

# Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie

**CENTRE HORIZONS**  
Sous la direction du  
Dr Jean EBERT

MATERNITE,  
INTERACTIONS  
MERE-ENFANT  
ET TOXICOMANIE

CONNAISSANCE DES POPULATIONS  
ET TRAJECTOIRES

Recherche menée par  
Nathalie Lacrouts-Négrier & Cécile Roux  
sous la supervision de  
Marie-Adeline Schmelck,  
Maître de conférence en psychologie à l'Université de Paris X-Nanterre

Rapport rédigé par  
Marijo Taboada  
Marie-Adeline Schmelck  
Nathalie Lacrouts-Négrier

Sous la direction du  
Dr. Jean Ebert

Centre Horizons  
&  
Laboratoire de psychologie de l'enfance et de l'adolescence  
de l'Université Paris X-Nanterre

Août 2001

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>1. HISTORIQUE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>7</b>
1.1. LE PROJET DE RECHERCHE INITIAL : .....	7
1.1.1. <i>Objectif du projet initial</i> : .....	7
1.1.2. <i>Les difficultés rencontrées</i> : .....	7
1.1.3. <i>échantillon définitif</i> .....	8
1.2. LE PROJET DE RECHERCHE AUJOURD’HUI : .....	8
1.2.1. <i>nouvel objectif</i> : .....	8
1.2.2. <i>constats</i> : .....	9
<b>2. ASPECTS THEORIQUES.....</b>	<b>11</b>
2.1. LES INTERACTIONS MERE-ENFANT .....	11
2.2. FONCTION MATERNELLE ET TOXICOMANIE .....	13
2.3. HYPOTHESES .....	16
<b>3. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES.....</b>	<b>19</b>
3.1. LA CONSTITUTION DE L’ECHANTILLON .....	19
3.1.1. <i>nouvel objectif</i> : .....	19
3.1.2. <i>Les caractéristiques de l’échantillon</i> : .....	19
3.2. LES INSTRUMENTS UTILISES .....	21
3.2.1. <i>l’entretien semi-directif</i> .....	21
3.2.2. <i>le questionnaire</i> .....	21
3.2.3. <i>le développement de l’enfant : test du Brunet-Lézine révisé</i> .....	22
3.3. LA PROCEDURE.....	23
<b>4. METHODE D’ANALYSE DES DONNEES.....</b>	<b>25</b>
4.1. L’ENTRETIEN.....	25
4.2. LE QUESTIONNAIRE .....	25
4.3. LE BRUNET - LEZINE REVISE .....	26
<b>5. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>27</b>
5.1. LES ENTRETIENS.....	27
5.1.1. <i>analyse de contenu</i> .....	27
5.1.2. <i>conclusion</i> .....	43
5.2. LES QUESTIONNAIRES.....	45
5.2.1. <i>analyses des résultats</i> .....	45
5.2.2. <i>conclusion</i> .....	52
5.3. LE DEVELOPPEMENT DE L’ENFANT : TEST DU BRUNET-LEZINE .....	53
5.3.1. <i>analyse des résultats</i> .....	53
5.3.3. <i>conclusion</i> .....	55
<b>ANALYSE CLINIQUE .....</b>	<b>57</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE I .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE II.....</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXE III.....</b>	<b>105</b>



---

## INTRODUCTION

---

Le centre Horizons est un centre d'accueil pour parents toxicomanes et leurs enfants, c'est-à-dire pour lesquels la question de la parentalité présente ou à venir est un élément fondamental de la demande de soin. Les parents demandent d'une certaine façon qu'on prenne en compte leur toxicomanie mais aussi leur statut parental.

Les pratiques d'accueil et de soin effectuées au Centre Horizons amènent les intervenants à s'interroger, dans le cadre d'une prévention précoce, sur la qualité des relations mère-enfant. A priori, le seul fait de consommer des produits toxiques de façon chronique, ne permet pas de préjuger de la qualité des liens parent-enfant. Toutefois la représentation majoritaire du toxicomane et de la maternité conduit soit à une crainte pour la sécurité et l'épanouissement de l'enfant, soit à un espoir dans les vertus réparatrices de la maternité.

Actuellement, rien ne nous permet objectivement de différencier ces mères de mères vivant d'autres difficultés, on ne peut qu'émettre des hypothèses à partir du rapport de ces patientes à la dépendance, rapport particulier qui peut être revisité à l'arrivée d'un enfant et par sa présence.

À l'heure actuelle, il ne semble pas qu'il existe en France, d'étude qualitative portant sur le développement de l'enfant de parents toxicomanes, ni sur les effets de la maternité sur le parcours de consommateurs chroniques de drogues, ni même sur les interactions mère-enfant dans ces situations.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous proposons d'étudier les éventuelles modifications du rapport aux produits chez ces mères, pendant leur grossesse et après la naissance de leur enfant. Nous nous interrogeons également sur les formes que prennent les interactions entre la mère toxicomane et son enfant.



---

# 1. HISTORIQUE DE LA RECHERCHE

---

## 1.1. LE PROJET DE RECHERCHE INITIAL :

### 1.1.1. OBJECTIF DU PROJET INITIAL :

La population devait se composer de 30 dyades mère-enfant venant au Centre Horizons depuis peu, et qui ne bénéficiaient donc pas encore d'un suivi thérapeutique. Dans une perspective longitudinale, ces dyades devaient être vues trois fois sur une période de 18 mois. Suite à des problèmes multiples, nous avons été dans l'obligation de modifier le protocole de recherche envisagé au départ.

### 1.1.2. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

Un certain nombre des problèmes rencontrés était inhérent à la recherche et d'autres pourraient être en partie imputables à la spécificité de cette population :

les modifications nécessaires du protocole de recherche appréhendées à partir de la phase de pré-test, nous avaient retardés dans l'expérimentation définitive,

la population cible devait se composer de mères venant depuis peu au Centre ; elles acceptaient plus difficilement de participer, d'une part parce qu'elles n'étaient pas assez en confiance par rapport au fonctionnement du Centre et d'autre part car elles étaient le plus souvent en demande d'aide et dans une situation d'urgence,

certaines mères refusaient pour des raisons personnelles de répondre à la recherche,

certaines mères acceptant un rendez-vous ne se présentaient pas toujours au Centre à la date fixée, et après plusieurs reports de rendez-vous finissaient par annuler leur participation,

l'ensemble des épreuves nécessitait un temps assez long de passation (environ 3 heures), nous n'arrivions pas à mobiliser les mères pendant tout ce temps, d'autant plus que le type d'outils utilisés demandait un investissement personnel important. Le niveau de vigilance des mères et des enfants (dû à la lourdeur du protocole et



pas seulement à l'état particulier des mères) nous avait contraints à échelonner sur deux rendez-vous la passation,

les difficultés d'organisation dues notamment à notre temps de présence partiel au Centre et à la disponibilité des locaux ne permettaient pas de rencontrer un nombre très important de mères.

### 1.1.3. ÉCHANTILLON DÉFINITIF

Suite à ces difficultés rencontrées, l'échantillon de notre étude ne se composait plus que de six dyades mère-enfant ; l'enfant étant âgé de moins de trois ans et les mères rencontrées étant primipares ou multipares. Elles étaient recrutées à l'Association HORIZONS par l'intermédiaire des membres de l'équipe permanente. Le nombre restreint de dyades étudiées s'expliquait par les différentes difficultés que nous avons rencontrées lors de cette étude. Compte tenu des critères de recrutement de la population, seules les mères dans un processus de soin et de socialisation avaient pu se soumettre à la rigueur du protocole de recherche et au travail d'introspection demandé. De ce fait, une sélection s'était opérée et notre échantillon ne pouvait être considéré comme tout à fait représentatif de la population de mères toxicomanes.

## 1.2. LE PROJET DE RECHERCHE AUJOURD'HUI :

### 1.2.1. NOUVEL OBJECTIF :

Compte tenu des difficultés abordées ci-dessus, le protocole de recherche initial n'avait pu être respecté. Face à ce constat, l'équipe de recherche, soutenue par l'équipe permanente de l'association, souhaitait pouvoir poursuivre cette étude et la mener à bien.

Une alternative au projet initial a donc été trouvée en concertation avec l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Tout d'abord au niveau de la population, il a été établi que nous intégrerions 12 dyades à la cohorte déjà existante des 6 dyades observées.

La passation du questionnaire et de l'entretien semi-directif avec les mères, ainsi que l'évaluation du développement de l'enfant à partir du test du Brunet-Lézine révisé sont conservées.

Seule la séquence de l'enregistrement vidéo ne subsiste pas à ce nouveau projet, compte tenu des réticences qu'elle provoquait et de l'allongement considérable de la passation qu'elle engendrait ; ce qui ne nous permettra pas de répondre à une des hypothèses du projet initiale : « les difficultés liées à la toxicomanie peuvent modifier la situation d'interaction et conduire à des ruptures dans les relations mère-enfant ».

Ce nouvel objectif va nous permettre de travailler davantage l'analyse clinique globale à partir des données recueillies, analyse qui viendra approfondir la discussion et la réflexion clinique.

#### 1.2.2. CONSTATS :

Après tous ces remaniements et modifications du protocole, force est de constater qu'une telle recherche pose beaucoup de questions quant à sa possible mise en place dans un lieu d'accueil ambulatoire, autrement dit un lieu « ouvert ».

En effet, la population n'est pas captive et la prise de rendez-vous est donc nécessaire pour rencontrer les mères entrant dans le cadre de la recherche. La rigidité qu'implique la prise de rendez-vous, est souvent peu compatible avec leur mode de vie parfois aléatoire et irrégulier. Ceci explique que malgré la bonne volonté et l'efficacité de l'équipe en place, bon nombre de rendez-vous ont été oubliés, parfois annulés et déplacés.

À ce constat s'ajoute la difficulté inhérente à toute recherche, celle de l'investissement. En effet, l'entretien et le questionnaire impliquent de la part de la mère, qu'elle évoque et confie certains événements de sa vie et de celle de son enfant à quelqu'un d'étranger au Centre. C'est une démarche difficile qui n'est possible que si elles ont déjà une certaine confiance dans le Centre et sont un peu moins préoccupées par leurs problèmes.

En dernier lieu, l'importance de l'âge des enfants, qui doivent avoir entre quelques mois et trois ans, réduit encore l'étendue de la population.

Ces trois paramètres sont autant de facteurs qui expliquent que seule une partie de la population accueillie dans le centre Horizons est à la fois concernée et d'accord pour participer à cette recherche.

Au demeurant, il ne faut pas perdre de vue que cette recherche est avant tout une étude exploratoire, où l'analyse des difficultés est un premier résultat qui permettra par la suite leur prise en compte pour la mise en place et l'avènement de nouvelles recherches.

---

## 2. ASPECTS THÉORIQUES

---

Le cadre de cette étude nous amène à définir les interactions mère-enfant et à nous intéresser à certains aspects de la fonction maternelle.

### 2.1. LES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT

L'interaction peut être considérée comme la réaction réciproque de deux phénomènes. Cette définition met l'accent sur la notion de réciprocité et d'interdépendance.

La mise en place effective des interactions nécessite un travail d'élaboration mentale de la part de la mère au cours de la grossesse. Elle construit certaines images, certains fantasmes, diverses attentes et anticipations concernant l'enfant à naître (Mazet, Stoléru).

On parle de l'enfant imaginaire, c'est-à-dire l'enfant désiré qui s'inscrit dans la problématique du couple, qui est sous-tendue par la vie fantasmatique de la mère et du père.

Cette construction renvoie aussi à l'enfant fantasmatique. Il correspond à l'enfant du désir de maternité, qui est directement issu des conflits libidinaux et narcissiques de la mère, c'est-à-dire qu'il est lié au conflit œdipien maternel.

Ainsi à la naissance, l'enfant réel interagit concrètement avec son bagage génétique et ses compétences particulières toujours susceptibles d'entrer en résonance avec la fantasmatique maternelle. Cette résonance peut combler des désirs ou au contraire confirmer des craintes fantasmatiques et ce faisant la mère donnera un sens précis aux conduites de son nourrisson, puis répondra à celles-ci en fonction de ce sens supposé, réponses qui dans un second temps structurent elles-mêmes le comportement du bébé. Lorsque les rapports entre cet enfant imaginaire, fantasmatique et réel satisfont les désirs, apaisent les craintes, l'interaction peut être enrichissante et stimulante pour les deux partenaires. À l'inverse, lorsque ces rapports accentuent les craintes ou apportent des déceptions, les interactions risquent de se figer dans des conduites répétitives qui peuvent devenir pathologiques. Dans le cas où ces rapports ne s'établissent pas, il y a un risque de désinvestissement partiel de l'enfant.

Dans l'interaction, le nourrisson a lui-même des compétences et des capacités « d'accordage » sur les conduites maternelles, mais le rôle de la mère est aussi de décrypter certaines conduites du bébé et de leur donner un sens.

Ces capacités maternelles sont fonction de la place consciente et inconsciente que la mère a donné à son bébé.

Actuellement, l'ensemble des auteurs s'accorde à considérer que la relation parent-nourrisson se fonde sur un ensemble de processus bidirectionnels. L'enfant ne subit pas uniquement l'influence de son entourage, mais il est actif et peut lui-même engendrer des modifications dans le comportement de ses parents. L'ensemble des signaux que l'enfant adresse à ses parents (cris, pleurs, sourires,...) les renvoie à leur propre histoire, leurs satisfactions, leurs angoisses et leur estime d'eux-mêmes en tant que parent. La venue d'un enfant nécessite donc de la part de la mère des réaménagements tant psychiques qu'affectifs. L'environnement au sens large et le nourrisson vont donc s'influencer l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement.

Ainsi que le souligne Lebovici, le modèle théorique qui prévaut actuellement est celui d'une « spirale transactionnelle ou interactionnelle ».

À partir des études effectuées sur les interactions, on peut actuellement définir trois niveaux :

1. les interactions comportementales définies par Montagner regroupant :

Les interactions corporelles (gestes, mimiques...) : ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond.

Les interactions visuelles : dès les premiers jours de la vie du bébé, le regard constitue une modalité interactive essentielle. L'interaction par le regard renvoie surtout au regard mutuel ou au contact « œil à œil ».

Les interactions vocales (cris, pleurs, langage) : les vocalisations du bébé et les réponses apportées par la mère représentent l'une des modalités interactives les plus fréquentes. Des recherches récentes ont aussi mis l'accent sur l'importance de la prosodie du langage maternel, sur les

intonations, sur le rythme, qui paraissent plus importants que le contenu sémantique de ces paroles. Lorsque l'enfant grandit, la mère adapte son langage, notamment en le complexifiant, pour permettre à l'enfant d'appréhender son environnement.

## 2. les interactions affectives :

Stern parle « d'harmonisation affective », il s'agit pour la mère de percevoir, de donner un sens à l'état affectif de son bébé et d'y répondre en fonction des affects qu'elle vit.

## 3. les interactions fantasmatiques :

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe une influence réciproque de la vie psychique des parents et de celle du bébé aussi bien au niveau imaginaire (conscient), que fantasmatique (inconscient).

Pour l'ensemble de ces interactions, la réciprocité, qui est le lien entre le comportement du nourrisson et celui de sa mère, peut se dérouler selon différentes modalités:

Soit les réponses sont ajustées : elles se rapportent à la communication et correspondent à l'intention manifestée

Soit les réponses ne sont pas ajustées : elles peuvent être de différents ordres : absentes, différées ou paradoxales.

## **2.2. FONCTION MATERNELLE ET TOXICOMANIE**

La psychanalyse nous a appris que la maternalité, concept introduit par Racamier, recouvre une période de deux ans environ qui s'étend de la conception à l'autonomisation de l'enfant et qui concerne essentiellement la relation de la mère à l'enfant.

Le concept de maternalité est l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité. C'est le chemin à parcourir pour aller de la relation de l'enfant imaginaire à l'enfant réel après la naissance. Ce temps de la maternalité représente le temps nécessaire à

l'élaboration d'une véritable phase dans laquelle on retrouve un équilibre instable entre pulsions et défenses, puisque sont réactivés à la fois les désirs infantiles et les mécanismes qui s'y opposent. Ce sont ces déterminations inconscientes profondes qui sont essentielles dans l'investissement de l'enfant et du rôle de mère dès la conception.

C'est la capacité d'élaboration psychique et de liaison de ces nouvelles images avec les précédentes qui détermineront l'issue de la maternalité et la relation à l'enfant.

À l'heure actuelle, nous disposons de peu de recherches traitant des relations mère-enfant dans le cas de la toxicomanie.

Nous exposerons cependant quelques données recueillies sur les mères toxicomanes et leurs bébés.

Il apparaît que chez les femmes toxicomanes, surtout héroïnomanes, l'aménorrhée est fréquente. De ce fait, la grossesse est généralement reconnue tardivement, souvent après le quatrième mois. De plus, les problèmes socio-économiques, le mode de vie instable, l'exclusion et le désintérêt pour sa santé expliquent aussi une absence de surveillance prénatale fréquente. Beaucoup de femmes toxicomanes enceintes ne consultent qu'au moment de l'accouchement.

Cette reconnaissance tardive et le manque de suivi médical peuvent également avoir un impact psychologique. En effet, le temps d'élaboration autour de la grossesse est a priori plus court et peut nuire à la mise en place de l'enfant imaginaire et des premières relations avec l'enfant réel.

Selon la recherche de Bourillon effectuée auprès de 25 mères toxicomanes, les résultats indiquent que la mère est habituellement jeune (âge moyen 21 ans), célibataire et ayant vécu sa grossesse dans la moitié des cas dans sa propre famille. Le père est le plus souvent exclu ; la famille maternelle semble être la meilleure structure d'accueil au risque du conflit « de rivalité ou de culpabilité » des deux mères (Bourillon). Cependant l'enfant peut être exposé au placement temporaire répété et aux changements d'environnement multiples susceptibles d'avoir des incidences sur son évolution.

Dans la plupart des cas, le début de l'intoxication à l'héroïne précède la grossesse d'une durée moyenne de 3 ans, et est habituellement poursuivie pendant toute la grossesse. Cette prise d'héroïne ou de tout autre opiacé, ainsi que la prise de méthadone pendant la grossesse entraîne un syndrome de manque chez le nouveau-né (Bertschy). Le syndrome de sevrage est reconnu dans 80 % des cas et apparaît dans la première, la deuxième ou la troisième semaine après la naissance. Les signes les plus habituels du syndrome de sevrage sont neurologiques associant à des degrés divers, une hyperexcitabilité globale, une irritabilité avec agitation et hyperactivité désordonnée, et une réduction du temps de sommeil. Une hypertonie et une hyper-réflexivité sont parfois constatées. Cependant, malgré le stress et l'agression engendrés par le sevrage, il ne semble pas que le développement de l'enfant soit compromis (Bertschy). La durée d'hospitalisation moyenne est de 9 jours. Au terme de celle-ci l'enfant a toujours été confié à sa mère, mais celle-ci est seule à s'occuper de lui dans 76 % des cas.

Le syndrome de sevrage provoque dès la naissance une séparation de la mère et de son bébé. Cette séparation peut être relative dans la mesure où la mère est en contact avec son bébé pendant son hospitalisation. Cette séparation et les symptômes conséquents au sevrage pourront avoir cependant une incidence sur la construction des liens d'attachement mère-enfant.

On ne sait pas quelles peuvent être les conséquences du syndrome de sevrage sur les liens d'attachement, d'autant plus que les symptômes qui y sont associés sollicitent sûrement chez la mère une attention particulière et l'oblige à certains ajustements du comportement.

Les développements somatique et psychomoteur de l'enfant ont fait l'objet de plusieurs études tant en ce qui concerne les enfants de mères héroïnomanes, que ceux de mères traitées par la méthadone en cours de grossesse. Dans l'ensemble, les résultats montrent, par rapport à la population témoin, des différences au niveau du développement psychomoteur, et de leur comportement. Les auteurs notent une hyperactivité et un défaut d'attention en partie responsables des moins bonnes performances motrices et des troubles du caractère : impulsivité, agressivité, solitude. On peut supposer que les interactions mère-enfant et les ajustements réciproques seront assez difficiles. Parallèlement, certaines auteurs ont noté que les



mères exercent parfois une hyperstimulation afin de se réassurer sur l'intégrité physique de leur enfant.

