christiane ne comprend pas cette situation. Elle explique ainsi qu'elle supporte difficilement le fait que chacune a de la difficulté à s'exprimer en public, alors qu'elle ne ressent pas cette difficulté lorsqu'elles se trouvent toutes hors du groupe de paroles. Christiane dénonce la pression qui leur est faite de « *dire les choses* ». Elle raconte l'échange qu'elle a avec une copine : « *C'est bizarre... Pourquoi dans le groupe de soutien, tu as du mal à dire les choses et quand tu me vois, tu dis mieux les choses ? [...] On a l'impression que la responsable de service va nous manger, elle veut savoir tout ce qui se passe sur nous et il y a des choses que l'on ne veut pas lui dire* ». Lors de ces séances, il leur est demandé de ramener des photos de famille, ce que Christiane refuse. Elle explique que la responsable de service veut, pour chacun, reconstruire l'arbre [généalogique] de leur famille, ce que Christiane trouve « *très bizarre* ». Enfin, elle raconte que les parents doivent dessiner leur famille : Christiane avait dessiné un parc pour bébé⁷⁵, la responsable de service pensait que c'était une prison. Christiane dit : « *J'avais dessiné le même parc que j'ai chez moi, c'est ridicule de croire que c'est une prison ! La chef m'a dit : on dirait que ton fils est dans une prison ! Je lui ai répondu, mais non ! Il est en sécurité dans un parc à barreaux ! Et il commence à marcher en s'agrippant autour [...] comme quoi, il faut faire attention à ce que l'on dessine !* ». Christiane est partagée sur la nature de l'aide apportée par la responsable de service dont elle pense qu'elle fait tout « *pour le bien* » des parents, mais dont elle dit en fin de dernier entretien : « *Elle est rigolote comme chef de service mais j'aimerais bien la secouer elle aussi et je ne sais pas comment lui dire ; je n'ai pas trop confiance en elle, je crois que c'est une balance, elle raconte tout... Moi je ne raconte rien, je ne suis pas une balance, je suis un verseau ! [Rires]*».

Points forts – Christiane

L'étude de la situation de Christiane fait apparaître les points suivants :

- L'expérience de maternité de Christiane s'ancre dans un passé difficile (dû à des placements successifs) et dans le présent « blâmable » (Goffman 2001[1975] : 99) tout aussi difficile à

⁷⁵ Meuble de puériculture.

supporter en raison d'un acte qualifié de « maltraitance » par les professionnelles de l'ESAT. De cette expérience, Christiane dit qu'il faut qu'elle sache se contrôler et évoque sa peur « de ne pas réussir » à être une « bonne mère ». L'idéal de la « bonne mère » est pensé en terme de « capacités à » et d'amour donné.

- Le retour à domicile après l'accouchement est perçu comme un « choc » qui est expliqué par un manque de préparation à se retrouver seule avec son fils. On retrouve ici des similitudes avec l'expérience de Cassandra (portrait 2).
- La maternité est perçue comme un moyen de changer de vie, de refaire l'histoire et d'être « comme les autres » sous le regard inquisiteur des intervenants sociaux et des membres de sa famille. Mais paradoxalement, elle insiste pour dire que l'aide sociale est nécessaire pour assurer le rôle de mère. Le jugement que les autres portent sur elle est présent dans ses propos. Christiane n'est pas dupe des préjugés portés à son encontre, qui la font rester en marge de l'idéal de maternité.
- Christiane présente à sa manière et avec lucidité le groupe d'accompagnement à la parentalité de l'ESAT. Elle s'adapte à ce qui lui est demandé de représenter et elle n'est pas dupe des effets de sa non-participation à la réflexion sur le « travail de parentalité ».
- Christiane montre comment elle développe des stratégies à l'égard des porteurs de jugements les moins encourageants, voire défavorables sur son expérience de maternité et son identité personnelle.

Portrait 9 : Didier. Compagnon de Cassandra (portrait 2), père d'un enfant.

Situation de Didier

Didier est le compagnon de Cassandra. Il est âgé de 32 ans et a suivi une filière de formation professionnelle en menuiserie, jusque 23 ans. Didier n'a pas obtenu son CAP, il dit qu'il a fait « *exprès de le louper* », décision qu'il a regrettée par la suite parce qu'il aurait voulu construire des cuisines. Didier est employé sous contrat CDI dans une entreprise de nettoyage. Il met un point d'honneur à « *tenir ses comptes* », même si « *la Tutelle* » comme il l'appelle, a avancé l'idée qu'il soit lui-même sous curatelle. Le désir de Didier était que le père de Cassandra mette l'argent de cette dernière, sur son compte personnel. Il aurait « *géré le tout* ». Cette possibilité a été refusée (je n'ai pas obtenu d'information sur le statut de la personne qui a prononcé ce refus). Didier, emporté à chaque fois qu'il évoque « *la Tutelle* »,

déplore le manque de confiance qui lui est accordé. Didier ne supporte pas l'idée qui lui est attribuée d'être un « mauvais gestionnaire » et un chef de famille « imprévoyant » dans la gestion de ses comptes. Il dénonce père mère à de nombreuses reprises lors des entretiens les leçons de morale qui lui sont administrées, les normes imposées, les régimes de privation imposées à Cassandra et surtout la stigmatisation infligée à sa famille « *d'être sous tutelle* » : « *Je pense qu'ils pensent que je ne suis pas capable et que je veux profiter de Cassandra* ».

Son salaire sert à payer les factures de gaz, d'électricité, les taxes d'habitation et de TV. La TV et la pêche sont les loisirs favoris de Didier. Il aime surtout regarder les émissions de jeux télévisés (« La roue de la fortune » : jeu de gains d'argent et « Tournez manèges » : jeu de rencontres de couples).

Le budget alimentation est un compte commun en argent liquide et Didier dit que chaque semaine, il met de l'argent dans une boîte pour que Cassandra se serve au besoin. Le couple dispose de deux plans assurance retraite. Didier n'a qu'un rêve : « *Gagner au loto. Si je gagne au loto, je me ferai licencié j'aurai la prime avec* ».

Didier est présent lors de deux entretiens avec Cassandra, durant lesquels il est très loquace et prend beaucoup de place dans la conversation. Dans ces entretiens il parle beaucoup de lui (par exemple de sa collection de pièces européennes), tient des attitudes de prestance et répond aux questions destinées à Cassandra. J'ai réussi à obtenir un entretien avec lui, seul. Cassandra n'était pas dans la même pièce et s'occupait à l'étage de leur fils.

Didier a des frères et sœurs mais ne m'a pas donné de précision sur la composition de la famille. Sans véhicule, il voit très peu ses parents, qui ne sont pas venus à la maternité lorsque Matthieu est né. Les parents ont fortement réagi à l'annonce de la grossesse, parce que Cassandra est « *déficiente handicapée* ». Didier dit que Cassandra et lui sont « *les seuls évités de la famille* ». A une cérémonie de baptême par exemple, ils n'ont pas été invités. Didier dit réagir « *œil pour œil, dent pour dent* », en ne leur montrant pas l'enfant.

Méfiance à l'égard des travailleurs sociaux et du monde médical

Didier se méfie de la propension des travailleurs sociaux à envahir sa vie privée, il me dit un jour alors que nous passons en revue des vignettes-BD : « *Dès que l'on a des assistantes sociales dans les pattes, on ne sait plus s'en débarrasser* ». Lors d'un entretien, il m'évoque le fait que des assistantes sociales (« *des contrôleurs* ») ont enlevé un enfant d'un copain : « *Si quelqu'un s'avise de me faire ça un jour, ils vont entendre parler de moi* ». Mon travail de terrain lui a été présenté par Laurence comme une « *enquête* » et Didier a exprimé à Cassandra sa méfiance en lui intimant de « *ne pas trop parler* ». A de nombreuses reprises

lors de nos rencontres, il me dit au sujet de sa compagne : « *Le problème avec elle, c'est qu'elle parle trop* ». Par exemple, nous avons Cassandra et moi, au vu de sa méfiance, rédigé et pris en photo un courrier qui expliquait que les photos prises par Cassandra resteraient dans un dossier et ne seraient pas divulguées.

Paradoxalement Didier dit avoir une très bonne relation avec Laurence qu'il dit « *avoir choisie* » parce qu'elle était « *plus douce* » et qu'elle les comprend. Il reproche « *aux autres* » (j'en ai déduit que ces « *autres* » étaient des collègues de Laurence), de toujours devoir se justifier et devoir répondre à leurs questions sur « *tout et rien* », comme si sa fierté était blessée des questions des intervenants sociaux et qu'il voulait préserver sa vie privée. Il m'explique très fièrement avoir un jour été invité par Laurence au restaurant (restauration rapide) pour parler de la situation de Cassandra au foyer. Tel qu'il l'a compris, l'enjeu de cette rencontre était de converser ensemble sur les capacités de Cassandra à « *gérer sa situation de mère* » et de voir ensemble comment « *elle s'était transformée en tant que mère* ». Laurence a emmené Didier en voiture et ils ont laissé Cassandra et Matthieu à leur domicile. La note de restaurant a été partagée et l'éducatrice lui a offert un café. On peut se poser la question du rôle demandé à Didier, un rôle de témoin distancié et de délateur dans lequel il a été positionné.

Didier dit aussi refuser toute aide proposée, hormis celle des parents de Cassandra. Les propositions d'aide-ménagère, par exemple, sont refusées parce qu'il dit être « *dans la branche* » du nettoyage : « *Alors ça ne sert à rien, on peut faire le ménage Cassandra et moi* ». Il ne se rend pas non plus aux rendez-vous médicaux malgré les promesses qu'il a faites à Cassandra. Position qui ne l'a pas empêché d'être très en colère contre les services médicaux et les spécialistes du CAMSP qui avaient rédigé un bilan psychomoteur négatif concernant Matthieu (les experts de la structure expliquaient l'état déficitaire de la sphère motrice de Matthieu). Didier me fait lire ce bilan et me demande de lui expliquer les « *mots savants* ». Il partage sa colère avec celle du kinésithérapeute qui ne comprend pas non plus la position des spécialistes, experts de la petite enfance.

« A quoi ça va servir que j'y sois ? Je vais encore devoir répondre à des questions et bla-bla, et bla-bla... Non trop peu pour moi ! Pourtant j'aurais envie de leur dire ma façon de penser, qu'ils trouvent encore un problème à mon fils, je vais leur casser la g... Et le kiné est d'accord avec moi ».

Un rôle de père mesuré

Didier a insisté pour avoir un bébé : « *Je suis content très content depuis le temps que j'en voulais un, c'est un garçon, c'est du bonheur ici* ». Mais il reconnaît avoir de la difficulté

à prendre en charge le quotidien de Matthieu et ce, depuis sa naissance. « *Je n'avais jamais porté de bébé dans les bras avant, j'ai peur de le lâcher, de lui faire mal* ». Selon lui, le rôle d'un père est « *d'entretenir sa famille et de jouer un peu avec les petits* ». Les soins au bébé sont dévolus à la mère : « *Je n'aime pas donner le bain, les soins ça ne m'attire pas* ». Didier a hâte que son fils grandisse pour pouvoir partager avec lui sa passion pour la pêche : « *Plus tard je vais m'occuper du petit, je lui achèterai une petite caisse avec sa canne et son matériel* ». Didier explique qu'il n'a pas eu le temps de se préparer aux aspects relationnels avec un enfant. Il dit avoir peu d'expériences des relations directes avec son fils et justifie ses absences quotidiennes de la maison lorsque la saison le permet : « *J'ai besoin d'être seul et de pêcher tranquillement* ». Ce que à son insu Laurence lui reproche : « *Monsieur n'assume en rien sa parentalité, tout ce qu'il veut c'est que le gamin soit grand pour aller pêcher avec lui, il n'est jamais là* ». Je n'ai pas d'information me précisant si Laurence lui a donné son avis à ce sujet. Le choix assumé de Didier de se mettre en marge et de fuir les responsabilités familiales, lorsqu'il est à la pêche, est aussi l'objet de nombreux conflits entre Cassandra et Didier, mais Cassandra me dit plus tard : « *Il vaut mieux qu'il soit à la pêche qu'au café* ».

Pour « *faire bouillir la marmite* », Didier fait des braderies. En moyenne, une quinzaine par an. Il récupère des objets lors des encombrants, avec sa mobyette et sa petite remorque : « *Je vais y mettre un gyrophare, on me verra arriver de loin* », et revend ensuite les objets. De cette activité de « *débrouille* », il assure avoir trouvé des avantages financiers et de la reconnaissance : « *Les gens me repèrent de loin* ». Mais aussi prendre part à « *l'éducation* » de Cassandra. Comme un sauveur il dit : « *Je lui ai appris à ne plus se laisser faire, à compter l'argent par exemple et à s'endurcir, grâce à moi, elle ne sera plus prise dans des histoires comme elle a connues avant* ».

Points forts – Didier

L'étude de la situation de Didier fait apparaître les points suivants :

- Didier est peu qualifié, n'a pas le permis de conduire alors que Cassandra le possède. Il travaille dans une entreprise de nettoyage dont l'activité se concentre dans les « *grands* » magasins (un métier traditionnellement féminin).
- Didier disqualifie, stigmatise et dévalorise Cassandra pour mieux montrer qu'il ne fait pas partie du monde des personnes « *handicapées* ». Il ne fait pas confiance en la capacité de Cassandra à construire des relations sociales sans conséquences (« *Elle parle trop* »).
- Didier est en tension identitaire, il n'est pas préparé aux aspects relationnels de la paternité : il a peu d'expérience des relations directes avec son enfant. Il a peu d'expérience du dialogue.

Il ne s'implique pas dans la relation avec son fils et justifie sa position. Il se sent maladroit et incompetent avec son fils.

- Didier se désengage de la vie familiale et domestique, tout en faisant croire qu'il y participe. Aux prises avec le risque d'enfermement domestique, il fuit laissant à Cassandra l'éducation de leur enfant. Il a une vision stéréotypée et désuète des rôles dévolus au père et à la mère.
- Il développe un sens de la « débrouille économique », il montre qu'il possède un sens pratique.
- Il a le goût des contacts humains mais s'efface et se met en retrait devant les institutions médicales et sociales. Il les défie (tout en restant à son domicile) et a de la difficulté à entrer en relation avec ceux qui ne font pas partie de son univers de référence.

Portrait 10 : Eric. Compagnon non cohabitant de Jeanne (portrait 4), futur père.

Rencontres avec Eric

Eric est âgé de 27 ans au moment de notre entretien qui se déroule au sein de l'ESAT, dans lequel Jeanne et lui se sont rencontrés. Eric accepte l'entretien sur proposition de Jeanne, la future mère de son enfant, même s'il est réticent en raison de la présence du magnétophone : « *Je n'aime pas trop, ça me stresse un peu comme on dit* ». L'entretien dure plus de deux heures. Pendant l'entretien, il se balance sur les pieds arrière de sa chaise. Il parle d'un ton docte. L'entretien avec Eric est laborieux : il cherche ses mots, il veut répondre précisément à mes questions et n'élargit pas la conversation à d'autres sujets. Eric sait à peine lire et écrire.

Eric aimerait habiter avec Jeanne « *quand elle sera prête* ». Il ne comprend pas la décision et dit ne pas connaître les raisons de cette dernière de ne pas vouloir habiter avec lui. Il déménage parce que son quartier n'est pas « *très agréable, ni fréquentable* », dans un nouvel appartement de type F2 où il n'y aura pas de place pour accueillir ni le bébé, ni Jeanne « *parce que ce ne sera pas très grand* ». Il habite un week-end sur deux chez elle. Il n'a rencontré qu'une seule fois les parents de Jeanne, et dit que les frères de cette dernière ne l'aiment pas et le tiennent éloigné de la maison des parents de sa compagne. De nouveau, il ne connaît et ne comprend pas la raison de cette situation : « *Je n'ai rien fait de mal, je ne comprends pas* ».

Eric habite dans un logement qu'il loue dans un centre ville. Il bénéficie d'une mesure de

protection juridique (tutelle) et perçoit l'AAH et son salaire de l'ESAT. Il y a occupé plusieurs postes et est responsable de la maintenance d'outils de précision, des radars de GPS⁷⁶, mais dénonce ses conditions de travail « *pour un si petit salaire* » et aspire trouver un vrai métier dans le monde des « *gens normaux* ». Un vrai métier avec des tâches non répétitives parce ce que, de ce qu'il fait en ce moment, il dit : « *Ce n'est pas pour moi* ». Il aspire à « *un atelier normal, une usine normale et être payé normalement* ». A de nombreuses reprises lors de son entretien, Eric dénonce l'indifférence portée à ce projet. Le petit salaire est l'indicateur selon lui de ne pas être considéré comme un homme « *normal* » : il gagne en tout, allocation comprise, 900 Euros par mois et dit devoir se débrouiller pour payer ses taxes : eau, électricité et nourriture. Avec le bébé, il espère avoir « *une petite prime* » en plus.

Etre père : une « chose » compliquée qui va changer sa vie « très compliquée »

Eric exprime dès le début de son entretien sa difficulté à s'envisager « père » de son enfant parce qu'il n'y a pas de transition possible entre la grossesse et la venue de l'enfant. Il éprouve la crainte d'être démuni face à cet enfant : « *Au début, être père ça doit être compliqué parce que le bébé vient tout de suite et on ne doit pas savoir quoi faire* ». Il a trouvé le prénom de son petit garçon et a réussi à convaincre Jeanne du choix de ce prénom : « *Ce prénom m'est venu tout seul, j'ai bloqué dessus* ». Eric me dit que le désir d'enfant a été partagé par Jeanne et lui, et que ce bébé va changer sa vie. Il s'intéresse à la grossesse et « *apporte plein de choses cohérentes et parle d'échographie et d'accouchement* », selon la responsable de service de l'ESAT. Dans un groupe de paroles, alors que Jeanne a quitté une pièce en claquant la porte parce qu'elle a eu de la difficulté à prononcer le mot « échographie », la responsable de service a rassuré Eric sur le comportement des femmes enceintes : « *Je lui ai dit : ce sont les hormones et qu'il faudra être patient, les femmes enceintes c'est comme ça. Il faut s'adapter au comportement des femmes enceintes* ». Eric a accompagné Jeanne à la seconde échographie. A la première, elle était accompagnée par les éducateurs de son foyer-résidence. Eric ne trouve pas les mots pour évoquer cette expérience. Il dit : « *Je croyais le voir fini* ».

Pour Eric, l'enfant va « *changer sa vie* » parce qu'il a eu selon ses termes « *une vie très compliquée* ». Il dit que cet enfant va lui donner « *une vraie vie* » et la capacité d'être « *enfin heureux* » dans sa vie. Il pense être un « *bon père* », c'est-à-dire « *bien élever cet enfant* ».

⁷⁶ Système de géo-localisation par satellite.

Bien élever l'enfant c'est ne pas être violent, et ne pas donner « *des coups de matraque et des coups de martinet* ». Le bébé représente pour Eric « *un vrai changement dans sa vie* » et l'annonce de la grossesse lui fait maintenant oublier sa vie passée. Mais Eric dit aussi : « *Le passé, on ne peut pas l'oublier* » et ne pas réussir à s'en défaire. La responsable de service de l'ESAT a son avis sur la question : « *Je crois qu'Eric a très peur d'être père, en raison de son passé. Il a été hyper-maltraité, je peux comprendre qu'il ait peur d'être père* ». La « peur d'être mère » n'est jamais évoquée dans ses propos ; cela, même si les femmes ont vécu elles aussi des violences dans leur enfance. Elle parle de la joie d'être mère, de l'attitude démonstrative que déploient les mères et de leurs difficultés de cohérence dans ce rôle de mère.

Un parcours familial chaotique et semé de violences

Eric parle de « *la vie difficile* » qu'il a connue en tant que seul enfant de sa famille. Alors qu'il avait 8 ou 9 ans, il était battu tous les jours après l'école par son beau-père malade alcoolique. Il dit avoir subi le même sort par son père alors qu'il était encore tout jeune enfant et âgé de 4 ou 5 ans. Son père ne travaillait pas et demandait toujours de l'argent à sa mère. Son père est ensuite décédé d'un cancer. Depuis deux années, il ne voit plus sa mère âgée de 51 ans qui est dépressive et a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises pour cette raison. Elle vit maintenant avec un homme âgé de 75 ans et retraité qui ne lui donne pas d'argent. Selon Eric, cet homme la bat et profite d'elle et du peu d'argent qu'elle a.

Eric n'a pas de souvenirs de cette période de petite enfance. Il explique néanmoins que toutes ces violences lui sont restées « *dans la tête* » et, pour cette raison et pour « *parler de son passé* », il rencontre une fois par mois une psychologue : « *Pour oublier son passé, il faut en parler un peu plus. Si je n'en parle pas, ça va rester dans ma tête et après ça va exploser pour moi* ». Ses difficultés actuelles trouvent pour lui sens dans son histoire familiale. Les troubles relationnels et les problèmes psycho-psychiatriques sont traités au détriment des difficultés matérielles ou son envie de changer de travail et de lieu de travail par exemple. Il dit être quelqu'un de très nerveux, ce qui l'oblige à fumer pour se calmer : « *Nerveux, mais pas méchant* ».

Il avoue avoir beaucoup souffert dans son enfance. Un signalement aux autorités sociales a été fait par les services de l'école primaire qui se sont aperçus de sa situation lors des séances sportives, parce qu'il portait des marques sur tout le corps. Suite aux violences de son beau-père, Eric a été placé dans des foyers de l'enfance en France et en Belgique où il allait dans « *une école spécialisée* », parce qu'il ne voulait pas aller dans « *une école normale* » parce

qu'il était trop « *traumatisé* » et qu'il n'en pouvait plus, selon ses mots.

Selon lui, ses faiblesses à l'école et sa difficulté à lire lui sont restées en raison de cette violence qui lui a fait perdre tous ses acquis scolaires. Il dit avoir récupéré un peu de son retard « *mais trop tard* » et « *un peu de mémoire* » et de capacités à lire. Il éprouve encore de grosses difficultés à lire et écrire. Il dit néanmoins être « *intelligent et savoir un peu tout faire* ». Il a acquis ces savoirs dans des établissements spécialisés de type ESAT mais il dit ne pas aimer ce qu'il y fait. Il ne comprend pas qu'il ne puisse pas travailler « *dans un truc normal* » parce qu'il a des problèmes de lecture.

Déléguer et prendre des relais

Eric pense résoudre les difficultés liées aux soins de l'enfant en déléguant les tâches à une tierce personne, en prenant des relais selon l'expression d'Eric : « *Nous l'aurons le week-end et la nounou l'aura la semaine, on l'aura chacun notre tour le week-end* ». A ce sujet, la responsable de service de l'ESAT se demande si Eric influence Jeanne, car cette dernière a fait la même demande. La responsable de service répond à cette demande : « *Ils choisiront !* ».

Les soins à l'enfant sont envisagés par Eric comme des soins appris par cœur. Bien qu'il considère un enfant comme « *quelque chose de fragile* », il n'a pas d'inquiétudes au sujet de la naissance ; mais la difficulté essentielle pour lui sera de supporter les pleurs de l'enfant : « *Parce que ça fait mal à la tête mais le cerveau s'habitue après* ». L'habitude va l'amener à supporter ces désagréments. Il compare cette nouvelle expérience à une expérience matérielle qui prend du temps, celle de l'usage de l'ordinateur : « *Un bébé, c'est pareil qu'un ordinateur* ».

L'ordinateur a représenté un point de passage difficile pour lui dans les apprentissages : « *C'est comme avant, je n'avais pas d'ordinateur, je ne savais pas l'utiliser, maintenant je sais, je sais utiliser un ordinateur, quand il y a des petites lectures, j'ai mes repères et maintenant je sais faire. Le bébé, cela va être pareil ; je vais trouver mes repères : combien de cuillères de lait je vais devoir mettre dans le biberon, un biberon pas trop chaud, de même pour l'eau du bain* ». Chaque étape est déconstruite et étayée par des solutions matérielles précises, comme acheter un thermomètre à bain.

Eric dit être conscient qu'avoir un enfant « *ça complique la vie. Mais seulement jusqu'à ce que le cerveau soit habitué, il faut que le cerveau apprenne, que le cerveau s'habitue vraiment* ». Le service de soutien à la parentalité est compris par Eric comme un service à la demande : « *Pour ne pas être dans la galère : on a un problème, on appelle, ils nous expliquent comment faire et après on prend l'habitude, le cerveau apprend vite* ».

Points forts – Eric

L'étude de la situation d'Eric fait apparaître les points suivants :

- Eric n'est pas préparé aux aspects relationnels avec son enfant. Les soins au bébé sont pour lui des « apprentissages » au même titre qu'un apprentissage technique (ordinateur).
- L'enfant représente pour Eric, un changement de vie et une possibilité de vivre une vie « normale ».
- Eric fait un retour sur son enfance maltraitée : il raconte son enfance maltraitée avec facilité. Ses conditions de vie et la maltraitance subie pendant l'enfance expliquent selon lui, sa déficience et son inscription dans une filière spécialisée.

CHAPITRE 7 - EXPÉRIENCE COMMUNE ET SINGULARITÉS DES MÈRES ÉTIQUETÉES « HANDICAPÉES MENTALES »

Il apparaît clairement que l'appellation de « mères handicapées » ne saurait désigner une seule et même réalité. Elle participe plutôt à occulter une pluralité de situations, tout comme le projet de leur assimilation au groupe des mères ordinaires, et de surcroît aux « bonnes mères ». Projet qui participe au masquage des facteurs contextuels du handicap en s'attachant à leurs caractéristiques individuelles. Dans ce contexte, avec leurs parcours toujours singuliers, et par le biais de stratégies de minimisation voire de dissimulation du stigmate, les femmes étiquetées « handicapées mentales » gardent toujours la crainte d'être « débusquées ».

