

Maternité et toxicomanie : influence des problématiques maternelles et du syndrome de sevrage néonatal sur l'investissement de l'enfant

Anaëlle Bazire

DANS **PSYCHOTROPES** 2018/2 (VOL. 24), PAGES 73 À 99
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807392403

DOI 10.3917/psyt.242.0073

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2018-2-page-73.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Maternité et toxicomanie : influence des problématiques maternelles et du syndrome de sevrage néonatal sur l'investissement de l'enfant

Motherhood and drug addiction:
maternal problematics
and neonatal withdrawal syndrome impacts
on the child investment

Anaëlle Bazire

Psychologue clinicienne (CSAPA)

Docteure en psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Laboratoire de Psychologie Caen Normandie (LPCN – EA 7452)

Université de Caen Normandie, Psychologie

Esplanade de la Paix, CS 14032, F-14032 Caen

E-mail : anaelle.bazire@unicaen.fr

Résumé : *Les processus psychiques en jeu dans le devenir mère sont porteurs d'une potentialité transformatrice de la problématique addictive. Ceux-ci peuvent notamment favoriser un réaménagement des relations objectales permettant une décentration de l'objet-drogue et l'investissement de l'enfant réel progressivement reconnu dans son altérité. Nos observations, issues de notre clinique en CSAPA et d'un travail de recherche auprès de femmes enceintes et jeunes mères consommatrices d'opiacés et/ou sous traitement de substitution aux opiacés, mettent en évidence que les possibilités*

d'un tel investissement ne sont pas équivalentes pour toutes les femmes et reposent sur leur capacité à progressivement intégrer et élaborer, d'abord, les changements psychiques et corporels induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi, puis les problématiques remobilisées par la régression induite par les soins au bébé. Cela reste toujours fragile et est bien souvent influencé par le syndrome de sevrage néonatal et la dynamique conjugale, pouvant conduire à une reprise des consommations de toxiques.

Abstract: The psychological processes involved in becoming a mother can transform drug addiction problems. They can lead to the reorganisation of object relations which allowed a decentring from the drug object and an investment in the real child who is gradually recognised in its otherness. Our observations from our clinic in CSAPA (center for care, support and prevention in addictology) and research work with pregnant addicted women and young addicted mothers, demonstrate that all women do not have the same opportunities to invest in their children. These opportunities depend on the ability to gradually integrate and develop, first, the somatopsychic changes and the manifestation of drives caused by pregnancy, and the presence of the other within oneself, and then the issues summoned by the regression resulting from child care. This remains fragile and is often affected by neonatal withdrawal syndrome and marital dynamics. It may lead to the resumption of drug use.

Mots clés : *addiction, grossesse, maternité, relations mère/parent-enfant, syndrome de sevrage néonatal*

Keywords: *drug addiction, pregnancy, motherhood, mother/parent-child links, neonatal withdrawal syndrome*

Introduction

Aucune donnée n'existe concernant le nombre de femmes consommatrices de substances psychoactives (SPA) en France. Leur visibilité reste limitée aussi bien dans les études menées sur le sujet que dans les structures d'addictologie où elles représenteraient 25 % des usagers (Simmat-Durand *et al.*, 2013b), dont une large majorité serait en âge de procréer (Lejeune, 2007). La prévalence de la consommation de drogues des femmes est ainsi mal connue et encore plus lorsqu'il

s'agit des femmes enceintes. En 2009, Lamy et Thibaut estimaient que 20 à 30 % des femmes consommaient du tabac pendant leur grossesse, 15 % au moins de l'alcool, 3 à 10 % du cannabis et 0,5 à 3 % de la cocaïne. Nous ne disposons d'aucun chiffre plus précis ni plus actuel. Par ailleurs, les données ne sont pas disponibles concernant les opiacés et les traitements de substitutions aux opiacés (TSO), qui nous intéressent plus particulièrement ici. Dans tous les cas, les grossesses des femmes consommatrices de SPA sont aujourd'hui considérées à risque pour l'enfant et la mère.

En fait, si des études sur ces femmes existent, elles portent essentiellement sur des questions médicales ou psychosociales (Cassen *et al.*, 2004 ; Molénat, 2000 ; Lejeune, 1997, 2007, 2014 ; Simmat-Durand, 2002, 2008). En revanche, la dynamique psychique de la future et de la jeune mère (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Cohen-Salmon *et al.*, 2011 ; Nezelof et Dodane, 2010 ; Rouveau, 2013) ou la qualité des interactions précoces (Lacrouts-Négrier *et al.*, 2001) restent très peu étudiées. Peu de recherches donnent par ailleurs la parole aux futures ou jeunes mères consommatrices alors même que ces études mettent en évidence des mères concernées par leur grossesse et le devenir de leur enfant (Aubisson, 2009 ; Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Bazire, 2017 ; Murphy et Rosenbaum, 1999). Ces études sont pourtant cruciales pour améliorer la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants.

Les travaux existants, qui soulignent une nécessaire évolution des prises en charge (Franchitto *et al.*, 2000 ; Lejeune, 1997, 2000 ; Simmat-Durand, 2007, 2008), ont ainsi conduit au développement de structures spécifiques ou de réseaux pluridisciplinaires d'accompagnement des femmes enceintes et mères consommatrices de substances psychoactives et de leurs enfants. Ces différentes structures associent services d'addictologie et services de périnatalité et ont permis l'amélioration des prises en charge et du pronostic cognitif et social des populations concernées (Lejeune, 2014 ; Simmat-Durand, 2011). Les études sur le sujet ont également permis de rendre les placements moins systématiques en mettant en évidence le fait que les troubles de l'attachement mère-bébé et les dysfonctionnements dans la relation précoce sont liés pour partie à des facteurs socio-économiques spécifiques (errance de la mère, activités délinquantes, incarcérations, prostitution, comportement de leur partenaire...) (Lejeune, 2000, 2007, 2014 ; Simmat-Durand, 2008 ; Simmat-Durand *et al.*, 2013b), mais aussi justement à l'inadaptation des prises en charge périnatales (Lejeune, 2000 ; Simmat-Durand, 2002, 2008, 2009). Cela a ainsi induit des changements de pratiques des services de maternité, PMI (Protection Maternelle et Infantile) et des services sociaux, le

plus souvent en bien, même si la méconnaissance à l'égard de la maternité chez les femmes consommatrices et des représentations erronées (et négatives) perdurent, pouvant mettre à mal les prises en soins. La réforme de la protection de l'enfance (loi du 5 mars 2007) a également favorisé le maintien du lien mère-enfant. La séparation est ainsi rendue beaucoup moins systématique, sauf en cas de risque de danger pour l'enfant (cumul de facteurs de risques et/ou violences physiques observables notamment) (Simmat-Durand, 2008).

Nous souhaitons dans cet article explorer le vécu de la maternité par les femmes consommatrices de SPA (opiacés principalement) et/ou sous traitement de substitution (TSO) mais également les changements, les remaniements psychiques en jeu pendant la grossesse et leur devenir après la naissance, notamment leur influence sur la qualité de l'investissement de l'enfant et des interactions précoces. En effet, les grossesses sont citées dans la littérature comme un moment particulièrement fécond de changement et de questionnement des consommations.

Mais avant de présenter nos observations, il apparaît nécessaire de jalonner notre propos en revenant succinctement sur les considérations théoriques psychodynamiques / psychanalytiques relatives à la problématique addictive et au processus de maternalité chez la femme toxico-mane.

Métapsychologie de la problématique addictive

La conduite addictive est entendue comme la répétition d'actes ayant pour fonction la quête du plaisir et l'évitement du déplaisir et entraînant des risques physiques et des problèmes sociaux et psychologiques (Goodman, 1990 ; McDougall, 2004).