Ces quelques données montrent que les premières relations mère-enfant, dans ce contexte particulier, peuvent être perturbées .

Cependant certains auteurs notent que « les critères prédictifs pertinents concernant le développement de l'enfant sont moins l'exposition in utero à l'héroïne que le contexte psychologique et familial dans lequel évolue l'enfant » (Rosenblum).

Selon certaines études américaines (Eisen ; Azumat), la consommation de cocaïne ou d'autres drogues pendant la grossesse a des conséquences sur le développement du nouveau-né, ce qui peut induire des risques de dysfonctionnement comportemental. Les résultats de l'étude d'Azumat et de Chasnoff (1993) montrent que des enfants, exposés à des drogues pendant la période prénatale, présentent à trois ans des capacités cognitives plus faibles que celles d'enfants « tout venant », testés avec l'échelle de Stanford-Binet. Ces résultats semblent non seulement liés à la consommation de drogues, mais aussi en grande partie aux caractéristiques comportementales de l'enfant et de la qualité de l'environnement.

Il apparaît difficile de dégager les effets propres à la prise de produits, des effets du contexte social et affectif sur le développement de l'enfant. Les différentes recherches portent généralement sur un groupe restreint, du fait de la particularité de la population et des difficultés de suivi longitudinal, qui conduit à des études qualitatives ne permettant pas la généralisation des résultats.

### **2.3. HYPOTHÈSES**

La maternité et plus généralement l'arrivée d'un enfant impose des réaménagements psychiques et sociaux importants. Qu'en est-il dans le cas particulier des mères toxicomanes ? De plus, on peut se demander si la toxicomanie parentale influence les relations mère-enfant, et si oui, en quoi.

Au vu des données théoriques et des travaux actuels, nous nous proposons dans le cadre de cette étude de formuler plusieurs hypothèses de travail :

**La prise en compte retardée de la grossesse ne permet pas la construction de l'enfant imaginaire.**

**La prise de conscience de la grossesse entraîne un désir d'arrêter la prise de drogues.**

**Les conséquences du syndrome de sevrage ont une influence sur les interactions entre la mère et le nouveau-né.**

**La culpabilité de la mère liée à la prise de produits pendant la grossesse perturbe la construction du lien d'attachement.**



---

## 3. MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

---

### 3.1. LA CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

#### 3.1.1. NOUVEL OBJECTIF :

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre « Historique de la recherche », l'échantillon de la population a été modifié.

Nous avons donc intégré 12 dyades supplémentaires à l'échantillon déjà existant de 6 dyades. La population totale est donc de 18 dyades.

Le principe de recrutement des mères s'est effectué de la même façon que pour les dyades vues auparavant. L'équipe éducative en place au Centre Horizons informait les mères qui entraient dans le protocole, et prenait un rendez-vous avec elles si elles étaient intéressées.

Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur les difficultés rencontrées lors du recrutement des mères, ni même sur la représentativité de l'échantillon, conscients qu'une sélection a nécessairement eu lieu compte tenu du protocole de recherche.

Il n'en reste pas moins que les parcours et situations de ces femmes représentent une réalité, qui prend sens à travers l'histoire d'individus, vus à un moment T.

#### 3.1.2. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON :

L'échantillon définitif se compose donc de 18 dyades mère-enfant.

La moyenne d'âge des mères est de 30 ans, et leurs enfants ont entre 1 mois et 32 mois.

Leur toxicomanie a commencé lorsqu'elles avaient entre 14 et 32 ans.

La majorité d'entre elles est suivie au Centre Horizons depuis le moment de leur grossesse.

### Tableau sur les caractéristiques de l'échantillon

ÂGE	Les mères ont entre 24 et 41 ans ; la moyenne d'âge est de 30 ans.
PRISE EN CHARGE ANTERIEURE	15 mères avaient déjà eu une prise en charge antérieure à celle de l'association Horizons.
PAR QUI ONT-ELLES ETE ADRESSEES A HORIZONS ?	Elles sont orientées vers le Centre Horizons soit par des Centres Hospitaliers, soit par des centres de soins spécialisés en toxicomanie, soit par les services sociaux, soit par des amis.
MOTIF DE CONSULTATION	La plupart des mères ont un suivi global (suivi social ,substitution, suivi médical et psychologique, pour certaines accès aux appartements thérapeutiques).
DEPUIS QUAND VIENNENT-ELLES A HORIZONS ?	La moitié des mères viennent depuis leur grossesse (8/18), 6 sont venues après leur grossesse, et 4 consultaient avant leur grossesse.
QUEL(S) PRODUITS CONSOMMENT-ELLES ?	Bien que la majorité des femmes soit sous substitution (subutex/méthadone), elles n'en demeurent pas moins pour la plupart poly-toxicomanes occasionnelles.
ÂGE DU DEBUT DE LA PRISE DE PRODUITS	Elles ont en moyenne commencé leur toxicomanie à 19 ans, et ont en moyenne 11 ans de toxicomanie derrière elles.

## **3.2. LES INSTRUMENTS UTILISÉS**

### 3.2.1. L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Objectif : Cet entretien individuel permet d'aborder avec la mère les différentes périodes allant de la prise de conscience de la grossesse jusqu'aux relations actuelles avec l'enfant.

Modalités : L'entretien est enregistré avec l'accord des mères (magnétophone) et dure de 1 heure à 1 heure et demi. Le guide d'entretien a été élaboré par l'équipe de recherche et aborde six thèmes différents (Cf. Annexes) :

<p><b>La grossesse</b></p> <p><b>L'accouchement</b></p> <p><b>Les premiers liens avec l'enfant</b></p> <p><b>La description de l'enfant par la mère</b></p> <p><b>L'éducation</b></p> <p><b>La relation au(x) produit(s)</b></p>
--

### 3.2.2. LE QUESTIONNAIRE

Objectif : La première partie descriptive permet d'interroger la mère sur les différents aspects de la vie quotidienne de l'enfant et sur sa santé. Les questions s'inspirent du « Symptom Check List » élaboré par l'équipe du service de Psychologie Infantile du Professeur Cramer à Genève. La deuxième partie du questionnaire concerne plus particulièrement les représentations et les perceptions de la mère de son enfant, d'elle-même en tant que mère et de sa propre mère. Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Stern et notamment « l'entretien R ».

Les thèmes abordés par le questionnaire permettent d'évoquer la description et les comportements de l'enfant au moment de la passation. Les principaux thèmes sont les suivants (Cf. Annexes) :

<p><b>Sommeil de l'enfant</b></p> <p><b>Alimentation de l'enfant</b></p> <p><b>Maladies de l'enfant</b></p> <p><b>Jeux de l'enfant</b></p> <p><b>Contacts avec l'entourage</b></p> <p><b>Représentations : - en tant que mère,</b> <b>- de l'enfant,</b> <b>- de sa propre mère</b></p>
---

Modalités : La mère répond seule au questionnaire en présence de l'intervenant qui peut l'aider et préciser certains termes (durée 15 à 20 mn).

### 3.2.3. LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT : TEST DU BRUNET-LEZINE REVISE

Objectif : Le test de développement standardisé va permettre de définir un quotient de développement de l'enfant et de situer ce résultat par rapport à une norme.

Le test du Brunet-Lézine nous est apparu être le plus approprié par rapport à notre objectif. Cet instrument mesure le développement psychomoteur du jeune enfant entre 2 et 30 mois, et nous permet donc d'évaluer tous les enfants de notre échantillon avec le même outil.

Ce test est une échelle de développement de la première enfance qui permet d'étudier 4 secteurs :

Postural ou moteur, qui est l'étude des mouvements de l'enfant en position dorsale, ventrale, assise et debout.

Verbal, l'étude du langage dans ses fonctions de compréhension et d'expression.

Coordination oculomotrice (adaptation ou comportements avec les objets) qui est l'étude de la préhension et du comportement de l'enfant avec les objets.

Relations sociales, englobant la prise de conscience de soi, les relations avec autrui, les réactions mimiques et l'adaptation aux situations sociales.

Des questions adressées à la mère et portant sur les mêmes secteurs viennent compléter l'observation directe de l'enfant.

Les données recueillies vont nous permettre de calculer un quotient de développement, ainsi que les quotients partiels correspondant aux 4 domaines de développement mentionnés.

### **3.3. LA PROCÉDURE**

Pour l'ensemble des dyades, nous avons suivi le même ordre de passation :

Entretien

Questionnaire,

Test du Brunet-Lézine.

Nous avons choisi de commencer par l'entretien dans la mesure où ce dernier permettait d'établir un contact plus direct avec le sujet et de créer un climat de confiance pour obtenir une bonne coopération.





---

## 4. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

---

### 4.1. L'ENTRETIEN

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité. Ensuite chaque entretien a été soumis à une analyse de contenu. Pour chacune des questions posées, nous avons relevé intégralement les réponses des sujets sans que soient modifiés les termes dans lesquelles elles ont été formulées. À partir de cette analyse de contenu, nous avons retenu les catégories suivantes :

**Grossesse : découverte, déroulement, inquiétudes, états physique et moral, soutien de l'entourage**

**Accouchement : déroulement, hospitalisation, inquiétudes par rapport à l'enfant, premières relations**

**Premiers liens : retour, inquiétudes en tant que mère, description de l'enfant**

**Actuellement : description de l'enfant, alimentation, langage, jeux, maladie**

**Education : ressemblance avec sa mère, souvenirs**

**Produit : changements, substitution, usage**

Nous avons relevé le discours de chaque mère pour ces différentes catégories. Etant donné que nous avons à notre disposition un petit échantillon, notre approche est surtout d'ordre qualitatif.

### 4.2. LE QUESTIONNAIRE

Le mode de traitement des données est défini selon les modalités des questions, c'est pourquoi nous avons utilisé trois modes d'analyse différents :

Pour les questions ouvertes : une analyse de contenu

Pour les questions fermées : une analyse quantitative en regroupant les réponses des mères à chaque question

Pour les échelles : nous les avons choisies dans le but de pouvoir établir des profils mais compte tenu de notre faible échantillon, nous n'avons pris en compte que les extrêmes pour dégager une tendance.

### **4.3. LE BRUNET - LEZINE REVISE**

L'ordre de passation des items est défini par rapport à l'âge chronologique de l'enfant.

Les données recueillies permettent de calculer deux types de quotient de développement : le quotient de développement global qui situe les acquisitions d'un enfant par rapport au groupe d'enfants du même âge, et les quotients de développements partiels correspondant à chaque domaine exploré.

Les résultats ainsi obtenus, ainsi que l'observation de l'enfant durant l'examen permettent d'établir un profil de ses possibilités à un moment donné.

En conclusion, il est important de préciser que la faiblesse de l'échantillon ne permet pas une étude quantitative qui n'aurait dans ce cas aucune validité statistique. Tout au plus, les chiffres obtenus à partir de ces données brutes nous donnent une sorte de cadre, d'orientation générale sur le phénomène.

En revanche, nous allons pouvoir procéder à une analyse qualitative des résultats obtenus à partir des instruments utilisés, ce qui somme toute, compte tenu du sujet de la recherche, est plus à même de rendre compte de cette réalité complexe.

---

## 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

---

### 5.1. LES ENTRETIENS

L'analyse des entretiens nous a permis de regrouper les éléments recueillis autour des cinq thèmes principaux : l'anamnèse, le contexte familial, la période de la grossesse, l'accouchement et le retour à domicile. Il s'agit ici de données telles que rapportées par les mères rencontrées, compte tenu donc de leur perception subjective et des réaménagements mnésiques.

Un traitement statistique a été fait sur ces données (tri à plat et tri croisé). Les résultats sont présentés dans le paragraphe suivant, les tableaux de corrélation ne figurant que lorsqu'ils apportent des données significatives et fiables.

#### 5.1.1 ANALYSE DE CONTENU

90% des femmes rencontrées ont entre 25 et 36 ans. La plus âgée a 41 ans et la plus jeune 22 ans.

#### **La famille**

##### Le couple grand-parental maternel

	Effectif	Pourcentage
Ensemble	4	22,2%
<b>Séparés</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>
Veuvage	3	16,7%
TOTAL	18	100%

Un nombre relativement important de ces femmes est issu de couples désunis (11/18) et pour 3/18 l'un des deux parents est décédé. Que les couples soient unis ou séparés, on retrouve dans les antécédents familiaux des troubles importants (alcoolisme, dépressions graves et chroniques, abus sexuels) concernant les parents, les grands parents ou la fratrie.

En effet, les frères et sœurs présentent souvent des troubles psychiques ou psychiatriques, notamment la toxicomanie, l'anorexie ou dans un cas une schizophrénie.

Lorsqu'il y a séparation du couple parental, les femmes rencontrées ont été pour 6/11 élevées par leur mère, pour 3/11 par les grands parents et pour 2/11 par le père. En dehors de ces 2 situations, les contacts avec le père n'ont pas été maintenus, ou alors de façon très irrégulière. Dans tous les cas, même lorsque le père est au domicile, celui-ci n'est que très rarement évoqué. Lorsqu'elles parlent de leur enfance, c'est le plus souvent la relation avec la mère qui est décrite. Ceci doit toutefois être pondéré, la récente maternité par le jeu des identifications maternelles fait que la mère est spontanément plus facilement évoquée que le père.

Seule une femme ne fait part d'aucun trouble particulier de la famille. Elle-même a débuté sa toxicomanie à 32 ans.

#### Lien avec la famille grand- parentale

	Effectif	Pourcentage
Rupture avec la famille	6	33,3 %
Maintien du lien familial	12	66,7 %
TOTAL	18	100 %

Pour deux tiers d'entre elles, il y a eu maintien des liens familiaux. Six d'entre elles ont rompu avec leur famille à un moment donné de leur parcours, le plus souvent pendant la période de début de la toxicomanie, qui correspond à l'adolescence le plus souvent. Seule l'une d'entre elles a rompu définitivement ; les autres ont repris contact avec leur(s) parent(s) à un moment qui n'est pas précisé, sauf dans deux cas où les retrouvailles ont eu lieu lors de la naissance de leur enfant.

Elles font généralement état de difficultés relationnelles parfois importantes, sans que toutefois celles-ci conduisent à la rupture. Cependant, la plupart d'entre elles décrit l'entourage familial comme peu soutenant et peu présent.

#### Autres enfants

	Effectif	Pourcentage
Oui	9	50%
Non	9	50%
TOTAL	18	100%

Pour la moitié, il s'agit du premier enfant, pour 6 d'entre elles, c'est le deuxième. Pour les 3 autres, il s'agit du troisième, du quatrième et du sixième enfant.

#### Présence des autres enfants au domicile

	Effectif	Pourcentage
Oui	3	33,3%
En partie	1	11,1%
<b>Non</b>	<b>5</b>	<b>55,6%</b>
TOTAL	9	100%

Pour la moitié, d'entre elles le(s) aîné(s) ne vivent pas au domicile maternel. Il s'agit de femmes qui ont un long parcours de toxicomanie. La naissance de(s) aîné(s) est intervenue il y a une dizaine d'années environ, le plus souvent lors d'une période aiguë de prise de drogues et d'errance.

Généralement, la famille grand-maternelle a pris le relais (3/5). Pour une famille, les enfants sont élevés par le père. Un enfant est placé en institution, la famille de la mère et/ou du père étant totalement absente. Enfin, une mère élève une partie de ses enfants, les autres étant élevés par leur père. Seul un tiers des mères élève la fratrie. Pour les autres deux tiers, la venue d'un nouvel enfant, dans un contexte de toxicomanie toujours actuel, leur fait craindre une possible séparation et un nouveau placement. Cela ravive également le souvenir de cet enfant confié ou placé alors qu'il était encore bébé et la culpabilité de ne pas l'avoir élevé. Cette culpabilité peut être aggravée d'un sentiment d'injustice par le fait d'assurer un rôle maternel auprès du dernier né.

On peut noter également qu'elles n'évoquent pas, à une exception près, la notion de fratrie : les termes « frère », « sœur » ne sont pas utilisés. Ceci pourrait être lié au fait que les aînés ne sont pas au domicile et sont le plus souvent issus d'une autre union, mais la cause en est peut-être plus complexe, comme nous le verrons dans la partie clinique. La seule mère qui y fait référence parle justement d'un aîné, issu d'un premier lit et élevé chez ses grands-parents.

## L'histoire de la toxicomanie

### Début de la toxicomanie

	Effectif	Pourcentage
Avant 15 ans	1	5,6 %
<b>Entre 15 et 20 ans</b>	<b>13</b>	<b>72,2 %</b>
Entre 21 et 25 ans	2	11,1 %
Après 25 ans	2	11,1 %
TOTAL	18	100 %

On constate que la grande majorité des femmes placent leur début de toxicomanie à la période des remaniements psychiques de l'adolescence, entre 15 et 20 ans (13/18).

Une jeune femme fait état d'un début à 14 ans et deux d'un début plus tardif, entre 21 et 25 ans.

Dans la dernière catégorie, les deux femmes ont commencé leur toxicomanie l'une à 27 ans et l'autre à 32 ans. Dans ce contexte, on peut penser que la dynamique de la conduite toxicomane est différente des autres.

Partant de ce constat que la majorité des femmes de notre groupe débute la consommation chronique de drogues entre 15 et 20 ans, on peut émettre l'hypothèse d'une difficulté à dépasser les conflits psychiques de l'adolescence. Les remaniements psychologiques qu'exigent une grossesse et une naissance induiront-ils une modification du rapport aux drogues ?

### Produit(s) consommé(s) avant la grossesse

	Effectif	Pourcentage
Substitution	8	44,4 %
Droge(s)	7	38,9 %
Aucun	3	16,7 %
TOTAL	18	100 %

Seules trois jeunes femmes déclarent ne consommer aucun produit avant le début de grossesse. Sept d'entre elles consomment régulièrement « de la drogue », c'est-à-dire des produits acquis illégalement et sept « de la substitution », c'est-à-dire un opiacé prescrit, sans que cela préjuge du suivi médical et/ou psychosocial, ni de l'investissement ou du statut du produit de substitution.

### Modification dans la prise de drogue(s) pendant la grossesse

	Effectif	Pourcentage
Aucune modification	5	27,7 %
Tentative de changement	3	16,7 %
Reprise de drogue et substitution en fin de grossesse	3	16,7 %
Arrêt	2	11,1 %
Diminution ou changement de substitution pendant la grossesse	2	11,1 %
Reprise de drogue tout au long de la grossesse	2	11,1 %
Permanence de la drogue et substitution en fin de grossesse	1	5,6 %
TOTAL	18	100 %

Si pour près d'un quart, il n'y a eu, selon elles, aucune modification de leur rapport aux produits, pour les autres, la grossesse a induit un changement ou une tentative de changement.

### Produit principal après l'accouchement

	Effectif	Pourcentage
Aucun	3	16,7 %
Substitution	13	72,2
Drogue et substitution il y a peu	2	11,1 %
TOTAL	18	100 %

Trois femmes ne prennent pas de drogues, ni de traitement de substitution après l'accouchement.

En revanche, le nombre de femmes sous traitement de substitution passe de 8 à 13. Mais ceci ne doit pas nous étonner : la grossesse conduit parfois ces jeunes femmes à entamer une démarche de soin. De plus, la politique actuelle engage à une prescription de traitement de substitution pour les femmes enceintes. D'ailleurs deux d'entre elles déclarent consommer en parallèle une substitution prescrite et des drogues acquises illégalement.



## La grossesse

### Réaction à l'annonce de la grossesse

	Effectif	Pourcentage
<b>Positive</b>	<b>14</b>	<b>77,8 %</b>
Négative	4	16,7 %
TOTAL	18	100 %

La réaction à l'annonce de la grossesse est majoritairement positive (14/18). Trois femmes disent qu'elles auraient préféré avorter et une autre a dénié sa grossesse jusqu'au moment de l'accouchement.