Dans ce chapitre final, je me donne comme objectif de mettre en exergue les moments-clés de ces parcours de maternité. Pour cela il est nécessaire de contextualiser davantage et je m'appuierai dans un premier temps sur les entretiens avec les professionnels du champ social et médical. Enfin, je ferai un détour par les injonctions normatives contradictoires, j'élaborerai une réflexion sur les acquis possibles de ce travail en termes de prise en charge et je terminerai par les compétences émotionnelles des femmes. Je rejoins ainsi Durkheim qui plaidait pour des recherches sociologiques visant à améliorer les situations observées : « mais de ce que nous nous proposons avant tout d'étudier la réalité, il ne s'ensuit pas que nous renoncions à l'améliorer. [...] Nous estimerions que nos recherches ne méritent pas une heure de peine si elles ne devaient avoir qu'un intérêt spéculatif. Si nous séparons avec soin les problèmes théoriques des problèmes pratiques, ce n'est pas pour négliger ces derniers : c'est, au contraire, pour nous mettre en état de mieux les résoudre. [...] La science peut nous aider à trouver le sens dans lequel nous devons orienter notre conduite, à déterminer l'idéal vers lequel nous tendons confusément. Seulement, nous ne nous élèverons à cet idéal qu'après avoir observé le réel » (Durkheim 1994 [1893] : XXXIX).

7-1 Contextes des parcours de maternité

L'expérience de la maternité est traversée par des considérations institutionnelles. Dans les institutions, les encadrants tiennent un rôle déterminant dans la transmission et la formulation des injonctions normatives. Des entretiens avec des professionnels du champ social et de la santé m'ont amenée à identifier la permanence et l'importance d'un questionnement épistémologique sur les conditions de production de savoirs sur l'expérience des femmes étiquetées « handicapées mentales » devenues mères, sur la permanence des

rapports de savoirs et de pouvoir dont elles sont l'objet dans les modes d'accompagnement qui leur sont proposés, voire imposés. Ces entretiens m'ont aidée à mieux comprendre le contexte institutionnel et normatif de la prise en charge de ces femmes.

Dans cette partie, je rends compte des contextes des parcours de maternité. Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques des personnes enquêtées et un aperçu chronologique de mes contacts avec elles, de 2005 à juin 2011. Je présente ensuite les résultats des entretiens effectués auprès de trois éducatrices spécialisées de trois institutions sociales différentes de la région du nord et d'un pédiatre d'un CAMSP en 2002 et 2003.

Tableau récapitulatif des personnes enquêtées

Les tableaux ci-dessous présentent les femmes et les hommes rencontrés dans le cadre de cette recherche. N'y sont pas représentées, les femmes rencontrées en 2004-2005, lors de trois réunions collectives d'échanges dans le contexte de l'ESAT de S. J'ai néanmoins obtenu leur autorisation écrite de collecter mot à mot tous les éléments de leurs dossiers administratifs, sanitaires, sociaux et psychologiques. De même, deux femmes québécoises, représentantes du mouvement « Personnes d'abord »⁷⁷ n'y figurent pas. Je les ai interviewées lors de mon séjour à Québec en 2008. La première, présidente de l'association a eu trois enfants qui lui ont été enlevés à la naissance (elle a retrouvé par la suite deux de ses filles). La seconde a eu un garçon qui est resté quelques années avec elle et qu'elle ne voit plus désormais.

⁷⁷ Association représentative de personnes dites « handicapées mentales » à Québec.

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
Anna 35 ans Portrait 1	Plusieurs rencontres à l'ESAT de S. <i>En 2005 lors du Master 2 recherche.</i>	1 Entretien enregistré Eléments de son dossier personnel.	Maison 1920. 2 chambres.	- Salariée ESAT : repasserie - Ecrit et lit avec difficultés.	AAH + salaire ESAT	Concubinage Michel, mari routier, que je n'ai pas rencontré.	- Assistante Sociale ESAT. - 12 années passées au sein de trois lieux d'accueil et d'accompagnement social.	M'a été présentée comme « déficiente moyenne » en 2005. QI : 52, test de mai 2000. Des rapports « psy » la nomment « déficiente légère » en 2003.	2 enfants âgés de 8 ans et 12 ans (une fille, un garçon). Vivent à domicile.
Cassandra 31 ans Portrait 2	10 Rencontres à domicile <i>De juin 2009 à novembre 2009.</i>	8 Entretiens enregistrés Usage de l'appareil photos et de vignettes BD.	Courée. Locataire en attente d'un relogement.	- Congé parental. Travaillait dans la restauration rapide, dans le cadre d'un emploi protégé. - CAP pas obtenu. - Permis de conduire. - Sait lire et écrire.	Pas d'AAH Allocation familiale & indemnités de congés maternité.	Concubinage – compagne de Didier	- Service tutelle - Service de soutien à la parentalité - Assistante sociale PMI - Centre d'Action médico-sociale précoce	Selon la norme du QI, m'a été présentée comme « déficiente légère »	1 enfant garçon d'un an (en novembre 2009). Vit à domicile.

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
<p>Didier 32 ans Portrait 9</p>	<p>2 Rencontres à domicile</p> <p><i>De juin 2009 à novembre 2009.</i></p>	<p>2 Entretiens enregistrés.</p> <p>Usage de vignettes BD pour un entretien. Cassette détériorée.</p>	<p>Courée</p> <p>Locataire en attente d'un relogement</p>	<p>- Agent dans une entreprise de nettoyage</p> <p>- Pas de permis de conduire.</p> <p>- Circule à mobylette avec un petit chariot accroché à l'arrière du deux roues, pour « <i>ses brocantes</i> ». Fait toutes les braderies de la région, en tant que vendeur.</p> <p>- Sait lire et écrire.</p>	<p>Salaire entreprise de nettoyage.</p>	<p>Concubinage compagnon de Cassandra</p>	<p>-Service tutelle</p> <p>- Service de soutien à la parentalité</p> <p>- Assistante sociale PMI</p> <p>- Centre d'Action médico-sociale précoce.</p>	<p>N'est pas identifié comme personne « avec une déficience intellectuelle ».</p>	<p>1enfant garçon d'un an (en novembre 2009)</p> <p>Vit à domicile.</p>
<p>Thérèse 42 ans. Portrait 6</p>	<p>1 Rencontre au service de médiation + 2 rendez-vous « manqués ».</p> <p><i>En novembre 2010</i></p>	<p>1 entretien non enregistré</p>	<p>Maison 1920.</p> <p>Propriétaire.</p>	<p>- Salariée ESAT</p> <p>- Sait lire et écrire.</p>	<p>AAH + salaire ESAT</p>	<p>Récemment séparée en raison de l'incarcération du mari pour faits de violence.</p>	<p>- Service de médiation.</p> <p>- Services famille des 4 différents foyers et institutions.</p> <p>- Assistante Sociale de secteur</p> <p>- Assistante Sociale ESAT</p>	<p>Victime de violences de la part de son compagnon</p> <p>Selon la norme du QI, m'a été présentée comme « déficiente moyenne ».</p>	<p>4 enfants âgés de 16 ans à ?</p> <p>3 garçons, 1 fille.</p> <p>Garçons placés dans 3 foyers de l'enfance.</p> <p>1 fille avec une déficience intellectuelle accueillie en IME et placée dans une famille d'accueil.</p>

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
<p>Denis 35 ans Portrait 3</p>	<p>2 rencontres à domicile + 1 dans un IME + 3 rendez-vous manqués.</p> <p><i>D'octobre 2010 à décembre 2010.</i></p>	<p>2 Entretiens croisés enregistrés 1 entretien non enregistré.</p>	<p>Maison lotissement. Locataire.</p>	<p>- Sans emploi - Permis de conduire. - Sait lire et écrire.</p>	<p>Allocations chômage – en voie d'obtenir un poste dans une entreprise de réinsertion comme « plaquiste »</p>	<p>Marié à Denise</p>	<p>- Service Action Educative en Milieu Ouvert. - Service d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) - Services sociaux des diverses institutions concernées. - Inscrit au Restau du cœur dans une autre ville que leur lieu d'habitation.</p>	<p>N'est pas identifié comme « personne avec une déficience intellectuelle ».</p>	<p>6 enfants. 5 filles, un garçon. Âgés respectivement de 9 ans, 8 ans, 6 ans, 4 ans, 5 ans et 3 ans. Vivent à domicile. 4 enfants sont en institutions spécialisés : en Institut Médico-Educatif (3) et en Centre Médico-pédagogique (1). 2 filles sont en école maternelle et primaire de la ville d'appartenance.</p>

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
<p>Denise 32 ans Portrait 3</p>	<p>3 rencontres à domicile + 3 rendez-vous manqués.</p> <p><i>D'octobre 2010 à décembre 2010.</i></p>	<p>2 Entretiens croisés enregistrés. 1 entretien (seule) enregistré</p>	<p>Maison lotissement Locataire</p>	<p>- Au foyer - Pas de permis de conduire. - Sait lire et écrire.</p>	<p>AAH</p>	<p>Mariée à Denis</p>	<p>- Service Action Educative en Milieu Ouvert - Service d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) - Services sociaux des diverses institutions concernées. - Inscrite au Restau du cœur dans une autre ville que leur lieu d'habitation.</p>	<p>Selon la norme du QI, m'a été présentée comme personne « déficiente très moyenne »</p>	<p>6 enfants. 5 filles, un garçon. Âgés respectivement de 9 ans, 8 ans, 6 ans, 4 ans, 5 ans et 3 ans. Vivent à domicile 4 enfants sont inscrits en institution spécialisée : en Institut Médico-Educatif (3 IME différents) et en Centre Médico-pédagogique (1). 2 filles sont à l'école maternelle et primaire de la ville d'appartenance.</p>

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
<p>Sandra 37 ans Portrait 7</p>	<p>10 Rencontres à domicile + 1 rencontre à l'ESAT.</p> <p><i>De septembre 2010 à avril 2011</i></p>	<p>10 Entretiens enregistrés. Usage de l'appareil photos et de vignettes BD</p>	<p>Une pièce jugée insalubre par les services du PACT. En attente de relogement.</p>	<p>- Salariée ESAT - Services de nettoyage : cuisine, repassage, plonge. - Sait lire et écrire.</p>	<p>AAH + salaire ESAT</p>	<p>Vit seule</p>	<p>- Service de tutelle - Service d'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique. - Assistant social UT - Assistante sociale ESAT - Association Droit au Logement. - A été placée en famille d'accueil durant la petite enfance puis institutions diverses jusqu'à l'âge adulte.</p>	<p>A vécu des violences dans le cadre familial durant son enfance et à l'âge adulte. Selon la norme du QI, m'a été présentée comme personne « déficiente moyenne ».</p>	<p>2 enfants garçons âgés de 8 ans et demi et de 12 ans. Enfants placés dans la même famille d'accueil. Sandra voit séparément ses garçons une fois tous les 15 jours, dans les locaux de l'UT.</p>

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
Jeanne 22 ans Portrait 4	3 Rencontres à l'ESAT <i>D'avril 2011 à juin 2011</i>	2 entretiens enregistrés. Usage de vignettes BD.	Foyer résidence.	- Salariée ESAT Conditionnement et serveuse restaurant de l'ESAT. - Ecrit et lit avec difficultés.	AAH + salaire ESAT	Vit seule.	- Assistante sociale ESAT - Placements institutionnels dès l'enfance.	Enceinte A vécu des violences dans le cadre familial durant son enfance. Selon la norme du QI, m'a été présentée comme « personne déficiente moyenne ».	
Eric 27 ans Portrait 10	2 rencontres à l'ESAT <i>D'avril 2011 à juin 2011</i>	1 entretien enregistré.	Appartement location	- Salarié ESAT. - Lit avec difficultés. Ne sait pas écrire. - A vécu des violences dans le cadre familial durant l'enfance.	AAH + salaire ESAT	Compagnon non cohabitant de Jeanne.	- Service de tutelle (?) - Assistante Sociale ESAT - Placements institutionnels dès l'enfance.	- Selon les normes du QI, m'a été présenté comme « personne déficiente légère », avec des troubles de l'humeur.	

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
<p>Marie 25 ans Portrait 5</p>	<p>3 rencontres à l'ESAT</p> <p><i>D'avril 2011 à juin 2011</i></p>	<p>3 entretiens enregistrés.</p> <p>Usage de vignettes BD.</p>	<p>Appartement</p> <p>Etat dégradé du logement.</p> <p>Conditions précaires.</p>	<p>- Salariée ESAT : repasserie</p> <p>- Ne sait pas lire ni écrire.</p>	<p>AAH + salaire ESAT</p>	<p>Concubinage</p> <p>Concubin de 40 ans sans emploi..</p> <p>Il a 3 enfants d'une autre relation. Il ne voit plus ses enfants.</p> <p>Vit à domicile avec sa grand-mère et son compagnon.</p>	<p>- Service de tutelle.</p> <p>- Assistante Sociale ESAT</p> <p>- Services de PMI</p> <p>- Assistante sociale UT pôle prévention santé.</p> <p>- Service de soutien à la parentalité dont elle a refusé le suivi.</p>	<p>Enceinte</p> <p>Vit dans un foyer de tuberculose depuis 2003.</p> <p>Victime de violences de la part de son compagnon</p> <p>S'est fait recoudre à de nombreuses reprises, dont 8 jours avant l'accouchement suite aux violences du concubin (blessure au front).</p> <p>Selon les normes du QI, m'a été présentée comme une « personne déficiente très moyenne ».</p>	

<i>Pseudo-nyme</i>	<i>Nombre de rencontres</i>	<i>Techniques utilisées</i>	<i>Type de logement</i>	<i>Emploi - Divers</i>	<i>Ressources</i>	<i>Vie de couple</i>	<i>Suivi social</i>	<i>Situation personnelle</i>	<i>Situation des enfants</i>
Christiane 26 ans Portrait 8	3 rencontres à l'ESAT + 1 rendez-vous manqué. <i>D'avril 2011 à juin 2011</i>	2 entretiens enregistrés	Maison location	- Salariée ESAT : espaces verts. - Sait lire et écrire.	AAH + salaire ESAT + AAH et salaire ESAT de son conjoint.	Concubinage Concubin salarié d'un autre ESAT.	- Assistante sociale ESAT - Assistante sociale UT - Assistante sociale Aide Sociale à l'Enfance - A été placée en famille d'accueil durant la petite enfance puis institutions diverses jusqu'à l'âge adulte.	A vécu des violences dans le cadre familial durant l'enfance. Selon les normes du QI, m'a été présentée comme une personne « déficiente moyenne ».	1 enfant (garçon) âgé de 12 mois. Enfant placé dans une famille d'accueil. Christiane a obtenu la garde de son enfant le samedi et le dimanche.

Les professionnels de l'accompagnement

Les résultats des entretiens qui suivent ont été effectués en 2002 et 2003 auprès de trois éducatrices spécialisées et d'un pédiatre. Madame A. est responsable de service d'un ESAT de la région lilloise. Madame A. est mère de deux filles et grand-mère. Elle a 56 ans. Son ancienneté dans l'institution est de 25 ans. Son ancienneté dans la profession est de 37 ans (8 ans en IME, 4 ans en SESSAD). Madame B. a 32 ans et 10 ans d'ancienneté dans la profession d'éducatrice spécialisée. Elle n'a pas d'enfants. Elle travaille dans un service d'accompagnement de personnes désignées « handicapées mentales » de la région lilloise. Madame C. a 32 ans et 8 ans d'ancienneté dans la profession d'éducatrice spécialisée. Elle travaille dans un service d'accompagnement à l'habitat de la région lilloise. Elle a un bébé âgé de quelques mois. Monsieur D. est pédiatre dans un CAMSP de la région du nord de la France.

Mme A : une posture contradictoire, entre le don de soi et le dénigrement

L'entretien effectué avec Mme A. a duré 2 heures et demie dans le bureau de la personne intéressée au CAT⁷⁸ de S. ; il a eu lieu au mois de mai 2005 et a été enregistré sur magnétophone. Une grille d'entretien avait été effectuée au préalable et l'essentiel de l'entretien a porté sur la situation d'Anna, mère de deux enfants, Carine et Jean (Portrait 1).

Pendant l'entretien, nous sommes dérangées sept fois ; le détail de ces interruptions me semble important à connaître pour expliquer le rôle dominant et polyvalent de Mme A. dans l'institution sociale : trois appels téléphoniques extérieurs alors que la personne du standard (une personne avec une déficience intellectuelle, sachant s'exprimer de manière audible et « correcte ») savait que nous étions en entretien et à qui Mme A. avait demandé de ne pas être dérangée, (elle ne le lui rappelle pourtant pas à chaque dérangement). Deux appels provenaient de professionnels d'un service de tutelle et un appel provenait d'un membre de la famille d'un travailleur, qui se plaignait des « *incapacités* » de ce dernier à gérer son compte financier. L'entrée inopinée d'une personne qui « a mal à la tête » (Mme A. lui fait donner un sucre et de l'alcool de menthe : elle va chercher elle-même le sucre et l'alcool de menthe dans le bureau de l'infirmière). Une jeune fille qui fait le ménage dans l'institution vient vider la poubelle : Mme A. « profite » de cette entrée pour lui « faire la leçon » sur le travail qui est

⁷⁸ Centre d'Aide par le Travail : ancienne appellation qui a été remplacée par l'acronyme ESAT (Etablissement ou Service d'Aide par le Travail) depuis la Loi 2005. L'entretien a été effectué avant 2005, voilà pourquoi j'ai gardé l'appellation de CAT.

« *moins bien fait consciencieusement* » qu'auparavant. Quelqu'un (?) rentre sans un mot pour donner un papier que Mme A. met de côté sans le lire. Un « travailleur » du CAT frappe à la porte, l'ouvre, nous regarde sans un mot et s'en retourne aussitôt : Mme A. ne semble pas étonnée, elle continue de parler.

Ces interruptions sont intéressantes dans le sens où elles permettent d'expliquer le rôle polyvalent de Mme A. Rôle polyvalent qu'elle accepte malgré des remarques ponctuelles qu'elle fait à ce sujet, concernant principalement le débordement des tâches, les dépassements d'horaires, les journées travaillées qu'elle « ne compte plus » (« *à quoi bon ?* »), les journées de congés qu'elle ne prend pas. Rôle que je qualifierais « d'extrême voire de compatissant » au vu de ce que j'ai pu observer dans sa relation avec la personne handicapée : sa capacité d'accueil est permanente, la qualité d'écoute est grande et positive et ce, à n'importe quel moment de la journée, même en situation d'indisponibilité avérée et avouée (par exemple, au moment de son départ, alors qu'elle a un rendez-vous médical important par ailleurs). Rôle que je qualifie enfin comme étant celui « du don de soi », au risque de mettre sa propre santé en difficultés : de nombreux maux violents d'estomac et de migraines viennent contrarier sa pratique professionnelle au quotidien (elle mange d'ailleurs « en dernière minute » et le « plus vite possible » le plus souvent). Don de soi à l'institution et aux personnes handicapées qui font de Mme A. une personne-ressource « *digne de confiance* » au sein de cette même institution, « *connaissant la vie de chacun dans tous ses détails* » : c'est sous ces termes qu'elle m'a été présentée par la Directrice du CAT. Cette dernière est nouvellement arrivée au sein de cette institution (après le départ en retraite de son prédécesseur), ses « *expériences professionnelles antérieures ne relèvent pas du social* » (c'est comme cela qu'elle m'a été présentée par les professionnels du CAT). Elle travaillait auparavant dans le champ de la grande distribution marchande.

Ceci tend à faire penser que Mme A. cherche à donner le meilleur soutien possible aux personnes du CAT qu'ils soient professionnels ou « travailleurs⁷⁹ », de même qu'elle cherche à donner le meilleur soutien possible aux mères « avec une déficience intellectuelle » en particulier, pour qui elle représente « la » personne-ressource de référence.

Cette attitude est différente avec celle qui transparaît à travers l'entretien : le ton dominant de ce dernier est négatif, voire pessimiste (Mme A. l'avoue elle-même). Elle porte

⁷⁹ Les personnes qui travaillent en CAT comme en ESAT sont nommées des « travailleurs » et des « travailleuses ».

des jugements négatifs sur l'expérience de maternité des femmes étiquetées « handicapées mentales ». Elle en vient parfois à les blâmer et à nommer de manière explicite leurs « *incompétences* » notoires. Elle est sensible, voire hyper-sensible aux conditions et difficultés vécues par les enfants, (celles-ci sont le plus souvent imaginées, de même que des situations de vie sont imaginées dans le discours, par exemple : le lever le matin et les « *crises* » des mères envers les « *pipis au lit* », les devoirs le soir). Elle ne comprend pas le désir d'enfant et la maternité chez les femmes concernées, voire le rejette.

Cette expérience de maternité est qualifiée de mots et d'expressions évoquant la souffrance, la grande difficulté pour les mères et pour les enfants : « *Elles préfèrent beaucoup mieux travailler que rester chez elles et garder les enfants (...) pour elles, c'est un supplice (...)* » ; « *C'est trop dur pour elles, qu'est-ce qu'elles vont retenir de tout ça ? (...)* ». Les situations évoquent des sentiments paroxystiques « *ce sont des situations terribles à vivre (...)* », « *c'est ça qui tue, qui tue... pour ces enfants qui doivent quand même se poser des questions, euh... qui n'ont pas de réponses, parce que leurs parents sont incapables de leur donner des réponses* ». La professionnelle évoque la pauvreté et la tristesse des situations : « *C'est tout ça qui est pauvre et triste pour les enfants (...)* » ; pour finalement exprimer que cette expérience est pour les mères concernées par l'étude, « *un constat d'échec* ».

Ce hiatus entre son écoute, sa patience lors des interactions observées et son attitude que je peux qualifier, à certains moments de l'entretien de dérangeante, me questionne : elle me questionne d'autant plus, que dans le contexte du mouvement associatif d'aide aux personnes en situation de handicap dont elle dépend, des idéaux d'amélioration de « *qualité de vie* » sont désormais prônés, de même que dans le monde du travail social et des recherches en sciences humaines (portant sur le handicap mental). Ces mères de famille s'attendent donc légitimement à être accompagnées dans leurs difficultés, leurs souffrances parfois, comme dans l'exercice de leurs rôles sociaux et celui de mère de famille, en particulier.

Dans l'entretien de Mme A., nombre de paroles, de situations passées rapportées, sont totalement issues de suppositions de cette dernière. Le procédé est simple, elle dit : « *J'imagine la situation* », voire les paroles prononcées, d'après celles qui le sont ou l'ont été par d'autres mères de famille, dans le cadre des conversations « *de tous les jours* » et « *dans le bureau* » considéré comme « *un lieu dont rien ne sort... enfin presque...* ». Cette mise en scène est récurrente dans l'entretien et souvent utilisée dans le but d'accentuer les incompétences, les incapacités des mères de famille. L'amour, la bienveillance et la tendresse maternelle étant « *la norme* », il s'agit ici de replacer dans un ensemble d'énoncés normatifs

des attitudes, des conduites parentales, des paroles, des modèles d'éducation considérés comme « hors normes ». D'emblée, l'expérience de maternité est énoncée avec des termes évoquant une grande difficulté, voire quelque chose que ces mères ne peuvent assumer, dépasser et avouer.

« C'est une lourde responsabilité pour elles, elles ne sont pas du tout à la hauteur d'assumer, elles disent qu'elles sont heureuses, mais tu crois qu'elles pourraient dire le contraire ? » (Mme A.)

Les défaillances observées sont énumérées « *pèle mèle* ». Elles concernent avant tout, les apprentissages et notamment l'apprentissage vers l'autonomie, l'accompagnement à l'école, l'éducation sexuelle, les temps libres pour conclure sur la totalité de ce que peut représenter la vie quotidienne avec les enfants. Madame A., qualifie les mères handicapées de « *démunies* », « *dans le manque de...* ». Selon elle, la mère est aussi démunie de mots « *pour exprimer* » et communiquer de manière positive avec ses conjoint et enfants.

« Elles ont du mal à tenir compte des conseils que l'on peut leur donner... ça c'est sûr parce que c'est "chassez le naturel, il revient au galop"... Elles ont toujours fonctionné comme cela ! » (Mme A.)

Ce langage ou cette absence de langage signifient que la déficience intellectuelle rend toute communication impossible avec les proches ; communication, échanges impossibles aggravés en quelque sorte par la transmission intergénérationnelle du manque d'échanges (affectifs et corporels) avec les mères. Ce qu'elle nomme « *la transmission intergénérationnelle* » est qualifié de « *handicap* », un handicap supplémentaire.

L'interviewée fait également référence à l'indifférence des mères et plus particulièrement celle d'Anna envers ses enfants et son « *absence* », synonyme de « *fuite* », bien que présente physiquement auprès d'eux. Anna ne semble pas porter suffisamment d'attention envers sa fille, à ses travaux scolaires, afin de porter de l'attention à ses activités ménagères. Les paroles prêtées à Anna révèlent le manque, la carence de présence d'attention et d'échanges relationnels qui sont attribués à cette femme.