D'un point de vue métapsychologique, la problématique addictive trouve ses origines dans des dysfonctionnements et traumatismes au sein des relations précoces qui ont entravé le développement des phénomènes transitionnels (Winnicott, 1951) empêchant le bébé de construire « une mère interne suffisamment bonne » pour supporter et élaborer les états

de souffrance psychique¹. Le processus d'incorporation² perdure alors, bien mis en évidence chez les sujets addicts (Gutton, 1984). Le processus de séparation-individuation n'ayant pu advenir, la séparation et la perte de l'objet réel ne peuvent être tolérées. Notre clinique auprès de patients addicts ainsi que la littérature rendent ainsi compte de l'existence d'un fond dépressif présent chez une grande majorité des patients. Néanmoins, et paradoxalement, la relation à l'autre, marquée par la dépendance, entraîne un sentiment d'aliénation et la possibilité d'une fusion intrusive et menaçante du fait du défaut de constitution de limites stables entre monde interne et monde externe. Ainsi, ce dont le sujet addict a le plus besoin – l'autre et la relation à l'autre – est aussi ce qui le menace. Il est en proie à un conflit narcissico-objectal (Jeammet, 2005). L'objet-drogue va alors venir pallier l'absence de l'objet transitionnel et soutenir le transitionnel défaillant en tant qu'« objet transitoire » tout en permettant d'éviter toute dépendance à l'objet interne (Jeammet, 1997, 2005 ; McDougall, 2004).

Le produit, en colmatant les défaillances de la psyché, permettrait l'instauration d'une économie addictive dont la fonction serait la décharge rapide de toute tension psychique vécue comme menaçante (McDougall, 2004, p. 512). L'« extériorisation » de la douleur mentale et des conflits psychiques rend ainsi compte de l'impossibilité de mettre en place d'autres solutions plus économiques et notamment l'élaboration psychique, la mentalisation du fait du défaut de pare-excitation et de la rêverie maternels. Ainsi, la confrontation à des frustrations et tensions intolérables pour un psychisme en construction et l'absence de mise en sens des vécus dans les premiers temps de vie ont mis en défaut le développement des capacités d'élaboration psychique du sujet. La décharge

1. Les *phénomènes transitionnels* vont permettre à l'enfant de progressivement se séparer de la mère en en gardant des qualités en son absence et en les transposant sur d'autres objets ou phénomènes (exemple du doudou). Ils vont ainsi lui permettre de progressivement supporter les états de tensions et de frustration.
2. Le phénomène d'incorporation est un processus archaïque précurseur du processus d'introjection. L'introjection permet d'élaborer la perte et signe la séparation d'avec l'objet externe dans la mesure où il est conservé dans le monde interne (le bébé garde une image de sa mère en son absence par exemple). L'incorporation souligne en revanche la nécessité de la présence de l'objet externe, le corps et la présence maternelle dans un premier temps, car faute d'un accès à une représentation, le sujet reste fixé à quelque chose de l'ordre de la perception (si la mère est absente, cela renvoie à une perte définitive et irrémédiable). L'incorporation signe ainsi le refus et le déni de la perte. Il arrive dans certains contextes pathologiques, et en particulier dans les addictions, que le sujet ne réussisse pas à se dégager de l'incorporation barrant l'accès à l'introjection.

des excitations ne peut alors passer que par le recours à l'acte et au sensoriel. En tant que tels (Jeammet, 1997, 2005 ; Pirlot, 2002), les actes addictifs « court-circuitent » l'activité psychique (McDougall, 2004).

L'économie addictive touche aussi le corps qui se trouve réduit au somatique. Le travail de liaison entre sensations cénesthésiques, émotions et affects qui ouvre normalement sur un corps érogène est largement entravé contraignant le sujet addict à recourir au produit chaque fois qu'il se trouve confronté à une tension, non élaborable et donc insupportable.

La grossesse chez la femme toxicomane

Selon la plupart des auteurs, la grossesse chez une femme toxicomane est connue tardivement et ne semble ni désirée ni prévue (CPLT, 1999). En effet, l'activité sexuelle de la femme est noyée dans les conduites toxicomanes et la consommation de drogues entraîne une aménorrhée qui accentue le déni de sa féminité, du corps sexué et amène un fantasme de stérilité (Franchitto *et al.*, 2000 ; Lowenstein et Rouch, 2007 ; Lacrouts-Négrier *et al.*, 2001 ; Rosenblum, 2009 ; Simmat-Durand, 2002 ; Toubiana, 2011). La contraception n'est donc pas utilisée (et toutes n'y ont pas forcément accès). Cela traduirait, d'après Ferraro (1998), un désir inconscient de grossesse. Les troubles du schéma corporel peuvent également empêcher la reconnaissance des sensations dues à la grossesse ou des mouvements fœtaux (Franchitto *et al.*, 2000 ; Lowenstein et Rouch, 2007). La grossesse serait alors poursuivie puisque connue trop tardivement pour pouvoir avoir recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (CPLT, 1999 ; Toubiana, 2011). Cela peut s'articuler à un déni de grossesse partiel ou total. La perspective de donner naissance à un bébé affecté par les effets de leurs consommations et la peur d'en perdre la garde peuvent également être sources d'une dissimulation ou d'une confirmation tardive de la grossesse (Guyon *et al.*, 1998 ; Murphy et Rosenbaum, 1999 ; Simmat-Durand, 2010), de même que la crainte de se voir conseiller de renoncer à être mère du fait de leur problématique (Aubisson, 2009). Lacrouts-Négrier *et al.* (2001) et nos propres observations (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b) viennent modérer ces affirmations dans la mesure où la majorité des femmes enceintes et mères enquêtées dans ces études disent avoir eu connaissance assez tôt de leur état. La découverte de la grossesse ne serait donc pas une surprise et cela impliquerait un désir plus ou moins explicite.

D'un point de vue métapsychologique, la grossesse constitue un moment évolutif fondamental pour la femme, lié à la réactualisation – et à l'éventuelle réélaboration – de conflits infantiles (Benedek, 1959 ; Bibring, 1959 ; Racamier, 1979). Le temps de la grossesse doit progressivement permettre le passage d'un investissement narcissique du fœtus à une anticipation de l'enfant à naître, imaginé et reconnu comme différent de soi. Ce processus est nécessaire pour qu'après la naissance, le bébé soit pensé et reconnu avec son caractère, ses besoins et ses désirs propres, bien différenciés de ceux de sa mère (Ammaniti *et al.*, 1999 ; Bayle, 2005 ; Bibring, 1959 ; Missonnier, 2004). La grossesse représente alors une période de vulnérabilité psychique du fait d'importantes transformations, d'importants remaniements psychiques (Bydlowski, 1997 ; Molénat, 2000) qui s'avèrent étroitement liés aux problématiques présentes dans la toxicomanie. Mais elle en fait également un moment particulièrement fécond pour une transformation de l'économie psychique (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b). La grossesse, par la présence de l'autre en soi, pourrait ainsi, chez la femme consommatrice de SPA, induire une dynamique psychique mutative, transformatrice, à travers la remise en jeu et l'éventuelle élaboration de conflits et problématiques infantiles, suffisante pour remettre en question la consommation de drogues (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Ebert, 1998 ; Franchitto *et al.*, 2000) et favoriser un investissement libidinal et objectal (autrement dit un investissement « affectif » et sexuel (au sens large) d'un objet extérieur à soi, d'un autre que soi-même, reconnu dans son altérité et sa différence) notamment de l'enfant, reconnu dans ses caractéristiques, ses besoins et ses désirs propres (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Cohen-Salmon *et al.*, 2011 ; Rouveau, 2013). Toute grossesse chez une femme toxicomane serait alors le signe d'une tentative de résolution des conflits internes à l'origine de la toxicomanie (Ebert, 1998). La grossesse représenterait ainsi, pour la majorité des femmes, un moteur puissant de changement. L'existence d'un désir d'enfant ou une « grossesse-accident » pourrait d'ailleurs signifier qu'elles tentent de trouver à l'extérieur le levier qu'elles ne trouvent pas en leur for intérieur pour arrêter leurs consommations (Rosenblum, 2009). La grossesse se pense alors en termes de potentialité de réorganisation psychique pouvant opérer soit du côté de sa prise en charge, d'une diminution, voire d'une résorption de la toxicomanie, soit du côté de l'aggravation (Ebert, 1998 ; Lacrouts-Négrier *et al.*, 2011 ; Simmat-Durand, 2002). En effet, une dynamique inverse a pu être repérée chez d'autres femmes enceintes qui présentaient une reprise des consommations de toxiques (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b). Le constat a par ailleurs été fait chez ces dernières d'une

opposition massive aux changements physiques et psychiques inhérents à la grossesse associée à une difficulté à penser l'enfant en soi.