Toutefois ce résultat doit être pondéré au vu des réponses concernant la date de reconnaissance de la grossesse.

### Reconnaissance de la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
<b>Le 1<sup>er</sup> mois</b>	<b>10</b>	<b>55,6%</b>
<b>Entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois</b>	<b>3</b>	<b>16,7%</b>
Après le 3 <sup>ème</sup> mois	5	27,8%
TOTAL	18	100%

Dix jeunes femmes disent avoir su assez rapidement qu'elles étaient enceintes, au cours du premier mois de grossesse, à l'instar de la population générale. Trois d'entre elles l'ont su au cours du premier trimestre, entre le deuxième et le troisième mois, ce retard étant généralement mis sur le compte d'une irrégularité des règles attribuée à la prise chronique de drogues.

Parmi les cinq mères qui ont tardivement pris conscience de leur grossesse, quatre d'entre elles ont eu une réaction négative à cette annonce.

### Problèmes de santé physique pendant la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
Oui	9	50%
Non	9	50%
TOTAL	18	100%

La moitié des femmes déclarent avoir des problèmes de santé pendant leur grossesse. Il s'agit le plus souvent de symptômes banals : nausées, fatigue. Pour certaines d'entre elles, on retrouve des troubles liés plus directement à la prise de produits ou à des problèmes de santé antérieurs, parfois assez graves (oedème, pneumopathie).

#### Problèmes de santé morale pendant la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>16</b>	<b>88,9%</b>
Non	2	11,1%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Malgré une réaction positive à l'annonce de la grossesse de la part de la plupart des mères, 16/18 décrivent un état de mal être, caractérisé par des angoisses, des états dépressifs liés à la grossesse, à leur conduite toxicomaniaque ou encore à la relation affective avec leur compagnon et/ou le père de l'enfant.

Seules deux femmes n'évoquent pas de problèmes psychiques particuliers. Il s'agit d'une part d'une mère qui a arrêté sa toxicomanie à l'annonce de sa grossesse et d'autre part d'une jeune femme qui avait un traitement de substitution, et qui soutenue par l'équipe du Centre Horizons depuis deux ans, a décidé de diminuer la posologie du traitement.

Bien sûr les jeunes femmes qui ont manifesté une réaction négative à l'annonce de leur grossesse évoquent des difficultés. Mais on retrouve des troubles du même ordre chez une partie des jeunes femmes a priori satisfaites d'être enceintes.

Il ne faut pas oublier cependant que pour toute femme, la grossesse est un événement « bouleversant », qu'il soit heureux, attendu, ou non et qui s'accompagne de sentiments divers dont l'angoisse et la tristesse.

Pour un certain nombre de mères rencontrées, la consommation de toxiques va être une des modalités de réponse à cet état de mal être.

#### Le suivi médical de la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
<b>Régulier</b>	<b>10</b>	<b>55,6%</b>
Irrégulier	7	38,9%
Non	1	5,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Seules dix femmes déclarent avoir eu un suivi médical régulier de leur grossesse ; deux d'entre elles étaient suivies par le Centre Horizons avant le début de la grossesse et cinq ont débuté leur prise en charge à ce moment. Ces femmes étaient le plus souvent suivies dans d'autres centres spécialisés. Elles ont été orientées vers le Centre Horizons lors de cette grossesse afin de permettre un suivi global, aussi bien sur le plan de la toxicomanie que de la grossesse et de la relation future à l'enfant.

Parmi les sept femmes déclarant avoir eu un suivi irrégulier, trois étaient suivies par le Centre Horizons. Enfin, l'une d'entre elles n'a eu aucune visite prénatale.

Près de la moitié de ces femmes déclare donc un suivi irrégulier de la grossesse, malgré parfois une reconnaissance précoce de celle-ci. Une des raisons avancée par elles est la crainte du placement de l'enfant si jamais leur toxicomanie venait à être connue des services sociaux et d'obstétriques. C'est le cas pour 5 des 7 mères ayant eu un suivi irrégulier et qui, lors des visites prénatales, ce sont bien gardées de faire référence à leur consommation de produits.

Généralement, on retrouve chez toutes ces mères, qu'elles aient ou non un suivi régulier, une crainte que le secret de leur toxicomanie soit levé, aussi bien par rapport aux services sociaux, au corps médical qu'à leur famille. Il est vrai que la toxicomanie maternelle a été cause jusqu'à il y a peu, de signalement systématique en maternité et cette idée reste vraie pour les mères que nous avons rencontrées. Si cela n'est plus le cas, elle ne manque pas de poser problème pour autant aux services d'obstétrique et de pédiatrie.

#### Culpabilité liée à l'usage de drogues pendant la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>14</b>	<b>77,8%</b>
Non	4	22,2%
TOTAL	18	100%

La culpabilité liée à l'usage de drogues est très présente chez la majorité des mères qui évoque les risques encourus par le fœtus lors de l'entretien. Dans un paradoxe apparent, elles réalisent dans l'après-coup, après la naissance de l'enfant et lorsqu'elles constatent que leur bébé ne présente aucune anomalie ni

malformation physique, les dangers auxquels il a échappé. Il faut noter en revanche que la principale conséquence de la prise de drogue à savoir le syndrome de sevrage, est sinon refoulée du moins rarement évoqué spontanément.

Ceci est confirmé par le tableau ci-dessous qui croise les réponses aux questions concernant « la reconnaissance de la grossesse » (en colonnes) et « la culpabilité par rapport à l'usage de drogue pendant la grossesse » (en lignes). Les résultats sont donnés en effectifs.

	Le 1 <sup>er</sup> mois	Entre le 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> mois	Après le 3 <sup>ème</sup> mois	TOTAL
Oui	10	3	1	14
Non			4	4
TOTAL	10	3	5	18

Parmi les quatre femmes n'évoquant pas de culpabilité lors de l'entretien, l'une d'entre elles avait arrêté toute consommation de produits. Les trois autres n'ont perçu leur grossesse que tardivement et ont poursuivi leur consommation.

#### Soutien familial pendant la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>10</b>	<b>55,6%</b>
Non	8	44,4%
TOTAL	18	100%

La moitié des femmes estime avoir bénéficié d'un soutien familial pendant la grossesse. Cependant, cette évocation reste imprécise et ne permet pas d'appréhender réellement la qualité et la permanence de ce soutien. Certaines femmes évoquent un rapprochement, notamment avec leur mère, mais cela n'implique pas forcément un apaisement des conflits antérieurs.

Huit femmes pensent ne pas avoir été soutenues par leur famille pendant leur grossesse. Lorsqu'elles apprennent leur grossesse, la précarité matérielle dans laquelle vit la plupart de ces femmes n'est plus supportable. La demande d'aide à la famille est généralement matérielle et plus particulièrement d'hébergement avant et après la naissance de l'enfant, ce qui ne va pas sans poser des problèmes.

### **Présence du père pendant la grossesse :**

	Effectifs	Pourcentage
Oui	8	44,4%
Occasionnelle	8	44,4%
Non	2	11,1%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

On constate que dans la majeure partie des cas (16/18), le père est présent pendant la grossesse.

Toutefois, la notion de couple reste un peu floue. Le compagnon peut vivre avec la future mère sans qu'ils estiment pour autant former un couple, et à l'inverse un couple peut exister sans partager le même domicile.

En dehors des méandres affectifs, il faut préciser les effets pervers liés aux prestations sociales. En effet, le revenu minimum d'insertion (RMI) dévolu à un couple représente une somme inférieure à deux RMI de célibataires. De même, la demande d'allocation de parent isolé (API) conduit parfois à « cacher » l'existence et la présence au foyer du père du futur enfant.

### **La naissance de l'enfant**

#### **L'accouchement :**

	Effectifs	Pourcentage
<b>Bien</b>	<b>13</b>	<b>72,2%</b>
Difficile	5	27,8%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Dans l'ensemble, les femmes décrivent pendant l'entretien un accouchement qui se déroule bien ; ce qui ne correspond pas toujours à la réalité des faits, qui ont pu être exprimés par ailleurs.

Pour celles qui l'ont vécu difficilement, elles expriment la souffrance et la douleur physique ressenties.

Ces résultats ne semblent pas être spécifiques à la population toxicomane.

### Le sevrage de l'enfant à la naissance et la culpabilité maternelle :

#### Le sevrage de l'enfant à la naissance

#### Culpabilité par rapport au sevrage

	Effectifs	Pourcentage			Effectifs	Pourcentage
Oui	<b>11</b>	<b>61,1%</b>		<b>Oui</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>
Non	7	38,9%		Non	7	38,9%
TOTAL	18	100%		TOTAL	18	100%

On observe que la majorité des enfants a eu un sevrage à la naissance.

Toutes les mères dont l'enfant a eu un syndrome de manque, expriment de la culpabilité face au sevrage, comme le montre le tableau ci-dessous.

On retrouve dans ce tableau les réponses croisées aux questions concernant « le sevrage de l'enfant à la naissance » (en colonnes) et « la culpabilité maternelle par rapport au sevrage de leur enfant (en lignes). Les résultats sont donnés en effectifs.

	Oui	Non	TOTAL
Oui	11		11
Non		7	7
TOTAL	11	7	18

On constate qu'il y a une corrélation entre la culpabilité et le sevrage, puisque seules les mères dont les enfants ont été sevrés se sentent coupables.

Au contraire, on constate que l'absence de sevrage déculpabilise les mères par rapport à leur consommation de drogue pendant la grossesse.

#### Première interaction mère-enfant :

	Effectifs	Pourcentage
<b>Facile</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>
En 2 temps	4	22,2%
Difficile	3	16,7%
TOTAL	18	100%

La majorité des mères considère les premières relations avec leurs enfants comme faciles. Elles décrivent une relation qui est tout de suite très forte entre l'enfant et elles, où elles semblent décrire une communication et une compréhension quasi magiques et instinctuelles.

Ces résultats sont à nuancer lorsqu'on connaît les manifestations somatiques des enfants pendant le sevrage.

Dans la catégorie en « deux temps », il s'agit de femmes qui décrivent que le premier contact avec l'enfant n'a pas été tout de suite facile, mais qu'il leur a fallu un peu de temps pour que la relation mère-enfant s'instaure. Ce sont généralement des mères qui n'ont pas pu établir de contact corporel avec leur enfant dès sa naissance, mais pour qui l'interaction suivante (premier biberon, bébé mis à côté d'elles) a été positive et a permis d'enclencher le sentiment de maternalité.

La catégorie « première interaction difficile » concerne des femmes qui ont été séparées de leurs enfants à la naissance, car ces derniers ont dû être transférés dans un autre hôpital et hospitalisés assez longtemps (2/3). Dans l'autre cas, il s'agit d'une mère qui décrit un état dépressif, qui l'empêche de s'occuper de son bébé.

On avait fait l'hypothèse qu'il pouvait y avoir un lien entre la culpabilité par rapport au sevrage de l'enfant et la qualité de l'interaction mère-enfant, telle qu'elles l'évoquent.

Le tableau ci-dessous croise les réponses données aux questions concernant « la culpabilité par rapport au sevrage de l'enfant » (en colonnes) et « la qualité de la première interaction mère-enfant » (en lignes). Les résultats sont donnés en effectifs.

	Oui	Non	TOTAL
Facile	7	4	11
En 2 temps	2	2	4
Difficile	2	1	3
TOTAL	11	7	18

Ce que l'on constate, c'est que malgré la culpabilité ressentie par certaines mères par rapport au sevrage de leur enfant, les premières relations sont décrites comme faciles. On peut penser que cette description revêt un aspect défensif face à la culpabilité qu'elles ressentent.

Nous avons aussi fait l'hypothèse qu'il pouvait y avoir un lien entre la reconnaissance de la grossesse et les premières interactions.

Le tableau suivant permet le croisement des réponses données aux questions concernant « la reconnaissance de la grossesse » et « la qualité des premières interactions mère-enfant ». Les résultats sont donnés en effectifs.

	Le 1 <sup>er</sup> mois	Entre le 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> mois	Après le 3 <sup>ème</sup> mois	TOTAL
Facile	7	1	3	11
En 2 temps	2	1	1	4
Difficile	1	1	1	3
TOTAL	10	3	5	18

D'après les résultats, il s'avère qu'on ne note pas de corrélation significative entre ces deux variables. Une mère peut reconnaître sa grossesse tardivement et décrire ses premières relations comme faciles.

Présence du père à l'hôpital :

	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>15</b>	<b>83,3%</b>
Non	3	16,7%
TOTAL	18	100%

Dans une grande majorité, les pères se rendent à l'hôpital pour voir la mère et l'enfant. Seuls trois ne viendront pas ; dans deux cas, les circonstances les rendent indisponibles à cette période, et dans l'autre cas, la maternité n'a pas été annoncée au père. Dans deux situations, il s'agit de pères qui étaient déjà absents pendant la grossesse.

Soutien familial à l'hôpital :

	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>
Non	7	38,9%
TOTAL	18	100%

On retrouve la même situation que pendant la grossesse ; c'est-à-dire que ce sont les mêmes familles qui sont décrites comme apportant un soutien ou non pendant la grossesse et à la maternité. Il n'y a qu'une famille pour qui cela change : absente pendant la grossesse, elle est présente à la maternité.



## Le retour au domicile

### Présence du père au retour :

	Effectifs	Pourcentage
Oui	7	38,9%
<b>Occasionnelle</b>	<b>10</b>	<b>55,6%</b>
Non	1	5,6%
TOTAL	18	100%

La tendance s'est légèrement inversée entre la présence des pères pendant la grossesse et au retour de la maternité. Il y a actuellement plus de pères qui sont occasionnellement présents au domicile. Ce changement s'explique par le fait qu'un couple s'est séparé et les deux pères qui étaient absents en raison de circonstances particulières peuvent de nouveau être présents occasionnellement.

Bien que la majeure partie des hommes n'est présent qu'occasionnellement, on constate un changement, parmi les hommes qui étaient présents de temps en temps pendant la grossesse, six formaient un couple sans vivre sous le même toit (6/7) ; or à présent, il n'en reste plus qu'un sur ces six, les cinq autres couples s'étant séparés. Mais dans tous ces cas, les pères continuent à voir leur enfant et les mères expliquent qu'ils ont un rôle important à jouer auprès de l'enfant et qu'à ce titre elles ne les empêcheraient pas de le voir.

### Ressenti du retour à domicile :

	Effectifs	Pourcentage
Facile	7	38,9%
<b>Difficile</b>	<b>11</b>	<b>61,1%</b>
TOTAL	18	100%

Le retour à domicile est plutôt vécu difficilement. Quelques-unes évoquent la crainte éprouvée de quitter l'hôpital où elles ont bénéficié pour la plupart d'un bon accompagnement et soutien de la part du personnel médical. Le retour chez elles est vécu avec appréhension, surtout en ce qui concerne le niveau organisationnel.

### Aide au retour :

	Effectifs	Pourcentage
Oui	9	50%
Non	9	50%
TOTAL	18	100%

Parmi les mères qui bénéficient d'aide extérieure au retour, quatre sont aidées par leur mère, les autres le sont par des organismes sociaux ou médico-sociaux.

Inquiétude maternelle au retour :

	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>13</b>	<b>72,2%</b>
Non	5	27,8%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

On constate que les mères sont majoritairement inquiètes lors du retour à leur domicile. Leurs inquiétudes portent essentiellement sur leurs compétences maternelles.

Le tableau ci-dessous permet de croiser les réponses données aux questions concernant « le fait d'avoir d'autres enfants » (en colonnes) et « les inquiétudes maternelles au retour au domicile » (en lignes). Les résultats sont donnés en effectifs.

	Oui	Non	TOTAL
Oui	7	6	13
Non	2	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>18</b>

On avait fait l'hypothèse que les femmes déjà mères se montreraient moins inquiètes, or le tri croisé nous indique qu'il n'y a pas de lien entre l'inquiétude maternelle et l'expérience d'une maternité antérieure.

**Description de l'enfant**

À la naissance :

	Effectifs	Pourcentage
Calme, cool, serein	7	41,2%
Gentil, agréable, souriant, super	6	35,3%
Eveillé, intéressant	5	29,4%
Nerveux	4	23,5%
Actif, tonique, dynamique	3	17,6%
Attentif	2	11,8%
Curieux	2	11,8%
Impatient	2	11,8%
Affectueux	1	5,9%
Besoin d'être rassuré	1	5,9%
Capricieux	1	5,9%

Demande beaucoup d'attention	1	5,9%
Difficile	1	5,9%
Habile	1	5,9%
Indépendant	1	5,9%
Intrépide	1	5,9%
Méfiant avec les gens	1	5,9%
N'aime pas être contrarié	1	5,9%
Normal	1	5,9%
Ouvert	1	5,9%
Peureux	1	5,9%
Replié sur lui-même	1	5,9%
Sage	1	5,9%

La description qu'elles font de leur enfant est assez normative.

Ce sont des enfants qui étaient principalement calmes, agréables et éveillés à la naissance, ce qui une fois de plus semble être en contradiction avec les symptômes de manque que les enfants sevrés ont pu avoir à la maternité.

Maintenant :

	Effectifs	Pourcentage
Nerveux, agité, impulsif	8	47%
Actif, tonique, dynamique, énergique, vivace	6	35,3%
Eveillé, intéressant, intelligent	6	35,3%
Gentil, agréable, souriant, super, mignon, gai	6	35,3%
Calme, cool, serein	5	29,4%
Affectueux, câlin	3	17,6%
Attentif, attentionné	3	17,6%
Curieux	3	17,6%
Impatient	3	17,6%
À son petit caractère, sale caractère	2	11,8%
Autonome, indépendant	2	11,8%
N'aime pas être contrarié, fait des crises	2	11,8%
Un peu sauvage	2	11,8%
Anormalement attaché	1	5,9%
Besoin d'être rassuré	1	5,9%
Capricieux	1	5,9%
Demande beaucoup d'attention	1	5,9%
Difficile	1	5,9%
Intrépide	1	5,9%
Peureux	1	5,9%
Râle un peu	1	5,9%
Sage	1	5,9%
Timide	1	5,9%

On constate que la description de l'enfant a changé avec l'âge. Ce qui les caractérise majoritairement c'est leur côté nerveux et agité, qui apparaît ou s'accroît lorsque l'enfant grandit. Par ailleurs ils sont décrits comme étant dans l'ensemble gentils et éveillés.

On peut observer aussi que certaines mères décrivent leur enfant comme ayant un « petit caractère », « n'aimant pas être contrarié » et « un peu sauvage » avec un besoin d'être « rassuré », ce qui donne l'impression d'une relation établie sur un mode d'insécurité, où la question de la séparation ne semble pas être facile.

### 5.1.2. CONCLUSION

La majorité des femmes rencontrées a débuté sa toxicomanie à la période des remaniements psychiques de l'adolescence entre 15 et 20 ans.

La cellule familiale est décrite comme complexe, voire conflictuelle : couples parentaux séparés, violences intra-familiales ainsi que la notion de troubles psychiques ou psychiatriques chez certains membres de la famille.

Malgré des difficultés relationnelles certaines avec leur environnement familial, les liens sont le plus souvent maintenus, et la plupart des femmes bénéficie pendant leur grossesse et après, d'un soutien de leur famille, sans que l'on puisse pour autant en apprécier la qualité et la permanence.

En ce qui concerne la grossesse, on constate que comme dans la population générale, elle est le plus souvent reconnue dans les premiers mois, et la réaction à son annonce est majoritairement positive.

Par la suite, le vécu de la grossesse est difficile et elles décrivent dans leur grande majorité un état de mal être, caractérisé par des angoisses et des états dépressifs liés à la grossesse, à leur conduite toxicomaniaque, ou encore à leur situation familiale.