« Elle préfère faire du ménage plutôt que...accompagner sa fille ou des petits travaux scolaires, elle ne sait pas, elle est dépassée par tout ça ; lui demander d'être à côté de sa fille et l'encourager, elle ne sait pas. Elle, ce qu'elle veut c'est de l'action [...] elle est peu présente et ça l'agace et elle va faire perdre le moral de sa fille en disant : « tu vois, si tu veux un métier plus tard, il faut travailler, il faut du courage, donc ton devoir, tu le fais ! Mais il n'y a pas que cela, il y a la présence... Anna ne sait pas se mettre à la portée de sa fille, elle se situe toujours par rapport à elle, non par rapport à sa fille ! » (Mme A.)

Il est intéressant de noter dans l'extrait suivant, la comparaison proposée entre la

relation d'une femme à un objet (le fer à repasser) qu'elle peut maîtriser parce que facile d'emploi et la relation à son fils qui ne l'est pas. Anna est repasseuse au CAT. A travers les expressions « *savoir ce qu'il faut faire* » et « *il n'y a pas ce qu'il faut* », on peut lire les normes et les conduites éducatives et affectives que la mère n'applique pas. La référence à des savoirs psychologiques est nommée de manière explicite et produit une définition de caractéristiques essentielles et nécessaires au bien être de l'enfant : la stabilité, l'affection, l'attention portée (renforcements positifs : encouragements), la présence des parents, l'entente familiale, l'équilibre etc....

« Anna aime mieux venir travailler plutôt que de garder ses enfants, parce que valorisée à travailler et pendant qu'elle est ici, ben, elle a pas le souci ... de savoir ce qu'il faut faire ... parce que gérer son fer à repasser, c'est plus facile qu'un gamin qui est instable et qui fait bêtise sur bêtise... Pourquoi, il fait bêtise sur bêtise ? Peut-être parce qu'il n'est pas assez entouré, il n'a pas ce qu'il faut... » (Mme A.)

A partir de ces normes psychologiques et des conditions du bien être de l'enfant, l'interviewée produit une représentation déficitaire et négative de la mère. Ces conduites ne sont pas jugées dangereuses pour l'enfant : la mère avec une déficience intellectuelle n'est jamais représentée comme une personne « dangereuse ».

Dans cet entretien, j'ai pu noter que les attitudes de soumission et de grande dépendance au conjoint sans qui elles ne peuvent vivre, sont exprimées comme étant « nécessaires » au vu des incompétences notoires des mères désignées comme seules responsables « *en dessous de tout* », de la situation dans lesquelles vivent les enfants.

« (A leur maison de campagne) Avec son mari, je crois qu'elle est la bonniche, elle doit charrier les brouettes, faire le ménage, faire la cuisine quand ils ont terminé les travaux, des choses très matérielles ! [...] Oui, mais par contre, comme elles sont fières de dire au CAT : " J'ai un mari qui travaille à l'extérieur !", elles le portent aux nues ! Elles ne peuvent pas vivre sans leurs maris ! » (Mme A.)

L'extrait qui suit éclaire le rôle du mari. Pour Mme A., être chef de famille, c'est avant tout être autoritaire, aussi exigeant dans la vie quotidienne que dans la vie intime : comportement qui oblige en quelque sorte à faire taire les femmes « handicapées mentales » sur leurs conditions de vie quotidienne, sous peine de « ternir » l'image du mari (tant au niveau des obligations matérielles que de leur sexualité).

L'exigence des maris envers les épouses est « nécessaire » et acceptée. A aucun moment de l'entretien, cette autorité et prise de pouvoir quelque fois par la violence sur les femmes, pose question à l'interviewée : « *On peut comprendre aussi !* ». Les faits sont atténués : « *Il est un petit peu brutal* » et ne sont pas discutés. Le discours d'ensemble n'est

pas celui d'une femme révoltée par cet état de fait. Il est présenté avec fatalisme : une acceptation, un « état de fait » qualifié de « *triste* ». Dans l'entretien, ces informations ont été données à petites touches, à demi-mot, et ont nécessité d'être approfondies à de nombreux reprises.

Mme A. n'annonce pas de questionnements, remises en cause, ni mesures de mobilisation personnelle ou collective de l'équipe éducative pour que la violence à l'encontre des femmes change. La violence est acceptée assez facilement me semble t'il : cette attitude est-elle influencée par une volonté d'hyper-protection (si je peux appeler cela ainsi), des femmes qui ne « *peuvent vivre sans leurs maris* » auquel cas, les maris deviendraient eux-mêmes « protégés » des conséquences de leurs actes ? Est-ce une attitude destinée à éviter des conclusions hâtives (violence conjugale et sexuelle etc....) que je pourrais tirer de ces informations ? Ou est-ce que ces attitudes relatives à la domination du masculin sont intériorisées comme étant dans la norme ? De même dans l'extrait d'entretien, le passage de la transmission de conseils d'une mère à sa fille, concernant l'impossibilité de se refuser à son mari questionne. Tout est énoncé comme s'il ne fallait pas remettre ces constats de prises d'autorité et de pouvoir des hommes sur les femmes en difficultés, dans leurs relations conjugales.

Cette attitude me pose question, de même que m'ont posés question les « conseils » donnés pour que je ne rencontre pas les maris, pour les besoins de l'enquête.

« Oui et parfois au niveau de leurs relations sexuelles, elles arrivent à en parler c'est rare, mais elles les abordent très timidement en disant : "ben, euh... on est bien obligé de faire avec, si on ne veut pas avoir la guerre ! [...]". CG : "des relations sexuelles imposées, alors ?". Mme A : Oui, mais ça elles ne sont pas prêtes à le confier euh... tu vois, elles n'en parlent pas facilement, c'est peut-être un sujet tabou, aussi, on n'en parle pas facilement comme ça ! Peut-être leur mère leur a dit : "à son mari, on ne se refuse pas ou..." Ou alors t'as des maris, ils sont furieux, bon, ben elles sont bien obligées, elles font l'acte, mais... pour ça c'est toute une vie euh... c'est dur quand même, hein ? (silence) les constats, je trouve que c'est triste ! C'est plus que difficile, c'est triste ! Il n'y a pas de moments où l'on peut dire "Ils sont heureux ensemble !" qu'est ce qu'ils ont réussi ? Qu'est ce qu'ils ont réussi ? ». CG : Et la violence ? Mme A. : « Ça, elles n'en parlent pas beaucoup ! Déjà avec elles qu'on les connaît, qu'elles sont mises en confiance, elles n'ont pas ! [...] elles ne veulent pas ternir l'image de leurs maris » (Mme A.)

Paradoxalement à cette dépendance jugée « *nécessaire* » au conjoint, ces mères « *conscientes de leurs limites* », sont aussi soustraites de leurs relations conjugales : elles sont nommées « *incapables* » d'échanger, d'assumer et sont replacées dans un rôle essentiel mère-enfant, rôle illustré en comparaison avec celui de la femme qui est « dans la norme ».

« Oui et même au niveau de la discussion, des échanges, je crois qu'il n'y a pas d'échanges ! Lorsqu'on leur dit : "parlez avec votre mari de vos difficultés ", eh, bien non ! Et en plus, la crainte est là... Celle que le mari se rebiffe un peu contre l'enfant parce qu'il n'a pas obéi, si elle dit que son fils n'a pas obéi, automatiquement, il va se faire disputer, pourvu que le mari soit énervé, elles se préservent, elles préservent les enfants, elles ne disent rien... Il n'y a pas d'échanges, que ce soit avec le mari, que ce soit avec les enfants, elles n'ont pas les mots, les questions ne viennent pas, ce n'est pas spontané tout ça ! Autant nous on va négocier, essayer d'améliorer, essayer de proposer » (Mme A.)

Cette focalisation sur les conduites maternelles rend les mères seules responsables de l'avenir des enfants, bien qu'infantilisées (« les gamines ») et comparées à des enfants de 2 ou 3 ans.

« Ah oui, oui... et en même temps, elles sont obligées d'être soumises, elles ne savent pas tenir les rênes, elles ne savent pas gérer, elles ne démontrent rien... Le mari, je ne sais pas comment il peut être aussi avec une dame comme ça... [...] Parce que s'il y a deux enfants, j'ai envie de dire que pour eux, c'est un troisième en supplément ; trois enfants, c'est un quatrième ! [...] c'est parfois tellement infantile, tellement simple ! T'as des fois même presque du mal à te mettre à leur portée, je te dis même qu'avec un gamin de 2 ans, 3 ans tu n'aurais pas ces réflexions là... [...] quelque fois on a des conversations plus poussées avec des enfants de cet âge (2-3 ans) qu'avec ces mères... Quand tu penses à leur QI, âge mental, c'est 5-6 ans, 5-6 ans déjà avec des responsabilités d'adultes... » (Mme A.)

Le lien exprimé entre la propre dépendance des mères envers leurs proches et la difficulté qu'elles ont envers l'autonomie de leurs propres enfants, est ténu.

« Elles sont tellement dépendantes, comment veux-tu qu'elles laissent des initiatives à leurs enfants ? Pour l'instant, ils ne les dépassent pas trop... elles sont à peu près au même niveau, je dirais... C'est après quand elles ont 15-16 ans, quand les enfants s'affirment que ce n'est pas simple ! Imagine quand ils vont vouloir s'envoler ! » (Mme A.)

Dans le contexte du monde médico-social, d'après mes observations d'une vingtaine d'années, le terme de « débile » que Mme A. utilise dans l'échange qui suit, devient rare dans les conversations, les pratiques éducatives au quotidien : ce terme était exprimé dans les anciennes nosographies psychiatriques pour nommer la personne en situation de « handicap mental ».

« Regarde, déjà... Un fils qui choisit une belle-fille qu'on n'apprécie pas trop, ce n'est déjà pas facile ! Alors quand elles sont débiles, c'est en dessous de tout ! » (Mme A.)

Les propos suivants indiquent que l'image de la mère incompétente domine jusque dans son intimité et celle de sa fille.

« Anna ne sait pas se mettre à la portée de sa fille, elle se situe toujours par rapport à elle, non par rapport à sa fille [...] toutes les expériences que vit sa fille, elle traduit

par rapport à sa propre situation à elle... par exemple, elle ne veut pas donner de petites serviettes à sa fille [pour les règles] parce que elle, elle en utilise des grosses... » (Mme A.)

Mauvaise mère incompétente, Anna l'est d'autant plus parce qu'elle « ne se bat pas pour ses enfants » contre un conjoint autoritaire : « *Elle ne sait pas se défendre en tant que mère* ». Cette caractéristique qui vient de lui être reprochée est bien utile lorsque Anna demande un changement de statut qu'elle voudrait meilleur (travailler dans une école maternelle). Dans ce dernier exemple, la réalité de mère qui « *doit s'occuper de ses enfants* », comme cela lui a été énoncé, lui interdit de pouvoir envisager, voire d'imaginer un jour, une autre vie. L'avenir ne semble pas pouvoir être envisagé pour la personne avec une déficience intellectuelle, encore moins pour la mère qui est assujettie à ses enfants. Ceux-ci devenant la cause essentielle de son malaise professionnel (qui a d'ailleurs été exprimé dans l'entretien de Mme A.). Lorsqu'Anna veut sortir du rôle qui lui est attribué dans la sphère du CAT, voire de son rôle familial, elle est considérée comme insensée, voire « hors norme » : elle est « bouclée » en quelque sorte.

« Elle n'aime pas du tout dire qu'elle travaille en CAT (...) elle ne veut pas que ça se sache (...), alors bien souvent elle me dit : "j'aimerais bien travailler en extérieur, faire du ménage dans les écoles, accompagner les enfants à table". Je lui dis : " bon d'accord, mais le ménage c'est le soir, le ménage on ne le fait pas à 10 heures du matin...Le ménage, on le fait à quatre heures et demie, et tes enfants ? ", elle me répond : "ben, oui, c'est vrai tu as raison... " » (Mme A.)

Mme A. est d'abord pensée comme mère, au travers de situations supposées avec les enfants : c'est dans sa relation à l'enfant que se construit l'image de la mère « *incompétente* » et « *incapable de* ». Lorsqu'elle est pensée comme femme, elle l'est comme femme de milieu populaire « pas très riche » et handicapée qui a besoin de modèle de référence (par exemple pour l'assortiment des vêtements). On peut parler ici de rapport de classe, produit de la conjugaison des caractéristiques propres à la femme avec une déficience intellectuelle et à la femme de milieu populaire, le modèle de référence étant la professionnelle « qui sait correctement s'habiller ».

« Autant elle est propre, bon elle n'est pas très riche, donc elle ne peut pas toujours s'acheter des vêtements dernier cri, elle essaie de faire au mieux, elle nous regarde, c'est une référence ! » (Mme A.)

La situation des enfants est présentée de façon pessimiste. Ceci est révélateur de cette perception négative de la situation vécue par les enfants. Les critères attribués à la fille sont relatifs à la beauté, aux facilités d'expression et au langage correct. Les critères attribués au

garçon sont relatifs aux défauts d'obéissance à l'égard de sa mère. L'une est « adorée » par sa mère, l'autre n'est pas « parlé » par sa mère : à travers cet entretien, on perçoit les différences de comportement supposées de la mère à l'égard de ses propres enfants.

« J'ai vu Carine, une seule fois au marché de Noël ... je lui ai dit « bonjour » je n'ai pas de contact avec elle ; par contre, c'est une belle petite jeune fille ; Anna en est très fière, elle laisse volontiers Carine parler, car elle s'exprime bien mieux qu'elle [...] Quand à Jean, elle a de grosses difficultés avec lui, il ne lui obéit pas du tout... Anna est complètement en difficulté avec son garçon, d'ailleurs, elle en parle très peu, elle ne parle que de sa fille, elle est en adoration devant sa fille » (Mme A.)

On perçoit également que les difficultés des mères s'accroissent au fur et à mesure que grandissent les enfants. On assiste à une sorte d'accélération du processus de distanciation entre la mère et ses enfants. En grande partie en raison de la présence du « handicap mental » qui fait que les niveaux de compréhension de telle ou telle situation vécue dans la vie ordinaire (regarder un film ou une émission de TV) se différencient. Anna craint les questions de ses enfants, auxquelles elle ne sait pas répondre : Anna serait tentée de fuir les questions, et par là, fuir ses propres enfants.

« Pour Anna, c'est un supplice, ils ne sont pas sages, ils courent d'un côté et d'un autre, ils ne font pas toujours ce qu'elle veut, les enfants, ça remue, ça pose des questions et ça, ça la gêne considérablement : la TV par exemple, elle ne saura pas s'asseoir pour regarder un film et se reposer. Elle ne saura pas expliquer, il y a toujours la crainte que les enfants posent des questions et qu'elle ne saura pas répondre [...] Je vais être pessimiste... mais bon, je trouve que ces gamins [les enfants] s'en sortent quand même bien ! Ils sont malgré tout un peu près équilibrés [...] Quand le bébé ne bouge pas, ce n'est pas lui qui va s'affirmer donc ça ne pose aucun souci ! Si à partir du moment où il commence à hurler la nuit, à partir du moment où il est malade, alors là; ils sont démunis mais un bébé qui va bien, même s'il ne rit pas, même s'il n'échange pas, pour elles ça va, elles possèdent, elles l'ont, elles le maîtrisent [...] » (Mme A.)

Enfin, il est intéressant de noter à nouveau dans le discours, les croyances profondes liées à la transmission intergénérationnelle des déficiences intellectuelles et des difficultés scolaires. Croyance qui est partagée par une mère qui est consciente de son handicap et des conséquences possibles sur le devenir intellectuel de ses enfants. De même que la croyance liée à la reproduction des situations de vie précaires, dans les milieux prolétaires : « la fille » (future femme) étant représentée comme seule responsable et à l'initiative de cette situation.

« Regarde la petite V. (une enfant de P. une autre maman de l'ESAT), elle avait quand même un retard au niveau de la socialisation, et de la marche, ça posait pas trop de problème tu vois [pour la mère] [...] mais quand ils sont plus grands, ils sont quand même bien démunis [...] Et puis après quand ils rentrent à l'école, il y a le regard des instits... Et puis, quand les instits voient arriver les mères, euh et puis les pères ! Tu sais, moi je connais P. quand l'instit doit voir arriver P. [soupir] il doit se dire :

« Pauvre gamine, pas étonnant qu'elle double son CP ! Ou qu'elle ne comprenne rien [...] Ce que je crains, quand les filles sont grandes, c'est qu'elles aient envie d'échapper du milieu familial et à mon avis, elles vont retomber dans le même panneau, tu vois, pour peu qu'elle soit aimée, reconnue par un gars, si c'est une fille et bien elle va vouloir reconstruire une cellule familiale et hop ! C'est reparti pour un tour ! [...] Quelle lourdeur à porter ce handicap ! Elles s'en rendent compte ! Et avoir charge d'âme et se dire "j'espère que mes enfants ne seront pas comme moi !" ça aussi, ça revient souvent et P. me dit toujours : pour L. (sa fille), j'ai un peu peur je ne voudrais pas qu'elle fasse comme moi... tu vois par exemple quand elle avait du doubler son CP... » (Mme A.)

Discours des éducatrices spécialisées

Les professionnelles interviewées reconnaissent exercer une profession extrêmement prenante auprès des mères handicapées : *« Un super travail »*, mais tiennent un discours ambivalent au sujet de la procréation.

« Non, malgré notre mission d'aide et notre travail, dont l'essentiel est d'accepter tout cela, je ne sais pas si je devrais le dire mais ce n'est pas à conseiller que ces personnes en difficulté aient des enfants, je trouve (...) Qu'elles vivent leur vie sexuelle, je dirais « à plein tube » ça je m'en fiche mais qu'elles n'aient pas d'enfants ! Lorsque nous-mêmes avons des enfants, c'est déjà difficile » (Mme A.)

Les unes et les autres disent vivre un certain isolement où les peurs de chacune se rejoignent.

« Alors là, il y a une grande peur de l'équipe, parce que ça touche à la petite enfance, ça touche au bébé... Les mères sont si fragiles et les enfants si vulnérables... La première réaction des gens, c'est peut-être la peur en fait... » (Mme C.)

L'autonomie et la responsabilité sont deux axes privilégiés dans les objectifs de l'intervention sociale.

« Moi, je le dis souvent à ces mamans là (...) je leur répète toujours : c'est toi qui as la responsabilité parentale, si un jour on te l'enlève, ton enfant, c'est parce qu'il était en danger (...) mais tant qu'il n'y a pas danger, tant qu'un juge des enfants ne s'est pas prononcé, c'est bien toi, qui as la responsabilité parentale. Il faut qu'elles tiennent la route ! » (Mme B.)

Mais parfois, faute de réponse éducative et à bout d'arguments, les professionnelles disent rendre conscientes les mères de leurs *« fautes »* de leurs *« erreurs »*.

« Moi je leur dis quelquefois, lorsque je suis épuisée : si vous ne faites pas d'efforts, on vous enlève les enfants ! » (Mme B.)

Elles assurent aussi que les difficultés que rencontrent les mères relèvent *« du trans-générationnel »* et que les mères ont elles-mêmes rencontré des difficultés relationnelles avec leurs parents, lorsqu'elles étaient enfants.

« En même temps, il y a ce côté relationnel qui fait défaut, je pense que elles-mêmes, en étant plus jeunes, elles n'ont pas vécu tous ces échanges, qu'elles n'ont pu avoir tous ces échanges avec leur mère et ça...ça se transmet de génération en génération... Je pense qu'elles traînent ce handicap, ce manque de... (Hésitation) oui, les relations mères-enfants » (Mme A.)

Les propos relatés lors des entretiens sont pessimistes, les situations rencontrées semblent sans issue positive possible.

« Je pense que c'est archidifficile, c'est compliqué voire insurmontable pour elles (...) Dans une famille quand le couple s'entend bien et qu'il n'y a pas de problème particulier, c'est déjà pas toujours évident, alors là, il faut imaginer... » (Mme A.)

Dans cet entretien, la travailleuse sociale se réfère de manière récurrente à des situations de la vie courante : des récits (balades à la campagne ou à la mer, relations de couple « où tout va bien ») pour les transposer dans la vie des personnes et des mères avec une déficience intellectuelle qui deviennent des individus jaugés, comparés pour finalement être considérés comme « hors normes ». Elle apporte des éléments pour enrichir son propos et accentuer le fait que ces familles ne vivent pas ces situations normalisées. En tous les cas, ces moments de vie familiale relatés avec enthousiasme par la professionnelle, Madame A., correspondent à une norme et une certaine vision de la famille idéale, toutes deux issues de représentations relatives à des modèles traditionnels de la famille, où l'équilibre règne.

« Et puis quand tu compares avec une famille dite « normale », « équilibrée », bon... Il y a des enfants qui posent toujours plus ou moins problème, des enfants qui ne suivent pas la filière que tu voudrais... ; des enfants, ça pose toujours un éternel souci même quand tout va bien, quand tout est équilibré... Ben, tu vois pour ces familles là, c'est le déséquilibre total » (Mme A.)

Tout l'énoncé de son discours est construit « en comparaison de... », comme pour accentuer la différence des valeurs entre « ce qui ne se vit pas et qui le devrait ». Au lieu des situations riches d'expériences, la réalité de vie imagée et imaginée des familles est considérée comme étant d'une grande pauvreté.

« Oui, ils vont faire un tour en vélo, le mari est devant, la mère est derrière, la fille au milieu mais, ils-ne-se-causent pas ! Ils ne parlent pas, c'est " attention, euh, descends de vélo, on va traverser", c'est vraiment d'une pauvreté, je trouve... » (Mme A.)

L'analyse des entretiens avec les professionnelles permet donc de préciser plusieurs aspects. L'évaluation subjective des situations sociales rencontrées domine largement, au détriment de l'évaluation objective (formulation d'hypothèses, construction d'un projet d'intervention et mise en œuvre de ce projet). Les professionnelles évaluent les situations au *feeling*. Cette attitude implique, de leur part, un retour perpétuel sur leur propre expérience de

vie dont elles se servent pour intervenir auprès des mères ayant une déficience intellectuelle.

« Et c'est ça qui est difficile, et c'est ça que j'ai appris... C'est à ne pas faire passer mes valeurs qui sont vraiment les miennes puisque moi, maintenant je suis maman aussi, donc j'ai mes valeurs d'éducation et je dois faire surtout attention à ne pas les transférer » (Mme C.)

Ces éducatrices spécialisées se questionnent en profondeur sur leurs valeurs en tant que mères ou « amie de », ou « proche de » à titre de professionnelles ; leurs valeurs personnelles en tant que femmes, mères et professionnelles sont sans cesse remises en question.

« Anna est mère de famille, je suis mère de famille : pourtant on est diamétralement opposées ! Elle est mère, il n'y a que cela qui nous rassemble ! » (Mme A.) « C'est un travail difficile pour ça, parce que je ne suis pas un modèle de maman » (Mme C.) « Je crois aussi que quand on devient travailleur social, on voit parfois des choses catastrophiques partout, alors que dans sa propre famille, ou chez ses plus proches voisins, des situations similaires existent et on ne s'en inquiète pas » (Mme B.)

A partir de leurs propres valeurs, elles mettent parfois en doute l'existence des valeurs éducatives des mères. Tout au long des entretiens, j'ai pu sentir une attitude émotive des professionnelles envers les enfants « *si vulnérables* » et les mères qui « *sont des personnes fragiles* » ; à l'évidence, on note un manque de distanciation dans la relation éducative entre les professionnelles et les mères, relation qui devient au fil du temps, une « relation affective ». La deuxième attitude qui caractérise le discours des professionnelles est la responsabilité unique qu'elles font porter aux mères dans les difficultés éprouvées. Leurs propos révèlent en effet une absence de prise en considération de la cellule familiale globale et de la famille élargie (grands parents, frères, sœurs, etc.) dans l'intervention sociale. Elles ne réfléchissent pas en termes de projet global pour toute la famille, les solidarités familiales sont impensées. Je n'ai pas trouvé d'incitations à reconstituer ou entretenir les liens familiaux intergénérationnels : « La rupture est considérée comme acquise » (Pitrou 1992 : 14). Le père est absent du discours ou cité comme l'« empêcheur de tourner en rond » en quelque sorte, celui qui entrave la relation éducative de la travailleuse sociale ou du travailleur social avec la mère déficiente.

Les notions de compétences et de savoir positif de ces mères sont quasi absentes de leurs propos. Sans aller jusqu'à parler de négligence ou de maltraitance : « *Il n'y a pas plus de problèmes dans ces familles-là que dans les autres, du quart-monde par exemple* » (Madame B.). Elles parlent du savoir des mères de manière négative : « *Même jouer, elles ne savent pas* » (Madame C.). Si l'enfant éprouve des problèmes de santé, c'est parce que la mère ne sait

pas lire, ne comprend pas la sexualité et le fonctionnement du corps, ne sait pas s'adapter ni diversifier un menu pour l'enfant ou encore « *a un problème d'alcool* ».

Par ailleurs apparaît des références régulières à des savoirs normatifs : les stades de développement de l'enfant et les conséquences néfastes de l'absence du père sur le développement précoce de l'enfant (alors que paradoxalement, dans la relation éducative, le père est mis à l'écart). Une acceptation fataliste de l'inadaptation sociale des mères déficientes est aussi perceptible ; on peut déceler la certitude que ces professionnelles entretiennent quant au renouvellement perpétuel, à travers les générations, des « défaillances parentales » et des « manques de repères parentaux ». C'est sans doute pourquoi sont mentionnées à la fois la peur des conséquences liées à la naissance d'un ou d'une enfant, la nécessité de surprotection de la mère (« si fragile ») et les menaces nécessaires de retrait de l'autorité parentale. C'est pourquoi la culpabilisation des mères est alors exprimée comme nécessaire.