De nombreux travaux ont néanmoins mis en évidence une dynamique chez les femmes enceintes toxicomanes qui tend vers une modification des relations avec l'enfant avec une plus grande responsabilisation et une modification du mode de vie avec par exemple un investissement dans les soins, la mise en place d'un traitement de substitution ou encore une rupture des relations avec l'entourage en lien avec les produits (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Cassen *et al.*, 2002 ; Lacrouts-Négrier *et al.*, 2001 ; Murphy et Rosenbaum, 1999 ; Rosenblum, 2009 ; Simmat-Durand, 2007). La conception traditionnelle du rôle de mère est très souvent présente chez ces femmes (Groupe Pompidou, 2000). Elles partagent ainsi les normes communes sur la grossesse et l'être mère (Simmat-Durand, 2007). Le rôle de « bonne mère » est d'ailleurs bien souvent idéalisé et ne peut être atteint par les femmes qui vont alors avoir tendance se percevoir comme des mères déviantes et « mauvaises », perception majorée par les soignants et l'entourage (État des lieux en l'an 2000 ; Guyon *et al.*, 1998). Être mère est cependant source de valorisation et permet l'accès à un statut social, à un statut d'adulte et à une indépendance (CPLT, 1999 ; Finkelstein, 1994 ; Guyon *et al.*, 1998). Les changements s'observent par ailleurs également par rapport à elles-mêmes dans la mesure, où les femmes vont être davantage à l'écoute de leur intériorité, à la découverte des nouvelles sensations corporelles et dans la mesure où elles vont davantage prendre soin d'elles et de leur corps, qui va tendre à être mieux reconnu dans sa féminité (Rosenblum, 2009).

Qu'en est-il après la naissance de l'enfant ?

Après l'accouchement et dans le prolongement de la grossesse, chaque phase de la maternité s'accompagne d'une régression de la mère au stade du développement du bébé (oral, anal...) (Benedek, 1959 ; Kreisler et Cramer, 1985). Celle-ci réactive les expériences infantiles d'avidité, de satisfaction, et de frustration, d'image maternelle aimante ou menaçante et de l'enfant comme destructeur ou menacé. Tout cela va trouver à s'exprimer dans les interactions précoces comportementales, affectives et fantasmatiques (Kreisler et Cramer, 1985). Ces dernières permettent de définir la qualité de relation d'objet³ et des relations

3. La relation d'objet ou relation objectale est la relation qu'entretient un individu avec l'objet vers lequel se tournent ses pulsions, l'objet qu'il investit. L'objet peut ainsi

(infantiles, précoces) qui la sous-tendent. Le processus de maternalité (ensemble des processus psychiques qui participent au devenir mère) (Racamier, 1979) peut ainsi entraîner l'accomplissement d'un niveau d'intégration plus mature chez le parent, par résolution des conflits (Benedek, 1959 ; Kreisler et Cramer, 1985), ou bien des manifestations pathologiques dans les relations parent-enfant ou dans le développement de l'enfant. Les troubles repérés dans les conduites instinctuelles des nourrissons (sommeil, alimentation...) peuvent dès lors venir signifier les problématiques parentales et notamment maternelles inconscientes (Cramer et Palacio, 1993). Néanmoins, l'on sait aujourd'hui, grâce aux travaux développementalistes notamment, que le bébé est actif dans les interactions précoces avec ses parents, qu'il est un partenaire à part entière de la relation, et qu'il s'agit donc d'échanges réciproques. Ainsi, selon Kris (1975, cité in Brazelton et Cramer, 1991), la prédiction concernant les conduites maternelles liées au poids de la psychopathologie dont la mère est porteuse peut se trouver démentie lorsque l'enfant est gratifiant et la rend heureuse. Par ailleurs, les modes d'expression et les caractéristiques intrinsèques des bébés peuvent parfois être perturbants pour les mères et affecter l'interaction et l'adaptation des parents, ce qui engendre également des troubles dans les interactions précoces. Une plus grande irritabilité, une sensibilité exacerbée aux stimuli extérieurs ou un manque de consolabilité du bébé ne fait alors qu'accroître les difficultés (Brazelton, 1961 ; Lebovici et Stoléru, 1983).

Ainsi, le temps du devenir mère, comme celui de la grossesse, représente une période de vulnérabilité psychique pour toute femme mais majoré chez les femmes addictes du fait de la réactualisation d'éléments restés en souffrance chez ces sujets. Cela pourrait néanmoins ouvrir à une (nouvelle) opportunité potentielle de les élaborer, favorisant alors un processus de maternalité et des interactions mère-enfant « bien tempérés ».

Il semble alors important d'investiguer au-delà du temps de la grossesse en questionnant notamment le devenir des remaniements psychiques observés pendant la grossesse chez les femmes toxicomanes une fois l'enfant né. Il s'agit de savoir si ces remaniements résistent à la rencontre avec l'enfant réel et si, et comment, ils influent la qualité du processus de maternalité, de l'investissement de l'enfant après la naissance et ainsi des interactions précoces. En effet, de nombreux auteurs soulignent l'influence des représentations de la mère concernant l'enfant en elle pendant la grossesse sur l'investissement du nourrisson. Les

être un autre individu.

représentations contribuent par ailleurs à organiser les interactions ultérieures, après la naissance de l'enfant (Ammaniti *et al.*, 1991 ; Fonagy *et al.*, 1991).

Population enquêtée

Les observations discutées dans cet article sont issues d'un travail de recherche (thèse) sur la qualité du processus de maternité chez les femmes consommatrices de SPA et/ou sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) réalisés auprès de six femmes consommatrices d'opiacés et/ou sous TSO⁴ (Bazire, 2017). C'est par le biais de centres spécialisés dans la prise en charge des addictions et de services de maternité que nous avons été mises en contact avec ces sujets, enceintes de sept à huit mois lors de notre première rencontre. La méthodologie qualitative mise en œuvre dans le cadre de cette recherche est détaillée en annexe (Annexe 1).

Situation socio-économique et conjugale

Les six femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche étaient âgées de 21 à 33 ans lors de notre première rencontre. Toutes étaient en couple avec le père de l'enfant pendant la grossesse. Une seule a quitté son conjoint quelques mois après la naissance de sa fille. Toutes les femmes vivaient dans leur logement personnel et la moitié d'entre elles avaient un emploi. Elles sont ainsi très peu concernées par la grande précarité ou la prostitution. Ces caractéristiques concernent également la grande majorité des femmes que nous accompagnons dans notre clinique et diffèrent de celles le plus souvent mises en évidence dans les études concernant cette population. Elles étaient également toutes de nationalité française.

État des consommations avant, pendant et après la grossesse

Les six femmes étaient déjà sous traitement de substitution avant la grossesse mais quatre d'entre elles consommaient par ailleurs toujours de l'héroïne de façon plus ou moins occasionnelle. Toutes fumaient du tabac et quatre consommaient d'autres produits comme le cannabis,

4. L'ensemble des femmes présentait une polyconsommation avec le recours à d'autres produits associés mais les opiacés et/ou le TSO restent la « consommation » principale.

l'alcool ou la cocaïne. Elles identifient le début des consommations à l'adolescence.

Deux des femmes ont poursuivi des consommations plus ou moins occasionnelles d'héroïne pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant, en plus du TSO. Une troisième femme a repris ses consommations aux six mois de son enfant. Une autre a surconsommé son TSO et les deux dernières évoquaient des envies de produits dans les mois suivants la naissance. La femme qui a repris l'héroïne aux six mois de son bébé avait réduit mais pas stoppé ses consommations de cannabis et les a poursuivies après la naissance. Toutes ont réduit leurs consommations de tabac pendant la grossesse.

Suivi de grossesse

Toutes les femmes ont investi le suivi médical de grossesse et ont effectué tous les rendez-vous jusqu'à l'accouchement. Les professionnels des services de maternité étaient informés de la toxicomanie ou du recours à un TSO de leur patiente, soit directement par cette dernière soit par le biais du service d'addictologie l'accompagnant.

Antécédents de grossesse

Quatre femmes avaient connu plusieurs antécédents de grossesse (interruption volontaire et/ou médicale de grossesse (IVG, IMG), fausse couche) dont au moins une IVG. Les femmes faisant état d'au moins une interruption volontaire expliquent ce choix du fait d'une situation ne leur permettant pas d'accueillir un enfant dans de bonnes conditions, partageant ainsi les normes communes sur la grossesse et la parentalité. Deux femmes, ayant par ailleurs déjà connu des antécédents de grossesses non menées à terme (IVG ou IMG), avaient déjà un enfant.