La grossesse et les bouleversements qui l'accompagnent, amorcent un désir de changement, notamment par rapport à leur consommation, ce qui les conduit dans la majorité des cas à entamer une démarche de soin.

Ainsi, les femmes de notre population consommaient majoritairement avant leur grossesse soit de la drogue, soit des produits de substitution. Et dans les trois quarts des cas la grossesse a induit le désir de changement ou le changement de leur consommation.

Mais c'est à la naissance de l'enfant que les changements dans leur consommation sont plus significatifs, avec la mise en place d'un traitement de substitution pour la majorité d'entre elles.

La naissance de l'enfant et son sevrage, relativement fréquent, entraînent un profond sentiment de culpabilité liée à l'usage de drogue pendant la grossesse, même si elles réalisent souvent dans l'après-coup les risques encourus par le fœtus pendant cette période.

Malgré les manifestations somatiques des enfants en syndrome de manque et les difficultés que cela peut entraîner dans la mise en place de contacts entre la mère et son enfant, la majorité des femmes considère la première relation avec leur enfant comme facile, sur un mode un peu défensif en rapport avec leur culpabilité.

Ceci est d'ailleurs confirmé par les difficultés et les craintes qu'elles évoquent au retour dans leur domicile, qu'elles vivent difficilement et avec beaucoup d'appréhension notamment par rapport à leur compétence maternelle. Et malgré ces craintes, lorsqu'elles évoquent les thèmes de l'alimentation, le sommeil, la description et la relation à l'enfant, ces difficultés sont rarement évoquées.

Lorsque l'enfant grandit, on a pu constater, alors qu'une partie importante de l'entretien porte sur leurs rapports avec l'enfant et sa description, qu'elles ont du mal à décrire leur enfant et la relation avec lui. Cette difficulté d'élaboration nous interroge sur la place qu'occupe l'enfant dans la relation, mais aussi sur leur difficulté de mentalisation.

Dans le cadre de cette recherche, il est difficile d'appréhender exactement la place accordée à l'enfant. Nous avons pu constater lors des entretiens que dans leur discours elles accordaient une place importante à la drogue et plus précisément au rapport au produit ; et qu'au contraire, elles avaient plus de difficultés à parler de leur enfant et la relation avec ce dernier.

Il serait donc intéressant de soutenir ces femmes dans leur processus de maternalité pendant et après la grossesse, et les accompagner davantage dans leur relation à l'enfant.

## 5.2. LES QUESTIONNAIRES

Les enfants sont au nombre de dix-huit, ils vivent avec leur mère, et sont âgés de 1 mois à 2 ans et demi.

### 5.2.1. ANALYSES DES RÉSULTATS

Le domaine de l'alimentation a été exploré lors du questionnaire avec les questions suivantes :

**Votre enfant a-t-il bon appétit ?**  
**Votre enfant mange-t-il à heure régulière ?**  
**Qui lui donne généralement à manger ?**  
**Les repas avec votre enfant sont-ils des moments (agréables, difficiles, ni l'un ni l'autre) ?**  
**Vous arrive-t-il de lui donner à manger en dehors des repas ?**

L'alimentation de l'enfant est vécu sans difficulté par les mères. En grande majorité, les enfants sont décrits comme ayant un bon appétit (17/18), et mangent à heure régulière dans leur grande majorité (16/18).

Pour la moitié d'entre elles, il peut arriver qu'elles leur donnent à manger en dehors des repas. Pour celles à qui cela arrive « quelquefois » (5/9), cela correspond soit au moment du repas parental, soit à un autre moment de la journée à la demande de l'enfant. Pour celles qui répondent « souvent » (4/9), cela peut être à la demande de l'enfant mais c'est davantage utilisé dans des circonstances de « pleurs », « récompense » ou de « distraction ».

Si ces deux groupes de mères se caractérisent par le fait de donner à manger à leurs enfants en dehors des repas, outre la fréquence, c'est la dynamique et le sens de cette action qui les différencient. En effet, dans le premier groupe, la dynamique se fait de l'enfant vers la mère, à qui il demande quelque chose à manger, et celle-ci donne du sens à sa requête en lui donnant quelque chose à grignoter. Dans le deuxième groupe, le fait de donner à manger à l'enfant ne répond pas une demande

de ce dernier, et non plus à une fonction de sustentation ; mais est au contraire utilisé par la mère comme une solution lorsqu'elle ne trouve plus de réponses ou de comportements adaptés à la problématique de la situation (exemple : lorsque l'enfant pleure).

Dans la majeure partie des cas, ce sont elles qui leur donnent à manger (14/18), avec dans trois cas la possibilité que ce soit le père qui le fasse, et dans un cas l'enfant mange seul.

Les repas sont décrits comme étant des « moments agréables » (15/18), seules trois mères n'y trouvent pas un réel plaisir. Pour deux mères, il s'agit de moments qui ne sont « ni agréables ni difficiles » ; l'une d'elles explique cela par le fait qu'elle est anorexique, pour l'autre, on constate que cette mère a répondu par ailleurs que son enfant mange seul et qu'il n'a pas bon appétit, ce qui peut expliquer en partie la réponse à cet item. Et dans un cas, c'est un « moment difficile », ce qui peut en partie s'expliquer par le fait que cette mère a des jumeaux.

Les réponses au questionnaire mettent en évidence un souci d'adaptation à des normes alimentaires basées sur la régularité, au moins dans le discours.

L'ensemble donne une impression de « neutralité », aucun fait saillant, et notamment aucune difficulté n'étant mis en évidence, seules trois mères font état de difficultés lors des repas de l'enfant.

En ce qui concerne le sommeil, les mères ont répondu aux questions suivantes :

<p><b>Votre enfant dort-il bien ?</b></p> <p><b>Couchez-vous toujours votre enfant (à la même heure, plus ou moins à la même heure, rarement à la même heure) ?</b></p> <p><b>Dort-il (dans sa chambre, dans votre chambre, dans son lit) ?</b></p> <p><b>Quand vous mettez votre enfant au lit le soir, a-t-il de la peine à s'endormir ?</b></p> <p><b>Utilisez-vous un « rituel » au moment du coucher ?</b></p> <p><b>Est-ce qu'il se réveille la nuit ?</b></p>
--

Le sommeil des enfants ne pose pas de problème, ils sont décrits comme ayant un bon sommeil (16/18), dans un cas la réponse est mitigée et dans un autre cas,

l'enfant est décrit comme ne dormant pas bien. Cette dernière situation correspond d'ailleurs à l'enfant qui n'a pas bon appétit.

En ce qui concerne l'heure du coucher dans la majeure partie des cas, elle a lieu « plus ou moins à la même heure » (12/18) et « rarement à la même heure » (1/18), ce qui correspond aux réponses des mères qui ont des enfants entre 1 et 14 mois. Dans un cas, où l'heure du coucher est rarement la même, il s'agit d'un enfant plus âgé, celui cité ci-dessus, qui ne dort pas bien.

Les cinq mères qui couchent leur enfant « toujours à la même heure » sont celles dont les enfants ont entre 16 et 32 mois, donc les plus âgés du groupe.

La moitié des mères précise que leur enfant a parfois du mal à s'endormir (dans 7 cas il s'agit de « quelquefois » et dans 2 cas « souvent »), et la majorité des enfants a quelquefois des réveils nocturnes. La majeure partie des mères utilise d'ailleurs un rituel au coucher (13/18), il s'agit le plus souvent de berceuses et de câlins.

Les enfants dorment en majorité dans la chambre de leurs mères, certains ne dorment que dans la chambre maternelle (12/18), et d'autres dans la chambre maternelle et la leur (3/18). Parmi les enfants qui dorment dans la chambre de leur mère, cinq dorment dans le même lit maternel et sept dans leur propre lit. Ce constat peut trouver une explication dans certains cas dans la taille du logement, mais n'est pas dépendant de l'âge de l'enfant. Sur la population totale, seuls trois enfants dorment dans leur chambre.

Si là encore le sommeil des enfants est décrit comme « bon », on constate néanmoins des difficultés d'endormissement pour la moitié d'entre eux.

Au demeurant, les conditions d'habitation (logements exigus) et les habitudes familiales font que seuls trois enfants dorment dans une chambre individuelle, donc relativement à l'abri de facteurs pouvant perturber le sommeil.



Pour le domaine de la santé, les questions suivantes ont été posées aux mères :

**Votre enfant est-il malade ?**

**Est-ce que votre enfant a été hospitalisé ces derniers mois ?**

**Au cours des derniers mois, avez-vous consulté pour votre enfant un médecin pour les raisons suivantes :**

**Quand votre enfant est malade, êtes-vous plutôt (souvent inquiète, parfois inquiète, rarement inquiète)**

Les enfants sont décrits par leurs mères comme étant « rarement malade » en majorité (12/18), cinq sont « parfois malade » et un « souvent malade ». Dans ces deux dernières catégories on constate qu'il s'agit des enfants âgés de 11 à 32 mois donc les plus âgés.

Les consultations médicales sont en majeure partie liées aux « visites de contrôle » (11/18) ou à des « maladies bénignes » (7/18). Mais on se rend compte aussi que plusieurs enfants sont concernés par des maladies somatiques telles que les problèmes « d'allergie » (4/18), de « sommeil » (2/18) et de « digestion » (1/18) ; et que ce phénomène croît en fonction de l'âge des enfants.

En ce qui concerne l'hospitalisation des enfants ces derniers mois, cela ne concerne que trois enfants, ce qui correspond à l'hospitalisation de l'enfant à la naissance (dans deux cas pour le sevrage de l'enfant et dans un cas pour une hernie). Ce qui signifie qu'une partie des mères concernées par le sevrage de leurs enfants à la naissance n'a pas fait le rapprochement avec cette question.

Les mères sont généralement « souvent inquiètes » lorsque leur enfant est malade (8/18), les autres étant « quelquefois inquiètes » (7/18) et le restant « rarement inquiètes ». Et les deux mères qui décrivaient leur enfant , pour l'une comme « ne dormant pas bien », pour l'autre comme « se réveillant souvent la nuit », précisent dans leurs réponses au questionnaire avoir consulté un médecin pour les problèmes de sommeil de leurs enfants.

Un tiers des enfants sont décrits comme présentant des problèmes de santé assez banals : troubles du sommeil, troubles digestifs ou manifestations allergiques. L'hospitalisation de l'enfant lors de la naissance pour un traitement du syndrome de manque n'est qu'exceptionnellement évoquée.

En ce qui concerne la relation avec leurs enfants, les questions suivantes ont été posées aux mères :

**Où est-il pendant la journée ?**  
**Est-ce que le contact avec votre enfant est plutôt (toujours facile, parfois facile, rarement facile) ?**  
**Est-ce que votre enfant s'amuse tout seul ? Et avec vous ?**

Dans la majorité des situations, l'enfant passe la journée à la maison (16/18), parmi eux un enfant va parfois à la crèche et un autre à la halte garderie. Seul un enfant passe la journée à la crèche (1/18). La réponse manquante correspond à une mère qui n'a pas répondu à cet item. Les enfants qui passent la journée à la maison, sont le plus souvent avec leur mère (12/16), ou avec leurs deux parents (4/16). Avec dans deux cas la possibilité que l'enfant soit gardé par une tante ou un oncle.

La relation mère-enfant est pour la moitié d'entre elles « toujours facile », pour les autres c'est un peu plus mitigé (7/18), voire « rarement facile » (2/18).

Lorsque l'on fait référence au jeu, on constate que la majorité des mères joue « parfois » avec leur enfant (10/18), seules deux mères jouent rarement avec leurs enfants. Pour l'une d'entre elles, cela peut s'expliquer par l'âge de l'enfant, qui a 1 mois et 15 jours, donc la notion de jeu n'est pas encore primordiale.

Les enfants jouent « parfois » seuls (14/18). Dans un cas l'enfant est décrit par sa mère comme jouant toujours seul ; mais cette même mère témoigne « toujours » jouer avec son enfant. Deux enfants sont décrits comme jouant « rarement » seul, et leurs mères répondent jouer « rarement » avec eux ; ceci peut s'expliquer car dans un cas, il s'agit d'un nouveau né et dans le second d'un enfant entouré par une fratrie.

On constate d'ailleurs que plus les enfants sont âgés et moins les mères jouent avec eux, en effet on retrouve une majorité de mères qui ne joue que « parfois » avec leurs enfants.

La quasi totalité des enfants passe la journée au domicile parental, situation qui n'est pas uniquement liée à la pénurie de place en crèches. La question du jeu avec l'enfant semble problématique, moins codée socialement que celles relevant de l'alimentation ou du sommeil : les mères ont des réponses plus ambiguës, moins normatives, mettant en évidence pour la moitié d'entre elles une difficulté à jouer.

En ce qui concerne les relations familiales, les questions suivantes ont été posées aux mères :

**Qu'a modifié la venue de votre enfant dans votre vie ?**

**Est-ce que la naissance de votre enfant a modifié les relations avec votre famille ?**

**Est-ce que vous vous sentez entourée par votre famille ?**

**Est-ce que vous avez des amis qui vous entourent ?**

Pour toutes ces mères, la naissance de leur enfant a modifié leur vie. Toutes évoquent un changement total dans leur façon de penser et de voir la vie. Elles expliquent que la naissance de leur enfant a donné une nouvelle tournure à leur vie, leur faisant prendre conscience de leurs nouvelles responsabilités, de l'importance de s'occuper de quelqu'un d'autre et d'avoir une vie stable.

Certaines évoquent avec cette naissance, le début d'un changement par rapport à l'usage de produit et le début d'un sevrage.

Pour plus de la moitié des mères interrogées (10/18), la naissance de l'enfant a modifié les relations avec la famille, dans le sens d'un rapprochement familial.

Les autres mères n'évoquent pas de changement particulier dans la relation, mais se sentent entourées par leur famille.

La majeure partie des mères souligne la présence autour d'elles de leur famille (14/18), qui a pu être à un moment ou un autre un point d'étayage. Seules quatre mères semblent ne plus avoir de lien avec leur famille et où par conséquent, la naissance n'a pas eu de changement sur les relations.

En ce qui concerne la présence dans l'entourage d'amis, la majorité des mères en a (10/18). Sur celles qui n'en ont pas (8/18), trois d'entre elles n'ont pas non plus d'entourage familial, donc sont assez isolées.

De façon assez consensuelle, l'arrivée d'un enfant met en évidence la nécessité d'une vie stable et la prise de conscience des responsabilités.

Pour la moitié de ces mères, il y a eu rapprochement avec la famille.

Il faut noter la faiblesse de l'entourage amical, près de la moitié en étant démunie.

### Les profils :

Globalement la description des enfants faite par les mères présente un tableau assez homogène. Ce sont des enfants sans difficulté particulière : ils mangent et dorment bien, et sont en bonne santé.

La description que les mères ont faite de leur enfant fait émerger un profil commun. En effet pour la majorité des mères leur enfant est actif et gai (16/18), réceptif (14/18), affectueux (13/18), sociable (12/18) et confiant (9/18).

Les autres traits de caractère que l'on retrouve sans qu'ils soient majoritaires, sont le côté accroché et entreprenant des enfants (7/18), soucieux et dépendant (5/18), et coléreux et agité (4/18). Ceci montre que certaines mères arrivent à exprimer un certain recul lors de cet exercice de description. Néanmoins on constate que les descriptifs peu ou pas valorisant ne sont pas utilisés.

Dans l'ensemble, elles sont satisfaites dans leur rôle de mère (12/18) et se sentent disponible (13/18), affectueuse (12/18) et mère-poule (9/18). Là encore, les qualificatifs négatifs ne sont quasiment pas utilisés.

Pour décrire leur propre mère, on retrouve un profil commun qui serait une mère patiente (11/18), affectueuse (9/18) et satisfaite dans son rôle de mère (9/18), mais le consensus est moins prégnant que pour celui concernant les enfants. Le profil général est plus disparate et se caractérise par l'utilisation de tous les termes, mêmes négatifs.

### 5.2.2. CONCLUSION

Face à ce tableau plutôt positif, en tout cas similaire à celui que l'on pourrait trouver dans la population générale, un certain nombre de questions doivent être posées.

En effet, est-il possible pour une mère toxicomane de s'interroger sur le développement de son enfant et les questions inhérentes à toute tâche éducative.

Il nous semble que les difficultés, y compris banales (endormissement plus ou moins facile, troubles de l'alimentation) sont minimisées ou passées sous silence.

Le questionnement devant un tiers ferait-il émerger une angoisse trop forte, une culpabilité insupportable ?

La crainte du regard social sur ces maternités interdirait-elle à ces femmes de formuler leurs interrogations ou leurs inquiétudes face au comportement d'un enfant ?

Mais il ne faut pas négliger l'effet de l'outil lui-même. En effet, le questionnaire, de manière générale, tend à réduire les différences, à simplifier les réponses et de ce fait, à induire un certain conformisme.

De plus, construit pour être soumis à une population plus étendue, le questionnaire perd ici de sa pertinence compte tenu de l'échantillon et de la disparité de celui-ci (âge des enfants, existence d'une fratrie, situation familiale des mères,...).

### 5.3. LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT : TEST DU BRUNET-LEZINE

Le test du Brunet-Lézine révisé nous permet de calculer l'âge de développement et le quotient de développement de chaque enfant. Les résultats obtenus nous permettent de le situer par rapport à sa classe d'âge dans tous les secteurs explorés : postural, coordination oculo-manuelle, langage et social ; mais aussi de manière globale.

L'âge réel et l'âge de développement sont exprimés en mois. Les âges de développement par secteur ont été arrondis au mois (quinze premiers jours) ou au mois supérieur (quinze derniers jours).

#### 5.3.1. ANALYSE DES RÉSULTATS

On constate que les enfants testés obtiennent un âge de développement global et un quotient de développement global qui les situent dans la moyenne des enfants de leurs âges, voir au dessus pour certains.

Pour chaque secteur étudié, on note une homogénéité des résultats, avec de très bons résultats dans le domaine postural.

Seuls quatre enfants âgés de 11 à 17 mois présentent un léger retard au niveau des acquisitions de la coordination fine et du langage, mais ces résultats ne sont pas significatifs.

Ceci vient confirmer l'observation clinique qui montre que bien souvent ce sont des enfants qui ont un bon développement moteur au détriment du langage et de la communication.

Plusieurs éléments pourraient expliquer ce léger retard :

Les mères décrivent des jeux et une relation autour des jeux, qui se font plus sur un axe « moteur », ce qui peut expliquer que certains enfants aient plus de difficultés avec des jeux faisant plus appel à la préhension fine et à l'attention ;

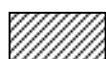
Les interactions mère-enfant se font plus sur un mode de « corps à corps », de contact, au détriment des échanges verbaux ;

D'autre part la pauvreté de l'environnement social peut aussi dans certains cas expliquer cette différence entre le secteur de la motricité et celui du langage.

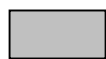
Dans l'ensemble, on constate donc chez ces enfants un développement harmonieux, tant au niveau comportemental (dans la relation à une personne étrangère en situation de test) que développemental, ce qui ne les distingue pas des enfants du même âge de la population d'étalonnage.

Tableau : Les quotients de développement de chaque enfant au niveau global et par épreuves

	Age réel	Quotient de développement				
		Global	Postural	Coordination	Langage	Social
Enfant 1	1 mois et 15 jours					
Enfant 2	1 mois et 16 jours					
Enfant 3	4 mois et 3 jours	95	98	85	98	106
Enfant 4	4 mois et 13 jours	110	113	108	113	113
Enfant 5	6 mois et 6 jours	84	91	75	89	81
Enfant 6	5 mois et 21 jours (âge corrigé)	104	99	96	123	114
Enfant 7	7 mois et 26 jours	102	114	92	102	102
Enfant 8	9 mois et 17 jours	115	118	120	104	104
Enfant 9	11 mois et 12 jours	98	99	96	96	105
Enfant 10	11 mois et 13 jours	93	105	87	87	87
Enfant 11	13 mois et 12 jours	104	104	104	104	104
Enfant 12	14 mois et 28 jours	90	94	88	87	94
Enfant 13	16 mois et 7 jours	87	86	83	86	108
Enfant 14	17 mois et 9 jours	98	98	104	93	98
Enfant 15	25 mois et 18 jours	105	105	102	109	105
Enfant 16	28 mois et 13 jours					
Enfant 17	29 mois et 17 jours	101	101	101	101	101
Enfant 18	32 mois et 20 jours	92	92	92	92	92



Comportement d'opposition de la part de l'enfant qui nous a contraint à arrêter la passation



Enfant trop jeune pour être testé

### 5.3.3. CONCLUSION

De manière générale, on constate que la majorité des enfants s'est bien adaptée aux différentes tâches proposées. Dans l'ensemble, on n'observe pas de décalage entre leurs résultats et ceux d'enfants du même âge, quel que soit le domaine exploré.