Néanmoins, lorsqu'ils deviennent obligatoires, le retrait des enfants aux parents et leur placement dans des établissements sont présentés comme des situations « *culpabilisantes et synonymes d'échec* » pour les professionnelles de l'accompagnement social, d'autant plus que ces placements sont parfois menés dans l'urgence. Les causes de ces placements sont expliquées par « *l'incapacité de la mère à élever ses enfants* » (Madame C.). Des dysfonctionnements systémiques sont aussi mentionnés. La segmentation des services entre différentes instances (Action éducative en milieu ouvert (AEMO), tutelles, Protection maternelle infantile (PMI), selon l'âge, la personne visée ou le type de problème, entraîne en effet, d'après les propos recueillis, des difficultés de fonctionnement et d'efficacité. S'ensuit une rétention des savoirs significative entre les divers responsables de l'action sociale sur la situation familiale (comme « pour garder une longueur d'avance » sur son collègue, « on ne dit pas tout »). Cela traduit une impression de concurrence entre les acteurs et les actrices du réseau de soutien à la parentalité : la « *batterie* », comme ce réseau est dénommé par une interviewée. Les conseils aux parents sont qualifiés d'« *anarchiques* » et dispensés sans concertation préalable au sein de l'équipe éducative.

Sont abordées en dernier lieu les relations parfois difficiles entre les différents acteurs et actrices engagées dans l'intervention. Une hiérarchie des savoirs est établie entre « ceux qui savent et ceux qui ne savent pas » : entre professionnelles et professionnels du monde médical, « psys » (psychiatres, psychologues) et les représentants de l'action sociale, puis entre ces derniers et les parents. Le savoir savant des médecins et des « psys » est la référence.

Les spécialistes de l'action sociale sont les intermédiaires : ils relaient ce savoir «scientifique » auprès des mères.

Le discours du pédiatre

L'analyse de l'entretien avec le pédiatre révèle une attitude qui contraste avec celle des professionnelles. On observe d'abord chez lui une approche plus positive des problèmes en cause. Sa situation est très différente et marginale du monde médical académique. En 2002, l'emploi récurrent des termes «*compétence parentale*» et «*bienveillance*», par exemple, représente un changement de ton chez un professionnel de l'action sociale en France. On peut ramener les propos tenus à trois types de remarques. On observe d'abord chez le pédiatre une capacité d'objectivation de la situation des parents ainsi que des professionnelles et des professionnels engagés dans l'intervention. Sont d'abord indiqués la nécessité de savoir élaborer un diagnostic et des stratégies «pratico-pratiques », puis la nécessité de «*faire un travail sur soi* » pour travailler avec des parents déficients ; et de chercher des regards et des avis différents «*lorsque les limites dans l'action sont atteintes*». L'exigence d'adaptation aux «*vrais besoins des gens* » est également reconnue. L'attitude du pédiatre à l'égard des parents s'avère aussi plus nuancée et plus positive. On trouve dans son discours la notion d'«*émergence de compétences* ». Il est question de «*libérer les petits talents* » des parents avec une déficience intellectuelle, de placer ces derniers en position d'«*experts* ». Une attitude empathique envers eux peut aussi être observée⁸⁰ : «*Moi, je n'aimerais pas qu'il y ait un professionnel qui vienne me voir parce que je suis débile. On est tous débiles à un certain niveau* ». Certains problèmes d'alcoolisme chez les mères (mères atteintes du syndrome d'alcoolisme fœtal ou des effets qui y sont liés) et la dépression post-partum, sont deux pathologies importantes en nombre dans les consultations. Elles entraînent souvent, de la part de la mère, des actes de négligence envers les enfants mais le pédiatre ne leur impute pas tous les problèmes. S'appuyant sur les résultats d'une enquête de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, il attribue la responsabilité de la récurrence d'actes de maltraitance envers les enfants, d'abus sexuels et de violence, aux compagnons de passage de ces mères, aux pères ou aux beaux-pères. Pour résoudre les difficultés, il croit à la nécessité de prendre en considération la globalité de la famille, de l'environnement social, associatif, etc.

⁸⁰ On peut constater la persistance de l'utilisation du terme «débile » pour qualifier les personnes «handicapées mentales ».

Pour arriver à une meilleure synergie et efficacité de l'intervention, le pédiatre souhaite la « *conjugaison des savoirs* » entre, d'une part, les professionnelles et les professionnels et, d'autre part, les parents. Il faut, selon lui, comprendre les conditions difficiles de ces personnes, savoir faire émerger leurs compétences. Mais par ailleurs, prévenir l'épuisement professionnel des intervenants sociaux qui « *sont eux aussi maltraités par manque de supervision* ». Ce parti-pris est régulièrement rappelé dans son entretien.

Synthèse des résultats

Bien que la maternité soit désormais considérée comme un « droit » pour ces mères, multiples sont les enjeux et complexes sont les rapports autour d'une entreprise qui ne va toujours pas de soi. Des stéréotypes subsistent encore sur leur capacité à exercer leur rôle maternel et de nombreux préjugés amènent à penser que les difficultés de ces mères résultent de leurs limites intellectuelles. On ne tient pas compte alors des relations intrafamiliales. Et les préjugés sur les facteurs socio-économiques sont nombreux.

Pour étudier la construction de la compétence maternelle des mères désignées en « situation de handicap mental », et par la suite, la construction de la figure de la « bonne » mère et de la « mauvaise » mère, interroger des professionnels de l'accompagnement social (dans un contexte professionnel fortement féminisé) et de la santé s'est avéré être une approche féconde. Elle a notamment permis de comprendre que les jugements portés sur le « handicap mental » associés à l'expérience de maternité, reflètent une ambivalence entre un investissement affectif et une distance constructive. Dans les entretiens avec les éducatrices spécialisées, une part d'intimité est exposée et indique des valeurs fortement ancrées dans leur modèle éducatif de référence. Tout cela implique évidemment de pouvoir se questionner sur ses propres valeurs car il est fort difficile de gérer correctement les conflits qui peuvent survenir sans un contrôle efficace de ces éléments « Le problème n'est pas, en soi, que des valeurs soient sous-jacentes aux interventions ; le problème, c'est la négation de cette évidence. L'une des premières sources de dilemmes éthiques c'est l'absence d'efforts pour les mettre clairement à jour et en analyser les influences » (Massé 2001 : 75).

Les types d'action et la formation initiale des éducatrices spécialisées et du pédiatre sont fort différents, et il est certes plus facile pour ce dernier de parler d'accompagnement à la vie, d'émergence de compétences, de parent déficient « *expert* », car il n'est pas en contact direct et quotidien avec les aspects les plus routiniers et les plus usants de la vie, situation dans laquelle sont les éducatrices spécialisées. Il est toutefois préoccupant de constater leur difficulté à énoncer une « pratique positive » à partir de leurs expériences professionnelles,

alors qu'elles disent exercer une « *mission passionnante* ». Mes observations et les entretiens formels et informels évoquent par ailleurs des relations fortement chargées émotionnellement. Leur profession est soumise à des conditions de travail de plus en plus difficiles et elles ne cessent de demander des séances de supervision pour lutter contre le *burn-out* professionnel qui les guette.

Les éducatrices spécialisées essaient de tirer les mères vers leurs propres expériences normatives. Ces normes « idéales » et consensuelles qui ont une fonction identitaire définissent des comportements maternels « parfaits ». Et la transgression des normes « pratiques » qui ont une fonction effective des comportements, entraîne une sanction sociale (Ferrand 204 : 70). Là se situe le problème. L'idéal de « mère handicapée » est un modèle proche de ce que sont ces professionnelles en tant que mères et de leurs représentations parfois désuètes de ce rôle de mère. Le père étant le plus souvent exclu de la relation éducative mise en place avec la mère handicapée. Ceci nous explique en quoi la « mission civilisatrice » qui incombe à la mère lui pèse tant. Les interventions professionnelles correspondent à une approche résolument clinique : le modèle d'intervention sociale étant le modèle classique où le professionnel contrôle la situation quand la « transgression » à la norme se produit. Les interventions sociales se focalisent sur les problèmes et les incapacités plutôt que sur la prévention ou les forces ou les ressources de la mère. Voilà pourquoi les femmes concernées par l'enquête se mettent indéniablement en position d'auto-surveillance et d'autocontrôle dans leurs discours, ceci d'autant plus que la menace de se voir retirer les enfants y est omniprésente. En effet, elles sont soumises à deux attitudes possibles dans un contexte où le simple fait pour une personne d'être désignée comme ayant des incapacités intellectuelles est suffisant pour qu'il y ait soupçon d'incompétence parentale, ce qui crée, nous l'avons vu, un mouvement de cause à effet (Feldman et autres 1992) : assumer au mieux leur rôle de mère, car mère-avant-tout et, selon le modèle toujours dominant dans l'action sociale en France, toute mère physiologique est indéniablement la référence responsable dans l'éducation de ses enfants ; dépasser les soupçons d'incompétence parentale et se montrer une bonne mère en s'appuyant sur ses capacités. Ces personnes sont donc soumises à un discours paradoxal : vous pouvez être mère et on va vous aider à être la meilleure possible, bien que vous soyez seule responsable de votre changement, de vos succès et de vos échecs ; mais vous serez de toute façon une mère en difficulté impuissante et démunie face à l'éducation de vos enfants, parce que en situation de « handicap mental ».

Le fait que des professionnelles participent à cette attitude est déconcertant : chacune à

sa manière prône la responsabilisation et fait éprouver aux mères handicapées un sentiment de culpabilité. Ces positions sont le plus souvent étroitement liées à des croyances que l'on peut qualifier de déterministes, qui ne reconnaissent pas le potentiel de changement à court terme, voire à plus long terme des personnes concernées.

7-2 Expériences communes des parcours de maternité

Ma présence au sein des institutions sociales n'a pas été perçue comme neutre par les personnes enquêtées puisque j'étais introduite par des supérieurs hiérarchiques auxquelles elles se sentaient peut-être peu libres d'opposer un refus, malgré mon souci permanent de m'en démarquer. Dans ce contexte en tension, les interviewés ont sans doute voulu donner une image positive ; surexposer des pratiques parentales considérées comme légitimes et sous-évaluer des pratiques illégitimes. J'ai pu dégager des points communs entre les expériences de maternité des personnes enquêtées.

L'expérience de la maternité : une expérience mitigée

Quand il y a expérience, il faut toujours se demander si elle est vécue positivement ou négativement (Lahire 1995 : 19). Les portraits reflètent bien le moment charnière, la période de transition où les femmes enquêtées deviennent mères (les hommes ont plus de difficultés à parler de cette période de transition). L'expérience de la maternité est centrale dans la vie de ces femmes, elle leur donne une ligne de conduite. Les récits d'expérience de la maternité montrent qu'elles doivent coûte que coûte démontrer leur légitimité à être mères ou futures mères ; mais elles témoignent malgré tout une expérience mitigée. La transition au rôle maternel peut être considérée comme une période de vulnérabilité avec des enjeux différents pour les femmes et pour les hommes (Coulon 2007). La négociation de la transition est encore plus difficile pour les mères « handicapées ». Elles ont des enfants malgré les importants préjugés dont elles sont l'objet, bien qu'elles craignent l'impact de la conjugaison de ces deux situations sur leur rôle de mère, mais aussi sur l'avenir de leurs enfants (portraits 2, 3, 4, 6 et 7). Les mères et les intervenants sociaux continuent d'interpréter leurs difficultés quotidiennes comme étant associées à leur « *retard mental* » (portrait 1, 2, 6, 7. Entretien Mme A.) au détriment de la reconnaissance des difficultés ordinaires de l'expérience de maternité. La grossesse, la naissance et le retour au domicile, la période post-partum, le retrait du droit de garde des enfants, la scolarisation et l'aide à la scolarité des enfants sont des moments-clés stressants dans la vie des mères : elles doivent constamment faire leurs preuves dans un contexte de suspicion au sujet de leurs compétences à tenir ce rôle.

Une histoire familiale et sociale ancrée dans des difficultés

Chacune d'entre elles à des niveaux différents, a une histoire passée ancrée dans des relations familiales difficiles mais les modèles maternels ne sont pas rejetés, ils sont valorisés (portraits 4, 5, 7 et 8). La crainte du modèle paternel violent perdure (portraits 4 et 10). La maternité permet parfois le rapprochement des familles (portraits 2, 4, 7 et 8).

Elles ont connu un parcours de placements en institutions sociales (sauf Cassandra - portrait 2), ponctué par les difficultés et les violences vécues en famille d'accueil et en foyers de l'enfance (portraits 7 et 8). Ces difficultés les ont marquées et pour la plupart, elles veulent « tirer un trait » sur ce passé. De ce passé institutionnel, elles n'évoquent pas de souvenirs positifs ou de connaissances qui les ont marquées. Elles en parlent peu et ne veulent pas en parler (portraits 4, 7 et 8).

Pour plusieurs femmes et un homme, la responsabilité des situations difficiles qu'ils ont vécues au sein de la famille n'incombe pas aux personnes de leur entourage (dont principalement leur mère) qui leur ont causé des torts ou n'ont pas répondu à leurs besoins élémentaires et de protection matérielle et affective ; sauf lorsqu'il s'agit des pères auteurs de violences à leur encontre (portraits 4 et 10). La mère est qualifiée de victime du conjoint violent ou de la machine judiciaire (portraits 4, 7, 8 et 10). Christiane rejette ses difficultés passées et celles de ses parents décédés, sur le contrôle social et judiciaire mis en œuvre auprès de personnes précarisées (portrait 8). Deux interviewées se positionnent en victimes de l'intervention sociale (portraits 7 et 8). Les intervenants issus de l'aide sociale à l'enfance sont parfois perçus fort négativement par les mères, mais aussi par des pères (portraits 1, 3, 8 et 9).

L'enfant : l'espoir d'une vie normale

La grossesse est valorisée, l'enfant est désiré (parfois sous la demande insistante du conjoint - portraits 2 et 8), contrairement à ce que laissent penser des recherches sur les familles précarisées où la naissance des enfants est nommée comme un « accident ».

Pour certaines femmes, l'enfant a la délicate mission de leur faire changer de vie, de recommencer une « *nouvelle vie* », de les faire sortir de la vie marginale et solitaire dans laquelle elles se trouvaient avant la naissance (portraits 2 et 4). Il représente aussi la preuve qu'elles sont compétentes en qualité de mères (portraits 2 et 3). Il représente l'espoir d'une « *vie meilleure* » (portrait 10). L'enfant permet d'accéder à la normalité, à une « *vie normale* » (portraits 8 et 10). Il met les parents en situation de penser l'avenir et de trouver des arrangements pour l'anticiper au mieux (portraits 2, 5 et 10). Cet élément est central dans le

discours des femmes et d'un homme « handicapé » (portrait 10). L'enfant peut représenter une sorte de rempart vis-à-vis du monde extérieur. Il protège des sollicitations extérieures ou des rencontres jugées malveillantes (portrait 2).

Les enfants représentent de la joie et « *un vrai bonheur* » même si la peur de transmission du handicap reste perceptible dans les entretiens (portraits 1, 2, 3, 7 et 9). Les difficultés de santé des enfants tiennent une place importante dans les préoccupations maternelles (portraits 2, 3 et 7) même si elles éprouvent parfois de la difficulté à détecter les signes de maladie infantile (portrait 2). Les difficultés de santé nécessitent des soins et des traitements poussés (portraits 2 et 3), des enseignements spécialisés ou des placements en institutions (portraits 3 et 7) ; qu'il s'agisse de handicaps de naissance (portrait 3), de troubles moteurs (portrait 2) ou de troubles entraînant des difficultés liées à l'adaptation à l'école : troubles de l'apprentissage, troubles du langage (portraits 3 et 7). Deux mères et un père (portraits 2 et 3) s'inquiètent de l'avenir de leurs enfants et de leur intégration future dans le monde social (écoles et travail).

La recherche de conseils concernant les enfants est rarement à l'initiative des familles. Bien souvent ce sont l'école ou les intervenants sociaux ou de santé qui provoquent l'intervention du psychologue, du kinésithérapeute ou de l'orthophoniste (portraits 1, 2 et 7). Seules Denise et Sandra (portraits 3 et 7) interpellent régulièrement (quelque fois à de nombreuses reprises au cours de la journée) les divers représentants des institutions sociales dans lesquelles sont accueillis leurs enfants. Pour deux situations, la gynécologue apparaît comme une personne compétente et aidante pour l'éducation des enfants et le règlement de documents administratifs (portraits 6 et 7). On peut souligner ce paradoxe.

De la maternité au domicile : un choc, un cauchemar

Certaines femmes dissimulent aux intervenants sociaux leur grossesse afin de minimiser les commentaires négatifs à leur égard (portraits 2, 5 et 8) ; mais elles sont fières de l'annoncer à leur famille (portraits 4, 5, 7 et 8). Les soins prénataux sont peu investis et pas adaptés, ils sont négligés. Pourtant les mères se plaignent d'un manque de connaissances en puériculture et sur le déroulement de la grossesse. Par exemple, elles ne suivent pas les cours d'accouchement dans les maternités (portraits 1, 2, 3, 4, 5, 7 et 8) parce qu'elles n'en ont pas compris le sens (portraits 2 et 7) ou éprouvent de la peur à entrer dans la maternité (portrait 5). Celles qui ont suivi un ou deux cours n'aimaient pas être confrontées au regard des « *autres* » femmes, voire des « *autres* » hommes, futurs pères dont la présence à ces cours est maintenant préconisée (portraits 2, 4 et 7). Le conjoint de Cassandra ne voulait pas y assister et cette situation lui posait problème. Elle a préféré couper court à toute implication afin d'échapper à

ce dilemme (portrait 2). Même si le « regard de l'autre » est évoqué, les craintes d'être repérée par les services de santé et sociaux de la maternité, et celle du retrait de l'enfant dès la naissance y sont peut-être associées.

La naissance est une étape importante de la vie des mères. Sandra a accouché seule (portrait 7) et la majorité dit avoir manqué d'informations au sujet de l'accouchement (portraits 2, 4, 5 et 8). Trois ou quatre femmes ont subi une césarienne (portraits 1, 3 (?), 7 et 8). Deux jeunes femmes enceintes évoquent la possibilité d'un accouchement par césarienne en ce qui les concerne. L'accouchement par voie basse semble être écarté pour les femmes « handicapées mentales ». Dans ce petit effectif, les césariennes sont sur représentées. Le stress éprouvé lors des jours qui précèdent et suivent la naissance est à prendre à compte dans l'expérience de maternité (portraits 2 et 8). En plus des douleurs associées à l'opération et à l'accouchement, les mères éprouvent des sentiments de perte de contrôle (portraits 2, 7 et 8).

De retour de la maternité au domicile, deux mères disent avoir vécu une expérience bouleversante : « *un cauchemar* », « *un choc* » (portraits 2 et 8). Comme pour toute jeune mère, le retour à domicile et la toilette du nouveau-né sont des éléments amplificateurs du stress maternel (portraits 2, 7 et 8). L'allaitement et l'alimentation du nourrisson représentent un passage difficile, parfois un stress intense sous la pression de l'entourage ; notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel (portraits 1 et 2). Les mères ont de la difficulté à concilier leurs multiples rôles et le stress est élevé alors qu'elles tentent à la fois d'entretenir le foyer, de préparer les repas et de répondre aux sollicitations du nouveau-né (portrait 2). Elles doivent aussi être disponibles aux rendez-vous des multiples intervenants sociaux à domicile et conjuguer l'ensemble, sous la meilleure image qui soit, relève d'un véritable exploit (portraits 2 et 8). L'organisation devient le point central de leur vie quotidienne jusqu'à tenir un rôle sacrificiel : une disponibilité sur tous les fronts (portraits 1, 2 et 6). L'isolement et le repli sur soi sont des réponses à ces sollicitations majeures, compte tenu de leur réseau social restreint et de la faible participation du conjoint aux tâches domestiques quotidiennes et aux soins du nouveau-né (portraits 1, 2, 7 et 8).

Le soutien de la famille peut être positif ou une source de stress. Lorsque les proches ou les intervenants sociaux ne comprennent pas les difficultés associées au « handicap mental », ils tendent à blâmer les mères lorsque surgissent les difficultés. Le sentiment d'incompétence peut être renforcé par la famille ou les connaissances exacerbant le repli sur soi, les gestes inappropriés et les symptômes dépressifs (portraits 1, 6, 7 et 8).

Des membres de la famille (mère et grand-mère maternelles) apportent un soutien

positif (portraits 2, 5 et 7). D'autres membres apportent une pression supplémentaire aux conditions du retour à domicile (la belle-mère et les sœurs de deux femmes interrogées). Une forme de compétitivité peut s'instaurer entre les mères et la belle-mère ou les sœurs. Chacune veut montrer à l'autre qui est meilleure mère, en instaurant un processus de disqualification de la mère (portraits 1 et 8). La domination installée favorise des adaptations (portrait 1) ou un acte violent à destination de l'enfant (portrait 8). Le soutien familial est une « affaire de femmes » : les femmes sont perçues plus aidantes que les hommes. Le soutien amical n'est pas relaté dans les propos échangés.

Pratiques parentales légitimes et illégitimes

Les entretiens montrent une surévaluation des pratiques parentales jugées légitimes : embrasser, câliner, maintenir l'enfant propre voire le conduire à l'hôpital en cas de problème de santé (portraits 4 et 8). Des normes hygiénistes sont régulièrement énoncées (portraits 2, 3, 4, 5 et 8). Les pratiques qu'elles jugent illégitimes sont de l'ordre de l'abandon ou du délaissement : laisser le bébé pleurer dans un coin, ne pas s'en occuper, ne pas le surveiller (portraits 2 et 4).

La « bonne » et la « mauvaise » mère

Plusieurs femmes évaluent leur valeur personnelle à travers leurs expériences quotidiennes. La mère est pensée en termes de « *bonne mère* » ou de « *mauvaise mère* ». La « *mauvaise mère* » est une femme qui ne surveille pas ses enfants, une mère qui « *laisse tout faire* » (portrait 2), qui ne donne pas d'amour à son enfant (portraits 2 et 8). Malgré l'énonciation des difficultés communes à toute mère, aucune d'entre elles ne se considère comme une « *mauvaise mère* ». En ce qui les concerne, l'appellation « *bonne mère* » revient fréquemment dans les entretiens. Mais la crainte d'être perçue comme une « *mauvaise mère* » est forte chez une interviewée et elle fait des efforts pour s'extraire de cette stigmatisation ; elle évoque la folie (portrait 8). Il y a lieu de s'attarder sur l'usage récurrent de ces appellations de « bonne » ou de « mauvaise » mère sans qu'à aucun moment des entretiens, je ne les ai moi-même utilisées.

La « bonne » mère est l'idéal à atteindre : elle représente la mère du monde « normal ». La « mauvaise » mère est le modèle dont il faut s'échapper : elle représente la mère du monde déficitaire ou « handicapé ». La permanence de ces appellations est significative de la situation liminaire permanente dans laquelle ces femmes sont installées. Les frontières de cette situation liminaire sont évaluées.

La perte du droit de garde des enfants

La perte de la garde des enfants représente une période sensible et le besoin d'aide y est crucial (portraits 6, 7 et 8). Deux répondantes se sont senties délaissées et isolées après avoir vécu un fort investissement professionnel exercé au domicile dans le but d'éviter l'issue fatale des mesures administratives ou judiciaires (portraits 7 et 8). Sans enfants à leur côté, elles se sentent culpabilisées. La peur de perdre le droit de garde du ou des enfants se retrouve dans tous les entretiens (hormis celui de Cassandra, portrait 2). Le retrait du droit de garde est exprimé en termes d'« *enlèvement d'enfant* ». Cette peur est justifiée. Les parents « handicapés mentaux » avec les parents fortement précarisés sont à grand risque de perdre le droit de garde de leurs enfants, parce que considérés comme « inadaptés » à la fonction parentale. Situations exacerbées lorsque la mère est désignée « handicapée mentale ». Dans une étude sur des dossiers de familles de la région du Nord aux prises avec une procédure d'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert), Lamarche (1991 : 146) explique que « c'est sur la femme que repose l'essentiel des exigences concernant l'éducation familiale et l'éducation des enfants. Comme les écrits ne mentionnent que les aspects négatifs, la mauvaise mère est très présente, qu'elle soit rejetante, surprotectrice, dépassée, incapable d'assumer les tâches matérielles etc... ». Lamarche explique aussi que « quoi qu'elle fasse, elle est susceptible d'être disqualifiée, surtout en ce qui concerne le contexte familial et les conditions d'éducation des enfants. Elle est confrontée à la norme éducative de ceux qui l'évaluent et c'est à partir du repérage de ses carences que se constituent et se révèlent les dangers d'éducation » (p. 149).

Les expériences du retrait de garde sont énoncées au regard d'expériences similaires qui se sont déroulées dans l'enfance, dans le voisinage, chez des collègues de travail ou dans l'entourage proche des personnes interviewées (portraits 3, 4, 9). L'« *enlèvement d'enfant* » est représenté comme une fatalité, voire un objet de moqueries chez les collègues de l'ESAT de Jeanne (Portrait 4). Denis restitue l'expérience de sa sœur dont les enfants sont placés sous décision judiciaire ; il dénigre ses pratiques maternelles et éducatives et explique (et cautionne ?) le placement des enfants en institution sociale (portrait 3). Les parents interpellés par la question du retrait de garde des enfants imaginent leurs réactions et s'imaginent en action, si cette situation leur arrivait (portraits 3, 4 et 9). La famille d'accueil est valorisée au détriment des foyers de l'enfance (portraits 7 et 8).