Nos observations s'appuient également sur notre expérience clinique auprès de femmes enceintes et jeunes mères addictes au sein du CSAPA⁵ où nous exerçons, et qui accueille régulièrement cette population⁶.

5. CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

6. Nous y développons d'ailleurs actuellement un accompagnement spécifique pluridisciplinaire et interinstitutionnel des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de SPA et de leurs enfants en lien avec les services de maternité et de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Résultats

Désir et connaissance de la grossesse chez la femme consommatrice d'opiacés et/ou sous TSO

Contrairement à ce qui est le plus souvent évoqué, la grossesse fait, chez les six femmes rencontrées dans le cadre de nos recherches ainsi que chez celles accompagnées dans notre clinique en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), l'objet d'un désir d'enfant mais « *pour plus tard* », dans un avenir sans consommations ni TSO (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Lacrouts-Négrier *et al.*, 2001). Les femmes évoquent ainsi leur souhait d'épargner à leurs enfants les conséquences de leurs consommations ou de leur traitement de substitution. Néanmoins, aucune des femmes de la recherche n'avait recours à la contraception, soulignant, selon nous, chez elles un désir inconscient d'enfant actuel plus qu'un fantasme de stérilité. La grossesse était désirée consciemment pour la dernière femme.

Par ailleurs, contrairement aux observations de la majorité des auteurs, cinq des six femmes ont eu connaissance de leur grossesse durant le premier mois suite aux changements corporels (seins lourds), aux manifestations physiologiques (vomissements...) ou à l'aménorrhée, clairement attribués à la grossesse. Cela laisse penser qu'elles manifestent un investissement de leur corps et de leur image corporelle suffisant (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Lacrouts-Négrier *et al.*, 2001). Celui-ci ayant pu être favorisé par le recours au TSO qui viendrait signer une tentative de réappropriation subjective et un processus d'auto-transformation, autrement dit une tentative de s'approprier ou se réapproprier ses désirs, son identité et son corps propre, processus mis en défaut dans la problématique addictive (Rosenblum, 2004, 2009 ; Simmat-Durand *et al.*, 2013a). Notre sixième sujet, qui évoquait un désir conscient d'enfant, a eu connaissance de sa grossesse au bout de trois mois mais cela semble plus relever d'une dénegation/dissimulation de grossesse (au sens de Bayle, 2008⁷) que d'une confusion des sensations entre celles induites par la drogue et celles liées à la grossesse ou d'un

7. « Dans la dénegation, les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétées furtivement comme tel, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications. [...] Dans la dissimulation, la grossesse est perçue, mais la femme la cache consciemment. Cela ne signifie pas pour autant que nous soyons en présence d'un mécanisme complètement volontaire, pleinement conscient. Certaines dissimulations paraissent largement dépasser la femme elle-même » (Bayle, 2008, p. 11).

véritable déni. En effet, la connaissance tardive de la grossesse a empêché toute possibilité d'avortement, demandée par son conjoint mais non désirée par la patiente qui explique ne pas avoir été finalement si étonnée à l'annonce de la grossesse : *« J'faisais pas gaffe. Je marquais pas non plus les jours où j'avais mes règles euh sur un calendrier tout ça. Donc euh j'ai pas fait attention. Le seul truc qui m'a mis la puce à l'oreille c'est d'avoir euh pris de la poitrine. [...] Mais c'est quand j'ai vu que j'ai pris de la poitrine je me suis dit : "On grossit pas de la poitrine quand on n'est pas enceinte. C'est pas de là qu'on prend en premier en principe." »*

La grossesse porteuse d'une dynamique de changement et de transformation psychique ?

Une fois la grossesse connue, la capacité à tolérer et progressivement intégrer et élaborer les remaniements psychiques et corporels induits par la grossesse et la présence de l'autre en soi est un facteur favorable pour l'investissement de l'enfant et pour l'établissement de relations précoces équilibrées après la naissance. Ces changements ont par exemple trait à la prise de poids, au ventre qui grossit ou encore aux mouvements fœtaux. En effet, ces derniers, s'ils sont perçus positivement, vont favoriser l'émergence de représentations concernant le fœtus (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Bayle, 2005). Les futures mères lui attribuent ainsi un vécu, des ressentis ou des intentions. Cela garantit l'existence d'un espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé différencié et reconnu dans son altérité chez ces futures mères (Bayle, 2005 ; Missonnier, 2004). Les mouvements fœtaux représentent également un support privilégié d'interactions avec l'autre en soi. Cela va ainsi favoriser une anticipation de leur futur enfant dans une reconnaissance de son altérité et de ses futurs besoins propres, différenciés des leurs (Bayle, 2005 ; Missonnier, 2004). Cependant, le fœtus reste le plus souvent investi comme « réparateur », venant combler leurs attentes et leurs blessures narcissiques ou comme « réparation » offerte à la famille (Nezelof et Dodane, 2010 ; Simmat-Durand, 2002) – *« Je vais lui donner ce que j'ai pas eu quoi [rire] » ; « un rayon de soleil dans la grisaille qu'ils [ses parents] vivaient depuis trois ans »*. Il est également très souvent pensé comme un soutien face à la drogue, un « pare-drogue » (Franchitto *et al.*, 2000 ; Rosenblum, 2004, 2009) – *« Je pensais qu'il allait m'aider à arrêter ce traitement [...] ça a été difficile parce que je me suis aperçue que ça ne s'arrête pas comme ça. »*

Néanmoins, même lorsque le bébé est déjà pensé pendant la grossesse, l'on note l'importance et la place que prennent, chez l'ensemble des femmes, leurs propres problématiques. Il ne s'agit pas tant d'une préoccupation pour la drogue, même s'il peut y avoir des consommations, qu'une centration sur les problématiques psychiques à l'origine de l'addiction et réactualisées par la grossesse. L'on retrouve ainsi les problématiques liées à la séparation, à la perte, à l'intrusion ou la dépendance. Notons toutefois que ce n'est pas la présence de ces problématiques qui spécifie ces femmes – elles existent chez la majorité des femmes enceinte – mais leur aspect envahissant, au point de ne pas laisser de place psychique à l'enfant. Les problématiques maternelles ont également trait à des antécédents de grossesse, souvent repérés chez les femmes toxicomanes (Lahaye et Ricaux, 2008 ; Lejeune *et al.*, 1997 ; Rosenblum, 2009 ; Rouveau, 2013) et qu'il est absolument nécessaire de questionner et de prendre en compte. En effet, ceux-ci peuvent s'avérer traumatiques (Bazire, 2017 ; Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Bazire, Proia-Lelouey et Johnston, 2018 ; Rouveau, 2013) et pourraient s'articuler au développement ou au maintien d'une problématique addictive (Bazire, 2017 ; Coleman *et al.*, 2002 cités dans Simmat-Durand *et al.*, 2013b ; Pool et Anne Dell, 2005).

Ainsi, lorsque les problématiques maternelles s'avèrent trop envahissantes, l'investissement de la grossesse et du fœtus s'avère plus complexe pour les femmes consommatrices de SPA et/ou sous TSO, marqué par une opposition plus ou moins massive aux remaniements psychiques et corporels et aux mouvements pulsionnels induits par la grossesse, vécus comme « bizarres » et/ou de façon négative (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b). Les femmes peuvent ainsi évoquer le fait que rien n'a changé, qu'elles ne se sentent pas différentes, qu'elles ne prennent pas de poids ou qu'elles n'ont pas besoin d'investir dans des vêtements de grossesse (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b). Les mouvements fœtaux sont souvent vécus comme quelque chose de désagréable voire de menaçant pour elles – « *J'me suis dit mais il va passer à travers moi ou quoi.* » ; « *Je me suis dit : "c'est quoi ça ? Je veux que ça s'arrête. C'est pas agréable."* ». L'on constate également chez une partie de ces femmes, une difficulté à penser l'enfant en elles qui fait donc l'objet de peu d'anticipation ou qui n'est pensé et investi que comme un double narcissique d'elles-mêmes. L'on repère par ailleurs chez ces mêmes futures mères des reprises de consommations de produits ou des surconsommations de TSO. Il s'agit par ce biais de se défendre contre un vécu psychique et physique menaçant et effractant pour elles, mobilisé

par les mouvements pulsionnels, la reviviscence des conflits infantiles, la remise en jeu du processus de séparation-individuation et les remaniements psychiques induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi, et qui viendrait mettre à mal leur intégrité et leurs assises narcissiques, très fragiles. Le recours au toxique peut également venir s'opposer à une temporalité imposée par la grossesse et la présence d'un autre en soi conduisant normalement à la différenciation et donc à la séparation (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Cohen-Salmon *et al.*, 2011). Cette difficulté à tolérer et à intégrer et élaborer la dynamique psychique vectorisée par la grossesse peut également s'observer à travers un besoin intense d'activité tournée vers l'extérieur, une hyperactivité et un besoin de maîtrise des femmes enceintes (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b). L'espace psychique maternel de contenance et d'interaction avec un bébé reconnu comme un être d'altérité apparaît cependant mieux élaboré que pour les femmes ayant poursuivi les consommations pendant la grossesse.