En ce qui concerne les résultats dans les domaines du langage et de la socialisation, il faut savoir que les items de ces deux secteurs, lorsqu'ils concernent des enfants en bas âge, s'appuient sur les descriptions faites par la mère, et non pas sur une observation directe. Il peut donc exister dans les réponses de mères une part de subjectivité.

On constate d'autre part que les enfants de notre population âgés de 11 à 17 mois ont des résultats plus mitigés. Ceci peut s'expliquer par le fait que ce test est plus discriminant dans cette tranche d'âge, notamment dans la sphère du langage. On observe un léger retard au niveau de la coordination oculo-manuelle, lié à un manque de contrôle du geste et de la préhension fine, et au niveau du langage.

L'intérêt de cette évaluation, nous a permis de montrer que les enfants de notre population ne présentaient pas de difficultés particulières dans leur développement, tel qu'il est défini par le Brunet-Lézine.

Ces résultats vont à l'encontre d'autres études qui tendaient à montrer que les enfants de mères toxicomanes accusaient un retard dans certains secteurs de leur développement, comme le langage ou la socialisation.

Quelles explications pouvons-nous apporter ? Elles sont de divers ordres :

D'une part, les tests utilisés ne sont pas les mêmes et ne mesurent peut-être pas les mêmes dimensions ;

D'autre part, et ceci nous paraît important, les mères des enfants observés sont suivies pour plusieurs d'entre elles depuis plus d'un an au Centre Horizons et que le soutien qu'elles trouvent auprès de l'équipe soignante leur sert d'étayage et par là même aide leur enfant à se développer de manière harmonieuse. Il faut aussi préciser, que les dyades que nous avons rencontrées ne sont sans doute pas, comme nous l'avons déjà souligné représentatives de la totalité de la population toxicomane ;



D'autre part, le test du Brunet-Lézine, comme il s'applique aux enfants de 2 à 30 mois, nous a permis de n'utiliser qu'un seul test pour l'ensemble de notre population et d'éviter ainsi un biais lié à l'utilisation d'outils d'évaluation différents. Mais en revanche, pour les plus jeunes et les plus âgés du groupe, les items ne sont suffisamment fins et discriminants ;

Enfin, s'il est vrai que ces enfants se développent actuellement de manière tout à fait satisfaisante, nos résultats ne nous permettent pas de présager de l'avenir. Ce sont des enfants encore jeunes, qui commencent seulement leur processus d'autonomisation, et qui ne sont pas encore pour la plupart d'entre eux, dans un univers relationnel élargi.

Toutefois, les aptitudes actuelles sont des acquis à ne pas négliger et il nous paraît essentiel de permettre à ces enfants de poursuivre dans les meilleures conditions leur développement et ce en soutenant les mères dans leur parentalité.

---

## ANALYSE CLINIQUE

---

La plupart des femmes (14/18) rencontrées date le début de leur toxicomanie à la période adolescente, avant l'âge de 20 ans. Cette période avec ses transformations physiques et psychiques nécessite de la part du sujet tout un travail de réorganisation et de restructuration<sup>1</sup>, mais aussi de la part de sa famille, et notamment des parents. Le processus de l'adolescence permet l'acceptation d'un corps sexué féminin ou masculin, l'acquisition d'une identité stable, dont l'identité sexuelle fait partie. L'adolescence engage un mouvement de séparation/individuation d'avec le milieu familial, débuté dès l'enfance mais réinterrogé à cette période, parfois avec violence.

Comme l'ont développé de certains auteurs<sup>2</sup>, il semblerait que la toxicomanie vienne court-circuiter ce travail d'élaboration psychique face à un corps devenu sexuellement adulte. On pourrait aussi dire<sup>3</sup> que la toxicomanie peut apparaître comme un mode de réponse qui viendrait à la fois soulager la tension et permettre la fixation à un stade pré-pubertaire. Pour fuir les pressions pulsionnelles vécues comme angoissantes, voire mortifères ou mortelles, l'usage de la drogue va faciliter la mise à distance de ce corps pulsionnel et sa maîtrise. C'est d'une certaine façon « éviter les contraintes de la réalité dans l'espoir d'un futur meilleur ».

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la place et le sens que vont prendre le désir de grossesse et la maternité.

On peut dans une certaine mesure faire une analogie entre la grossesse et l'adolescence. Dans un cas comme dans l'autre, la jeune fille ou la femme est soumise à un bouleversement physique et psychique qui va conduire à un changement d'état définitif. La période de la grossesse, quel que soit le sentiment de joie et de complétude qui l'accompagne, implique un réaménagement psychologique important pour cette femme qui doit faire place en elle pour un autre, physiquement et psychiquement.

---

<sup>1</sup> Cf Jeammet et Gutton

<sup>2</sup> cf Sylvie Le Poulichet

<sup>3</sup> cf Joyce Mac Dougall : Le théâtre du je

De plus, inéluctablement, la grossesse a un terme, généralement connu, l'accouchement et la naissance de l'enfant. Cet événement est somme toute brutal, sinon dans la forme du moins dans son instantanéité et oblige la femme, après avoir fait le travail d'abriter un autre en elle, à faire un travail pour accepter cette séparation et reconnaître cet autre désormais séparé d'elle à tout jamais.

### **La période de la grossesse**

La majorité des mères dit avoir eu connaissance assez tôt de leur état, et ce malgré l'aménorrhée liée à la consommation chronique d'opiacés. Nos entretiens mettent en évidence que le plus souvent la découverte de la grossesse n'est pas une surprise pour la mère et il apparaît dans la majeure partie des cas qu'il y avait un désir de grossesse plus ou moins exprimé, comme le confirme l'article du Dr L. Gibier. Cet enfant est donc plus ou moins attendu, même s'il n'arrive pas toujours "au bon moment". Les conflits ou la mésentente avec le compagnon, la galère rendent cette grossesse problématique mais peu nombreuses sont celles qui ont pensé à l'IVG, en tout cas aucune avant la fin du délai légal en France.

Toutefois si nombre d'entre elles indiquent que l'enfant faisait partie d'un projet de vie, plus ou moins clairement exprimé, l'analyse des entretiens met en évidence deux aspects, qui sont liés et qui auront des effets sur la place de l'enfant. Pour l'ensemble des femmes rencontrées, la grossesse est l'occasion de questionner la toxicomanie et elle apparaît souvent comme facteur de changement : "je voulais changer ma vie, j'avais besoin d'une cellule familiale (...) avoir un enfant c'est peut-être ça qui allait me sauver" (mère 2).

Cet espoir de changement semble toutefois se faire sur un mode de pensée magique. La maternité est décrite comme un moteur puissant, susceptible de résoudre les difficultés à être. Ce changement est tout d'abord vécu sur un plan personnel, comme un élément qui permettrait de se revitaliser : "je me suis dit...le fait que moi j'avais plus vraiment goût à la vie, puisque je déconnais quoi, tandis qu'avec un enfant, ça sera mon but, et je pourrais progresser plus facilement, ça serait ma force" (mère 2).

L'enfant, pendant la grossesse, est souvent décrit comme le soutien qui viendra déplacer le centre des préoccupations, comme ce qui pourrait combler un manque à être, réparer un sentiment de déréliction : "il sera mon confident, je ne serais plus jamais toute seule" (mère 5) ; "non, non, Etienne, il m'a remis sur le droit chemin" (mère 10) ; "(mon enfant) m'a aidée à trouver les ressources, je n'étais plus toute seule" (mère 7) ; "on n'a plus le combat avec la mort, si tu veux...c'est ce qui me rassure" (mère 13).

Au demeurant, l'évocation de la grossesse reste difficile pour la plupart d'entre elles, même lorsque la naissance est relativement récente, moins de 6 mois. Ce qui est remémoré en premier lieu est la consommation de drogue ou de médicaments lors de l'annonce de la grossesse, souvent relié au risque de placement de l'enfant et au regard réprobateur prêté aux services sociaux et médicaux : "on allait me la prendre ou bien ...je sais pas, on allait me l'enlever. J'avais peur donc j'ai pas fait suivre ma grossesse" (mère 4) ; "l'assistante sociale de la rue, la seule chose qu'elle m'a dit, c'est de prendre le gosse et de le mettre à la DDASS" (mère 3) ; "j'ai l'impression qu'en tant que toxico, on ne nous donne pas le droit de nous reproduire...on fait, peur (...) ils s'aperçoivent pas que la grossesse quelque part, ça peut être le début pour résoudre ses problèmes" (mère 13) ; "j'avais pas été à l'hôpital parce que j'avais peur par rapport à mes marques, tout ça, quoi" (mère 16).

La toxicomanie reste donc, à l'exception de deux d'entre elles, au centre de leurs préoccupations en début de grossesse et elles s'expriment longuement à ce sujet. Si un tiers des femmes ont maintenu, diminué ou arrêté le traitement de substitution préalable, sans consommation illicite par ailleurs, les deux tiers restant ont continué, voire augmenté ou repris une consommation de drogues illicites, même si certaines ont pu bénéficier d'un traitement de substitution en fin de grossesse.

La grossesse et la toxicomanie confrontent ces femmes à un conflit interne difficile à résoudre, qui vient d'une certaine façon paralyser la pensée, rendant impossible la rêverie maternelle autour de l'enfant à venir : "et plus j'essayais d'arrêter, et plus je paniquais, et j'arrivais pas à arrêter" (mère 16) ; "alors, c'étaient des prises...c'était pas continu parce que je prenais de l'héro, mais en même temps je savais que j'étais enceinte, donc je culpabilisais sans arrêt" (mère 17) ; "je voulais essayer mais au fil des jours...j'étais dépassée par cette nouvelle alors au lieu (...)

d'expliquer mon problème (...) c'est tout le contraire, je me renferme sur moi-même ! c'était la descente aux enfers" (mère 14).

Les modifications corporelles sont peu évoquées. Une seule femme parle de seins gonflés et douloureux en début de grossesse, ce qui lui fait penser qu'elle était enceinte. Le "gros ventre" est peu évoqué et plutôt de façon extérieure "quand le ventre est sorti" . Aucune n'évoque la prise de poids, tout au plus certaines notent-elles qu'elle a été faible, voire même négative : "je sentais même pas que j'étais enceinte, quoi ! Je courais dans les rues comme si j'avais rien. Je me sentais légère par contre" (mère 3). Seule une jeune femme parle des mouvements du bébé in utero : "on a caressé mon ventre, en même temps on caressait l'enfant, il bougeait, il répondait à ma main, à la main de mon compagnon, mais il réagissait pas pareil, c'était sympa" (mère1).

Pour beaucoup d'entre elles, l'enfant reste une réalité abstraite jusqu'à l'accouchement : "sinon j'étais enceinte, mais en fait...l'enfant, on ne le voit pas " (mère 6). Peu de femmes expriment un vécu persécutif par rapport à cet enfant : "je savais que c'était mon bébé mais je ne l'aimais pas dans le ventre, je n'avais vraiment aucune attirance" (mère 12) ; "ah oui, je croyais même que pour moi j'allais avoir un chien...jusqu'au bout de toute façon, je n'y ai pas cru" (mère 15).

Il nous faut remarquer que l'envie d'avoir un enfant est plus clairement exprimée par les femmes ayant déjà des aînés, qui soulignent à quel point leur dernière grossesse est différente. Pour le ou les premier(s), elles se décrivent comme trop jeunes pour prendre une décision et assumer un enfant qui de fait est souvent placé en institution ou chez les grands parents maternels ou paternels : "pour l'aîné, j'ai rien compris, c'est passé à une vitesse, en plus franchement j'ai rien vu...c'est mon fils, mais bon, je ne suis pas sa maman, je suis sa mère mais pas sa maman" (mère 1) ; "ça m'a fait tout le contraire d'avec son frère, ça c'est bien passé aussi, mais je l'ai pas ressenti de la même façon, j'étais plus jeune, c'est pas pareil, là on a eu un bon contact tout de suite" (mère10) ; "donc l'avoir, pour moi c'est comme le premier quoi en fait...parce que le premier est chez ma mère, le deuxième, j'ai dû le donner à 9 mois parce que j'étais sous héro et la petite (...) je l'ai donnée, elle avait 3 mois...on dormait à gauche et à droite" (mère11).

Cette nouvelle naissance ravive chez certaines une culpabilité par rapport aux aînés, culpabilité en rapport avec les placements dont ils ont souvent été l'objet : "la culpabilité, c'est par rapport à l'aîné que je l'ai vécu et pas du tout pour le dernier" (mère 13).

Le lien entre les différents enfants n'est que très rarement fait, les termes "frère" ou "sœur" n'étant utilisés que par 2 des 9 mères, l'une d'entre elles précisant même que cette dernière grossesse a été souhaitée, après le décès du père de l'aîné, pour reconstruire une famille : "j'avais besoin d'une cellule familiale, je ne pouvais pas me retrouver en solo, moi et mon aîné (...) ils doivent grandir ensemble, c'est deux frères" (mère 13).

La moitié d'entre elles décrit une grossesse idyllique, sans troubles particuliers du moins sur le plan somatique. L'autre moitié parle notamment de vomissements importants, ayant duré jusqu'au cours du deuxième trimestre, voire jusqu'au terme, ce qui n'a pas été sans poser problème compte tenu du fait que les traitements de substitution se prennent par voie orale.

En revanche, elles décrivent toutes un sentiment de malaise, d'anxiété, avec des troubles du sommeil importants, liés parfois à un sentiment de culpabilité dû à la poursuite de la consommation de drogues, mais le plus souvent diffus, sans cause précise y compris chez les femmes abstinentes ou suivant avec régularité un traitement de substitution équilibré ; "le moral pas très bon, j'avais pas le choix, c'est comme si on me l'imposait, j'étais trahie, j'étais démoralisée" (mère 14).

Dans ce contexte, la prise ou la reprise de produits leur semble incompréhensible, comme issue d'une fatalité : "j'ai complètement oublié que j'étais enceinte, j'ai rentré dans le crack, c'était dur, je voulais mourir" (mère 3) ; "moralement j'étais bien, très bien, non, non pas du tout, parce que c'est là en fait, j'ai fait un démarrage de grossesse génial, puis vers 4-5 mois, j'ai commencé à prendre de l'héro., alors pour quelle raison ?..." (mère 8) ; "les premiers mois, j'avais vraiment pas fait gaffe du tout, j'avais picolé alors que d'habitude je ne picole pas !" (mère 9) ; "j'ai bien mangé, je me suis reposée, mais c'est dans la tête" (mère 16) ; "donc, ça a été bien jusqu'au deuxième mois, après j'ai repris de l'héroïne, je la prends pas pour être bien, je la prends pour être moins mal" (mère 17).

Comme on l'a vu, les pères sont assez présents, même s'ils ne vivent pas toujours au domicile. Deux femmes évoquent ce que cet enfant a pu représenter pour leur compagnon : "il m'a dit "j'ai envie de pleurer", alors vraiment, en plus c'est pas quelqu'un qui...je l'ai rarement vu pleurer" (mère 8). Mais la majorité des jeunes femmes rencontrées font peu référence au père de l'enfant mais plus au compagnon de galère, et plus particulièrement à la relation complexe qui s'est nouée entre le couple et la drogue : "il voulait pas trop arrêter, il voulait que j'arrête toute seule, donc je lui ai dit : "ça c'est impossible, je ne peux pas décrocher toute seule". Donc en fait, j'ai jamais vraiment décroché" (mère 9).

Toutes les jeunes femmes, qu'elles soient sous traitement de substitution ou consommatrices de drogues illicites, manifestent de l'inquiétude quant aux effets des produits sur le fœtus.

Comme on le voit tout au long des entretiens, la question de la drogue vient faire barrage à une pensée sur l'enfant à venir. Celui-ci est certes évoqué, mais en relation immédiate avec les produits consommés. L'enfant est souvent investi comme alternative à la drogue, objet qui permettrait une complétude permanente, qui viendrait ainsi combler la faille narcissique primaire et leur faire imaginer un processus d'autonomisation. Mais, cette tentative n'est pas toujours efficace, ou du moins pas en permanence. En effet, cela supposerait qu'elle puisse donner "corps" à l'enfant qui est en elle et par là même se donner "corps" à elles-mêmes. Or, on touche là à un point extrêmement douloureux en ce qu'il vient de nouveau poser la question d'un mouvement de séparation-individuation, nécessaire pour accéder à une sexualité adulte féminine, question que la drogue avait permis de maintenir occultée, mais qui risque alors de resurgir.

En ce sens, l'enfant, ou plutôt la maternité est perçue comme un moyen de faire "comme si" on était une femme, en ayant les attributs sociaux, un enfant, sans que pour autant la question du féminin puisse être abordée, on pourrait même dire en permettant qu'elle soit d'une certaine façon évacuée. Cette problématique n'est pas propre aux femmes toxicomanes et nous pouvons constater la même démarche d'évitement de la sexualité adulte féminine chez de nombreuses adolescentes enceintes. La contradiction féminité/maternité est vécue de façon plus ou moins consciente et conflictuelle par toutes les femmes et la résolution de cette

contradiction est liée à leur possibilité de réaménagement psychique et d'investissement à la fois de l'enfant, mais aussi d'elles-mêmes. Pour certaines, l'enfant vient mettre ainsi en péril leur propre existence : "plus les mois passaient, et plus inconsciemment je me disais...en fait ces angoisses étaient vraiment des pensées morbides, je pense qu'inconsciemment je me disais "mon bébé va aller, mais je ne vais pas être là pour le voir naître, je vais mourir", mais ce n'était pas formulé (...) j'étais tellement contente d'avoir ce deuxième bébé et puis d'un autre coté cette angoisse..." (mère 8).

La place, ou la fonction de l'objet drogue, nous laisse à penser qu'il n'y a pas de place pour une élaboration de l'enfant imaginaire et on observe souvent une absence de représentation de l'enfant imaginaire. Le travail psychique de la grossesse ne semble pas se faire, ou partiellement, et les phénomènes physiques qui lui sont afférents sont peu abordés. Le corps n'est pas perçu comme contenant, enveloppe abritant un enfant réel.

Pour autant, elles expriment pendant la grossesse et a posteriori des craintes liées à la prise de produits et à leurs effets éventuels sur le fœtus, manifestant une culpabilité massive. Cette culpabilité, parfois paralysante ou sidérante ne facilite pas toujours la mise en œuvre d'un changement de comportement vis-à-vis des drogues que par ailleurs elles souhaitent.

### **La naissance et le syndrome de sevrage de l'enfant**

L'accouchement vient mettre un terme brutal à la grossesse et la femme doit alors faire connaissance avec un enfant qui ne fait plus partie d'elle-même, du moins physiologiquement, et qu'elle a à reconnaître comme un autre séparé définitivement. Cette rencontre est empreinte de sentiments divers, de plaisir, certes, mais aussi d'anxiété, voire parfois d'un sentiment d'étrangeté devant cet enfant qui vient d'un ailleurs dont on a perdu le souvenir. Lorsque le sentiment maternel n'est pas envahi de culpabilité, les jeunes accouchées peuvent évoquer sans crainte la confusion des sentiments à ce moment et la nécessité de faire une démarche pour se rapprocher de l'enfant, le faire sien et établir avec lui un lien fusionnel qui va venir atténuer la brutalité de la séparation liée à la naissance, instaurer une sorte de continuité psychique entre "l'avant", quand l'enfant et la mère étaient confondus" et "l'après" où



ils sont à tout jamais distincts. Cette période de fusion est nécessaire aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

La narration qui est faite de l'accouchement par les femmes interviewées ne diffère en rien des histoires habituelles d'accouchement. Pour certaines, le travail semble avoir été assez rapide et la péridurale avoir permis une naissance sans trop de souffrances, pour d'autres, il est fait référence à un travail trop long, ayant parfois obligé à pratiquer une césarienne.