La situation du retrait de garde est envisagée dans un avenir lointain mais elle est critiquée. Les mères dont le droit de garde a été retiré considèrent qu'il est important pour elles,

mères intermittentes, de continuer à participer à l'éducation de leurs enfants et à l'assumer (portraits 7 et 8). Elles espèrent de l'aide et comptent sur l'aide sociale pour regagner la confiance des instances judiciaires, mais elles savent que les chances de retrouver la garde entière de leurs enfants sont minces. Malgré cela, l'espoir de retrouver leurs enfants les fait avancer (portraits 6, 7 et 8). Les trois femmes concernées expriment la tristesse et le désespoir qui ont suivi la perte des enfants et les situations ont pris une intensité dramatique sous forme de dépression grave et de tentatives de suicide, pour deux d'entre elles (portraits 7 et 8).

Par ailleurs, peu de recherches sont faites sur l'expérience subjective des enfants dont la mère est désignée « handicapée mentale » et ce qui leur permet au mieux de composer avec cette expérience. Les recherches sur les conséquences du « handicap mental » se focalisent davantage sur les facteurs de risque et les effets négatifs sur les enfants (voir partie 2). Lors d'une intervention que j'ai effectuée à l'université, une étudiante est venue me rencontrer à la fin du cours que je venais de donner. Elle se présente : « *Je m'appelle E., je suis cadre et je vous remercie de votre cours. Mes parents sont tous les deux "handicapés mentaux"* ». Elle m'explique par la suite que ce dont elle a « souffert » le plus dans son enfance, ce sont les préjugés sur les incapacités et le dénigrement de ses parents, la honte ressentie mais aussi, les successions de placement que ses frères et sœurs ont vécues alors que le droit de garde avait été retiré à leurs parents. Les enfants ont été séparés et placés dans différents foyers ou familles d'accueil. Elle me dit « *Moi, je m'en foutais d'être pieds et cul nu chez mes parents. Nous étions heureux comme cela* ». Je ne soutiens pas dans cet aparté que les enfants issus de parents désignés « handicapés mentaux » ne présentent aucune difficulté ou ne sont pas à risque de développer de multiples problèmes psychosociaux ou d'apprentissage, mais la situation mérite d'être explorée davantage.

Une focalisation sur des savoir-faire au détriment des savoir-être

Chez deux jeunes femmes enceintes et un futur père (portraits 4, 5 et 10), la représentation de la mère et du rôle de mère et du futur père est théorique (parfois mécanique voire technique : portrait 10) et en lien avec ce qu'ils considèrent comme des normes sociales de la maternité. La mère est une femme qui « *sait s'occuper d'un bébé* ». La question des savoirs est omniprésente dans leurs discours : ils reposent le plus souvent sur l'expérience acquise au sein des familles alors que les jeunes femmes s'occupaient des nourrissons de leurs frères ou sœurs. Le savoir-faire de la mère ou de la grand-mère maternelle est un repère rassurant et fiable pour les futures mères (portraits 4 et 5). Aucune interviewée n'a fait part d'un savoir transmis par des intervenantes sociales. Les messages qui leur sont donnés sont de l'ordre de

« choses à faire » et de « choses à ne pas faire ». Lorsqu'elles me font part de ce qui leur est demandé, elles parlent en terme de « devoir faire ». Et par exemple, le savoir apporté par les professionnelles d'un service de soutien à la parentalité et d'un groupe de parole d'un ESAT de la région lilloise, est d'ordre matériel : il consiste en la préparation du trousseau du bébé, de la valise de maternité et la préparation des biberons, mais aussi la connaissance des numéros d'urgence (portraits 4, 5 et 10). Les savoirs-être ne sont pas évoqués dans les entretiens. Eric (portrait 10) trouve primordiale l'aide des services adaptés à l'éducation de son futur enfant. Il envisage un placement du nouveau-né à la semaine et pouvoir le récupérer en fin de semaine : une expérience partagée.

Une surveillance permanente

Les femmes et hommes interrogés sont conscients du regard critique posé sur eux et sur leur famille et tentent de le déjouer (portraits 1, 3, 5 et 8). Les propos sur « *le regard des autres* » sont portés sans détours et de manière directe (portraits 3, 4, 7 et 8). La surveillance permanente de leurs compétences parentales contribue à l'émergence d'un malaise dans les relations sociales (portraits 3 et 4) et peut donner l'impression de s'enfoncer « *dans une forêt noire* » (portrait 8). Pour Christiane, le manque de confiance des intervenants sociaux dans les capacités de l'ordre du savoir-faire (préparation des biberons et le bain de l'enfant) explique cette surveillance et cette méfiance (portrait 8). Elle explique aussi la focalisation professionnelle sur les actes quotidiens que sont l'alimentation et la toilette des nouveaux nés.

L'avenir incertain, mais avec des enfants

Peu d'interviewés ont su répondre à la question de l'avenir. L'avenir est flou, incertain mais dans aucun entretien, il n'a été envisagé sans enfant. L'enfant est partie prenante de l'avenir. L'enfant est un « projet », ce qui contrecarre les propos fréquents des professionnels du secteur « handicap » relatifs à la difficile projection dans le temps des personnes désignées « handicapées mentales ». L'enfant est le révélateur d'une vie réussie, même si la garde a été retirée aux parents (Portraits 7 et 8).

La scolarisation des enfants

La scolarité est une étape difficile pour les enfants et les parents au vu des difficultés cognitives de ces derniers (portrait 1). Cinq parents ont clairement prononcé leurs inquiétudes au sujet de la scolarisation et des problèmes de scolarité de leurs enfants (portraits 1, 2, 3 et 7). L'aide aux devoirs est une étape qui leur semble insurmontable (portraits 1 et 7). Le choix de l'école revient régulièrement dans les propos, il est énoncé en termes de « *soucis* ». A de

nombreuses reprises, Denis (portrait 3) dit : « *Moi, je choisis les meilleures écoles pour mes enfants !* ». Pour une interviewée, l'entrée à l'école de son fils est un souci permanent (portrait 2). Le regard et les préjugés des instituteurs portés sur le « handicap mental » sont les points d'achoppement pour une intégration scolaire qui soit la moins mauvaise possible (portraits 2 et 3 ; entretien Mme A.).

La question de la responsabilité n'est pas évoquée

Pour la majorité des interviewés, l'expérience de maternité propose de quitter le passé et de reconstruire les histoires familiales chaotiques et composées de ruptures. Je ne relève dans aucun entretien, l'emploi du mot « responsabilité ». Or mes recherches théoriques et empiriques m'ont permis de montrer que sous un modèle individualiste, les femmes désignées « handicapées mentales » sont le plus souvent tenues à assumer à elles seules et de manière autonome la responsabilité de leur maternité. Là se situe le hiatus entre le discours des mères « handicapées » et celui des professionnelles que j'ai interrogées. Malgré le regard porté, les premières reconnaissent la nécessité d'une « expérience de maternité partagée » (portraits 2, 3 et 8) et les secondes prônent la responsabilité individuelle dans l'éducation des enfants (Entretiens Mme A., Mme B.).

La violence au sein du couple : « un prix à payer » pour l'accès à la normalité ?

Surajoutée à la violence symbolique institutionnelle, mise en œuvre au nom de l'intérêt de l'enfant et des mères qualifiées de « si fragiles », la violence conjugale fait partie de la vie, à des degrés différents, de six femmes interrogées (portraits 1, 2, 4, 5, 6 et 7). Christiane (portrait 8) a vécu des violences dans une famille d'accueil étant enfant. Elle n'évoque pas de violences au sein de sa famille d'origine.

La violence : une fatalité

La violence peut se manifester par des pressions psychologiques (portraits 1, 2 et 4). Elle peut être verbale sous la forme d'insultes ou de propos méprisants (portrait 6). Elle peut être physique (portraits 5, 6 et 7). La violence peut s'exercer lors de la grossesse ou en période post-natale (portraits 5, 6 et 7). Les femmes concernées ne portent pas plainte, en parlent comme une fatalité lors des entretiens ou ne la dévoilent pas (portraits 1, 4, 5 et 6). Elles peuvent craindre de se retrouver sans ressources matérielles ou sans logement ou redoutent de perdre la garde de leurs enfants (portraits 5 et 6). Ces excès de violence peuvent conduire la

mère et l'enfant à être sans domicile ou à fréquenter les foyers spécialisés dans l'accueil des mères et des enfants (portrait 7). Elles peuvent craindre l'abuseur (portraits 6 et 7).

La banalisation de la violence sur les femmes handicapées mentales

Les attitudes des professionnels et de l'entourage familial de la victime sont d'autres facteurs environnementaux qui contribuent à faire obstacle au dévoilement de la violence (portraits 1, 5, 6 et 7). Englobées dans des réseaux professionnels qui s'entrecroisent, les femmes ne sont pas accompagnées pour dénoncer les violences dont elles sont les victimes (portraits 5 et 6). On peut poser l'hypothèse qu'elles n'ont pas conscience de la gravité des actes du fait de cette absence d'accompagnement spécifique. Dans les situations étudiées pour la majorité sous protection juridique, on peut relever un des paradoxes de l'accompagnement social où le contrôle social n'implique pas la protection des femmes concernées. Nicole Diederich dénonçait « la banalisation des violences sur les femmes handicapées mentales » (2006 : 88). Elle mettait en évidence une constante concernant ces femmes : les violences qu'elles subissent ne sont pas toujours perçues, par autrui -y compris les professionnels-, comme ayant une gravité égale à celles qui seraient exercés sur des enfants ou des femmes non handicapées (p. 88)⁸¹.

Une analyse de 6 dossiers de femmes de l'ESAT de S. confirme ces faits. Alors que la totalité des écrits révèle des situations de soumission et de dépendance aux compagnons ou aux maris « normaux », je n'ai relevé dans ces dossiers que deux situations de violences avérées, physique et psychologique, que les professionnels de l'ESAT ont constatées et retranscrites. Malgré les demandes d'aide, aucune mesure de protection n'a été notifiée suite à la dénonciation de ces violences. Il s'agit d'une première situation où une femme pleure en évoquant à la responsable de service du CAT (Mme A.) les actes de violences physiques de plus en plus graves dont elle est l'objet. Elle avoue ne pas oser « *dénoncer aux travailleurs sociaux du CAT, les actes de son mari* ». Et d'une seconde situation où N. une « travailleuse » du CAT écrit (sous la dictée de Mme A. responsable de service) à une assistante sociale pour se

⁸¹ En relatant les crimes associés aux « disparues de l'Yonne », Diederich rajoute combien la dévalorisation sociale de certaines vies peut attirer pervers et criminels qui pensent, à juste titre assez souvent, être assurés de la plus totale impunité dans un contexte de désintérêt général à l'égard de vie jugées d'autant plus négligeables que leurs familles sont misérables ou inexistantes (2006 : 89).

plaindre des insultes de son fils. Le fils d'une vingtaine d'années est désigné dans le dossier comme un garçon « *normal avec des troubles du comportement* ».

« *J. [le fils] est venu chez moi vendredi soir. Il m'a insultée "Grosse p., grosse p." Il a dit à R. [le compagnon de P.] "Vieux c." Il a menacé de me frapper. Je n'accepte pas les menaces et les insultes de mon fils. Je vous écris pour que vous le sachiez. Je voudrais que ça se termine toutes ces menaces et ne plus entendre que je ne suis plus sa mère* ». Signé : N., le mercredi 6 septembre 1995.

Violences et isolement vont de pair

Ces formes de violence peuvent être mises en lien avec l'isolement progressif dont ces femmes sont l'objet après la naissance des enfants (portraits 1, 2, 3 et 6). Lorsqu'elles sont mères, elles sont sur la défensive et se mettent « hors circuit », hors d'atteinte. Ce retrait social renforce la non-communication avec l'entourage (portraits 1, 2, 4, 5, 6 et 8). Hormis les rendez-vous liés à la santé de son enfant, une femme isolée ne voit que sa mère et sa sœur durant la semaine (portrait 2). On observe peu de relations amicales suivies et une non participation à des groupes formels, telles des associations, sauf pour Denise et Denis (portrait 3). Les expériences d'abus de toutes sortes peuvent expliquer ce retrait social (portraits 1, 2 et 7)⁸².

Peu de capitaux pour résister

Le « handicap mental » devrait être une circonstance aggravante pour que ces femmes soient davantage protégées, car elles disposent de peu de capitaux pour résister : une faible estime de soi, une faible capacité d'autoprotection et de communication, un faible soutien familial et social. Cette réalité, « prix à payer » pour accéder à la normalité, devrait être mieux reconnue socialement.

Et les hommes dans tout cela ?

Mes recherches théoriques et empiriques m'ont permis de mettre à jour un discours normatif et un modèle de « bonne mère » transmis par des travailleuses sociales et des membres de la sphère familiale et sociale dont le niveau d'exigences est tel, qu'il en découragerait plus d'une d'entre nous. Ce modèle est bien souvent pensé en l'absence de père, même si leur absence est régulièrement déplorée au sein des familles par les intervenantes sociales que j'ai interrogées (« *les pères démissionnaires* »).

⁸² Les services les plus utilisés sont ceux qui concernent les enfants : l'école, la halte-garderie, le CAMSP et la PMI (portraits 2, 3 et 5) et un père dit « *choisir les meilleures écoles pour ses enfants* » (portrait 3). Les familles rencontrées investissent de l'espoir dans l'école et dans l'enseignement apporté (portraits 2, 3 et 7). Sauf exception où les enfants fréquentent des institutions spécialisées, les enfants fréquentent ou vont fréquenter l'école publique la plus proche du domicile (portraits 2, 3, 6 et 7).

Les hommes exclus de la relation éducative et de l'accompagnement social

Les pères ou les compagnons sont très souvent exclus de la relation éducative et de l'accompagnement social et de la plupart des programmes d'intervention et des travaux de recherche menés dans l'espace francophone du Canada et dans notre pays « même si l'homme n'est pas épargné par les commentaires qui lui reprochent sa violence, son absence, et qui le mettent plutôt en cause sur des questions de moralité et de rapport aux normes » (Lamarche 1991 : 149). On assiste là à « l'essentialisation, du lien mère/enfant » (Neyrand 2004). La question des pères me semble tout aussi importante à étudier compte-tenu que la plupart du temps, les pères sont pensés comme des « empêcheurs de tourner en rond » (en quelque sorte ceux qui entravent la relation éducative), et comme les psychologues Dumaret et Constantin-Kuntz l'exposent (2005), parfois comme responsables d'actes de maltraitance, d'abus sexuels et de violence envers les enfants. C'est pourquoi j'ai effectué des entretiens avec trois conjoints dont un futur père qui se sont rendus disponibles. Les questions posées étaient les mêmes questions que je posais aux femmes enquêtées.

Un manque de partage des responsabilités familiales

De ces entretiens, il ressort que deux conjoints ne partagent pas avec leur compagne les tâches et les responsabilités familiales (portraits 9 et 10) et chez la majorité des femmes (portraits 1, 2, 5, 6 et 7). Ces constats mériteraient d'être approfondis : ils ne rejoignent pas les résultats d'une étude empirique de Lalande, Ethier, Rivest et Boutet (2002) ; mais ils rejoignent les constats observés dans toute famille ordinaire par Patrizia Romito (1990).

Un père se prête aux contacts extérieurs et aux liens avec les institutions sociales alors que son épouse reste au foyer (portrait 3). On peut noter globalement la distance qui existe entre les conjoints dans leur vie quotidienne, hormis pour Denise et Denis, parce que Denis, sans emploi, est en attente d'une activité professionnelle. Denis prête « *main forte* » à Denise (portrait 3). On peut remarquer l'indépendance de Didier (portrait 9) pour ses loisirs (la pêche), tandis que Cassandra renonce aux sorties (portrait 2). Parfois la recherche d'un meilleur avenir débouche sur les compensations des jeux de hasard, tiercé, loto ou d'activités de « débrouille » (portrait 9).

Une stigmatisation renforcée au détriment des conjointes « handicapées »

Didier discrédite sa compagne, comme pour mieux « s'en démarquer » (portrait 9). Ce dernier constat est récurrent dans les situations de couple « mixtes » (femmes « handicapées mentales » et homme « normal »). La situation singulière où Didier (portrait 9) amène une

femme dans son lit, amie de Cassandra, alors que cette dernière se trouve dans la pièce à côté est révélatrice d'un certain sentiment d'impunité et de toute puissance.

Une étude approfondie de mon journal de terrain réalisé pendant mon immersion dans une maternité de la ville de R. donne du crédit à ces faits. Le personnel soignant et notamment les aides-soignantes qui sont en contact quotidien et direct avec les nouvelles accouchées dans les chambres individuelles de la maternité, m'ont relaté des situations qu'elles jugent « *révoltantes* » dans les rapports hommes-femmes observés. Les femmes aux prises avec les premiers soins et l'allaitement des nourrissons sont régulièrement dénigrées voire méprisées devant les acteurs de soin (les aides-soignant-e-s et auxiliaires de puériculture) et parfois devant des membres de la famille élargie. Elles sont insultées de « *Bonnes à rien* » ; de « *Fromages blancs à la place du cerveau* » ; de « *Femmes ratées* » sans que les hommes auteurs de ces propos ne prennent eux-mêmes une part active aux premiers soins des nouveaux nés. Ils restent observateurs des scènes d'apprentissage et maintiennent en toute impunité les jeunes mères sous leur domination, sans que celles-ci puissent rétorquer, ni même se révolter tant il est vrai qu'elles sont en difficultés, comme toute jeune mère, dans les premiers soins à donner aux bébés.

Vignettes-BD-usage de la photographie : principaux résultats

Cassandra, Didier, Jeanne, Marie et Sandra ont participé à des entretiens avec 37 supports « vignettes-bandes dessinées » (voir annexe 2). C'est à travers l'expérience de deux modèles de démarches participatives à la recherche, qu'a émergé le constat que les personnes enquêtées développaient une définition de « l'excellence parentale ». Michèle Pagès parlait « d'excellence corporelle » dans son ouvrage « le corps et ses apparences » (1989 : 12). Je définis l'excellence parentale telle que me l'ont décrite les parents, comme étant « le système de pratiques, de représentations, de normes et de valeurs instituant une hiérarchie de celles-ci et constituant le résultat parental à atteindre, ou tout au moins à approcher ».

A l'origine, les vignettes-BD sont des supports pour travailler la résolution de problèmes : les parents sont encouragés à trouver par eux-mêmes des solutions possibles aux éventuels problèmes rencontrés à partir des exemples illustrés (Coulon 2007b : 13). Je n'ai pas repéré dans les propos, l'évocation d'un vécu subjectif : les histoires racontées semblent détachées de la vie réelle. Ce n'est qu'après discussion, que des situations vécues par des membres de la famille, ou des amis d'amis ou des membres du voisinage, sont apportées dans les entretiens. Pour les personnes enquêtées, les situations proposés ne représentent pas des problèmes à résoudre mais ce que j'ai appelé des « scénarios catastrophes ». Des pratiques parentales

normatives sont des réponses associées à ces scénarios-catastrophes. La difficulté qu'ils ont eu à trouver des solutions possibles aux situations proposées est à prendre à compte. De même j'ai repéré une focalisation sur les détails matériels au détriment parfois des scènes humaines représentées. Par exemple, une vignette représente une jeune femme, assise dans un fauteuil le bébé dans les bras, elle pleure de fatigue. Elle allaite son enfant, le bébé pleure aussi. Des piles d'assiette sont posées sur l'évier, du linge est en attente d'être repassé etc... Aucune personne n'a repéré les difficultés liées à l'allaitement et/ou à la mère et l'enfant. Les propos se sont d'emblée focalisés sur les tâches matérielles à effectuer (la vaisselle et le rangement). Je ne peux prétendre développer des généralités à ce sujet, mais les enquêtés semblent ici répondre à des injonctions normatives fortes dans ces situations.

Des normes hiérarchisées

Les résultats des entretiens avec l'usage de la photo et des vignettes-BD mettent en valeur l'expression de ces normes hiérarchisées. Ces résultats montrent aussi que les personnes enquêtées (portraits 2, 4, 5, 7 et 9) repèrent les injonctions paradoxales et ont un sens aigu des dangers pour elles et leurs enfants.

Lors des entretiens, compréhensifs et avec usage des méthodes participatives, les pratiques de construction du métier de parent et celui de mère en particulier, apparaissent bien souvent comme des activités routinières pour les mères interrogées, elles sont citées par ordre chronologique (se lever tôt de préférence, préparer les repas, nourrir les enfants, donner le bain, faire le ménage, coucher les enfants).

Un sens aigu du danger

Les parents m'expliquent qu'il y a « *ce qui est dangereux pour l'enfant* » et « *les pratiques à mettre en œuvre pour éviter le danger* » ; « *ce que l'on doit faire et ce que l'on ne doit pas faire* » ; il y a « *ce qui est bon pour l'enfant et ce qui ne l'est pas* ».

La perspective d'envisager ce « qui est bon pour la mère » n'est pas nommée d'emblée, elle devient envisageable à la suite de plusieurs rencontres sous l'expression « *se reposer, la mère a besoin de repos* » ; « ce qui est bon pour le père », est envisagé dès la deuxième rencontre sous la forme de : « *Le père a besoin de se changer les idées* » mais cette idée n'apparaît pas dans l'usage des photos et des vignettes BD. On assiste là à un effacement des besoins de la mère au profit de ceux du père.

Des scénarios-catastrophes

La plupart des illustrations ont amené quatre mères (portraits 2, 4, 5 et 7) et un père

(portrait 9) à imaginer (alors que ce n'était pas ma demande) la suite des vignettes en des scénarios-catastrophes : « Ce qui pourrait arriver à l'enfant si... ». Si l'enfant avale des petites pièces de jeux, si l'enfant tombe de la chaise, si l'armoire tombe sur la tête de l'enfant, si une pile d'assiettes tombe sur l'enfant, si la mère ne tient pas la tête du bébé dans la baignoire.

Ces scénarios-catastrophes sont souvent mis en lien avec des situations dont les personnes interrogées ont entendu parler, que cela soit dans leur famille proche ou le voisinage. Les entretiens compréhensifs permettent quelque fois plus tard de comprendre que quelques scènes ont été vécues par les personnes interviewées elles-mêmes (lors de la toilette de l'enfant principalement). Il y a lieu de s'interroger sur l'usage fait de ma demande : une hypothèse est qu'une personne d'âge adulte avec une déficience intellectuelle a souvent et depuis son plus jeune âge et dans le cadre d'institutions éducatives, été mise en situation d'explorer des tests utilisés par les psychologues cliniciens, tests projectifs, où il s'agit à la vue d'images représentant des scènes de vie, d'imaginer la suite des événements.

Le parent sauveur et surveillant permanent

Dans ces scénarios-catastrophes, le rôle du « parent sauveur » et du « parent protecteur », voire « surveillant permanent » est nommé comme étant un rôle nécessaire pour être un « *bon parent* » (portraits 2, 4, 5 et 7) et pour éviter dans une situation (portrait 9), de voir intervenir au sein de la famille « *les assistantes sociales* » dont le rôle retenu est celui de « *retirer les enfants et de les placer* ». Ce rôle de parent entraîne une omniprésence nécessaire auprès des enfants. L'enfant ne doit en aucun cas rester seul dans son transat, sur la table de change ou dans la baignoire où l'eau doit d'ailleurs être à température ambiante que l'on surveille avec un petit thermomètre.

Normes d'hygiène exacerbées

Ces scénarios que j'ai nommés « catastrophes » sont souvent accompagnés de normes à suivre en matière d'hygiène des enfants : « *L'enfant doit être propre et sentir bon* ». La « *bonne hygiène* » est expliquée par le « *bain à prendre tous les jours* » : la propreté du corps étant liée à la « *bonne santé* ». Les personnes interrogées indiquent avoir reçu ces messages (par ordre croissant) de la télévision, de la PMI et des intervenantes sociales. Le bain apparaît comme un moyen de détente, la douche est peu utilisée.

L'hygiène corporelle des personnes d'âge adulte n'est que très rarement exposée au travers des vignettes, hormis l'hygiène de vie associée à « *ne pas fumer* » et ne « *pas boire* ». Cela même si les mères se présentent par la suite comme étant de « *grosses fumeuses* », mais

ayant arrêté la cigarette ou « *une de temps en temps* » lors de la grossesse « *parce que l'enfant risquerait d'avoir une petite tête* ». « *Boire de l'alcool pendant la grossesse* » ne se fait pas, mais pas davantage d'explications ne sont données à ce sujet, hormis des risques de handicaps de l'enfant.

Le thème de l'alimentation est peu développé au travers des vignettes mais les messages de cinq fruits et légumes par jour sont ceux qui sont le plus souvent cités (« *l'ont entendu à la TV* ») même s'ils ne sont pas adoptés par les personnes interrogées.

Normes corporelles peu valorisées

Par ailleurs, les normes corporelles ou d'apparence physique sont relatées au travers des entretiens mais ne le sont pas au travers des vignettes-BD. Parler de la transformation physique du corps pendant la grossesse n'est pas une chose aisée et les mères me disent : « *On grossit c'est tout* ». Les désagréments corporels liés à la grossesse ne sont que très peu exposés. Je ne note pas de normes liées à un idéal esthétique corporel ou à un bien-être physique et moral.

Soutien social et soutien familial peu investis

Enfin les vignettes-BD représentatives de ce que j'ai appelé « le vivre ensemble », qui proposent des scènes de repas entre personnes de sexe féminin et le couple, sont peu propices à discussion : « *Ça doit être des sœurs et la mère* ». Les mères interrogées m'expliquent par la suite, ne pas ou ne plus avoir de copines, parce que très souvent des personnes ce qu'elles nomment de « *mauvaise fréquentation* » ont pu profiter comme elles le disent « *de leur situation et de leur gentillesse* ». Ce que je traduis par une certaine vulnérabilité dans les relations sociales : l'enfant est pensé comme une protection envers le monde environnant et les personnes qui pourraient tirer profit de leur capacité « *à se laisser faire* ». Deux mères m'ont dit ne plus sortir depuis la venue ou n'être plus sorties dès la venue des enfants ou « *sortir très peu juste pour les courses* », voire « *rester enfermées* » (portraits 2 et 7).