Angoisses et problématiques maternelles : quelle place pour penser l'enfant après la naissance ?

Les problématiques psychiques de la mère, repérées pendant la grossesse perdurent également après la naissance – chez toutes les jeunes mères et sans que cela soit pathologique – puisque le développement de l'enfant entraîne une régression de la jeune mère et la remise en jeu de ses vécus infantiles (Benedek, 1959 ; Kreisler et Cramer, 1985 ; Racamier, 1979). Ces problématiques, ainsi communes aux mères consommatrices et non consommatrices, peuvent alors s'exprimer dans les représentations maternelles à l'égard du nourrisson, au sein des interactions précoces mère-enfant mais aussi dans les troubles fonctionnels et les comportements de l'enfant (Cramer et Palacio, 1993). Nous avons ainsi pu repérer chez nos patientes la « matérialisation » (*ibid.*) de l'angoisse de perte à travers des troubles du sommeil de l'enfant, une difficulté à le confier à autrui, ou encore par le biais d'une prolongation de l'allaitement allant parfois jusqu'à sous-tendre une négation de l'altérité de l'enfant. Les difficultés autour de l'allaitement sont régulièrement observées, associées à des fantasmes archaïques ayant trait aux relations précoces orales de ces jeunes femmes avec leur propre mère, et notamment à l'avidité orale, particulièrement en jeu dans la problématique addictive. L'on note ainsi des fantasmes cannibaliques (seins abîmés, douloureux), des angoisses de dévoration, ou des angoisses d'envahissement – « *J'ai une cousine [...] la petite a un an, elle a des dents donc ça doit être une horreur*

pour elle mais elle insiste toujours, il faut allaiter donc du coup je me disais bon. » Cela peut aller, dans certains cas plus pathologiques, jusqu'à la représentation d'un bébé « vampirique », vidant sa mère de ses forces et de sa vitalité, menaçant ainsi son intégrité physique et psychique – « *L'allaitement euh c'est pareil l'allaitement je j'ai arrêté aussi pour ça, c'est qu'à chaque fois que j'allaitais et même quand je tirais mon lait j'voyais plus.* » Le biberon peut alors permettre d'instaurer une distance physique favorisant un lien psychique moins angoissant pour les jeunes mères. Plus spécifiquement, les jeunes mères consommatrices d'opiacés et/ou sous TSO oscillent par ailleurs souvent entre angoisse de fusion ou de dépendance à l'égard du bébé et une angoisse de séparation et de perte, faisant ainsi écho à la problématique addictive. L'enfant est cependant progressivement investi et pensé comme un être d'altérité, reconnu dans ses besoins, désirs et caractéristiques propres chez les femmes en capacité d'intégrer progressivement les remaniements psychiques et corporels et de penser et d'anticiper l'enfant comme un être différent de soi pendant la grossesse. Son autonomisation et l'expression de son individualité, notamment à travers son caractère, ses premières demandes intentionnelles ou encore ses oppositions, sont également bien investies malgré, toujours, une certaine ambivalence.

En revanche, lorsque les problématiques maternelles laissent trop peu de place pour penser l'enfant à naître pendant la grossesse, associées à une difficulté à intégrer les remaniements psychiques et corporels induits, celles-ci perdurent d'autant plus massivement après la naissance. Par exemple, chez l'une de nos sujets les représentations d'un bébé malade faisaient écho aux propres représentations de la jeune mère, marquées par la maladie : « *Moi, j'le trouve vraiment pas bien, il y a des fins j'veux bien qu'il ait une p'tite tête quoi, on a beau me dire qu'il est normal et que ça fait un beau bébé. [...] Je sais pas pourquoi, j'ai peur qu'il ait quelque chose tout le temps quoi.* » Chez une autre femme, les angoisses concernant la santé de sa fille étaient liées aux antécédents d'IMG (Interruption Médicale de Grossesse) et de fausses couches auxquelles était rattaché le fantasme, chez cette femme, qu'il s'agissait d'enfants de sexe féminin : « *J'ai peur qu'elle s'arrête de respirer. J'avais peur pour mon fils mais... moins. J'sais pas, le fait qu'elle soit née préma... qu'elle était chétif et tout ça bah...* » Il ressort ainsi de l'analyse des entretiens qu'attendre une petite fille renvoyait massivement à la mort. Les propos suivants illustrent quant à eux la difficulté à penser l'enfant comme différent d'elles : « *[Et de l'entendre pleurer, comment le vivez-vous ?] Très mal ! Ouais j'y arrive pas. Ça me... de toute façon, ça me prend tellement que même moi... j'ai envie de pleurer, ça... Même*

d'en parler des fois, ça me... non, j'y arrive pas. » ; « J'ai peur qu'il soit malheureux plus tard parce que quand il va aller à l'école on va forcément être séparés. [...] En fait, je voudrais pas qu'il soit malheureux... qu'on soit séparés. Mais en même temps j'ai l'impression que le fait de l'y mettre, il va forcément être malheureux. » Confusion qui risque de perturber le développement psychoaffectif de l'enfant non reconnu dans son objectalité, son altérité et ses besoins propres. La difficulté à tolérer et à intégrer les transformations psychiques et corporelles induites par l'état de grossesse s'articule ainsi à des troubles de la construction de représentations de l'enfant en soi et de la capacité à investir l'enfant comme un être différencié reconnu dans son altérité.

Par ailleurs, l'on ne peut que souligner, chez nos patientes, la reprise des consommations (essentiellement chez les femmes qui consommaient toujours de l'héroïne en plus du TSO avant la grossesse), des envies de produit et/ou des surconsommations ou une augmentation du TSO (essentiellement chez les femmes qui n'avaient recours qu'au TSO avant la grossesse) dans les six mois qui suivent la naissance. Le début d'autonomisation et d'individuation de l'enfant, signant la fin de la relation fusionnelle, pourrait être l'un des facteurs explicatifs de ces comportements. Cela s'articule également à une difficile confrontation à la régression et à la passivité dans la relation au bébé pour certaines femmes ou encore à un sentiment de culpabilité et à des représentations dévalorisées d'elles en tant que mère face à leur Surmoi ou Idéal du moi persécuteur. Enfin, cela a également trait aux conflits conjugaux et/ou à l'absence du conjoint en tant que soutien auprès du bébé et dans leur nouveau rôle de mère. L'attente déçue de changements positifs en lien avec la naissance de cet enfant peut également avoir favorisé cette reprise des consommations et/ou ces envies.