Deux femmes expriment un sentiment d'émerveillement au moment de la naissance : "c'était douloureux, mais quand il est né, c'était tellement beau que j'ai oublié cette douleur (...), en fait il a ouvert ses yeux (...) il m'a juste regardé quand il est né avec ses grands yeux et après il les a refermés" (mère 1) ; "ben franchement, tout de suite hein... moi dès que j'ai accouché, ils l'ont mis sur mon ventre...c'était impressionnant, (...) je voyais ses traits et je me disais (...) et puis c'était trop beau, il était tout fin, tout noir, 3,2 kg à la naissance, il faisait. Donc tout fin, tout noir, j'arrêtais pas de dire "oh, qu'est ce qu'il est noir ! qu'est ce qu'il ressemble à son père !" (mère2).

Quelques-unes évoquent un début un peu difficile dans le strict post-partum : "au moment de l'accouchement, c'est son père qui l'a prise, moi je l'ai vue, j'ai dit : non, non, attendez, je ne veux pas la prendre. Par contre, j'ai passé toute la nuit à côté dans le couloir, et euh...après, quand je l'ai eu, je lui ai donné le sein...ça a été facile tout de suite" (mère 15) ; "quand il est né et qu'ils me l'ont mis sur le ventre, je voulais pas le toucher, j'étais en colère. J'ai pleuré, j'ai dit : tu m'as fait mal, mais enlevez-le, enlevez-le ! Une fois qu'il a été dans la petite couveuse à côté de moi, j'ai pleuré parce que j'avais été méchante, il y pouvait rien, le p'tit père, et puis après, quand ils m'ont dit le poids, 3 kg, j'étais vraiment contente" (mère 11) ; "(les premiers liens), ben, je sais pas, j'étais assez étonnée, c'était incroyable, je la regardais, je me rendais pas trop compte, je trouvais ça assez hallucinant" (mère 7).

Cette réaction de perplexité ou de rejet initial n'a en elle-même rien de très particulier et peut être constatée chez de nombreuses jeunes accouchées et reflète en fait la difficulté de passer d'un état à un autre. Elle ne préjuge en aucun cas des relations futures entre la mère et l'enfant.

Mais pour la plupart, la rencontre avec le bébé est souvent racontée de façon plate, presque sans affects : "ça c'est bien passé tout de suite" (mère 10) ; "ah, c'était super" (mère 3) ; "eh bien, je lui donne son biberon, je lui donne son bain, je change les vêtements, je change les couches" (mère4) ; "je me suis complètement adaptée" (mère 14).

Pour les femmes ayant un traitement de substitution et/ou consommant des drogues illicites, la crainte de malformations ou d'un syndrome de manque chez l'enfant est constante. Pour 5 d'entre elles, l'enfant n'a pas présenté de symptômes, ce qui est vécu de façon victorieuse, ordalique, voire parfois comme une revanche sur le corps médical et social : "on me disait que médicalement mon bébé était en dessous du poids (à l'échographie), je m'étais préparée à un scénario de catastrophe terrible. Et finalement, j'ai accouché d'un bébé de 2,7 kg, qu'on m'a donné immédiatement dans ma chambre...donc...tu vois !" (mère 13) ; "il y a beaucoup qui disait du mal de moi, du fait que j'allais avoir un bébé, tout ça (...) mais je savais que si tout allait bien, ce serait impeccable" (mère 15) ; "ils pensaient que c'était un tout petit bébé (...) en fait il faisait 3kg400 à la naissance, donc ils se sont trompés, ils m'ont dit : on pensait que c'était un petit bébé mais en fin de compte, ça va..." (mère 11).

L'évocation du syndrome de sevrage, et le séjour en néonatalogie, est assez douloureuse pour les mères. Certaines tendent à minimiser l'événement, à le reléguer dans un passé définitivement révolu : "non, non, c'est juste, euh...si, mais c'est juste un petit sirop qu'on lui donne, c'est vraiment le moins fort qu'elle a eu" (mère 16) ; "il a pleuré seulement et baillé, c'était le symptôme de manque...ça se passait très bien parce qu'ils ont donné de la morphine, des petites doses de rien du tout...mais ça me faisait mal quand même" (mère 3) ; "il était très calme...ils m'ont dit que c'était vraiment un tout petit manque, c'est pas comme les bébés... il grinçait de la mâchoire...mais ça se déroulait bien" (mère11).

Certaines élaborent un système de défense leur évitant une trop grande disqualification en rejetant sur l'équipe hospitalière la responsabilité du traitement de l'enfant : "j'ai dit : vous droguez mon gosse ? c'est vrai, vous le droguez ou quoi ?" (mère 3).

Car, en effet, la remémoration du syndrome de manque du nourrisson est très douloureuse pour les mères, même si certains services hospitaliers tentent de les soutenir : "dès qu'il avait quelque chose, c'était ça, c'était dû au manque, alors à chaque fois la pédiatre elle me faisait comprendre que non, que c'était un nouveau-né et que comme tous les enfants, il avait des comportements comme ci ou comme ça, c'est pas spécialement dû à ça, mais ça me faisait mal de voir mon fils comme ça, c'était de ma faute" (mère 2) ; "je me culpabilisais un peu avec le traitement, c'était pas clair. Je me suis rendu compte à un moment donné qu'elle n'était pas bien (...) j'ai appris le lendemain qu'ils lui avaient donné un petit traitement (...) une infirmière m'a dit qu'elle sentait un peu mes angoisses, et à partir de ce moment là, je me suis un peu détendue et j'ai beaucoup parlé à mon enfant" (mère 7).

Pour deux d'entre elles, la relation avec l'équipe soignante a été plus difficile, dans une sorte de méfiance ou d'animosité réciproque : "les infirmières, elles étaient vraiment vaches...parce qu'elle était sous les lampes et moi je pouvais pas lui donner le biberon, et donc une fois à 4 heures du matin, je suis allée voir ma fille et il y avait une aide-soignante et elle m'a dit : oui, enfin, je croyais que cette enfant n'avait pas de mère...sur le coup j'ai pleuré" (mère18) ; "Les gens à l'hôpital étaient désagréables. Il y avait une infirmière qui était désagréable, pourtant, j'y allais tous les jours la voir (...) et puis, elle était jamais contente, des fois je faisais des efforts de venir le midi jusqu'au soir" (mère 4).

L'établissement de la relation avec l'enfant est rendu difficile lorsque celui-ci est hospitalisé en néonatalogie, d'autant que la mère n'est pas toujours hospitalisée en même temps, ce qui l'oblige non seulement à des trajets parfois longs, mais surtout à passer d'une ambiance à une autre. Elle est une mère, en difficulté le plus souvent, lorsqu'elle rend visite à l'enfant, elle est une mère sans enfant à l'extérieur. On retrouve cette difficulté pour l'ensemble des parents dont l'enfant, quelle qu'en soit la raison, doit être hospitalisé en néonatalogie. Cependant, il semble que pour nos jeunes femmes, la maternité soit en quelque sorte usurpée, comme si la toxicomanie leur déniait un droit d'être mère, du moins dans la représentation sociale. La culpabilité habituelle des mères face à un enfant souffrant va être aggravée par le sentiment de ne pas avoir vraiment le droit d'être mère. Ce sentiment massif d'échec, la douleur engendrée par la souffrance de l'enfant vont

rendre difficiles les visites des mères et l'établissement de liens affectifs. De plus, les appareillages médicaux, la couveuse, interdisent un "peau à peau" facilitateur. Gênées par les appareils, inquiètes devant la fragilité de cet enfant, elles vont avoir du mal à le toucher, à lui donner des soins, même si elles y sont incitées par l'équipe soignante.

### **Le retour au domicile**

Le retour au domicile est décrit comme un moment particulièrement difficile aussi bien pour les mères qui sortent avec leur enfant quelques jours après l'accouchement que pour celles dont l'enfant a été hospitalisé pour syndrome de sevrage. Malgré parfois certaines difficultés relationnelles avec les équipes soignantes, l'hôpital est un lieu cadrant et soutenant, les rassurant sur leurs compétences maternelles.

Il faut préciser que les conditions matérielles d'existence de ces femmes – faiblesse des ressources, exigüité ou absence de logement – viennent obérer les possibilités d'épanouissement des mères et des enfants. Si des difficultés rencontrées par ces mères vont pouvoir être repérées, il ne faut pas oublier le contexte matériel et social dans lequel elles vivent, et qui est le lot d'une part trop importante de la population résidant en France : "c'était très, très dur, hein...très, très dur, les 4 ou 5 premiers mois, j'ai pété les plombs au moins 4 fois (...) le résultat c'est que c'est un très mauvais souvenir, très mauvais souvenir. J'avais pas d'eau chaude, j'avais rien pour faire chauffer l'eau...vraiment très mauvais souvenir" (mère 9) ; "quand je suis arrivée là-bas, j'avais pas encore les lits, j'avais mis les matelas par terre, lui sur son petit matelas, moi sur un autre" (mère10) ; "il y avait un petit réchaud, c'était comme une chambre de bonne, mais bon, on n'avait pas la place pour mettre le lit (...) il dormait dans le couffin au pied du lit" (mère11).

Ces réelles difficultés matérielles ne semblent pas pour autant entacher la relation qu'elles entretiennent avec leur enfant ; "ça devenait instinctif de toutes les façons, avant même qu'il fasse le moindre bruit, j'étais déjà debout, j'avais le temps de lui préparer son biberon et une fois qu'il était prêt, ça y est, il se réveillait ! au bout de 2 mois, ça a été comme ça" (mère 10) ; "non, vous savez quand on aime,

non...j'étais très fatiguée, parce quand on revient et qu'on se réveille toutes les 2 heures, ça fatigue" (mère 8) ; "j'ai pris ça le plus naturellement du monde" (mère 4).

Le retour au domicile, les problèmes d'organisation de la vie quotidienne avec un nouveau-né, communs à toutes les mères, posent la question du soutien conjugal ou familial que ces jeunes femmes peuvent trouver, d'autant que certaines d'entre elles sont dans une situation d'extrême isolement social et affectif, que les amis sont plus souvent des copains de galère : "parce que des amis ...tu sais quand tu as passé 15 ans dans la came...des amis...t'as une notion du mot ami qu'est pas...qu'est plus la même" (mère13).

Les services sociaux permettent la mise en place d'aides à domicile, notamment des travailleuses familiales et des puéricultrices de PMI, qui permettent de soulager les mamans de certaines tâches matérielles et apporter conseil, soutien et appui dans les soins donnés au bébé ; "mais j'étais pas rassurée : ce que je fais, qu'est ce que je fais pas bien ?...heureusement qu'il y avait l'aide maternelle qui venait tous les matins, elle m'aidait pour le lait, elle me demandait si ça allait, je posais plein de questions" (mère 11). Malgré cela, les aides ne sont pas toujours acceptées de bon gré, d'autant que ces visites à domicile peuvent être perçues comme une intrusion dans l'intime, voire une surveillance : "ben en fait, c'est moi qui ai voulu que ça s'arrête, parce qu'elle venait à 2 heures et moi je voulais sortir le petit (...) alors j'étais bloquée et puis des fois elle venait à 9 heures alors que nous on dormait, c'était un petit peu dur"(mère 11).

La rupture d'avec la famille est parfois ancienne et la tentative de réconciliation, autour de la naissance, n'a pas toujours tenu les promesses escomptées, dans une ambiance de déception réciproque : "ma mère voulu m'emmener en Angleterre pour que j'avorte (...) comme elle a vu que je continuais, elle est repartie" (mère 3) ; "ma mère m'aidait un petit peu, mais bon, dans la journée elle travaillait, donc elle était pas là. En plus je me sentais agressive envers ma mère" (mère 6).

Le père est parfois absent dès la grossesse ou disparu depuis, suite à des ruptures ou des incarcérations et souvent disqualifié ; "enfin, le mari est pas souvent...il est là, il rentre, ...enfin, je veux dire, il est plus souvent absent que présent (...) il fait pas vraiment partie intégrante de la famille (...) c'est le père, c'est

le père génétique, mais sinon..." (mère 7) ; "c'est lui qui est pas organisé, parce que lui aussi prend du subutex, il le prend en shoot, et puis, il est pas organisé quoi ! (mère 16) ; "oui, j'ai partagé l'appartement avec lui, et puis donc, on s'est mis ensemble, mais impossible, insupportable...jaloux comme ça, ça n'existe pas...il arrivait même à faire la tête à la petite, alors...dès qu'il a fait la tête à la petite, je suis partie" (mère15).

La qualité de présence du père, auprès de l'enfant et auprès de la mère n'est pas liée à la vie commune. Certaines jeunes femmes ont fait le choix de vivre seule avec leur enfant tout en facilitant et en respectant la place du père. Ce mode de vie est choisi parfois alors même que la relation amoureuse perdure entre les parents. Cela pourrait apparaître comme une modalité particulière de résoudre la difficile question de la vie à trois, du réaménagement qu'implique pour un couple l'arrivée d'un enfant. Avec cette organisation, les questions de rivalité sont ainsi écartées, du moins momentanément ; "son papa avait demandé une permission quand il a eu 6 jours. Il est venu, on a fait plein de photos, on est resté toute la journée ensemble, il a changé son fils pour la première fois (...) il vient la journée, et après le soir il part" (mère 10) ; "un enfant, ça n'a pas le même sens qu'ici et j'avais des attentes, là, je commence à lâcher un peu prise. C'est vrai que (le père) a tenu (...) il a eu beaucoup de mal à comprendre, la place du père n'est pas la même. C'est vrai qu'il s'occupe d'elle, il lui change les couches, lui donne le biberon alors que là-bas, ça ne se fait pas " (mère 7) ; "on vit pas ensemble, mais il vient tous les jours pratiquement (...) c'est marrant, j'ai l'impression que si je suis avec son père et qu'on se fait un petit câlin, lui aussi il veut qu'on le prenne, il veut sa part de câlins (...) depuis qu'il est né, son père veut se rapprocher aussi...mais bon (...) et puis je me vois mal laisser mon fils à son père le week-end, je pourrais faire un cinéma ou quelque chose, mais bon, j'ai du mal" (mère 1).

C'est qu'en effet, pour ces jeunes femmes, comme pour les autres, la difficulté va être de comment passer du 2, le couple, au 2 + 1, le couple avec enfant. La question particulière ici, c'est que le couple initial , le 2, était parfois déjà un 2 + 1 dans la mesure où les deux partenaires entretenaient un rapport dépendant à la drogue. Les réaménagements nécessaires s'opéreront compte tenu de la fonction de la drogue

pour chacun des partenaires, de la fonction de la drogue au sein du couple, avant et après la naissance, et de la fonction de l'enfant au sein de ce couple.

Lors des entretiens, nous avons pu constater qu'un certain nombre de couples se sont séparés, pendant la grossesse ou après la naissance. Dans certains cas, l'homme, compagnon et géniteur est tout simplement exclu, laissant l'enfant et la mère en tête à tête exclusif. Parfois, c'est le compagnon qui est exclu, mais la place du père est respecté, aboutissant à deux dyades : mère-enfant et père-enfant, donc à deux fois 1+1.

La triangulation semble se faire avec une certaine difficulté, mais il faut préciser que ce processus est lent et que le très jeune âge de certains enfants fait que certaines jeunes mères vivaient encore leur période fusionnelle avec le nourrisson, moment nécessaire et structurant, ce qui ne permet pas de préjuger des possibilités ultérieures de triangulation : "il dit "papa", c'est qu'on le porte 9 mois et à moi il sortira pas maman, y'a pas moyen ! quand il ira à la crèche, c'est là qu'il va apprendre à dire "maman", quand il verra pas maman toute la journée ! (mère 10) ; "on s'amuse bien comme des petits fous et puis il y a des fois où y'a son père qui vient, il faut pas que je l'oublie quand même, et là on s'amuse à trois" (mère 1).

Enfin, dans certains cas, c'est le frère aîné qui apparaît comme le tiers de la relation, ou le nouveau né qui va faire tiers dans la relation de la mère à l'aîné ; "j'avais besoin d'une cellule familiale (...) je ne pouvais pas me retrouver en solo avec l'aîné, donc le bébé a été un choix (...) le premier mot ça a été son frère" (mère 13).

Tout ceci est somme toute relativement banal et peut être constaté chez nombre de couples ayant de jeunes enfants. La question que nous avons donc à nous poser est la place et la fonction que va prendre ou non la drogue dans cette nouvelle configuration

### **La relation avec l'enfant**

Pour celles dont l'enfant est encore petit, les avis sur le caractère de l'enfant sont assez partagés. L'enfant est décrit comme vif, éveillé, curieux le plus souvent ; "vachement souriante, assez attentive, un peu comme elle est maintenant. J'étais

étonnée parce que je pensais qu'un bébé ça mangeait, ça dormait, point à la ligne et puis là, j'ai été très très étonnée car chaque jour il y avait des petites choses différentes, elle apprenait. J'étais très étonnée, c'était un petit être vachement intéressant" (mère 7).

Mais parfois l'enfant est nerveux, tonique, voire pour deux mamans, peureux ou très difficile : "ben, heu, elle était super, elle était comme ça sauf que ... très tonique, très tonique (mère 5) ; "il a vachement changé mais pas en bien ! c'est-à-dire qu'il a pris des mauvaises habitudes qu'il avait pas en maternité (...) c'est un enfant qui est très peureux, très nerveux, on voit qu'il sera très affectueux, très sympa, mais il est très peureux... c'est-à-dire qu'on sent bien qu'il n'est pas... qu'on a toujours besoin de le rassurer, il a besoin des bras" (mère 2,) ; "c'est un bébé qui est très, très difficile, quand elle veut quelque chose, il faut qu'elle l'obtienne, sinon elle va crier, elle va pleurer, elle va hurler" (mère 4).

Dans le souvenir des mères ayant des enfants de plus de huit mois, le nourrisson, à la sortie de maternité, est décrit comme calme, serein, assez facile et les mères repèrent assez rapidement les traits de caractère propres à l'enfant : "il était calme quand il était bébé, mais moi je dis, maintenant c'est un peu normal, il a 11 mois, il râle un peu de temps en temps" (mère 10) ; "ah ben, elle a un sale caractère ! et puis, une boule de nerf ! mais je l'adore parce qu'elle est indépendante, j'aime son indépendance (mère 16) ; "et puis, il y a le caractère qui se marque un peu plus, elle va vouloir des choses, elle va pas être contente parce qu'on va lui dire un truc, elle devient une petite personne, qui a son petit caractère" (mère 7) ; "là, elle est très autonome, c'est à dire qu'elle a jamais accepté que je lui dise, enfin c'est pas qu'elle a jamais accepté, j'ai même jamais cherché vraiment à lui imposer des choses... parce qu'elle les faisait avant" (mère 18).

Certaines mères évoquent un lien entre les manifestations de l'enfant et leur propre comportement ou humeur du moment : "c'est un bébé que je rends maintenant capricieux, mais qui était calme avant...mais il est relativement calme, en fait, il n'aime pas être contrarié" (mère 13) ; "j'ai eu une phlébite et j'étais vraiment démoralisée, j'avais vraiment des idées noires (...) il était là sans être là, il n'avait aucune réaction, il mangeait, il dormait, mais bon, il ne s'intéressait pas au monde



extérieur, quand on le prenait dans les bras, c'était vraiment le bébé qui se replie" (mère 14).