Par ailleurs, la question de la vie en couple est très peu développée, comme si l'imagination si fertile lorsque l'enfant est présent dans les scènes, ne pouvait être convoquée lorsqu'il s'agit de parler du couple : « *Ils sont à deux* » ; « *Ils regardent le papillon et les fleurs* » ; « *Je n'ai rien à dire* ».

Normes d'une famille unie

En ce qui concerne l'usage de l'appareil photos et des photos, je peux dire globalement que l'expérience fabrique des situations où les personnes photographiées doivent regarder

l'objectif (enfant-s seul-s, père-enfant, mère-enfants), « être souriants », sourire sans montrer les dents (portrait 7), montrer une famille réunie (portraits 2 et 7), comme pour toute famille ordinaire. Les photos choisies et imprimées sont des portraits ou des mises en scène où les enfants sont en activité : un bébé de 15 mois doit mettre un chapeau sur la tête, montrer les parties de son corps, montrer qu'il joue : les jouets sont étalés autour de lui.

L'appareil photo aide à tisser du lien social (montrer les photos, les exposer), à devenir témoignage d'évènements familiaux (la réunion de Sandra et de ses deux garçons à l'occasion de l'anniversaire du plus jeune). Les anniversaires sont des événements propices à la prise de photos, voire de la naissance d'un bébé dans la famille ou de chatons (portrait 7). Il sert à capturer l'image des personnes qui comptent ou qui ont compté dans la vie des mères. Il sert à réunir les familles, à faire participer les membres de la famille à l'usage de l'appareil. L'appareil photo n'est pas un outil pour donner à voir les difficiles conditions de l'existence, il faut au contraire montrer la vie, la vie malgré tout comme dans toute famille.

L'appareil photo n'est pas utilisé pour exprimer des revendications. Je n'ai pas observé d'utilisation de l'appareil photo comme un outil de témoignage des conditions difficiles de vie, que cela soit celles de l'habitat ou les difficultés liées à la vie de l'enfant.

L'usage des normes est moins identifié au travers de cet outil mais celui-ci sert à ce que la mère prenne des initiatives. Une mère (Sandra) a fait changer des rendez-vous de rencontre avec ses enfants et a fait coïncider une visite médiatisée ; c'est dire l'énergie qu'elle a du consacrer, pour voir ses enfant réunis sur des photos, les développer et les distribuer à chacun d'entre eux. L'usage de l'appareil aide aussi à ce que la mère soit reconnue par ses enfants et l'entourage comme « celle qui sait prendre les photos », un compagnon (Didier) me dit : « *Je ne savais pas qu'elle en était capable mais elle fait de belles photos, je vais pouvoir lui prêter mon appareil* ».

7-3 Injonctions normatives contradictoires et préconisations

Pour les femmes et mères appelées « handicapées mentales », être mère représente un rôle social significatif et une revendication d'égalité. On se trouve ainsi dans un contexte général dominé par des attitudes ambivalentes et des injonctions normatives contradictoires liées à la fois aux compétences maternelles, à la mise en doute de ces compétences, voire à l'obligation de compétences. Ceci dans la mesure où tantôt les mères sont infantilisées du fait de leur déficience intellectuelle, et tantôt considérées comme responsables d'elles-mêmes et de leurs propres enfants. Les idéologies institutionnelles et pédagogiques de référence dans le champ du handicap étant actuellement fortement imprégnées des valeurs d'autonomie et de

responsabilité. Saillant dit que « L'idéologie de l'autonomie suggère un lien de mise à distance : le sujet autonome qu'ont créé nos systèmes d'experts socio-sanitaires est idéalement hors de la relation où il y aurait dette et obligation de «faire pour», de «faire à la place de», de «faire parce que». Le sujet autonome et autonomisé s'inscrit en partie hors du lien social, lorsque l'obligation pour l'autre ou de l'autre apparaît menaçante » (2002 : 30).

Voilà pourquoi le soutien des mères « handicapées mentales » est cantonné dans des services spécialisés et apparaît comme une menace pour les intervenants sociaux concernés et pour l'ensemble de la société, menace qu'il est rendu nécessaire de contrôler. Alors que l'enfant permet de trouver une place reconnue dans la société, les mères peinent à y trouver une place, parce qu'en raison de leur déficience et de leurs caractéristiques individuelles, elles sont mises en marge de la vie sociale. Malgré leur grossesse, elles ont de la difficulté à accéder au statut nouveau tant recherché et sont placées dans une marginalité durable. Le plus souvent isolées mais avec l'enfant, elles sont doublement marginalisées. En plus du bébé, l'expérience est difficile à porter. On retrouve ici l'idée du « poids porté » dans les premières significations du handicap.

Pour les travailleurs sociaux, la relation de confiance est nommée comme fondant la base « d'une bonne relation » éducative et, à ce titre, les mères sont soumises à l'injonction de faire confiance à des personnes dont elles se méfient parfois (portraits 3, 7 et 8). Mais le recours aux services sociaux pour des conseils ou une aide ponctuels concrets a été mentionné par certaines femmes (portraits 2, 3 et 7), comme la nécessité d'une travailleuse familiale qui permet à la femme de se reposer (portrait 3). L'assistante sociale est dénigrée et les réactions sont ambiguës face à l'aide sociale qu'elle peut apporter (portraits 1, 8 et 9).

Les professionnels en appellent à des négociations afin que ces femmes préservent leur autonomie et leur statut de mère. Si la négociation implique pour les parties en présence, un accord potentiel en vue (« être une bonne mère », « bien s'occuper des enfants »), elle comporte aussi la possibilité de se retirer. Or, dans la situation des mères dites « handicapées mentales », la possibilité de se retirer de la dite négociation, mise en œuvre par les travailleurs sociaux, n'est souhaitée ni par les premières ni par les seconds. Les premières disent : « *On est obligée d'être aidée pour être une bonne mère* », les seconds disent : « *On ne peut partir, elles seront perdues sans nous et il y aura risque pour les enfants* ». Les premières comprennent qu'il leur faut accepter l'intervention sociale présentée sous forme de « négociation » parce que si elles se retirent il y a risque d'« *enlèvement d'enfant* ». Les seconds présentent leur intervention comme une forme de négociation pour contrer l'idée

d'une approche intrusive et de contrôle social (Donzelot, 1977). Là réside le paradoxe de ces dites négociations dans la mesure où ces professionnels, que Edgerton (1967) nomme des bienfaiteurs, en viennent à vouloir mettre en place des situations normalisées dans la contrainte, au nom de l'intérêt et de la santé de l'enfant. Si ces négociations sont biaisées par la présence potentielle de risques pour le développement des enfants, les mères attribuent à l'ensemble de leurs interactions ce risque de déqualification de leurs pratiques.

A la méfiance persistante des professionnels s'ajoute le fatalisme des personnes en situation de handicap. Sous le poids des tensions normatives des multiples intervenants à domicile⁸³, la résignation des femmes témoigne à quel point elles intègrent le stigmate qui a pesé sur leurs grossesses, au lieu de se situer dans la revendication de leur maternité. De plus, des critères normatifs liés au modèle d'intégration les poussent à rendre invisible le stigmate du handicap, posture qui de toute évidence ne peut être que pathogène pour elles et les enfants : « Plus un parent est confronté à une difficulté psychique et relationnelle, moins il est à même d'effectuer des démarches complexes, et plus le risque d'un repli sur soi, pathogène aussi pour l'enfant, est important » (Neyrand 2004 : 161).

Dégager des pistes pour l'intervention n'est pas chose aisée. L'enfant est un projet pour ces femmes. Le projet représente une volonté de changement. Cet élément est en soi positif « Quitter un passé, refaire l'histoire » (De Koninck et autres 2002/2003 : 130). Dans l'idéal d'un modèle social du handicap, il s'agit de mieux repérer les obstacles à l'expérience de maternité : identifier les stigmates, les préjugés et la discrimination des mères étiquetées « handicapées mentales » pour mieux les contrer ; s'appuyer sur l'expérience des intervenants sociaux et de santé mais aussi les sensibiliser aux injonctions contradictoires et normatives auxquelles ces mères doivent répondre ; identifier et reconnaître les efforts et les ressources des parents et des enfants ; organiser des groupes d'entraide de parents et non des groupes de parole qui renforcent la culpabilisation et l'approche clinique du handicap ; intégrer et associer les parents dans l'élaboration des services qui leur sont octroyés ; consolider les réseaux de soutien social (Gruson 2003). Il serait souhaitable de mettre en œuvre des approches préventives visant à améliorer simultanément la cohésion de la famille, la participation du père au travail domestique et aux soins du bébé et les interactions parents-

⁸³ Dans une recherche antérieure, j'avais déterminé que plus d'une dizaine d'intervenant sociaux pouvaient être attachés à une famille qu'ils soient représentants du monde de la santé (PMI, médecins, kiné,) ; de l'intervention sociale (représentants de la protection juridique, AEMO, Assistantes sociales de secteur, intervenants sociaux des diverses institutions...) ou du monde associatif (Droit au Logement, PACT...).

enfants. En effet, l'aide aux enfants et aux parents sont souvent apportés en parallèle par des services et des équipes éducatives et de santé distincts, ce qui implique le plus souvent, une multiplication d'intervenants sociaux à domicile. De même que De Koninck et autres (2003 : 132) l'avaient proposé pour des jeunes mères toxicomanes, un milieu d'hébergement que j'imagine ouvert aux membres de la famille et en priorité aux pères, permettrait aux femmes de bénéficier d'un soutien continu pendant les premières semaines qui suivent leur accouchement semble être une piste à explorer, d'autant que les centres d'hébergement réservés aux jeunes mères et leurs enfants sont en France, en grande majorité interdits aux pères.

Il s'agit là d'un changement de paradigme qui consiste à ce que les acteurs sociaux ne focalisent plus sur le seul « intérêt de l'enfant », mais sur une prise en charge globale de la famille. Ces mères dont il ne faut pas oublier que très souvent veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants, ont potentiellement besoin d'un accompagnement et ce, dans une triple perspective : pour les soutenir dans leur rôle parental, pour assurer la réalisation d'un rôle valorisé par la société et, enfin, pour garantir le développement optimal des enfants sous leurs responsabilités. La démarche d'intervention devrait s'adresser aux mères qui ne doivent être ni infantilisées, ni culpabilisées « comme responsables des conséquences sociales de leurs différences » (Fougeyrollas et autres 1998 : 19). Une démarche globale devant évidemment intégrer le père.

7-4 Émotions et compétences

Les personnes désignées « handicapées mentales » sont très souvent perçues dans le champ professionnel ou la société, comme des individus impliqués dans des mises en scène émotionnelles dépourvues de toute rationalité, comme émettrices de débordements émotionnels non socialisés, ou comme en incapacité de ressentir des émotions. Ces émotions sont souvent identifiées comme « inadaptées » ou en décalage avec l'expression attendue de celle des personnes « ordinaires ». Je me suis interrogée sur la place des émotions dans le travail de recherche avec des personnes « handicapées mentales ». Les deux situations qui suivent montrent ce que les émotions permettent de saisir des femmes enquêtées et d'obtenir comme résultats. Ces résultats illustrent les compétences et l'expérience de ces femmes. Les deux situations qui suivent sont chargées d'émotions et il m'a fallu travailler avec ce sentiment, savoir le déplacer, le rendre actif sans l'effacer (Farge 2002 : 45).

Deux scènes extraites du journal de terrain

Situation 1 : « Une histoire d'allaitement »

Extraits de journal de terrain, décembre 2010. Sandra et moi. Nous sommes assises sur le lit de Sandra très proches l'une de l'autre, la pièce est minuscule et encombrée (meubles, vaisselle, linge, cartons), des chats partout, pas de place où poser mes affaires ou étendre mes jambes. Une odeur tenace et indescriptible, voire suffocante me rend la situation difficile. Je manque d'air frais et je reste focalisée sur cette odeur. Un petit passage entre une table encombrée et le lit, nous permet de nous asseoir sur le lit attenant au mur, à même le drap chiffonné et souillé.

« Sandra m'a évoqué le fait qu'elle a été séparée de son fils, à sa demande, alors qu'elle voulait le protéger et se protéger "des coups" de son concubin. Sandra envisageait un placement en foyer d'urgence pour elle et son enfant. L'enfant a été placé seul en accueil d'urgence, alors que Sandra l'allaitait encore. Sandra me dit "qu'elle n'a pas obtenu le droit d'aller l'allaiter à des heures discutées avec l'équipe du foyer" et de fait elle a dû arrêter l'allaitement du jour au lendemain. A l'énoncé de ce fait, que Sandra me narrait sur un ton détaché mais en terminant chaque phrase par un signe de la tête expressif, l'air de dire "tu te rends compte ?", je me suis vite sentie engagée sur la voie de la tristesse, colère et ressentiment. J'ai essayé de ne pas montrer mes ressentis, j'ai pris des notes tête baissée, je sais par expérience que mon visage est expressif, mais entre chaque note, je levais et ouvrais les yeux en montrant de fait mon incompréhension de la situation. Je me suis mise ensuite dans un jeu de miroir, Sandra voit-elle ou ressent-elle ce que moi-même je ressens ? Je continue d'écouter sans mot dire et mes mimiques deviennent de plus en plus expressives, je montre ce que je peux nommer à chaud mon "effarement".

J'écris dans mon carnet : "Dois-je dire ce que je pense de cette situation ?", "Est-ce que je ne dépasse pas "le cadre de l'expérience" - cf Goffman ?". Du contrôle ou non de mes émotions, dépendront les "rapprochements" ou la distance avec les personnes interrogées. Mais dire mon émotion, n'est-ce pas aussi penser que passer par l'expression des émotions est un gage primordial d'authenticité dans les entretiens ? Mais n'est-ce pas aussi un enjeu majeur dans l'approche compréhensive ? Après un silence, je décide de réagir à la fin du récit de Sandra et d'exprimer ce que je ressens alors : "Ca me met en colère et triste à la fois". J'ai l'impression que Sandra attend que je m'exprime et que je prenne parti. J'ai eu l'impression d'apporter un soutien et un réconfort environ une petite dizaine d'années après l'évènement, mais est-ce bien le rôle du sociologue ? Sandra me dit en retour : "Oui moi aussi ça me met encore en colère, pourtant ça fait il y a longtemps, et je me rends compte que je suis encore triste pour mon fils. Tu te rends compte, faire vivre ça à son âge alors que je voulais le protéger des coups de mon ex ? Et en plus j'avais des nénéés comme ça [rires] (en me montrant la grosseur de ses seins)". Mes remarques verbales de colère et de tristesse ont procédé je pense, chez Sandra, à du soulagement d'être entendue et comprise. Je me dis que ce positionnement peut faire en sorte que mes émotions deviennent des éléments d'analyse, et que mon analyse raisonnée dépendra de mes capacités de mise à distance. Mais je sens que plus j'écoute ces femmes, plus je suis en colère et plus j'éprouve du ressentiment à l'égard du "travail social" en général.

Ecrire m'aide à prendre de la distance. Il faudra que j'aie lire "Les sources de la honte" de De Gaulejac et voir comment on procède dans le travail social à l'installation de la honte, de la soumission et de la colère rentrée [...] Y a t'il un risque pour l'enquête sociologique de dire ses émotions ? Quelle serait alors la nature de ce risque ? Mes émotions, c'est aussi

l'expression de mes valeurs, peut-on faire "semblant" dans l'enquête sociologique ? Tout cela ça m'a permis de voir combien Sandra prenait de la distance vis à vis de son histoire et des contraintes du travail social sans pourtant exprimer un quelconque ressentiment envers les personnes à l'origine du placement [...], mais dans cette organisation de "Police des familles" – cf Donzelot, peut-elle faire autrement ? Elle est prise au piège, dans la mesure où cette décision a été prise au nom de l'intérêt (supérieur) de son enfant, qu'elle voulait elle-même protéger, c'est la raison qui a dû lui être donnée... Et son intérêt à elle ? Elle peut continuer à prendre des coups, car pas de solution immédiate, voire pas de solution pour elle [...] et ça ne semble pas être un problème ! ».

Cette situation s'est déroulée dans un contexte émotionnel fort. La situation d'enquête a généré, chez Sandra et moi-même, des émotions qu'il nous a fallu gérer dans le moment présent. Impliquées dans le même registre émotionnel (la colère mais aussi la tristesse), nous avons été en capacité de clarifier nos propres réactions émotionnelles. Drulhe explique « On ne peut pas aider les gens dans leur confrontation à des problèmes sans que l'on réagisse soi-même sur ce même registre de l'émotion ; la clarification de ses propres relations affectives paraît être un aspect important de cette sorte d'activité pour soutenir et reconforter sans rendre dépendant, sans aliéner » (2000 : 2). Cette situation donne à voir les réelles compétences émotionnelles de Sandra, qui ne s'est pas réfugiée ni dans la dissimulation, ni dans le déni de ses émotions ; elle m'a permis en quelque sorte de pouvoir exprimer les miennes afin que l'on parvienne à une sorte de réconfort mutuel.

La deuxième situation est révélatrice des nombreuses tensions émotionnelles sous-jacentes du contexte d'enquête. Elle fait apparaître une réflexion liée à ma posture de sociologue-chercheuse dans la situation d'enquête mais aussi les effets de l'enquête et du choix méthodologique sur les enquêtés eux-mêmes, sur les terrains d'enquête et sur le traitement des émotions qui surgissent chez les enquêtés et les enquêteurs. A la relecture de cet extrait de journal de terrain, je ressens encore mon inquiétude et ressens aussi combien j'étais partagée alors dans une double contradiction, produite par la situation ethnographique : dire ou ne pas dire, oser dire ou ne pas pouvoir dire ce que je qualifiais alors « l'affaire du chat ».

Je me suis posé la question suivante : comment rendre compte des éléments recueillis, des paroles échangées, comment m'appuyer sur ces paroles et prendre les expériences des acteurs au sérieux, comment les observer en me centrant sur leur quotidien et en questionnant les aspects à-priori les plus banals, comment nommer des éléments qui ne sont pas à l'avantage des femmes enquêtées, sans pour autant renforcer le stigmate, sans les discréditer voire les discriminer davantage ? Comment décrypter le message de Cassandra à l'encontre du chat, message qui me semblait pourtant être destiné à son compagnon ? Après analyse, je

ne voulais pas moi-même participer à l'étiquetage (Becker 1985) d'une mère, en me servant de la situation construite de face à face, qui m'octroyait de fait une forme de pouvoir envers elle. Je ne voulais pas non plus sur-interpréter les faits, ni troubler voire perdre la confiance qui s'était instaurée avec la famille de Cassandra depuis de nombreux mois déjà.

Situation 2 : « L'affaire du chat »

Extraits de journal de terrain – 14 septembre 2009. Cassandra m'ouvre la porte et me dit avant que je n'ai eu le temps de dire bonjour et de rentrer « *Mon fils a un an, je n'en reviens pas ! [...] je suis toute seule, Didier est parti à la pêche, comme tous les jours, pfff...* ». Ma demande lors d'une rencontre précédente était en effet que Didier soit présent à l'entretien. La maison est encombrée. Je ne trouve pas de place vide sur la table pour poser mon magnétophone et mon cahier.

« Aujourd'hui suis allée faire un entretien chez Cassandra et Didier, qui est parti à la pêche [...]. Le petit garçon d'un an, Matthieu, est dans sa chaise haute, Cassandra lui donne son goûter après sa sieste. Cassandra me dit : "Je viens de me reposer". A plusieurs reprises, d'emblée avant que je n'ai eu le temps de démarrer mon magnétophone, elle évoque sa colère vis à vis du chat. Le chat était venu sentir mon sac posé sur le sol et se frotter sur moi comme le font tous les chats. J'essaie de comprendre ce qu'il se passe au sujet de ce chat qui semble calme. Il est allongé dans le canapé : "C'est un cadeau qu'on lui a fait" me dit Cassandra. J'essaie de comprendre qui est ce "on dont Cassandra parle. Je comprends assez vite qu'il s'agit de son compagnon Didier. Avec un pot de compote de pommes à la main, le petit toujours dans sa chaise, Cassandra lève le ton et dit : "Je vais le lancer contre le mur" ; "Je vais le tuer, le fracasser".

Je suis surprise de ces paroles, rien dans ce début de conversation anodine, de début d'entretien, n'amenait à ce qu'elles soient énoncées. Je ne dis rien. J'attends la suite, étonnée. La confusion s'installe, je pense très vite : "De qui parle-t-elle ? De son chat, de son enfant ?". Un sentiment que je qualifierais maintenant de "honte", m'emplit de suite et je me dis que je dois encore me questionner sur toutes les idées reçues liées à la violence potentielle des mères avec une déficience intellectuelle. Avec humour j'essaie de discuter de ce chat. Cassandra prend ensuite son enfant à témoin et dit : "Hein, on va le fracasser ! On va le lancer contre le mur !". Le ton monte, le petit me regarde, regarde sa mère et Cassandra crie en se retournant sur le chat : "Dégage ! Il m'énerve !!!". Le chat se sauve. Le petit regarde sa mère avec attention, malgré son jeune âge il semble surpris, il est sur le point de pleurer. Je suis aussi surprise de cet accès de colère et du ton violent que j'ai ressenti alors. Le bébé se fait entendre, pousse un petit cri. Cassandra crie : "Tais-toi, tu n'es pas seul ici !".

Le petit baisse la tête et se tait. Je suis surprise de la réaction de l'enfant, qui présente comme une attitude de soumission, attitude que je n'ai jamais retrouvée chez un autre enfant de cet âge par ailleurs.

Passé cet épisode, le calme revient dans la petite pièce dans laquelle nous nous trouvons. Silence. Nous continuons l'entretien enregistré "mine de rien", je ne reviens pas sur ce qui vient de se passer. Cassandra se plaint beaucoup, sur un ton désabusé, de l'absence de Didier qui est souvent parti à la pêche. Elle me dit ensuite : "Pourtant ce serait important que le père s'occupe de lui "en désignant son garçon.

Mes impressions : j'ai observé beaucoup de signes d'énervement aujourd'hui chez Cassandra, de la fatigue, des bâillements répétés. Contrairement à son habitude, ses cheveux n'étaient pas coiffés, son apparence était négligée, encore que je m'interroge sur l'aspect normatif avec

lequel je suis en train de décrire Cassandra.

Mes questionnements sont d'ordre éthique ici : la chef de service du service d'accompagnement⁸⁴ de Cassandra m'a demandé de lui donner le moindre détail qui me ferait penser que Cassandra "allait mal". Ce à quoi je lui avais répondu : "Je n'allais pas rencontrer les personnes en tant que travailleuse sociale mais en tant que doctorante en socio... mais qu'évidemment si j'étais témoin de faits graves qui me questionnaient, je leur en parlerai. Je pensais alors simultanément "Si telle était la condition pour que je puisse entrer sur le terrain...". Cette "affaire du chat" me met mal à l'aise : dois-je raconter ce qui s'est passé aujourd'hui à l'équipe éducative ? Écrire un mèl comme il m'était demandé de faire après chaque visite ? Je ne l'ai jamais fait, c'est peut-être une des raisons pour lesquelles on "ne me donne" pas de personnes à rencontrer...

Une analyse rapide : Parler de ce chat a permis à Cassandra de me parler ensuite de l'absence de Didier qui va tous les jours à la pêche. Cassandra m'a exprimé son ressentiment envers Didier, des griefs qu'elle portait à son égard, alors que l'entretien était enregistré. "Dire sa colère envers ce chat", j'estime en quelque sorte que c'est un message qu'elle voulait me donner. Une marque de confiance ? La situation d'entretien a fait que Cassandra s'est autorisée à exprimer ses émotions qui la perturbaient. Si je me souviens du livre de Patrizia Romito : "La naissance du premier enfant", de nombreuses mères "ordinaires" éprouvent parfois le sentiment de perte de contrôle après la naissance de leur premier enfant. La situation de handicap ne serait alors pas à l'origine de cette situation.

Quand j'ai quitté Cassandra et le petit Matthieu, environ deux heures et demi après mon arrivée, je me suis surprise à retarder mon départ, ils étaient souriants et calmes. L'éducatrice de Cassandra vient dans deux jours, je décide donc de ne rien dire ni à l'équipe ni à la chef de service. Mais s'il se passait quelque chose de "grave" dans les jours à venir ? Si Cassandra en arrivait à ... son bébé ? (je ne trouve pas le mot ou je n'ose pas trouver le mot ???) Il était prévu que je fasse encore quelques entretiens chez Cassandra et Didier, j'observerai alors la présence ou non de signes indicateurs de stress possible ... ».

Bien longtemps après cette mise en scène où Cassandra témoignait de sa colère envers le chat, me revint en mémoire la scène finale d'anthologie du film de Marcel Pagnol de 1938 « La femme du boulanger » avec Raimu et Ginette Leclerc, où lors du retour de sa femme, le boulanger détournait sa colère contre la chatte de la maison.