Syndrome de sevrage néonatal : culpabilité maternelle et impact sur les relations précoces

Un des éléments notés fréquemment chez les femmes enceintes consommatrices est la centration des angoisses sur les effets potentiels du recours au toxique ou au TSO sur l'enfant. Il s'agit notamment d'angoisses de malformations ou de mort – potentiellement présentes chez toutes les femmes enceintes, mais majorées chez les femmes toxicomanes (Molénat, 2000) –, de craintes concernant le risque d'un syndrome de sevrage néonatal (SSNN), la peur des effets des consommations ou du TSO sur son développement physique et psychique futur et son caractère ou encore sur les futures relations mère-enfant – « *J'ai peur que ça lui*

fasse du mal pour plus tard en fait. Entre lui et moi. [...] J'ai peur qu'il y ait des répercussions pour plus tard. [...] J'ai peur que ça soit un bébé angoissé ou quelque chose comme ça. » ; « [la peur] de faire naître un bébé déjà accro à un cachet. Je le vois toxicomane. » ; « Oui, ouais ouais, son physique ouais la seule crainte que j'ai, c'est qu'elle ne soit pas en bonne santé, voilà, qu'elle touche aux produits, je ne sais pas si c'est génétique... ». Cela est source d'une culpabilité extrême, parfois déniée, et de représentations très dévalorisées des futures mères (Guyon *et al.*, 1998). La crainte et la culpabilité liée au SSNN et aux effets des consommations sur le fœtus et le bébé peuvent entraîner un refus des femmes à augmenter leur TSO pourtant préconisé en fin de grossesse, une difficulté à se projeter au-delà de la naissance ou bien, dans les cas les plus problématiques, aboutir à maintenir secrètes les consommations face aux professionnels de périnatalité. Cela également par crainte du jugement et de se voir retirer leur enfant (Aubisson, 2009 ; Guyon *et al.*, 1998 ; Simmat-Durand, 2008, 2010 ; Taylor, 1993). L'angoisse d'un SSNN peut également être liée à la crainte que l'entourage, et notamment le père du bébé, soient alors au courant des consommations s'ils ne l'étaient pas auparavant (Simmat-Durand, 2010).

Les craintes à l'égard du SSNN perdurent par ailleurs souvent après la naissance, qu'il ait finalement lieu ou non, notamment chez les femmes déjà en proie à une culpabilité massive pendant la grossesse. Cela peut perturber l'établissement de relations précoces harmonieuses par la culpabilité et les représentations extrêmement dévalorisées qui perdurent du fait de faire « subir » l'état de manque à leur bébé, mais également par le biais de représentations et de mises en sens erronées quant au comportement de l'enfant (Guyon *et al.*, 1998). Ces sentiments et représentations négatifs peuvent être projetés sur les professionnels qui sont donc perçus comme « incompetents » ou remis en question par ces femmes. En fait, le comportement de l'enfant, même plus âgé et ne présentant aucun problème de santé particulier, va toujours être interprété au regard des effets potentiels du recours au produit ou au TSO pendant la grossesse et/ou au SSNN à la naissance – « *Quand elle était dans mon ventre, elle était habituée à avoir cette substance-là donc euh, je me dis que c'est pour ça qu'elle était nerveuse après l'accouchement, parce qu'elle ne l'avait plus.* » ; « *Mais dans un petit coin de ma tête, il y a quand même ce truc de me dire : "Elle m'en veut. Elle m'en veut peut-être un peu de lui avoir fait vivre ça."* » Cependant, pour d'autres femmes, le fait que l'enfant ne présente finalement pas de manque permet de colmater grandement les angoisses et représentations erronées également démenties par le caractère et le comportement du bébé – « *J'ai eu peur par rapport*

au traitement. J'avais peur qu'il soit nerveux et il est calme et très sage. J'avais peur que, qu'il aille pas bien et en fait nan. » Il est important pendant la grossesse mais également après la naissance de l'enfant d'aider ces mères à atténuer leur culpabilité et de valoriser leurs compétences et qualités maternelles. Être mère peut néanmoins être source d'angoisses et ces femmes sont souvent en demande de soutien et de réassurance dans leurs compétences maternelles (*ibid.*). Cela est d'autant plus vrai lorsqu'elles ne peuvent pas s'appuyer sur leur propre mère qui ne représente pas un modèle identificatoire stable. Les soignantes et notamment les sages-femmes et puéricultrices pendant le séjour à la maternité ou à domicile, par la contenance et le soutien qu'elles apportent à la jeune mère, peuvent ainsi représenter un modèle identificatoire maternel sur lequel les femmes peuvent s'appuyer pour prendre soin de leur enfant.

Dans le cas d'un SSNN, le « peau à peau » et le fait de favoriser l'implication de la mère (et du père) dans les soins au bébé peuvent également soutenir la mère dans ses compétences et l'établissement de relations précoces harmonieuses (Molénat, 2000 ; Simmat-Durand, 2007). Néanmoins, il faut rester attentif aux problématiques d'intrusion et d'envahissement qui pourraient par ailleurs être réactivées par/dans les soins au nourrisson, sa dépendance totale ou la proximité physique.

Influence de la dynamique conjugale et de la place du père auprès de l'enfant et de sa compagne dans le devenir mère

Nous avons souligné que les femmes rencontrées dans le cadre de nos recherches disposent d'un logement personnel et sont en couple. Les situations concernant la situation conjugale s'avèrent cependant très hétérogènes. Les pères peuvent être consommateurs de drogues, non consommateurs ou en soins pour leur dépendance. Dans le premier cas, le conjoint est souvent vécu comme peu soutenant face à l'arrêt des consommations ou le passage au TSO. Les femmes sont en proie à une ambivalence massive entre désir de consommer et lutte contre ce désir, notamment pour le bien-être du fœtus (Esquivel, 1994). En revanche, un conjoint lui-même en soin semble être vécu comme soutenant face aux envies de consommer. Enfin, un conjoint non consommateur s'avère le plus souvent culpabilisant y compris face au recours au TSO.

Les conflits conjugaux ou un conjoint vécu comme absent, notamment après la naissance, peuvent, du fait d'un retour des vécus d'abandon, favoriser une reprise des consommations ou une majoration des envies de produits chez les jeunes mères (Barrault, 2013 ; Esquivel, 1994). Cela

peut également favoriser le maintien d'une relation fusionnelle avec le bébé, délétère si elle se prolonge trop dans le temps. Si, à l'opposé, un conjoint vécu comme présent, étayant et soutenant par les jeunes mères favorise un investissement « bien tempéré » de l'enfant et du devenir mère, nous devons nuancer ce constat car nous avons noté que si la mère se sent délaissée au profit de l'enfant ou remise en question dans ses compétences maternelles, l'investissement paternel peut s'avérer contre-productif quant à l'établissement de relations mère-bébé harmonieuses.

Notons au passage que le devenir père (paternalité) vient également solliciter des remaniements psychiques qui peuvent favoriser, comme dans le processus de maternalité, une élaboration de vécus infantiles restés en souffrance et permettre un questionnement sur les conduites d'intoxication (Grégoire, 2010).

Ainsi, le devenir parent va, pour ces couples, comme pour tout couple confronté à cette expérience, induire des réaménagements psychiques massifs autour de l'arrivée de l'enfant. Selon les modalités inconscientes de constitution du couple (Smadja, 2011), souvent centrée sur la drogue quand les deux parents étaient consommateurs, l'arrivée de l'enfant peut favoriser soit un remaniement favorable de la dynamique conjugale, soit entraîner conflits et/ou rupture. Nous avons également pu noter la difficulté pour ces couples construits autour du produit à investir ou réinvestir une relation d'amants, associée à un surinvestissement de la parentalité.

Ces quelques constats permettent d'affirmer que l'accompagnement périnatal qui pourrait être proposé doit impérativement se penser au niveau de la triade mère-père-bébé.

Conclusion

La grossesse et l'ensemble du processus de maternalité, en questionnant et réactualisant les relations à l'« imago maternelle »⁸, les relations précoces, le processus de séparation-individuation ou encore le conflit narcissico-objectal, sont ainsi porteurs d'une dynamique psychique mutative, transformatrice en faveur d'un questionnement de la relation au produit, d'un investissement libidinal et objectal et donc de réaménagements des relations objectales chez les femmes consommatrices d'opiacés et/

8. En psychanalyse, l'« imago » représente le prototype de personnages qui vont influencer de façon inconsciente le rapport d'un individu à autrui. Il est fondé sur ses premières relations interpersonnelles.

ou sous TSO (Bazire et Proia-Lelouey, 2016a, 2016b ; Cohen-Salmon *et al.*, 2011 ; Ebert, 1998 ; Franchitto *et al.*, 2000 ; Rouveau, 2013). Les possibilités de changement reposeraient sur la capacité de la femme à progressivement intégrer et élaborer, d'abord, les remaniements psychiques et corporels et les mouvements pulsionnels induits par l'état de grossesse et la présence de l'autre en soi, puis, après la naissance, les problématiques remobilisées par la régression induite par les soins au nourrisson. Cela reste malgré tout fragile et ne résout pas pour autant la problématique de dépendance qui perdure et peut se déplacer sur l'enfant. Par ailleurs, le syndrome de sevrage néonatal, qu'il ait finalement lieu ou non, semble sérieusement compliquer l'établissement de relations précoces satisfaisantes, notamment chez les femmes déjà en proie à un sentiment de culpabilité mortifère préexistant. Enfin, il est clair que la dynamique conjugale et que la place qu'occupe le père auprès de sa compagne et de leur enfant influencent le devenir mère, l'investissement de l'enfant par sa mère et le devenir des consommations. Cela semble néanmoins dépendre en grande partie de la manière dont l'investissement paternel est vécu par la mère. La grossesse et le devenir mère ne viennent ainsi pas résoudre, à eux seuls, la problématique addictive.