En première intention, la majorité des mères n'évoque pas de troubles du sommeil ou de l'alimentation particuliers. Toutefois, au cours de l'entretien, elles font souvent référence à des problèmes d'endormissement ou à de nombreux réveils nocturnes, difficultés qui pour partie peuvent être mises en lien avec l'exiguïté habituelle des logements.

Cependant, les mères ont parfois du mal à contraindre l'enfant à dormir dans son propre lit, par une impossibilité à calmer l'enfant, à supporter son chagrin : "chaque fois que je la mettais dans son lit, elle se réveillait, il fallait tout le temps que je sois à côté d'elle " (mère 12) ; "il me demande autre chose que les autres... parce que par exemple, comme je n'étais pas assez forte pour ses pleurs la nuit, alors je pouvais pas rester au dessus de lui, à le caresser, à lui caresser la tête et à lui parler... donc ce que je faisais : je le prenais et je le mettais dans mon lit "(mère 17). Pour certaines, le besoin de dormir ensemble est clairement exprimé par la mère : "j'arrivai pas à le mettre dans un lit parce que moi je me disais : bon, allez, maintenant t'es grand ! c'est bête, c'est stupide...parce que je dormirais mieux et puis lui, il serait mieux aussi mais j'y arrive pas ! alors il dort au milieu de nous deux..." (mère 11).

Dans l'ensemble, les enfants sont décrits comme ayant un bon appétit, mangeant même d'abondance : "je lui donne trop à manger, tout le monde me dit que pour son âge, elle doit pas être comme ça, mais moi je trouve qu'il faut qu'elle mange (mère 4). Cependant, ce n'est pas tellement de "repas" dont il est question, de moments particuliers d'échange entre la mère et l'enfant, mais d'une activité solitaire où la question de la quantité ingérée est parfois évoquée de façon troublante, non sans lien avec la toxicomanie : "il mange bien, il a droit à 120, il mange 150, s'il pouvait avoir plus, il les prendrait (...) pour la méthadone, j'ai pris une fois 60, c'était pas assez fort, et un autre jour 90, mais ça passait pas (mère 2). La nourriture est souvent utilisée dans une fonction apaisante lorsque la mère a du mal à calmer l'enfant.

En général, les mères jouent peu avec leur enfant. Parfois cette activité est dévolue au père ou aux aînés ; "alors l'aîné en fait sa prisonnière, il l'emmène, c'est du semblant, hein, il y fait très attention, mais il la prend, il la met sur l'épaule, c'est pas très doux quoi ! c'est pour ça aussi, je crois, qu'elle est très dynamique, elle court, puis elle repart le chercher après" (mère 8). Les mères, lorsqu'elles sont sollicitées sur cette question évoquent des jeux physiques avec des échanges corporels plutôt que langagiers : "elle joue à... lancer des dés, elle a un petit bébé, elle lui fait des bisous (...) des fois, je sais qu'elle aime bien jouer toute seule, elle va dans son petit coin (...) j'ai pas, l'habitude de jouer avec elle" (mère 12) ; "à quoi on joue...je sais pas moi, à plein de choses, on joue avec ses petits jouets, ou alors, mois je m'amuse avec elle en l'embrassant, la chatouillant, un truc comme ça" (mère 6) ; "depuis pas longtemps, des fois je prends des petits nounours, je fais des petites histoires, mais sinon, c'était plus à chahuter un peu toutes les deux, je me cache et j'arrive comme ça, et puis on saute sur le lit" (mère 7).

Dans le discours que les mères tiennent sur leur enfant et les relations qu'elles entretiennent avec eux, on est frappé par un double mouvement assez constant : l'enfant est décrit comme éveillé, vif, très actif sur le plan moteur et les mamans font état de situations propres à des enfants plus âgés. Au regard des résultats au test de Brunet-Lézine, les enfants nés de mère toxicomane ne sont guère différents des autres et leur développement psychomoteur et intellectuel est normal. Les premières relations, développées sur un mode fusionnel, la stimulation dont ils sont l'objet permettent aux enfants de développer leurs compétences en ce domaine. Parfois on peut noter une hyper vigilance de la part de ces bébés, comme dans les cas de mères dépressives. Les mères, même si elles sont présentes physiquement, sont " ailleurs" prises dans leurs soucis, et l'enfant, avide d'interactions, cherche à trouver et à maintenir le contact ; "moi, je dis qu'il a 11 mois, il va apprendre à déballer et à remballer, alors je lui dit : maintenant il faut ranger" (mère 10) ; " par contre, j'ai commencé à faire la grosse voix, pour qu'elle comprenne quand même qu'il y a des choses, non quoi, alors je lui fais la grosse voix, je lui explique parce qu'elle n'est pas patiente " (mère5) ; "à 3 mois, il ne mangeait pas à la cuiller, il lui fallait des aliments cuits qu'il pouvait tenir à la main (...) aujourd'hui, il mange à table, mais il mange des aliments entiers, mais jamais il n'a mangé de purée (...) j'ai jamais haché de poulet,

j'ai coupé un blanc de poulet en lamelles et lui il a croqué" dedans tout de suite (mère13).

Cette précocité psychomotrice contraste parfois avec une difficulté du langage : "elle a marché à 6 mois (...) quand elle tombait, elle tombait comme un chat (...) au niveau du langage... c'est un peu plus dur... moi je la comprends, mais elle veut parler trop vite " (mère 18).

Dans un même temps, elles montrent une certaine difficulté à se séparer de l'enfant qui reste très accroché à la mère : " en fait, la vraie promiscuité elle est avec mon fils, c'est lui qui reste le plus d'heures à côté de moi (mère 13, enfant) ; "je me disais qu'il était beaucoup trop petit, enfin, je le voyais pas du tout, il était pas propre, il parlait pas bien,...et puis c'est vrai qu'en 2 mois de temps, il était propre, il parlait mieux, alors je me suis dit, il serait temps quand même...bon il a le temps d'y aller (à l'école)... ils ont tous eu plus ou moins de mal à décrocher " (mère 17).

L'adaptation qu'exige un enfant qui grandit, qui a d'autres besoins, qui commence à s'autonomiser est très bien perçue par certaines mères : "une bonne mère, oui, mais à chaque âge il faut changer, c'est ça aussi qui est compliqué" (mère 16).

### **La question de la drogue**

Nous avons vu que pendant tout le temps de la grossesse et au moment de la naissance, la drogue préoccupait fortement les jeunes femmes rencontrées : toutes se posent à un moment la question de l'arrêt de la consommation, voire même du traitement substitutif, d'une modification des consommations ou du début de traitement par la méthadone ou le subutex. Toutes manifestent une inquiétude pour l'enfant et les effets de la drogue in utero : risques de malformations, syndrome de manque. Lorsque le sevrage de l'enfant est nécessaire, elles expriment une grande douleur face aux symptômes de l'enfant, et une culpabilité, parfois rejetée sur le corps médical, lorsque ce tout petit nourrisson doit être traité par des opiacés.

Mais qu'en est-il ensuite, dans les premiers mois ou les premières années de la vie de l'enfant ? Quel nouveau rapport ces jeunes femmes entretiennent-elles avec la drogue ? Quelle peut être la place et la fonction de la drogue, alors qu'un enfant est

présent au foyer ? Comment ce rapport se modifie-t-il alors même qu'un enfant par définition n'est pas un être statique mais au contraire un être en perpétuel mouvement, en évolution constante, c'est-à-dire "ni jamais tout à fait le même, ni jamais tout à fait un autre" ?

La mère, sortie de la phase de préoccupation maternelle primaire se trouve face à un enfant qui s'autonomise, se sépare d'elle. Cette période est délicate pour toutes les mères, qui doivent d'une certaine façon désinvestir le nourrisson, pour sortir de l'interdépendance massive et permettre à l'enfant d'opérer son individuation. Elles doivent donc modifier les sentiments qu'elles ont pour leur enfant, réinvestir le monde extérieur, et notamment le conjoint. Cela ne va pas sans tiraillement et passe par la nécessité de se réinvestir comme femme aussi et non uniquement comme mère. Pour les jeunes femmes toxicomanes, la possibilité de passer cette période sans trop de difficultés pour elles et leur enfant va dépendre en grande partie du travail psychique qui s'est accompli pendant la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant. Si, ainsi que nous l'avons dit au début de notre propos, la toxicomanie est un moyen d'éviter la question du féminin, le rapport à la drogue sera d'autant plus modifié que les femmes auront pu interroger leur rapport au féminin à l'occasion de cette naissance.

Pour certaines mères, près de la moitié d'entre elles, la drogue reste un important sujet de préoccupation, qu'il y ait ou pas consommation d'ailleurs. Parfois, le produit est lié à l'enfant, comme moyen paradoxal de maintenir un lien avec la réalité ou de supporter les contraintes quotidiennes : "mon enfant est né sous héroïne, il a fait une semaine et quelques à l'hôpital alors que je prenais des doses importantes et j'en connais qui prenaient du subutex et qui sont restés à l'hôpital 1 mois. J'ai décidé : quand j'accouche, je prends la métha. (...) c'est pour moi, c'est pour lui" (mère 2) ; "ben, j'ai fait appel à l'héro quoi ! À chaque fois, c'est vrai que je me suis rendue compte par la suite que je faisais souvent appel à l'héro parce qu'à chaque fois je me disais : je vais pas réussir à les assumer" (mère 17) ; "ah ben, dès que j'ai accouché, j'ai repris la drogue, je m'en suis donné à cœur joie, ça c'est clair, parce que je me suis dit : je me suis privée pendant les 2, 3 mois, là c'était à cœur joie !" (mère 9).

Au fur et à mesure que les enfants grandissent, il se tisse pour certaines de ces mères une relation complexe entre la drogue, l'enfant, voire le compagnon avec lequel les relations de soumission et d'emprise viennent perturber le rapport à l'enfant ; "l'infirmière avait laissé un truc sur une table, il y avait des seringues, et puis voilà, ça allait pas bien du tout, je déprimais... après la naissance, j'ai tenu des semaines et comme le père de mes enfants habitait la maison et faisait ça... devant moi... des fois quand il se mettait en colère après moi, il n'y avait que ça qui me calmait" (mère 16) ; "j'avais envie de fumer, surtout quand il revenait et qu'il me disait : ouais, j'ai trop fumé, ça m'arrivait de lui dire : moi aussi, je vais péter les plombs ! J'ai craqué d'ailleurs quand mon fils avait 4 mois (...) je l'ai laissé avec son fils et pendant 2 jours je suis pas rentrée (...) maintenant, il ne vit plus avec nous" (mère 10) ; "en fait, chaque fois que mon mari revient, je rechute, et moi, mon problème c'est que quand je suis dans le produit, je fais pas de détail" (mère 14) ; "il (le père) vient quand il vient faire son deal, et puis il repart... c'est au moment où j'ai eu mon rappel de la CAF qu'il m'a fait : ouais, je largue ( l'autre femme), je reste avec toi... tout ça pour me dire qu'il s'est remis avec elle (...) le père de ma fille c'est trop dur, il me culpabilisait tout le temps (...) il me disait tout le temps que tout ce que je saurai faire c'était faire la pute, c'est tout, et être une tox" (mère 18).

La moitié des mères n'évoque pas spontanément la question de la drogue après la naissance de l'enfant ou fait brièvement référence à la poursuite d'un traitement de substitution, sans commentaires particuliers, la question semblant réglée ou sans intérêt au moment de l'entretien. À l'exception de l'une d'entre elles, il s'agit de mères d'enfants encore petits, de moins d'un an, et dans un lien encore très fusionnel à l'enfant. Elles peuvent se plaindre de fatigue ou de difficultés d'organisation avec un enfant petit ou faire part de leur émerveillement devant l'enfant et le plaisir qu'elles en tirent, réactions somme toute assez banales et propres à l'ensemble des mères.

Certaines font un lien direct entre l'arrivée de l'enfant et ce nouveau rapport à la drogue : "en fait, j'ai arrêté quand j'ai accouché, quand je l'ai vu... ça a changé... ça a tout changé" (mère 6). L'une d'entre elles décrit clairement le processus de maturation qui s'est opéré depuis le début de la grossesse : "je pense qu'elle m'a beaucoup aidée à arrêter de me shooter... ça m'a beaucoup aidée" (mère 12). Il est

à noter que c'est là le fruit d'un long processus psychique, cette jeune femme ayant tout d'abord voulu faire une IVG, puis accoucher sous X avant de "reconnaître" son enfant : "petit à petit j'ai commencé à m'en occuper, petit à petit j'apprenais à avoir un bébé, des fois j'osais pas trop la toucher, je la regardais surtout (...) après, bon, dans ma tête c'était fini, je voulais la garder, je ne voulais plus la donner" (mère 12).

La question qui peut se poser est la place relative de l'enfant et de la drogue pour ces jeunes mères. Certaines fois la situation donne à penser que l'enfant, du moins temporairement, se retrouve en place de "substitut drogue", dans une sorte d'équivalence de complétude : " j'étais quand même heureuse, déjà d'avoir arrêté la drogue, je me sentais mieux et puis... j'étais contente d'avoir ma fille" (mère 6). Cette complétude donnée par l'enfant peut être mise en péril aux différentes étapes de l'évolution : "son père n'a pas arrêté de se saouler, de me prendre la tête... il s'est mis à boire quand j'ai accouché... la fête tout le temps, il fêtait le bébé... je sais pas (...) et euh... j'ai retouché à la came après le sein en fait... je sais pas pourquoi, alors que pendant l'allaitement, 3, 4 mois, plus rien... c'est bizarre" (mère 15).

D'autres semblent investir l'enfant en tant que sujet susceptible d'apporter du plaisir à la mère, dans une relation intime et plutôt joyeuse : "j'm'amuse bien, je sais pas si lui s'amuse mais moi je m'amuse bien, en fait des fois j'me dis : ouais, j'parle toute seule, que je deviens gaga, mais bon..." (mère 1) ; "j'essaie de la considérer comme... peut-être comme moi j'aimerais être considérée, comme une personne à part entière, c'est pas ma chose, c'est pas mon objet, elle s'appartient à elle-même" (mère 7).



---

## DISCUSSION

---

L'analyse qualitative des données obtenues, grâce aux questionnaires, aux entretiens et au test de Brunet-Lézine met en évidence les capacités parentales mises en œuvre par les mères rencontrées, ainsi qu'un développement psychomoteur des enfants sans décalage avec celui d'enfants de la même tranche d'âge.

L'analyse clinique menée parallèlement autour des entretiens a permis de souligner un certain nombre de problématiques intrapsychiques à l'œuvre lors de la grossesse, de la naissance et pendant les premières années de vie de l'enfant.

Certes, les mères rencontrées ne sont pas représentatives de l'ensemble des mères toxicomanes en France. Elles vivent toutes avec leur enfant et sont suivies par une équipe psycho-médico-sociale à la fois pour leur toxicomanie et dans un soutien à la parentalité. De plus, ont répondu à l'enquête, qui était proposée aux patientes suivies sans obligation de réponse, que celles dont la situation sociale et l'état psychique du moment permettaient de se décaler de ce qui est leur préoccupation. En effet, certaines patientes traversent des phases particulièrement difficiles et il ne nous a pas paru opportun d'introduire un élément perturbateur, comme la passation de tests ou de questionnaires, dans un parcours de vie déjà chaotique.

Il faut également préciser qu'il nous a semblé que ces mères n'étaient pas dans un processus de déni, ni même de banalisation. Certaines déclarations peuvent paraître convenues, dans un souci de leur part de répondre au mieux aux exigences sociales et au discours dominant sur la maternité. À l'inverse, certains propos peuvent apparaître crus voire inquiétants. Ils nous paraissent pour la plupart être le reflet d'un processus de mentalisation et d'élaboration psychique : ces femmes, sortant du "comme si" sont plus à mêmes de percevoir et de formuler leurs pensées et leurs affects.

Pour l'ensemble de mères, l'annonce de la grossesse induit un questionnement, voire un changement dans la pratique toxicomaniaque. Quelle que soit la décision prise par la future mère : arrêt de la consommation, traitement de substitution,



reprise ou accroissement de la consommation, l'interrogation autour de la drogue reste centrale, d'autant qu'elles manifestent toutes une inquiétude quant aux effets de la drogue sur le fœtus.

Ces femmes ont à faire avec une contradiction majeure : d'une part, la drogue dans une certaine mesure permet de maintenir un équilibre homéostatique, empêchant l'effondrement des défenses et par là même l'éclatement psychique, alors même que la grossesse est une période de bouleversements physiologiques et psychologiques importants, mais d'autre part, elle met à distance d'une certaine façon la question de l'enfant à venir et rend plus aléatoire le processus de maternalité et la construction de l'enfant imaginaire.

Pour les mères que nous avons rencontrées, le processus est dans la plupart des cas partiellement réussi et le décalage que nous pouvons observer est plutôt d'ordre temporel, entre l'élaboration de l'enfant imaginaire et la reconnaissance de l'enfant réel.

Ainsi, si l'on constate que la construction de l'enfant imaginaire ne se fait que partiellement pendant la grossesse, ce n'est pas, contrairement à l'hypothèse émise du fait d'une reconnaissance tardive de la grossesse, mais plutôt d'une difficulté d'élaboration psychique. Cette difficulté est à notre sens liée au questionnement que la grossesse induit par rapport à la différence des sexes, à l'identité sexuée, problématique que justement la drogue avait permis jusque-là d'écarter.

C'est au moment de l'accouchement et de la naissance de l'enfant que des modifications vont apparaître tant au niveau de la toxicomanie que des processus de maternalité. La "réalité physique de l'enfant" et le constat, fréquent, des symptômes du syndrome de manque s'accompagne d'un double mouvement : une culpabilité massive, plus ou moins efficacement refoulée, liée à la souffrance de l'enfant et un processus d'identification en miroir, le manque et le sevrage de l'enfant les renvoyant à leur propre manque et à leur propre sevrage.

Cependant, nombreuses font part d'un sentiment d'émerveillement, voire d'étrangeté, premier jalon d'une perception de l'altérité.

Quoi qu'il en soit, la venue de l'enfant permet à la plupart des mères de se détourner du produit pour se centrer sur un nouvel objet. L'enfant devient pour certaines un objet renarcissant, permettant l'accès à un autre mode de vie, pour d'autres un objet réparateur. Durant les premiers mois de vie de l'enfant, celui-ci va être investi de façon fusionnelle, modalité somme toute banale et adaptée à ce moment de la vie. Au demeurant, tout va dépendre de la possibilité de poursuite du processus de maternalité afin que la mère puisse se dégager de la relation fusionnelle au moment opportun et accepter, voire même faciliter le processus d'autonomisation/individuation de l'enfant.

Pour que ce processus soit possible, il faut que la mère et l'enfant soient en mesure de créer des liens symboliques susceptibles de "compenser" la séparation : comme la fusion initiale permet de rétablir le lien malgré la brutale séparation provoquée par l'accouchement, le lien symbolique permet de maintenir la continuité de la relation malgré la perception de l'altérité (l'autre est autre et j'en suis séparé à tout jamais).

Les descriptions faites par les mères de leur enfant et des relations qu'elles entretiennent avec lui sont généralement banales, voire idéalisées, dans un souci d'adéquation avec la norme sociale, d'autant que toutes ont la crainte d'être perçues comme de "mauvaises" mères, du fait de leur toxicomanie et que leur enfant leur soit retiré. Lorsque cette menace est écartée, elles sont à même d'exprimer des sentiments complexes et ambivalents. Les résultats obtenus par les enfants au test de Brunet-Lézine montrent un développement psychomoteur satisfaisant, mettant en évidence que ces enfants n'ont pas subi de carences affectives précoces. On peut toutefois noter une certaine précocité de ces enfants, éveillés, voire hypervigiles, contrastant avec un début de langage plus tardif. Les interactions lors de l'alimentation ou des jeux ne sont pas toujours ajustées aux besoins de l'enfant. Ceci est d'autant plus apparent que l'enfant grandit et commence à s'autonomiser.