Aimable le boulanger, à sa femme : « Mange ma belle, mange, mange ! Ah beh, la voilà, la voilà, tu l'as vue ? Tu l'as vue retourner ? La pomponnette ? Dis... Garce, salope, ordure, c'est maintenant que tu reviens hein ? Et le pauvre Pompon qui s'est fait un mauvais sang. Depuis hier, il tournait, il allait te chercher dans tous les coins, il était malheureux comme les pierres, et elle pendant ce temps là, elle avait séduit son chat de gouttière, un inconnu, un bon à rien, un passant de clair de lune, qu'est-ce qu'il a de plus que lui ? »

⁸⁴ Un service de soutien à la parentalité.

Le 23 septembre 2009, 10 jours plus tard, lors de notre cinquième entretien, Cassandra me racontait l'infidélité passée de son compagnon, Didier. On peut relever ici la capacité inventive de Cassandra, une capacité digne de Pagnol alors qu'elle est désignée « déficiente ». Et on peut penser aussi que sous un langage imagé, elle a fait montre de capacités symboliques pour préserver son enfant de la colère que lui inspirait son conjoint. Elle s'en est prise au chat pour ne pas s'en prendre à son fils.

Ma démarche de chercheuse ne se retrouve pas dans la méthode idéal-typique ; elle n'a pas consisté pour moi à « ne pas voir », ni « ne pas entendre » les dissonances, les différences, les contradictions mais aussi les émotions liées à chaque trajectoire et discours individuels. Pour cela, il m'a fallu lors des entretiens, éviter de gommer « tout ce qui dépassait du cadre », malgré la propension des personnes interrogées à faire émerger un discours normatif et « dans un cadre » supposé. Il m'a fallu faire émerger leur parole « hors du cadre », sans qu'elles se sentent obligées, humiliées ou mises en difficultés. Posture contraire à celle des professionnels du champ, qui sont rassurés à l'écoute d'un discours normatif et normé. Une femme interrogée (portrait 6) et deux hommes (portraits 3 et 9) n'ont pas souhaité poursuivre les entretiens. Goffman explique ceci : « [dans les contacts de face à face ou médiatisés] Lorsqu'une personne ressent qu'elle réussit à garder la face, sa réaction est typiquement de confiance et d'assurance. Suivant fermement sa ligne d'action, elle estime qu'elle peut garder la tête haute et se présenter ouvertement aux autres. Elle se sent en quelque sorte légère et en sécurité [...]. Lorsqu'une personne fait mauvaise ou piètre figure [...] il est fréquent que cette personne se sente honteuse et humiliée, à cause de ce qui est arrivé par sa faute à la situation et à cause de ce qui risque d'arriver à sa réputation de participant. De plus, la cause de son malaise peut être qu'elle avait compté sur la rencontre pour confirmer une image d'elle-même à laquelle elle est sentimentalement attachée, et qu'elle voit maintenant menacée » (Goffman 2003 [1974] : 11-12).

Toutes ces situations m'ont fait comprendre que les émotions sont aussi des formes d'appréhension du réel (Farge 2002 : 47) et que les considérer dans la situation d'enquête peuvent orienter de manière significative la dynamique de recherche, tant « dans le travail de terrain, que dans l'analyse des données et le processus d'écriture » (Fernandez, Lézé, Marche & Steinauer 2006 : 5).

Conclusion de la troisième partie

Le choix méthodologique d'analyser les entretiens individuellement et de manière transversale puis d'écrire les portraits, a été déterminant dans mon parcours de recherche. Il m'a aidée à mieux comprendre combien les femmes étiquetées « handicapées mentales » sont victimes et lucides des importants préjugés qui les concernent et parfois bien avant qu'elles ne deviennent mères. Ces préjugés contribuent à l'impression qu'elles sont ou seront négligentes. Or, certaines sont confrontées à des troubles mentaux (dépression le plus souvent), à des pertes de la garde de leurs enfants, à des situations où elles sont victimes de violence sans nécessairement recevoir de soutien familial. Elles vivent dans des conditions précaires et ne peuvent espérer s'épanouir dans un travail valorisant et valorisé.

Par ailleurs, les mères sont le plus souvent positionnées en situation de vulnérabilité et de dépendance dans une relation asymétrique avec les professionnel-e-s, expert-e-s « qui savent » face aux profanes qui « ne savent pas ». La relation de confiance désignée par les travailleurs sociaux et travailleuses sociales comme la base « d'une bonne relation » éducative et les mères sont mises en situation de devoir faire confiance à des personnes dont elles se méfient parfois.

Ces singularités juxtaposées les unes aux autres permettent de mieux comprendre l'expérience commune des mères étiquetées « handicapées mentales » et de mieux mesurer le travail collectif qui reste à entreprendre, dans l'idéal d'un modèle social du handicap.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans une période où le bonheur maternel est idéalisé, les normes de maternité sont plus pointues, plus encadrées et contrôlées. L'image idéale de la maternité ne laisse pas de place au doute et à l'ambivalence (Coulon 2007). Romito nous indique que « les femmes [ordinaires] qui vivent une réalité très différente de ce qu'elles avaient imaginé ou anticipé (explicitement ou implicitement), en ce qui concerne par exemple l'accouchement, leur relation avec le bébé ou avec le mari, subissent en quelque sorte des événements imprévus et leur situation se rapproche d'une situation de perte de contrôle » (1990 : 76). Les mères marginalisées qu'elles soient « handicapées mentales », « malades mentales », mères toxicomanes ou jeunes mères, font partie des groupes en difficulté confrontés à des normes de plus en plus exigeantes qui accentuent le décalage entre la maternité idéalisée et l'expérience vécue empreinte de doutes et d'hésitations que toute nouvelle mère éprouve, mais de façon plus accentuée.

Pour les femmes étiquetées « handicapées mentales », la transition au rôle maternel peut s'accompagner d'une détérioration de leur qualité de vie (Goode 1994), car la majorité des tâches inhérentes à ce rôle est en général assumée par les mères avec peu d'aides concrètes. En raison de la déficience intellectuelle, on leur demande « de faire » selon des règles à suivre, sans que ces règles ne soient ni adaptées à l'environnement familial et social ni à l'inexpérience de ces mères (savoir faire le biberon ou la toilette du nouveau-né en sont des bons exemples). Voilà pourquoi on assiste à une focalisation sur les savoir-faire au détriment des savoir-être chez les mères que j'ai interviewées. Elles sont au cœur de tensions normatives fortes à la fois sur le plan interpersonnel et sur le plan personnel. Les mises en pratique de ces normes répondent à l'intérêt de former de « bonnes mères » de la part d'« entrepreneuses de morale » (Becker 1963[1985]) qui sont de plus en plus soumises elles-mêmes comme l'ensemble des interventions sociales, à l'évaluation des pratiques professionnelles. Les familles sont hyper-contrôlées dans une exigence de transparence et de résultats. Ne pas tout dire, ne pas tout montrer c'est résister, c'est garder une forme d'autonomie et de liberté. Voilà comment s'instaurent les conflits de normes pour les mères qui sont soumises à des injonctions contradictoires : faire un parcours sans faute face à des discours contradictoires (au vu des multiples intervenants parfois à domicile), dans une situation où l'expérience de maternité ordinaire est elle-même objet d'incertitudes. Ces

injonctions contradictoires (*double bind*) ponctuent leur expérience de maternité. Quoiqu'elles fassent ou ne fassent pas, cela ne convient jamais. Ces injonctions posent problème car elles sont avancées par des acteurs qui ont des capacités de sanction et *l'enlèvement d'enfant* est la sanction la plus forte qui soit pour les mères interrogées. Elle renforce le sentiment d'incompétence et d'irresponsabilité même si ce mot n'est pas prononcé. Or ces femmes revendiquent le droit à la procréation et elles sont tenues pour responsables des enfants : on leur demande d'assumer les conséquences sociales de la maternité dans une situation d'asymétrie avec les pères. Ici, maternité rime plus que jamais avec « affaire privée » (Knibiehler 2001) dont les pères sont singulièrement absents, quand il s'agit d'en assumer la responsabilité, mais elle est portée sur la scène publique quand il s'agit de la contrôler. La question qu'elles aient le droit ou non d'avoir des enfants ne se pose pas. Mais puisqu'elles ont des enfants, quel traitement social réserver à ces mères et ces enfants ? Dans une optique de modèle social du handicap, nous avons à tenir compte de l'isolement progressif de ces mères, des contextes précaires de vie, des emplois peu valorisés, et des conditions de logement qui aggravent les situations de handicap. Mais aussi et surtout, nous avons à tenir compte des situations de violence vécues au sein des couples, au sein des institutions, au sein du monde social. L'emprise et la domination peuvent se jouer au quotidien dans le couple conjugal, dans l'indifférence généralisée. Elles peuvent se jouer au quotidien dans des institutions sociales censées protéger ces femmes appelées par ailleurs « vulnérables » et « fragiles ». Elles peuvent se jouer dans les interactions sociales au sein de la société.

L'expérience de recueil de données a, pour partie, permis d'explorer et de rendre compte de ces réalités mais aussi de l'activité des mères et de l'important travail qu'elles mettent en place pour tenter de déjouer les risques de déqualification et de stigmatisation. Car en rapprochant l'expérience du « handicap mental » et les compétences qui leur sont exigées, on comprend que les mères concernées renoncent à l'image idéale de la maternité qu'elles s'étaient forgées. Le « handicap mental » renvoie à tout sauf à l'absence de difficultés qu'elles soient d'ordre cognitif, affectif ou relationnel. Il est vrai que la situation de « handicap mental » rend difficile le rôle de mère, il est vrai que les difficultés cognitives ou affectives rendent difficile l'acquisition des compétences maternelles chez certaines mères. Mon intention n'est pas de nier ces faits mais d'engager une réflexion sur le paradoxe de cette situation et les messages contradictoires qui leur sont portés à la fois sur les compétences maternelles (« vous pouvez être mère ») et la négation de cette évidence (« mais vous ne serez pas une bonne mère »). Voilà comment ces mères sont maintenues dans un entre-deux durable

ou une situation liminaire permanente. En plus du bébé, cette réalité est difficile à porter. Elle participe à maintenir les mères dans le doute et l'ambivalence. La boucle est bouclée.

La première partie de ce travail doctoral rend compte d'un parcours de recherche qui s'est enraciné dans mes expériences professionnelles et, de la construction progressive de l'objet. Dans la seconde partie, le passage par l'étude de l'expérience de maternité aide à comprendre que l'incompétence maternelle supposée en raison du handicap, peut aussi s'expliquer par la difficulté à être mère « tout court ». La troisième partie présente les résultats de recherche sous forme de portraits des personnes enquêtées. Puis sont présentés les moments-clés de leurs parcours de maternité sous le prisme des professionnels du champ social et médical, des injonctions normatives contradictoires, et des compétences émotionnelles des femmes.

Mes observations montrent que ces femmes sont le plus souvent tenues à assumer à elles seules la responsabilité de leur maternité, selon un modèle de « bonne mère » transmis par des travailleuses sociales, éducatrices spécialisées le plus souvent ; modèle souvent pensé en l'absence de père. Être une « bonne mère » est une gratification dans un contexte où la situation de handicap reste une cause d'exclusion dans les domaines de l'éducation, de l'intégration professionnelle et sociale. Sous le regard des professionnelles, l'obligation de se conformer à ce modèle normatif amène les mères à s'y ajuster avec toutes les difficultés que cela suppose. Sous les regards des autres membres de la famille (conjoint, parents, belles-mères, enfant, sœur/frère), des stratégies d'adaptation se développent à l'égard des porteurs de jugements les moins encourageants, voire défavorables. Dans l'incertitude sur leurs compétences maternelles (Gruson 2012), les mères vivent dans un état de tension permanente parce que leur maternité devient objet d'interactions et de négociations pour ne pas perdre la garde de leurs enfants. Sommées de rendre des comptes à des travailleurs sociaux, travailleuses sociales et des professionnel-le-s de santé, et à leurs parents, les manières dont elles se racontent portent la trace d'une forte asymétrie. Loin de rapports négociés, leurs expériences sociales sont constamment aux prises avec des risques de catégorisation et de renforcement des stéréotypes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Albrecht, G.- L., Ravaud, J.-F., & Stiker H.-J. (2001). L'émergence des disability studies : Etat des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*, 19(4), 43-73.
- Aunos, M., Goupil, G., & Feldman, M. (2003). Les mères présentant une déficience intellectuelle : revue de littérature. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, (97), 32-53.
- Ausloos, G. (2001). *La compétence des familles : Temps, chaos, processus*. Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Bachelard-Jobard, C. (2001). *L'eugénisme, la science et le droit*. Paris : Presses universitaires de France.
- Backouche, I., & Naepels, M. (2009). Faire la preuve. *Genèses*, 1(74), 2-4.
- Baelde, P., Coppin, B., Le Cerf, J., & Moureau, B. (1999). *Comprendre et accompagner les parents avec une déficience intellectuelle*. Paris : Gaëtan Morin.
- Bajos, N., Ferrand, M., & Equipe GINE. (2002). *De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Inserm.
- Barile, M. (2006). Approche systémique et point de vue des femmes handicapées. *Chronique féministe*, (95-97), 93-99.
- Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit* (traduit par F. Drosso, L. Lot & E. Simion). Paris : Editions du Seuil.
- Blanc, A. (2006). *Le handicap ou le désordre des apparences*. Paris : Armand Colin.
- Bruggeman, D. (2010). Entrer dans la caravane et boire un café : Rencontres avec des familles tsiganes dans le cadre d'une recherche ethnographique sur la scolarisation des enfants. Dans B. Tillard, & M. Robin (dir.) (2010), *Enquête au domicile des familles : la recherche dans l'espace privé* (p. 75-95). Paris : L'Harmattan.
- Beaud, S., & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : Editions La Découverte.
- Beaud, S., Confavreux, J., & Lindgaard, J. (dir.) (2008). *La France invisible*. Paris : Editions La Découverte.
- Becker, H.-S. (1985). *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié (1^{ère} édition 1963).

- Becker, H.-S. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : Editions La Découverte.
- Becker, H.-S. (2007). Les photographies disent-elles la vérité ? *Ethnologie française*, XXXVII(1), 33-42.
- Beleza, M.-L. (2003). *La discrimination à l'encontre des femmes handicapées* (Rapport). Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2008). *Introduction aux gender studies*. Bruxelles : De Boeck.
- Binet, A. (1950). *La femme : Sa vie génitale et maternelle*. Lyon : Editions de l'Acropole.
- Bittencourt-Ribeiro, F. (2007). Faire l'île d'yeu » ou les limbes de la parentalité. *Tsantsa*, (12), 73-81.
- Blanchet, A., Bezille, H., Florand, M.-F., & Giami, A. et al. (1995). *L'entretien dans les sciences sociales : L'écoute, la parole, le sens*. Paris : Dunod.
- Blatge, M. (2012). *Apprendre la déficience visuelle : Une socialisation*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Boisson, M., & Verjus, A. (2004). La parentalité une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004). *Dossier d'étude*, (62), 5-84
- Boltanski, L. (1969). *Prime éducation et morale de classe*. Paris : Mouton.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., & Passeron, J.-C. (1983). *Le métier de sociologue* (4^e éd). Paris : Editions Mouton. (1^{ère} édition 1968).
- Breckus, W. (2000). Une sociologie de « l'invisibilité » : Réorienter notre regard. *Réseaux*, (129-130), 245-272.
- Brown-Bertram, P. (1986). Health education and mental retardation. (24-2), 67-69.
- Bughin, M., Lamarche, C., & Lefranc, P. (2003). *La parentalité : Une affaire d'état ?* Paris : L'Harmattan.
- Bury, J.-A. (1988). *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck.

Calvez, M. (1994). Le handicap comme situation de seuil : Eléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences sociales et santé*, XII(1), 61-88.

Calvez, M. (2004). *Incertitude, risque et handicap. Jalons d'analyse culturelle* (Mémoire pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches). Université Rennes 2 Haute-Bretagne.

Cardi, C. (2004). La figure de la « mauvaise mère » dans la justice des mineurs. La représentation de la déviance maternelle dans les dossiers de mineurs ayant fait l'objet d'une mesure de placement. Dans Y. Knibielher & G. Neyrand (dir.), *Maternité et parentalité* (p. 69-83). Rennes : Editions de l'ENSP.

Cardi, C. (2008). *La déviance des femmes. Délinquantes et mauvaises mères : Entre prison, justice et travail social* (Thèse de sociologie). Université Paris 7.

Castelain-Meunier, C. (2002). *La place des hommes et les métamorphoses de la famille*. Paris : Presses universitaires de France.

Castillo, F. (1987). *Le chemin des écoliers. L'éducation à la santé en milieu scolaire*. Bruxelles : De Boeck.

Chapoulie, J.-M. (1985). *Préface*. Dans H.-S. Becker, *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance* (p. 9-21). Paris : Métailié.

Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris : Presses universitaires de France.

Clément, M. (2006). *Maternité et santé mentale, entre souffrance et responsabilité*. Communication au colloque international « Familles et santé : le regard des sciences sociales », Oran.

Clément, M., & Carrière, M. (2010). Être mère et souffrir : Folie et responsabilité parentale. Dans G. Cresson & M. Metboul (dir.), *Famille et santé* (p. 85-94). Rennes : Editions des Presses de l'EHESP.

Coppin, B. (2004). Être parent avec une déficience intellectuelle. *Pratiques psychologiques*, (10), 25-38.

Cornet, F. & Gennotte, A.-F. (2006). Les oubliés de la prévention du sida. *Chronique féministe*, (95-97), 49-53.

Coulon, N. (2010). Le programme « Etre Maman ou Papa pour la première fois » : une recherche-action pour promouvoir la santé familiale à l'arrivée du premier enfant. Dans G.

Cresson & M. Metboul (dir.), *Famille et santé* (p. 229-242). Rennes : Editions des Presses de l'EHESP.

Coulon, N. (2007, janvier). *Le programme « Être maman ou Papa pour la première fois » : un exemple de renforcement du soutien social pour promouvoir la santé des parents et de leurs enfants*. Colloque « Politiques publiques et pratiques professionnelles face aux inégalités sociales de santé », Lille.

Coulon, N. (2007b). Pas de Calais : Accueillir les nouveaux parents. *Non-violence Actualité*, 13-14.

Couture, G., Lachapelle, Y., Voyer, J., & Dufort, J.-Y. (2003). Situation de la recherche en déficience intellectuelle au Québec : Tendances des années 1995 à 2001. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 14(1), 59-75.

Cova, A. (2005). Où en est l'histoire de la maternité ? *Clio, Histoire, Femmes et sociétés*, (21), 189-211.

Cresson, G. (1995). *Le travail domestique de santé*. Paris: L'Harmattan.

Cresson, G. (1997). La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? *Sociétés contemporaines*, (25), 45-65.

Cresson, G. (2001). Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes : Approches sociologiques. Dans P. Aiach, D. Cèbe, G. Cresson & C. Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé : Approches sociologiques* (p. 303-328). Rennes : Editions de l'ENSP.

Cresson, G. (2004). De l'idéal égalitaire aux pratiques inégalitaires, quelles "réorganisations" ?, dans Y. Knibielher & G. Neyrand (dir.), *Maternités et parentalité* (p. 117-126). Rennes : Editions de l'ENSP.

Cresson, G. & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier : Le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, 23(3), 27-41.

Cresson, G. (2006). La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*, (3), 7-16.

Darmon, M. (2005). Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : Analyse d'un refus de terrain. *Genèses*, (58), 98-112.

- De Koninck, M., Guyon, L., & Morissette, P. (2003). L'expérience maternelle et consommation de substances psychoactives. *Recherches féministes*, 16(2), 107-137.
- Delaisi de Parseval, G. (2005). Qu'est-ce qu'un parent suffisamment bon ? *Enfances & Psy*, (29), 153-160.
- De Gaulejac, V. (2010). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.
- De Singly, F. (2004). La sociologie, forme particulière de conscience. Dans B. Lahire (dir.), *A quoi sert la sociologie ?* (p. 13-42). Paris : Editions La Découverte.
- Delville, J., & Mercier, M. (1997). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Paris : De Boeck Université.
- Delville, J., & Muselle, S. (1998). Qualité de vie et approche d'une problématique particulière de santé chez les personnes handicapées : La vie affective et sexuelle. *Bulletin d'éducation du patient*, 17(1), 25-27.
- Demonet, R., & Moreau de Bellaing, L. (2000). *Déconstruire le handicap : Citoyenneté et folie*. Paris : Editions du CTNERHI.
- Desmet, H., & Pourtois, J.-P. (2005). *Culture et bienveillance*. Bruxelles : De Boeck.
- Detraux, J.-J., & Di Duca, M. (2003). De la bienveillance des familles et des professionnels, enjeux et modélisations. *Informations sociales*, (112), 58-69.
- Diederich, N. (dir.) (1998). *Stériliser le handicap mental ?* Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Diederich, N. (1998). Stérilisation et avortements thérapeutiques. Éradication des déviances et prophylaxie du malheur. *Revue européenne du handicap mental*, 5(18), 3-14.
- Diederich, N. (2000). A propos de la stérilisation des handicapés : Le mythe des parents parfaits. *Prévenir*, (39), 129-138.
- Diederich, N. (2006). La banalisation des violences sur les femmes handicapées mentales. *Chronique féministe*, (95-97), 88-92.
- Dodson, F. (1998). *Tout se joue avant six ans*. Paris : Robert Laffont.
- Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris : Robert Laffont.
- Donzelot, J. (1975). *La police des familles*. Paris : Editions de Minuit.

- Drulhe, M. (2000). Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier. Dans G. Cresson & F.-X. Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes : Editions des Presses de l'EHESP.
- Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Editions du Seuil.
- Dumaret, A.-C., Titran, M., & Dumont, B. (2005). De l'exclusion à la prise d'autonomie : Impact à long terme d'une prise en charge informelle de familles à haut risque. Dans H. Desmet & J.-P. Pourtois (dir.), *Culture et bienveillance* (p. 173-189). Bruxelles : De Boeck.
- Dumaret, A.-C., & Constantin-Kuntz, M. (2005). Support médicosocial et éducatif : Devenir de familles carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques psychologiques*, (11), 85-100.
- Dupras, A. (1998). La déssexualisation de la personne handicapée mentale ou le syndrome de Forrest Gump. *Revue européenne du handicap mental*, 5(18), 47-52.
- Dupras, A. (2000). Sexualité et handicap : L'angélisation à la sexualisation de la personne handicapée physique. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 173-189.
- Durkheim, E. (1994). *De la division du travail social*. Vendôme : Presses Universitaires de France (1^{ère} édition 1893).
- Durkheim, E. (2005). *Les règles de la méthodologie sociologique*. Paris : Presses Universitaires de France (1^{ère} édition 1937).
- Duteil-Ogata, F. (2007). La photo-interview : Dialogues avec des Japonais. *Ethnologie française*, XXXVII(1), 69-77.
- Ebersold, S. (2005). *Le temps des servitudes*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Ebersold, S. (2002). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : Du désavantage à la participation sociale. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, (94-95), 149-164.
- Ethier, L., Biron, C., Boutet, M., & Rivest, C. (1999). Les compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles : Etat de la question. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 10(2), 109-124.
- Faget, J. (2001). La fabrique sociale de la parentalité. Dans A. Bruel, J. Faget, L. Jacques, M. Joecker, C. Neirinck, & G. Poussin, *De la parenté à la parentalité* (p. 69-87). Ramonville-Saint-Agne : Erès.

- Farge, A. (2002). « Affecter les sciences humaines ». Dans C. Gautier, O. Le Cour Grandmaison, P. Ansart, C. Dejours, A. Farge, D. Tartakowski, A. Brossat, J.-P. Chrétien, F. Khorokhavar & F. Regard, *Regard, Passions et sciences humaines* (p. 45-50). Paris : Presses Universitaires de France.
- Farge, A., Laé, J.-F., Congolani, P., & Magloire, F. (2004). *Sans visages : L'impossible regard sur le pauvre*. Paris : Bayard.
- Feldman, M.-A., Case, L., Towns, F., & Betel, J. (1985). Parent education project 1 : Development and Nurturance of Children of Mentally Retarded Parents. *American Journal of Mental Deficiency*, (90), 253-258.
- Feldman, M.-A., Case, L., Garrick, M., MacIntyre-Grande, W., Carnwell, J., & Sparks, B. (1992). Teaching Child-care Skills to Mothers with Developmental Disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, (25), 205-215.
- Feldman, M.-A. (1994). Parenting Education for Parents with Intellectual Disabilities : a Review of Outcome Studies. *Research in Developmental Disabilities*, 15(4), 299-332.
- Feldman, M.-A., Léger, M., & Walton-Allen, N. (1997). Stress in Mothers with Intellectual Disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, (6), 471-485.
- Fernandez, F., Lézé, S., Marche, H., & Steinauer, O. (2006). Emotions, Corps et santé : une politique de l'émoi ? *Face à face*, (8), 5-9.
- Ferrand, A. (2010). La tension normative : un état à la fois personnel et interpersonnel. Dans F.-W. Schweyer, S. Penneç, G. Cresson & F. Bouchayer (dir.) (2010). *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (p. 69-76). Rennes : Editions des Presses de l'EHESP.
- Flick, U. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & Saint Michel, G. (1998). *Classification québécoise. Processus de production du handicap*. Québec : Réseau International sur le Processus de production du Handicap (RIPPH).
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergnon, H., Cloutier, R., Saint-Michel, G., & Dion, S.-A. (1999). Conséquences sociales des déficiences et incapacités persistantes et significatives : approche conceptuelle et évaluations des situations de handicap. *Handicap. Revue de Sciences humaines et sociales*, (84), 61-78.