Ces observations soulignent la nécessité d'un soutien thérapeutique au cours de la grossesse et qui perdure durant les premières années de vie de l'enfant. Cela afin de favoriser l'élaboration des fantasmes et conflits liés à son soi-infantile et de permettre l'élaboration des problématiques pré-œdipiennes garante d'un réel réaménagement psychique. Le suivi thérapeutique va également avoir pour but de soutenir le narcissisme maternel et l'établissement de relations précoces et plus globalement les processus de changement induits par le processus de maternalité. Cela est d'autant plus important que la réactivation de certains conflits ou problématiques induite par la confrontation aux besoins d'un tout petit peut entraîner une reprise des consommations de drogues, des surconsommations de TSO ou une majoration des envies de produits, même chez les femmes stabilisées et pour qui la grossesse n'apparaissait pas menaçante. La période d'autonomisation et d'opposition de l'enfant autour des 18-24 mois semble également être une période particulière délicate.

Nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité que cet accompagnement psychologique s'intègre à une prise en soin pluridisciplinaire personnalisée, globale, continue et coordonnée associant services d'addictologie et de périnatalité qui perdure. En effet, les services d'aide proposés aux femmes consommant des SPA pendant la grossesse s'arrêtent bien souvent rapidement après l'accouchement (Simmat-Durand *et al.*,

2012). La réassurance de la mère dans ses compétences maternelles, l'implication active du père, le soutien à la parentalité et aux relations précoces, et une attitude non jugeante et bienveillante des professionnels sont autant de facteurs favorisant un processus de maternalité bien tempéré (Cassen *et al.*, 2014 ; Chanal *et al.*, 2004 ; Lejeune, 1997, 2000, 2007 ; Respadd, 2013 ; Simmat-Durand et Lejeune, 2012)

Il faut souligner que nos observations concernent des femmes déjà investies dans des soins pour leur dépendance, soit avant la grossesse, soit dès la connaissance de celle-ci. Soins qui sont accompagnés d'un recours au traitement de substitution (TSO). Nous pouvons penser, dans le cas des sujets que nous accompagnons, que le recours au TSO, signant une tentative du sujet de s'approprier ou se réapproprier ses désirs, son identité et son corps propre, et qui vient soutenir les réaménagements objectaux (Rosenblum, 2004, 2009), favorise par ailleurs une telle capacité d'élaboration. Ces possibilités de changement s'avèrent néanmoins minimisées chez d'autres femmes pour qui l'investissement dans les soins reste plus difficile, de même que l'investissement dans la parentalité. L'on ne peut non plus généraliser nos résultats aux femmes désocialisées ou en grande précarité bien que l'on ait pu identifier des problématiques similaires (Proia et Schvan, 2011). Reste que le devenir mère est à l'évidence un moment particulièrement fécond de changement et d'élaboration.

Annexe 1

Méthodologie de la recherche

« TOXICOMANIE et MATERNITÉ :

Qualité du processus de maternalité

chez la femme toxicomane » (Bazire, 2017)

Cette recherche avait pour but d'étudier le devenir et l'influence des remaniements psychiques potentiels observés pendant la grossesse sur la qualité du processus de maternalité et de l'investissement de l'enfant après la naissance.

Dans le but d'étudier l'évolution des processus psychiques et représentations maternels, nous avons opté pour une méthodologie longitudinale qualitative. Notre protocole de recherche comprenait trois rencontres avec six femmes : au début du troisième trimestre de grossesse, aux quatre mois de l'enfant et aux douze mois de l'enfant. Le choix des périodes de rencontre découle des travaux menés sur les représentations

maternelles pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant (Ammaniti *et al.*, 1999 ; Kreisler et Cramer, 1985) ou encore les travaux mettant en évidence le lien entre représentations et style d'attachement maternel pendant la grossesse et type d'attachement de l'enfant à ses un an (Bayle, 2005 ; Fonagy *et al.*, 1991). Au cours de ces rencontres, nous leur avons proposé un entretien semi-directif à chaque rencontre ainsi que la passation du test projectif du Rorschach et du Thematic Apperception Test (TAT), respectivement à la première et à la seconde rencontre, répondant ainsi au critère de la triangulation des méthodes selon les recommandations en matière de recherche qualitative (Smith, 2015).

L'entretien clinique de recherche est une méthode qualitative de recueil de données qui permet d'accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet (Imbert, 2010). L'entretien a fait l'objet d'une préparation méthodique et se présentait sous forme d'une grille d'entretien comprenant une consigne inaugurale, claire, précise, et des relances thématiques favorisant l'expansion du discours.

L'analyse des entretiens a été réalisée selon une méthode innovante d'analyse clinique du contenu du discours (Bazire, Proia-Lelouey et Johnston 2018) à partir des procédés de la feuille de dépouillement du TAT⁹ (Brelet-Foulard et Chabert, 2003). L'analyse du contenu de l'entretien comprend un découpage thématique à la suite duquel sont identifiés, pour chaque thème, les procédés du discours et leur qualité opérante. Dans un second temps, une analyse inter-thème est effectuée. Cette technique permet d'étudier la qualité du processus associatif en même temps qu'elle met en lumière les procédés défensifs, les modalités d'angoisse et les modalités relationnelles utilisés par le sujet. Mais surtout, dans l'analyse détaillée de l'entretien par thème, elle permet de repérer les thématiques conflictuelles et d'appréhender les perturbations qu'elles peuvent induire chez le sujet.

Les deux tests projectifs du Rorschach et du Thematic Apperception Test (TAT), utilisés et analysés selon la méthode psychanalytique (*École de Paris* – Chabert, 2013), viennent compléter de manière plus

9. La feuille de dépouillement des procédés du discours du TAT (Brelet-Foulard et Chabert, 2003) permet de coter les réponses du sujet (dans le cadre du TAT, il doit raconter une histoire à partir de planches au contenu figuratif et ambigu). Elle recense les procédés du discours selon quatre catégories (rigidité, labilité, évitement du conflit et émergence de processus primaires) qui s'articulent étroitement avec les mécanismes défensifs.

approfondie les données recueillies par les entretiens de recherche en mettant en évidence des caractéristiques psychiques (processus, problématiques, mécanismes de défense, modalités d'angoisses, représentations de soi et des relations aux autres...) non visibles dans la clinique et au cours des entretiens.

Bibliographie

- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse : étude des représentations maternelles*. Paris : PUF.
- Aubisson, S. (2009). « Être mère et toxicomane, entre stigmatisation et espoir de changement », in L. Simmat-Durand (dir.). *Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales*. Paris : L'Harmattan, pp. 89-117.
- Barraut, M. (2013). « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », *Psychotropes*, 19, 9-34.
- Bayle, B. (2005). *Enfant à naître, identité conceptionnelle et gestation psychique*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Bayle, B. (2008). *Négations de grossesse et gestation psychique, Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (sous la direction du Dr. Félix Navarro). Toulouse : Éditions universitaires du Sud.
- Bazire, A., Proia-Lelouey, N. (2016a). « Toxicomanie et grossesse : enjeux des remaniements psychiques de la grossesse sur la problématique addictive », *Filigrane*, 25, 147-165.
- Bazire, A., Proia-Lelouey, N. (2016b). « Drug addiction in pregnancy: the psychic reorganization of addicted mothers during pregnancy », *The Psychoanalytic Review*, 103(5), 649-678.
- Bazire, A. (2017). *Toxicomanie et maternité : qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane*. Thèse de psychologie, sous la direction de N. Proia-Lelouey, LPCN, Université Caen Normandie.
- Bazire, A., Proia-Lelouey, N., Johnston, G. (2018 – à paraître). « Une méthode d'analyse de discours appliquée aux entretiens cliniques de recherche : l'analyse de discours à partir des procédés d'élaboration du discours du TAT (Thematic Apperception Test) », *Psychologie clinique et projective*.
- Benedek, T. (1959). « Devenir parent : une phase du développement. Une contribution à la théorie de la libido », *Psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 5-36.
- Brelet-Foulard, F., Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Bibring, G. L. (1959). « Some considerations of the psychological processes in pregnancy », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Brazelton, T.B. (1961). « Psychophysiologic reactions in the neonate: II. Effect of maternal medication on the neonate and his behavior », *The Journal of Pediatrics*, 58, 513-518.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B. (1991). *Les premiers liens. L'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Paris : Stock, Laurence Pernoud, Calmann-Lévy.

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- Cassen, M. *et al.* (2004). « Maternité et toxicomanies. Enquête Anit/Grrita/Inserm sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants », *Alcoologie et addictologie*, 26, 87-97.
- Chabert, C. (2013). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chanal, C *et al.* (2014). « Grossesse et addictions : mettre en place un réseau de soins personnalisés à partir d'un accueil en maternité », *Revue médicale périnatale*, 6, 168-171.
- Cohen-Salmon, J., Missonnier, S., Marty, P. (2011). « Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né », *La Psychiatrie de l'enfant*, 54, 433-468.
- Cramer, B. Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies brèves mères-bébés. Études cliniques et techniques*. Paris : PUF.
- Ebert, J. (1998). *Maternité et toxicomanie*. Mémoire pour le CES de psychiatrie, Université Paris VI.
- Esquivel, T. (1994). « Les enfants de parents toxicomanes », *Revue documentaire Toxibase*, 1-15.
- Ferraro, F. (1998). *La grossesse et les drogues*. Paris : PUF.
- Finkelstein, N. (1994). « Treatment Issues for Alcohol – and Drug – Dependent Pregnant and Parenting Women », *Health and Social Work*, 19(1), 7-15.
- Franchitto, M. Peyrefort, E., Tellier, G. (2000). « Toxicomanie, femmes enceintes et maternité: une nécessaire évolution de la prise en charge », *Revue documentaire Toxibase*, 2, 1-12.
- Fonagy, P. *et al.* (1991). « Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age », *Child Development*, 62, 891-905.
- Grégoire, M. (2010). « Les pères addicts », *Psychotropes*, 16, 47-56.
- Groupe Pompidou (2001). *Grossesse et toxicomanie, état des lieux en l'an 2000*. Éditions du Conseil de l'Europe.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (CPLT) (1999). *Avis sur les mères toxicomanes*.
- Gutton, P. (1984). « Pratiques de l'incorporation », *Adolescence*, 2, 315-334.
- Guyon, L., De Konink, M., Morissette, P., Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Imbert, G. (2010). « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34.
- Jeammet, P. (1997). « La violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration », *Adolescence*, 15, 1-26.
- Jeammet, P. (2005). « Adolescence et dépendance ». *Psychotropes*, 11, 9-30.
- Kreisler, L., Cramer, B. (1985). « Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson », in S. Lebovici *et al.* (dir.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Tomes II et III. Paris : PUF, 1927-1962.
- Lacrouts-Négrier, N., Roux, C., Taboada, M., Schmelck, M.-A. (sous la direction du Dr. Jean Ebert) (2001). *Maternité, interactions mère-enfant et toxicomanie*. Paris : Centre Horizons-OFDT.

- Lahaye, D., Ricaux, G. (2008). *Femmes et mères toxicomanes. Contribution à un diagnostic de situation sur le département de la Marne. Étude exploratoire*. Reims : Association C.A.S.T.
- Lamy, S., Thibaut, F. (2010). « État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes », *L'Encéphale*, 36(1), 33-38.
- Lebovici, S., Stoléro, S. (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Paris : Paidós, Le Centurion.
- Lejeune, C. et al. (1997). « Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxico-mane », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 26(4), 395-404.
- Lejeune, C. (2000). « Évolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. Groupe d'Études Grossesse et Addictions (GEGA) », *Archives pédiatriques*, 7, 283-284.
- Lejeune, C. (2007). « Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité », *Alcoolologie et addictologie*, 29, 443-448.
- Lejeune, C. (2014). « Substances psychoactives pendant la grossesse : quels effets chez l'enfant ? », *Revue médicale périnatale*, 6, 163-167.
- Lowenstein, W., Rouch, D. (2007). *Femmes et dépendance, une maladie du siècle*. Paris : Calmann-Lévy.
- McDougall, J. (2004). « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 68, 511-527.
- Missonnier, S. (2004). « L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », in S. Missonnier, F. Molénat (2000). *Grossesse et toxicomanie*. Toulouse : Erès.
- Murphy, S., Rosenbaum, M. (1999). *Pregnancy drug users: Combating stereotypes and stigma*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Nezelof, S., Dodane, C. (2010). « Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité : un climat de turbulences psychiques », *Psychotropes*, 16, 9-16.
- Pirlot, G. (2002). « Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques », *Psychotropes*, 8, 97-118.
- Poole, N., Dell, C.-A. (2005). *Toxicomanie au féminin*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).
- Proia-Lelouey, N., Schvan, C. (2011). « Processus de maternalité chez les femmes accueillies en centre maternel : de la passivation à la subjectivation », *Cahiers de psychologie clinique*, 37, 165-179.
- Racamier, P.-C. (1979). « La maternalité psychotique », in P.-C. Racamier (1979). *De psychanalyse en psychiatrie*. Paris : Payot.
- RESPADD (2013). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse* [traduit de Whittaker, A. (2011). *Guide to problem substance Use during Pregnancy*]. Paris : RESPADD.
- Rosenblum, O. (2004). « Parentalité et toxicomanie », in P. Angel, P. Mazet (dir.). *Guérir les souffrances familiales*. Paris : PUF, 465-475.
- Rosenblum, O. (2009). « L'addiction, porte d'entrée du féminin maternel », in Séminaire interuniversitaire européen d'enseignement et de recherche en psychopathologie et psychanalyse. *Folies de femmes*. Paris : PUF, pp. 139-150.

- Rouveau, F. (2013). *Grossesse et toxicomanie : entre corps et psyché, l'expérience de la maternité chez la femme toxicomane*. Thèse sous la direction du Pr. F. Pommier pour l'obtention du grade de docteur en psychopathologie psychanalytique, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- Simmat-Durand, L. (2002). « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, 26, 105-126.
- Simmat-Durand, L. (2007). « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et Société*, 31, 305-330.
- Simmat-Durand, L. (2008). « Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane », *Psychotropes*, 14, 179-199.
- Simmat-Durand, L. (2009). « Mère négligente, mère abusive, les représentations de la femme usagère de drogues », in L. Simmat-Durand (dir.). *Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales*. Paris : L'Harmattan, pp. 119-138.
- Simmat-Durand, L. (2010). « Les forums internet, lieux d'échanges et d'informations sur les grossesses sous Subutex », *Psychotropes*, 16, 73-96.
- Simmat-Durand, L. (2011). « Grossesse et polyconsommations de substances psychoactives : modifications de la clientèle et des prises en charge, 1999-2008 », *Santé publique*, 23, 231-246.
- Simmat-Durand, L., Lejeune, C. (2012). « Polydrug use during pregnancy and neonatal outcomes: Data from a ten-years retrospective French study », *Journal of Neonatal Nursing*, 18, 232-240.
- Simmat-Durand, L. et al. (2012). « Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française », *Psychotropes*, 18, 123-149.
- Simmat-Durand, L. et al. (2013a). « Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions », *Psychotropes*, 19, 45-66.
- Simmat-Durand, L. et al. (2013b). « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? », *Psychotropes*, 19, 35-60.
- Smadja, E. (2011). « Esquisse naturelle d'un couple », in E. Smadja. *Le couple et son histoire*. Paris : PUF, pp. 123-212.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage, 3rd edition
- Taylor, A. (1993). *Women Drug Users: Ethnography of a Female Injecting Community*. New York : Oxford University Press Inc.
- Toubiana, E.-P. (2011). *Addictologie clinique*. Paris : PUF.
- Winnicott, D. W. (1951). « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi », in D. W. Winnicott (1989/2011). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Millau : Payot.