- Fougeyrollas, P. (2001). Le processus de production du handicap : l'expérience québécoise. Dans R. de Riedmatten (dir.), *Une nouvelle approche de la différence. Comment repenser le handicap* (p. 101-122). Genève : Editions Médecine et Hygiène.
- Gabel, M., Jésus, F., & Manciaux, M. (2001). *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Edition Fleurus.
- Gagnier, J.-L., La Charité, K., Ethier, L., & Pinard, P. (2000). Engagement collectif et intervention en négligence familiale : indices des réussites. Dans M. Gabel, F. Jésus & M. Manciaux, *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels* (p. 195-210). Paris : Edition Fleurus.
- Galenga, G. (2008). L'empathie inversée au cœur de la relation ethnographique. *Journal des anthropologues*, (114-115), 145-161.
- Garcia, S. (2011). *Mères sous influence : De la cause des femmes à la cause des enfants*. Paris : La Découverte.
- Gardou, C. (2010a). Conclusion. Face au dédale des significations conférées au handicap. Dans C. Gardou, *Le handicap au risque des cultures* (p. 405-413). Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Gardou, C. (2010b). Une anthropologie du très proche. *Journal des anthropologues*, (122-123), 15-26.
- Gateaux-Mennecier, J. (1990). *La débilité légère : Une construction idéologique*. Paris : Editions du CNRS.
- Gauthier, S., & Boisvert, R. (2006). Violences conjugales vécues par les femmes ayant des limitations fonctionnelles. *Chronique féministe*, (95-97), 100-103
- Genthialon, A., C. Maternité : L'ère de la débrouille. *Libération*. 29 mai 2012.
- Giami, A., Humbert-Viveret, C., & Laval, D. (1983). *L'ange et la bête : Représentation de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Paris : Editions du CTNERHI.
- Giami, A., & Lavigne, C. (1993). La stérilisation des femmes handicapées mentales et le consentement libre et éclairé. *Revue de médecine psychosomatique*, (35), 35-46.
- Giami, A., & Leridon, H. (1999). *Stérilisation et régulation des naissances : Libertés ou contraintes ?* Paris : Editions INSERM-INED.

- Giarni, A. (1999). Les organisations institutionnelles de la sexualité. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, (83), 3-28.
- Gianini-Belotti, E. (1973). *Du côté des petites filles*. Paris : Editions Des Femmes.
- Goode, D. (2004). *Quality of life of persons with disabilities*. Brookline Brooks, Cambridge.
- Dans J. Delville, M. Mercier (1999). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne : La présentation de soi*. Paris : Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Editions de Minuit. (1ère édition 1963).
- Gojard, S. (2007). L'accompagnement des futures mères aveugles en région parisienne. *Tsantsa*, (12), 53-60.
- Gojard, S. (2010). *Le métier de mère*. Paris : La Dispute.
- Goode, D. (1994). *Quality of life of persons with disabilities*. Cambridge : Brookline Books.
- Greacen, T., Hefez, S. , & Marzloff, A. (dir.). (1996). *Prévention du sida en milieu spécialisé*. Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Gruson, C. (2003). Être mère et en situation de handicap mental : Un projet d'accompagnement. *Recherches féministes*, 16(2), 167-198.
- Gruson, C. (2006). Maternité et handicap mental : regards de femmes. *Chronique féministe*, 95-97, 62-70.
- Gruson, C. (2007). Maternité et handicap mental : Le regard paradoxal des professionnel-le-s. *Tsantsa*, (12), 11-22.
- Gruson, Ch. (2012). Expériences de maternité des femmes appelées « handicapées mentales » : un objet de recherche au cœur de l'incertain. Communication, Congrès AILSF, CR 08, juillet 2012. Rabat (Maroc).

- Guerandel, C. (2008). *Les modes de socialisation des jeunes filles et des jeunes garçons des quartiers populaires urbains dans les structures sportives : Le cas d'un quartier toulousain*. (Thèse de doctorat). Université Paul Sabatier, Toulouse.
- Guerdan, V., & Bouchard, J.-M. (1998). Une valeur de société incontournable : Le partenariat entre la personne handicapée, sa famille et les professionnels. *Bulletin d'éducation du patient*, 17(1), 20-24.
- Guidetti, M., Tourette, C. (1996). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris : Armand Colin.
- Haelewyck, M.-C., Lachapelle, Y., & Boisvert, D. (2003). La qualité de vie. Dans M.-J. Tassé & D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (p. 217-227). Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.
- Hoggart, R. (1970). *La culture du pauvre : Etude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris : Éditions de Minuit.
- Houzel, D. (dir.) (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Ionescu, S. (dir.). (1993). *La déficience intellectuelle, Tome 1- Approches et pratiques de l'intervention - Dépistage précoce*. Paris : Nathan ; Laval (Québec) : Editions Agence d'Arc.
- Jacques, B. (2010). *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jeanne, Ph., Laurent, P. (1998). *Enfants et adolescents handicapés*. Paris : ESF.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie. Dans S. Moscovici (éd). *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Jurkowski, J.-M., & Paul-Ward, A. (2007). Photovoice with vulnerable populations : Addressing Disparities in Health promotion Among People With Intellectual Disabilities. *Health Promotion Practice*, 8(4), 358-365. Repéré à : <http://hpp.sagepub.com/cgi/content/abstract/8/4/358>
- Jutras, S., Bisson, J. (1994). La conception de la santé chez les enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé. *Sciences sociales et santé*, XII(2), 5-37.
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan.
- Kaufmann, J.-C. (1998). *Corps de femmes, regards d'hommes*. Paris : Pocket.

- Kellerhalls, J., & Montandon, C. (1991). *Les stratégies éducatives des familles. Milieu social, dynamique familiale et éducation des pré-adolescents*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Kellerhalls, J., & Widmer, E. (2005). *Familles en Suisse : Les nouveaux liens*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Keltner, B. (1994). Home Environments of Mothers with Mental Retardation. *Mental Retardation*, (32), 123-127.
- Knibielher, Y. (2001). *Maternité, affaire privée, affaire publique*. Paris : Bayard.
- Knibielher, Y. (2004). La maternité en démocratie. In Y. Knibielher & G. Neyrand, *Maternité et parentalité* (p. 11-19). Rennes : Editions de l'ENSP.
- Lacascade, Y. & Landry, G. (2010). Au plus près des déficients ? Enjeux, contradictions et conséquences de l'intervention sociale en foyer occupationnel. *Journal des anthropologues*, (122-123), 189-206.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée ou « l'analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (5), 183-199.
- Lachapelle, Y., & Wehmeyer, M.-L. (2003). L'autodétermination. Dans M. J. Tassé & D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (p. 205-214). Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin.
- Lacoste-Dujardin, C. (1996). *Des mères contre les femmes : Maternité et patriarcat au Maghreb*. Paris : La Découverte/Poche.
- Laé, J.-F., & Murard, N. (2012). *Deux générations dans la débîne : Enquête dans la pauvreté ouvrière*. Montrouge : Bayard.
- Laé, J.-F., & Proth, B. (2002). Les territoires de l'intimité, protection et sanction. *Ethnologie française*, XXXII, 5-10.
- Lagardère, M.-L., Strohl, H., & Even, B. (1998). *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées*. Paris : IGAS.
- Lagrave, R.-M. (2010). Se ressaisir. *Genre, sexualité & société*, (4), 1-17.
- Lahire, B. (2002). *Portraits sociologiques : Dispositions et variations individuelles*. Paris : Nathan.
- Lahire, B. (1995). *Tableaux de famille*. Paris : Gallimard/Seuil. Coll. « Hautes études ».

- Lalande, D., Ethier, L.-S., Rivest, C., & Boutet, M. (2002). Parentalité et incapacités intellectuelles : Une étude pilote. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 13(2), 133-154.
- Lamarche, C. (1991). *Ces familles dites dangereuses...* ADSSEAD. Publication réalisée avec le concours du Conseil Général Département du Nord.
- Lavigne, C. (1996). Entre nature et culture : La représentation de la sexualité des personnes handicapées mentales. *Handicaps et inadaptations - Cahiers du CTNERHI*, (72), 58-70.
- Lavigne, C. (2004). *Handicap et parentalité : La surdité, le handicap mental et le pangolin*. Paris : Editions du CTNERHI.
- Lavigne, C. (2007). Analyse qualitative du rapport du chercheur à son objet, le handicap : Le chercheur impliqué dans une situation de handicap et travaillant sur le handicap, est-il un chercheur handicapé ? *Recherches qualitatives*, (hors série 3), 76-97.
- Le Bossé, Y. (2003). La surdétermination des compétences parentales dans les mandats de protection de la jeunesse : Un exemple d'aliénation ordinaire. *Sauvegarde de l'enfance*, 58(1-2), 49-56.
- Le Van, C. (1998). *Les grossesses à l'adolescence : Normes sociales, réalités vécues*. Paris : L'Harmattan.
- Lecomte, J. (1999). La résilience : Résister aux traumatismes. *Sciences humaines*, (99), 13-17.
- Ledoux, A. (1983). La formation à l'entretien clinique. Dans C. Chiland (dir.), *L'entretien clinique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lesnes, C. Un certain regard sur l'Amérique. *Le Monde*. 4 septembre 2009.
- Loux, F. (1995). *Traditions et soins d'aujourd'hui* (2^e  d.). Paris : InterEditions.
- Manderscheid, J.-C. (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. *Revue française de pédagogie*, (107), 81-96.
- Mannoni, M. (1973). *Education impossible*. Paris : Editions du Seuil.
- Martin, C. (2003). *La parentalité en questions : Perspectives sociologiques - Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille*. Paris : Haut Conseil de la Population et de la Famille.
- Martin, C. (2004). La parentalité : Controverses autour d'un problème public. Dans Y. Knibiehler & G. Neyrand (dir.), *Maternité et parentalité* (p. 39-54). Rennes : Editions de l'ENSP.

- Massé, R. (1999). La santé publique comme nouvelle moralité, *Cahier de recherches éthiques*, (22), 155-176.
- Massé, R. (2001). Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé, *IUHPE, promotion & éducation, hors série*, (2), 75-77.
- Mériaux, G. (2003). « Nous aussi ». La représentation des personnes handicapées intellectuelles : Une tentative française d'empowerment. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, (97), 71-92.
- Mercier, M., Delville, J., & Collignon, J.-L. (1994). Sexualité et handicap mental. *Revue européenne du handicap mental*, 1(1), 25-32.
- Mercier, M., & Carlier, G. (1998). L'accompagnement générateur d'équilibre personnel et de reconnaissance sociale. *Bulletin d'éducation du patient*, (17), 7-10.
- Mercier, M., Agthe, C., & Vatré, F. (2002). Eléments pour une éthique de l'intervention en éducation affective et sexuelle auprès des personnes vivant avec un handicap mental. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 13(1), 81-92.
- Michaud, P.-A. (1997). *L'éducation pour la santé*. Paris : Doin.
- Miron, J.-M. (1998). La compétence parentale : Un concept à redéfinir. *Perspectives documentaires en éducation*, (44), 49-69.
- Misès, R., Perron, R., Salbreux, R. (1994). *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*. Paris : ESF.
- Monnier, B. (2000). Éducation parentale et adolescence. Dans M. Gabel, F. Jésus & M. Manciaux, *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels* (p. 155-170). Paris : Fleurus.
- Mormiche, P. (2000). Le handicap se conjugue au pluriel. *Document INSEE*.
- Mormiche, P. (2006). Le handicap se conjugue au pluriel. *Chronique féministe*, (95-97), 5-7.
- Morvan, J.-S. (1993). Représentations, attitudes des futurs intervenants éducatifs et sociaux. Dans S. Ionescu (dir.), *La déficience intellectuelle, Approches et pratiques de l'intervention, dépistage précoce* (tome 1, p. 198-199). Paris : Nathan ; Laval (Québec) : Editions Agence d'Arc.
- Moyse, D. (1998). Des enjeux éthiques de la question : « les stérilisations pratiquées en France relèvent-elles de l'eugénisme ? *Revue européenne du handicap mental*, 5(18), 36-46.

- Neyrand, G. (2001). Mutations sociales et renversement des perspectives sur la parentalité. Dans D. Le Gall & Y. Bettahar (dir.), *La pluriparentalité* (p. 21-46). Paris : Presses universitaires de France.
- Neyrand, G. (2004). *Préserver le lien parental : Pour une prévention psychique précoce*. Paris : Presses universitaires de France.
- Niquette, M. (2003). Présentation. *Recherches féministes*, 16(2), 1-10.
- Pagès-Delon, M. (1989). *Le corps et ses apparences. L'envers du look*. Paris : L'Harmattan.
- Papadaniel, Y. (2008). Empathie du chercheur, empathie des acteurs. *Journal des anthropologues*, (114-115), 129-144.
- Passeron, J.-C. (2004). Ecrire, réécrire et « dire vrai » en sociologie - Préface, dans H.-S. Becker, *Ecrire les sciences sociales : Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre* (p. VII-XXV). Paris : Economica.
- Pétonnet, C. (1982). L'observation flottante : L'exemple d'un cimetière parisien. *L'Homme*, 22(4), 37-47.
- Pétonnet, C. (2002). *On est tous dans le brouillard*. (Nouv. éd.). Paris : Editions du Comité des Travaux historiques et scientifiques.
- Piaget, J. (1923). *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Neufchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1926). *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris : Editions Alcan Félix.
- Pinçon, M., & Pinçon-Charlot, M. (2007). *Les ghettos du gotha : Au cœur de la grande bourgeoisie*. Paris : Editions du Seuil.
- Pinçon, M., & Pinçon-Charlot, M. (1989). *Dans les beaux quartiers*. Paris : Editions du Seuil.
- Pitrou, A. (1992). *Les solidarités familiales : Vivre sans famille ?* (Nouv. éd.). Toulouse : Privat.
- Pitrou, A. (1978). *La vie précaire : Des familles face à leurs difficultés*. Paris : Caisse nationale des allocations familiales.
- Poittevin, A. (2005). Compte rendu. Maurice Godelier. Métamorphoses de la parentalité (Fayard, 2004). *Anthropologie et Sociétés*, 29(2), 213-214.
- Pungu, G. (2006). Femmes et handicaps : Perspectives européennes. *Chronique féministe*, (95-97), 20-21.

- Queniart, A., & Vennes, S. (2003). De la volonté de tout contrôler à l'isolement : L'expérience paradoxale de la maternité chez de jeunes mères. *Recherches féministes*, 16(2), 73-105.
- Quere, L. (2001). La structure cognitive et normative de la confiance. *Réseaux*, (108), 125-152.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherches en sciences sociales* (2^e éd.). Paris : Dunod.
- Ravaud, J.-f., & Ville, I. (1994). Une approche socio-constructiviste du handicap. *Sciences sociales et santé*, XII(1), 7-30.
- Ravaud, J.-F. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : La question du sujet. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, (81), 64-75.
- Ravaud, J.-F. (2001). Vers un modèle social du handicap. Dans R. de Riedmatten (dir.). *Une nouvelle approche de la différence : Comment repenser le handicap* (p. 55-68). Genève : Editions Médecine et Hygiène.
- Ravaud, J.-F. (2004). La recherche sur le handicap en France : Un retard à combler. *Actualité et dossier en santé publique*, (49), 68-71.
- Ravaud, J.-F., & Ville, I. (2006). Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap. *Chronique féministe*, (95-97), 8-19.
- René, J.-F., & Laurin, I. (2009). Transmettre la parole de parents en milieu de pauvreté : Quand le chercheur devient médiateur. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 60-76.
- Rimbert, G. (2005). Trouver sa place. Pensée sociologique et travail académique chez les doctorants en sociologie. *Carnets de bord*, (9), 88-94.
- Rogers, C.-R. (2008). *La relation d'aide et la psychothérapie* (traduit par J.-P. Zigliara). Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Rossignol, C. (1999). *Inadaptation, handicap, invalidation ? Histoire et étude critique des notions, de la terminologie et des pratiques dans le champ professionnel de l'éducation spéciale* (Thèse de doctorat d'État). Université Louis Pasteur, Strasbourg 1.
- Rossignol, C. (2000). La classification internationale des altérations corporelles, invalidités et handicaps : approche linguistique d'un débat terminologique. *Prévenir*, (39), 35-47.

- Royce, S.-W., Parra-Medinaz, D., & Messiasz, D.-H. (2006). Using photovoice to examine and Initiate Youth Empowerment in Community. Based Programs : A picture of process and Lessons learned. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(3), 80-91.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the Victim*. New-York : Vintage Books.
- Saillant, F. (2000). Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes. *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 155-171.
- Saillant, F., & Dandurand, R.-B. (2002). Don, réciprocité et engagement dans les soins aux proches. *Cahiers de recherche sociologique*, (37), 19-50.
- Sandrin-Berthon, B. (1997). *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF.
- Sauvegrain, P. (2010). *Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « africaines » en maternité publique* (Thèse de doctorat). Université Paris Diderot, Paris 7.
- Schwartz, O. (1990). *Le monde privé des ouvriers*. Paris : Presses universitaires de France.
- Seagull, E.A.W., & Sheurer, L. (1986). Neglected and Abused Children of Mentally Retarded Parents. *Child Abuse and Neglect*, (16), 345-358.
- Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée : Pertinences et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan.
- Serre, D. (2001). La « judiciarisation » en actes. Le signalement d'« enfant en danger ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (136-137), 70-82.
- Simmat-Durand, L. (2002). Grossesses et drogues illicites. *Déviance et société*, 26(1), 105-126
- Siegrist, D. (2006). Maternité et handicaps physiques : Un tabou ? *Chronique féministe*, (95-97), 58-61.
- Stiker, H.-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap : La liminalité comme double. *Champ psychosomatique*, (45), 7-23.
- Stiker, H.-J. (2009). Comment nommer les déficiences ? *Ethnologie française*, XXXIX(3), 463-470.
- Thébaud, F. (2005). Editorial. *Clio, histoire, femmes et sociétés*, (21), 9-16.
- Tillard, B. (2002). *Des familles face à la naissance*. Paris : L'Harmattan.

- Tillard, B. (2007). Marginalité ou stigmatisation ? Etude ethnographique sur la naissance en milieu urbain. *Tsantsa*, (12), 41-52.
- Tillion, G. (2000). *Il était une fois l'ethnographie*. Paris : Editions du Seuil.
- Tomkiewicz, S. (1992). Un contexte et une approche spécifique : Violences et abus sexuels dans les institutions pour enfants et adolescents handicapés. *Pro infirmis*, (2), 20-25.
- Tomkiewicz, S. (1994). Santé et apprentissage. *La documentation française*. 265-268.
- Tursz, A. (2010). *Les oubliés, enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil.
- Tymchuk, A.-J., & Andron, L. (1990). Mothers with Mental Retardation who Do or not Abuse or Neglect their Children. *Child Abuse and Neglect*, (14), 313-323.
- Tymchuk, A.-J., & Feldman, M.-A. (1991). Parents with Mental Retardation and their Children : Review of Research Relevant to Professional Practice. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, (32), 486-494.
- Van Gennep, A. (1969). *Les rites de passage*. Paris : Mouton.
- Vermersch, P. (1999). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Editeur.
- Verdès-Leroux, J. (1978). *Le travail social*. Paris : Editions de Minuit.
- Vermersch, P., & Maurel, M. (dir.) (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Editeur.
- Walentowitz, S. (2007). Maternités extra-ordinaires - Introduction. *Tsantsa*, (12), 32-40.
- Walton-Allen, N.-G., Feldman, M.-A. (1991). Perception of service needs by parents who are mentally retarded and their social service workers. *Comprehensive Mental Health Care*, 1 (2), 137-147.
- Wang, C.-C., & Burris, M.-A. 1997. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369-387.
- Wang, C.-C., Burris, M.-A., & Ping, X.-Y. (1996). Chinese village women as visual anthropologists : A participatory approach to reaching policymakers. *Social Science & Medicine*, 42(10), 1391-1400.
- Wang, C.-C., Yi, W.-K., Tao, Z.-W., & Carovano, K. (1998). Photovoice as a participatory health promotion strategy. *Health Promotion International*, 13(1), 75-86.

- Warlet-Van Den Bossch, D., & Warlet, F.-J. (2006). Une question de droit ? *Chronique féministe*, (95-97), 104-108.
- Weber, M. (1992). *Essais sur la théorie de la science* (traduit par J. Freund). Paris : Presses pocket.
- Zafiroopoulos, M. (1981). *Les arriérés : De l'asile à l'usine*. Paris : Payot.
- Whitman, B.-Y., & Accardo, P.-J. (1993). The parent with Mental Retardation : Rights, Responsibilities and Issues. *Journal of Social Work and Human Sexuality*,(8), 123-136.
- Wolfensberger, W. (1972). *The principles of normalization in human services*. Toronto : National Institute on Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1997). *La valorisation des rôles sociaux : Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Genève : Editions des deux continents.
- Zickler, C. (1999). Accompagnement de projets dans un CAT : Organisation d'un séjour famille. Dans P. Baelde, B. Coppin, J.-F. Lecerf (dir.), *Comprendre et accompagner les parents avec une déficience intellectuelle* (p. 129-134). Paris : Gaëtan Morin.

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

Lorsque vous avez su que vous attendiez un bébé, vous pouvez me raconter comment cela s'est passé...?

Expérience de maternité et processus décisionnel

L'expérience de maternité (grossesse et naissance incluses) : le désir d'enfant-s, le vécu d'une pratique contraceptive, le rapport à la maternité, le rôle de mère, bienfaits et difficultés éventuels.

Les rapports femmes-hommes : répartition des tâches domestiques et éducatives, la rencontre et la relation affective au moment de la grossesse et de l'entretien ; implication du compagnon dans le désir d'enfant.

Processus de décision, hésitations. Réactions à l'annonce de la grossesse prévue ou non prévue.

Processus de transition

Le parcours biographique : institutions fréquentées, évènements de vie.

Situation personnelle 'avant la grossesse' et 'après la grossesse'

Situation personnelle 'avant la naissance' et 'après la naissance'

Intervention sociale et médico-éducative

Le regard « porté sur » les professionnels de l'accompagnement et du réseau médico-social, les représentations des attentes des travailleurs-sociaux sur le rôle de mère, de père.

Déroulement des suivis médico-éducatifs, difficultés éventuelles, choix des lieux et des instances d'accompagnement.

Accueil par les personnels médicaux, para-médicaux. Description des conditions dans lesquelles s'est déroulé l'accouchement.

Réseau amical et familial

Le rôle des amis, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère dans l'expérience de maternité

Les attitudes et opinions de l'entourage à l'annonce de la grossesse, à la naissance.

Le soutien moral et affectif, les confidents.

Le contexte environnemental et la vie quotidienne

Le logement, l'adaptation au logement et à l'espace disponible.

Les difficultés dans les situations quotidiennes, explication de ces difficultés.

La « gestion » du temps et des rendez-vous de la journée.

L'avenir, les projets d'avenir.

Annexe 2

Liste des sigles

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAP : Contrat d'Apprentissage Professionnel

CAT : Centre d'Aide par le Travail

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

CMP : Centre médico-psychologique

ESAT : Etablissement et service d'Aide au Travail

IME : Institut médico-Educatif

Résumé

L'expérience de la maternité des femmes étiquetées « handicapées mentales » est un droit mais son application ne va pas de soi, le « handicap mental » impliquant des difficultés à traiter des problèmes, cognitifs et affectifs de la vie quotidienne, et relationnels. Situation liminaire, cette expérience de la maternité est pensée, encadrée, socialisée par des institutions gardiennes de la normalité.

Cette thèse montre que ces femmes sont tenues à assumer seules la responsabilité de leur maternité, selon un modèle de « bonne mère » qui n'inclut guère le père. Être une « bonne mère » est une gratification dans un contexte où la situation de handicap reste une cause d'exclusion sociale. Dans l'incertitude sur leurs compétences maternelles, les mères vivent dans un état de tension permanente et la crainte qu'on leur retire la garde de leurs enfants. Leurs expériences sociales les mettent constamment aux prises avec des risques de renforcement des stéréotypes. La négociation leur est quasiment impossible.

La première partie de ce travail doctoral rend compte d'un parcours de recherche et de la construction progressive de l'objet. Dans la seconde partie, l'état de l'art permet de comprendre que l'incompétence maternelle, supposée tenir au handicap, renvoie à la difficulté à être mère « tout court ». La troisième partie présente les résultats sous forme de portraits sociologiques. Puis sont présentés les moments-clés de leurs parcours de maternité, sous le contrôle des professionnels du champ social et médical.

Mots-clés : Handicap, « Handicap mental », expérience de maternité, genre, parentalité, situation liminaire.

Abstract

The experience of motherhood is a right but, for women labelled « mentally handicapped », its implementation is not obvious at all, as « mental handicap » implies difficulties to deal with cognitive and affective problems of everyday life as well as relational problems. As a liminal situation, this experience of motherhood is thought, controlled and socialized by normality-keeping institutions.

This research shows that these women are expected to deal alone with their motherhood's responsibility, according to a « good mother » pattern that hardly includes the father. To be a « good mother » is a reward in a context where the handicap situation remains a cause of social exclusion. But, as they doubt of their maternal competences, the mothers live in a state of permanent stress and fear to lose their children's custody. Their social experiences constantly confront them with the risk of reinforcing stereotypes. Negotiation is almost impossible.

The first part of this doctoral work gives an account of the research and object's progressive construction. In the second part, the state-of-the-art review shows that the maternal incompetence, supposedly caused by the handicap, refers as a matter of fact to the difficulty to be a mother in general. The third part presents the results in the form of sociological portraits. Finally, are presented the key-moments of these women's motherhood under the control of medico-social field's professionals.

Keywords : Disability, « mental handicap », experience of motherhood, gender, parenthood, liminal situation.