Le processus d'autonomisation/individuation marque d'une certaine façon la prise de conscience de la réalité de l'enfant comme un autre séparé, ce qui risque de mettre en danger le mode de relation instauré par la mère, dans la mesure où celle-ci, comblée plus ou moins par l'enfant, va devoir elle-même procéder à un réaménagement psychologique et à la (re)construction de sa propre identité.

L'étude que nous avons menée montre l'importance d'un accompagnement et d'un soutien pendant la grossesse et autour des premières relations mère-enfant. En effet, malgré certaines fragilités, ces mères ont montré qu'elles avaient des compétences, ce que confirment les résultats obtenus par les enfants. Ces compétences doivent être repérées et valorisées, afin d'améliorer la construction du lien car de sa qualité va dépendre le possible mouvement d'individuation/séparation. Cette dynamique qui s'opère généralement au cours de la première année n'apparaît pas distinctement chez les mères que nous avons rencontrées et certaines mères expriment, parfois sans ambiguïté, leur difficulté à soutenir l'enfant dans le processus d'autonomisation.

Un enfant exige de ses parents un mouvement d'adaptation permanent, compte tenu des différentes phases évolutives qu'il traverse et fait subir aux parents. L'étude que nous avons effectuée a laissé une grande place au discours maternel. Il nous paraît intéressant, voire fondamental, qu'un travail de recherche longitudinal puisse être effectué auprès des enfants afin de mieux appréhender leur dynamique propre, leur mode de réponse à la problématique familiale, le développement de leur capacité de socialisation et de symbolisation.

Ce travail nous a permis de mieux comprendre les enjeux que représente la venue d'un enfant dans l'économie psychique des femmes toxicomanes en ce que cela interroge leur rapport au féminin. La fonction de la drogue dépendra en grande partie de ce qui aura pu être mobilisé sur cette question. On peut se demander également en quoi cette question vient interférer dans la place faite au père et/ou au conjoint après la naissance de l'enfant. La place de la drogue au sein d'un couple peut être modifiée par la venue d'un enfant, mais le couple lui-même peut être mis en péril si la drogue-lien vient à manquer. Or si l'enfant peut être parfois lien entre le père et la mère, il n'est pas souhaitable qu'il fasse lien entre l'époux et l'épouse, au risque de devenir un substitut-drogue.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

AMMANITI M., (1991), Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant, Psychiatrie de l'enfant, Vol. XXXIV, 2, 341-358.

AZUMAT S.D., CHASNOFF I.J., (1993), Outcome of Children Prenatally Exposed to Cocaïne and Other Drugs : A Path Analysis of Three-Year Data, Pediatrics, Vol.92 (3), 396-402.

BAUDIER A., CELESTE B., (1990), Le développement affectif et social du jeune enfant, Nathan-Université.

BERGERET J., (1994), Psychologie pathologique, Masson.

BERTSCHY G., (1995), Pratique des traitements de la méthadone, Masson, Médecine et Psychothérapie.

BOLWBY J., (1978), Attachement et perte - L'attachement, le Fil Rouge, PUF.

BOURRILLON A., LEJEUNE C., OLIVIER C., (1987), Les nouveaux-nés de mères héroïnomanes, Médecine-Sciences-Journées parisiennes de pédiatrie, Flammarion, 251-259.

CASSEN M., (1999), Les mères toxicomanes et leurs enfants, un lien fragile, Interventions, n°70/71 (sept./oct.).

CRAMER B. and Coll. (1989), e questionnaire "symptom check-list" : évaluation des troubles psychofonctionnels de la petite enfance, in L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, ESHEL, Médecine et Hygiène.

EISEN L.N., FIELD T.M., BANDSTRA E.S., (1991), Perinatal Cocaïne Effects on Neonatal Stress Behavior and Performance on The Brazelton Scale, Pediatrics, Vol. 88, n°3, 477-480.

GAUTHIER J., BEL S., DI TOMASSO S., (1998), De la dépendance à l'attachement : réflexions sur le parcours avec des femmes enceintes narcomanes, Psychotropes, Vol. 4, n° 2 (sept.).

GIBIER L., (1999), La Femme Enceinte Toxicomane, Principes de prise en charge, Interventions, n° 68 (mars).

GUTTON P., (1991), Le Pubertaire, PUF.

HAVLEY T. L., (1991), The development of cocaïne-exposed children, New Developments Current Problems in Pediatrics, sept., 259-266.

JEAMMET P., (1980), Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence, Revue française de psychanalyse, n°3-4.

LEBOVICI S., (1983), Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, Paris, Centurion.

LEBOVICI S., MAZET P., and Coll., (1989), À propos de l'évaluation des interactions fantasmatiques, in L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, ESHEL, Médecine et Hygiène.

LE POULICHET S., (1987), Toxicomanies et psychanalyse, les narcoses du désir, PUF.

MAC DOUGALL J., (1982) , Le théâtre du Je, NRF, Gallimard.

MANZANO J., PALACIO F., (1990), Les enfants de parents toxicomanes : une étude clinique, Neuropsychiatrie de l'Enfance, n°38 (6), 378-384.

MARCELLI D., (1993), Psychopathologie de l'enfant, Masson.

MAZET P., STOLERU S., (1993), Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Masson.

MONTAGNER H., (1978), L'enfant et la communication, Paris, Stock.

MONTAGNER H. and Coll., (1989), Une nouvelle approche méthodologique du développement de l'enfant et de ses systèmes interactifs au cours de la période postnatale, in L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, ESHEL, Médecine et Hygiène.

MOREL A., HERVE F., FONTAINE B., (1997), Soigner les toxicomanes, Dunod.

PEDINIELLI J-L., ROUAN G., BERTAGNE P., (1997), Addictions et dépendance ; Pratiques Psychologiques, n°4, 5-12.

RACAMIER P.C., SENS C., CARRETIER L., (1961), La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum, Evol. Psychiat., n°26, 285-297.

ROSENBLUM O., CHARLES-NICOLAS A., (1990), Bébés et mères entre virus et toxiques, Devenir, Revue Européenne du Développement de l'Enfant, n°4, 47-55.

SHEA E., TRONICK E.Z., (1988), The Maternal Self-Report Inventory, in KIRAM, BARRY, Theory and Research in Behavioral Pediatrics, Vol. 4, Plenum Press, N.Y.,US, 101-139.

STERN D.N., (1989), Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF.

STERN D.N. and Coll., (1989), L'entretien « R » : une méthode d'évaluation des représentations maternelles, in L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires, ESHEL, Médecine et Hygiène.

STOLERU S., MORALES M., GRINSCHPOUN M., 1985, De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson, La psychiatrie de l'enfant, Vol. XXVIII, 2, 341-358.

TOURETTE C., MARCELLI D., (1999), Etude longitudinale (de la naissance à 21 mois) du développement d'enfants à risques, comparés à un groupe d'enfants témoin, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, n°47 (1-2), 57-62.

TROY N.W., (1995), The Time of First Holding of Infant and Maternal Self-Esteem Related to Feelings of Maternal Attachment, Women and Health, Vol. 22(3), 59-72.



---

# **ANNEXE I**

---



## GUIDE D'ENTRETIEN

### GROSSESSE

- découverte, réaction
- déroulement de la grossesse
- inquiétudes particulières ou pas
- suivi médical
- état physique et moral
- modifications du quotidien
- soutien familial ou amical

### ACCOUCHEMENT

- déroulement
- hospitalisation de l'enfant à la naissance ?
  - vécu de l'hospitalisation par rapport au service médical à l'enfant
  - à elle-même (soutien de l'entourage, modifications sommeil, alimentation, stress...)
  - contacts avec l'enfant pendant l'hospitalisation
- premières relations avec l'enfant

### PREMIERS LIENS

- retour à domicile, seule ou non (présence du père)
- organisation du quotidien au retour et maintenant
- ressenti sur capacité de mère
- craintes, difficultés, peur de mal faire
- description de l'enfant - calme, agité, sommeil, alimentation

### ACTUELLEMENT

- description de l'enfant
- langage (moment de parution)
- jeux (type, comment, avec qui)
- maladie
- mode de garde

### EDUCATION

- ressemblance ou non avec la mère pour les questions d'éducation
- souvenirs de l'éducation reçue
- perception de ce qu'est la bonne mère

### PRODUIT

- changement de comportement / grossesse et consommation du produit
- modifications amenées dans la prise avec la présence de l'enfant
- choix substitution pour elle-même : pour l'enfant
- culpabilité par rapport à l'usage du produit

## QUESTIONNAIRE

1. Date de naissance de votre enfant \_\_\_\_\_  
Son poids actuel ? \_\_\_\_\_ Sa taille actuelle ? \_\_\_\_\_
  
2. Où l'enfant passe-t-il la plus grande partie de la journée ?
  - à la maison avec qui ? \_\_\_\_\_
  - à la crèche
  - dans la famille précisez : \_\_\_\_\_
  - halte-garderie ou équivalent
  - chez une nourrice
  - autre
  
3. Votre enfant dort-il bien ?
  - oui
  - non
  - ne sait pas
  
4. Couchez-vous toujours votre enfant :
  - à la même heure
  - plus ou moins à la même heure
  - rarement à la même heure
  
5. Dort-il ?
  - dans sa chambre
  - dans votre chambre
  - dans son lit ?  oui  non
  
6. Quand vous mettez votre enfant au lit le soir, a-t-il de la peine à s'endormir ?
  - souvent
  - quelquefois
  - rarement

Utilisez-vous un «rituel » (petite habitude) au moment du coucher ?

oui

non

Si oui, lequel ?

---

---

---

---

7. Est-ce qu'il se réveille la nuit ?

souvent

quelquefois

rarement

8. Votre enfant a-t-il bon appétit ?

oui

non

9. Votre enfant mange-t-il à heure régulière ?

oui

non

10. Qui lui donne généralement à manger ? \_\_\_\_\_

11. Les repas avec votre enfant sont-ils des moments :

agréables

ni l'un, ni l'autre

difficiles

12. Vous arrive-t-il de lui donner à manger en dehors des repas ?

souvent

quelquefois

rarement

Dans quelles circonstances ? (plusieurs réponses possibles)

- quand il pleure
- quand il s'ennuie
- pour le distraire de quelque chose
- pendant votre repas
- pour ne pas être dérangée
- comme récompense
- autre

13. Votre enfant est-il malade ?

- souvent
- parfois
- rarement

14. Est-ce que votre enfant a été hospitalisé ces derniers mois ?

- oui
- non

Si oui, pour quelle raison ?

---

---

---

16. Au cours du dernier mois, avez-vous consulté pour votre enfant un médecin pour les raisons suivantes :

	OUI	NON
sommeil		
alimentation		
digestion		
asthme		
allergie		
contrôle de routine		
accident		
maladies bénignes		
autres		

17. Quand votre enfant est malade, êtes-vous plutôt :

- souvent inquiète
- parfois inquiète
- rarement inquiète

18. Est-ce que le contact avec votre enfant est plutôt :

- toujours facile
- parfois facile
- rarement facile

19. Est-ce que votre enfant s'amuse tout seul ?

- toujours
- parfois
- rarement

Et avec vous ?

- toujours
- parfois
- rarement

20. Vous diriez de votre enfant qu'il est plutôt : (mettre une croix le plus proche de l'adjectif correspondant)

actif	_____	inactif
calme	_____	agité
agressif	_____	pacifique
sociable	_____	replié sur soi
timide	_____	entreprenant
gai	_____	triste
facile	_____	difficile
distant	_____	accroché
confiant	_____	peureux
affectueux	_____	peu affectueux
soucieux	_____	insouciant
indépendant	_____	dépendant
paisible	_____	coléreux
réceptif	_____	passif

21. À qui pensez-vous que votre enfant ressemble ?

---

Pourquoi ?

---

---

---

22. Qu'a modifié la venue de votre enfant dans votre vie ?

---

---

---

---

23. Quel genre de mère êtes-vous. Vous êtes plutôt : (mettre une croix le plus proche de l'adjectif correspondant)

patiente	_____	impatiente
affectueuse	_____	peu affectueuse
sévère	_____	tolérante
confiante	_____	anxieuse
disponible	_____	peu disponible
mère-poule	_____	détachée
soucieuse	_____	insouciant
permissive	_____	autoritaire
rôle de mère facile	_____	rôle de mère difficile
calme	_____	nerveuse
réfléchi	_____	spontanée
satisfaite dans mon		
rôle de mère	_____	insatisfaite dans ce rôle

24. Comme vous venez de le faire pour vous, pouvez-vous d'après vos souvenirs décrire votre propre mère : (mettre une croix le plus proche de l'adjectif correspondant)

patiente	_____	impatiente
affectueuse	_____	peu affectueuse
sévère	_____	tolérante
confiante	_____	anxieuse
disponible	_____	peu disponible
mère-poule	_____	détachée
soucieuse	_____	insouciant
permissive	_____	autoritaire
rôle de mère facile	_____	rôle de mère difficile
calme	_____	nerveuse
réfléchie	_____	spontanée
satisfaite dans son rôle de mère	_____	insatisfaite dans ce rôle

25. Est-ce que la naissance de votre enfant a modifié les relations avec votre famille ?

---

---

---

---

---

---

26. Est-ce que vous vous sentez entourée par votre famille ?

- oui  
 non

27. Est-ce que vous avez des amis qui vous entourent ?

- oui  
 non

---

## **ANNEXE II**

---



## TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES

### L'enfant

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9
Age lors de la passation	1 mois 15j	1 mois 16 j	4 mois 3j	4 mois 13j	6 mois 6j	7 mois 21j	7 mois 26j	9 mois 17j	11 mois 12j
Son poids actuel	4 kg	4,5 kg	6,4 kg	-	6,4 kg	6 kg	-	8 kg	8,3 kg
Sa taille actuelle	49 cm	52 cm	60 cm	-	61 cm	63 cm	-	-	75,5 cm
Où passe-t-il la plus grande partie de la journée ? Avec qui ?	À la maison Avec sa « maman »	À la maison Avec « maman ou sa tante »	À la maison Avec « ses parents »	À la maison Avec « sa maman »	À la maison Avec « sa mère »	-	À la maison Avec « maman »	À la maison Avec « sa maman »	À la maison Avec « maman et papa »
À qui pensez-vous qu'il ressemble ?	« À lui »	« Aux deux parents »	« À sa maman »	« À moi »	« Aux deux parents »	« À sa maman »	« Physiquement au papa, sinon aux 2 »	-	« Un peu des deux parents »
Pourquoi ?	« Ressemble à tous les 2 »	« Visage de son papa, mais nerveux comme sa mère »	« physique mn »	-	« Physique »	« physique, les goûts »	« gaie, souriante, calme et curieuse »	-	-
Age lors de la passation	11 mois 13j	13 mois 12j	14 mois 28j	16 mois 7j	17 mois 9j	25 mois 18j	28 mois 13j	29 mois 17j	Mère 18
Son poids actuel	12,1 kg	-	9 kg	10 kg	13 kg	13 kg	12 kg	16 kg	32 mois 20 j
Sa taille actuelle	79 cm	-	47 cm (?)	73 cm	83 cm	-	-	-	13 kg
Où passe-t-il la plus grande partie de la journée ? Avec qui ?	À la maison Avec « moi »	À la maison Avec « maman et papa »	À la maison Ou garderie Avec « sa maman »	À la maison Avec « sa maman »	À la crèche -	À l'hôtel Avec « sa maman ou son oncle »	À la maison Et à la crèche Avec « papa et maman »	À la maison Avec « sa maman »	À la maison Avec « maman »
À qui pensez-vous qu'il ressemble ?	« À son père et à sa mère »	« À son papa »	« Plutôt des airs de son père »	« À sa maman »	« À son père »	« À son père et à sa mère »	« À elle-même »	-	« À elle-même »
Pourquoi ?	« Mon caractère, physique mn à son père »	« Pour son caractère »	« Des airs du père »	« Colères, les extrêmes »	« Physique »	« Sociable comme sa mère »	-	-	« Elle est unique »

## L'alimentation

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9
A-t-il bon appétit ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Mange-t-il à heures régulières ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Qui lui donne à manger ?	« Mère ou père »	« Maman »	« Papa et maman »	« Papa et maman »	« Sa mère »	Mère	« Maman »	« Moi »	« Moi »
Les repas sont-ils des moments ?	Agréables	Agréables	Agréables	Agréables	Agréables	Agréables	Agréables	Agréables	Difficiles
Mange-t-il en dehors des repas ?	Rarement	Rarement	Rarement	Souvent	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement
Quand ?	-	-	-	Quand il pleure	-	Pendant repas mère	Autre : « en complément »	Autre (-)	Quand il pleure Pendant le repas

	Mère 10	Mère 11	Mère 12	Mère 13	Mère 14	Mère 15	Mère 16	Mère 17	Mère 18
A-t-il bon appétit ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Mange-t-il à heures régulières ?	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Qui lui donne à manger ?	« Maman »	« La maman »	« Sa maman »	Mère	« Moi »	Mère	« Toute seule »	Mère	« Maman »
Les repas sont-ils des moments ?	Agréables	Agréables	Agréables	Ni l'un ni l'autre	Agréables	Agréables	Ni l'un ni l'autre	Agréables	Agréables
Mange-t-il en dehors des repas ?	Quelquefois	Quelquefois	Quelquefois	Souvent	Rarement	Quelquefois	Quelquefois	Souvent	Souvent
Quand ?	Pendant votre repas Pour ne pas être dérangé	Pendant votre repas	Pendant votre repas Autre : « à la demande »	Pendant votre repas	Pendant votre repas	Autre : « à la demande »	Autre : « Quand il a faim »	S'il pleure Pour le distraire Autre : « à la demande »	Comme récompense Autre (-)

## Le sommeil

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9
Où dort-il ?	Votre chambre et sa chambre	Votre chambre	Votre chambre	Votre chambre	Votre chambre	Votre chambre	Sa chambre	Votre chambre	Sa chambre
Dans son lit ?	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Le couchez-vous toujours à la même heure :	Plus ou moins	Rarement	Plus ou moins	Plus ou moins	Plus ou moins	Plus ou moins	Plus ou moins	Plus ou moins	Plus ou moins
A-t-il de la peine à s'endormir ?	Rarement	Souvent	Rarement	Souvent	Rarement	Quelquefois	Quelquefois	Rarement	Quelquefois
Dort-il bien ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
A-t-il besoin d'un rituel au coucher ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Si oui, lequel ?	« Conversation »	« Bercement en chantant »	« Petite chanson »	« Un petit câlin, du chuchotement »	-	-	« Jouer, parler, rassurer »	« Chanson »	« Des chatouilles et des gros bisous »
Se réveille-t-il la nuit ?	Quelquefois	Quelquefois	Quelquefois	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Quelquefois	Quelquefois

	Mère 10	Mère 11	Mère 12	Mère 13	Mère 14	Mère 15	Mère 16	Mère 17	Mère 18
Où dort-il ?	Sa chambre	Votre chambre	Votre chambre	Votre chambre	Votre chambre et sa chambre	Votre chambre	Votre chambre	Votre chambre et sa chambre	Votre chambre
Dans son lit ?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui et « lit de sa maman »	Oui	Non	Oui	Non
Le couchez-vous toujours à la même heure :	Plus ou moins	Plus ou moins	Plus ou moins	À la même heure	À la même heure	À la même heure	Plus ou moins	À la même heure	À la même heure
A-t-il de la peine à s'endormir ?	Rarement	Rarement	Quelquefois	Quelquefois	Quelquefois	Rarement	Quelquefois	Rarement	Rarement
Dort-il bien ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui et non	Oui	Non	Oui	Oui
A-t-il besoin d'un rituel au coucher ?	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Si oui, lequel ?	-	« Chanter une berceuse, taper sur son dos »	« Je lui chante une petite chanson »	-	« Endormissement dans mes bras »	-	« Casette musique »	« Avoir un jouet »	« Livres et câlins »
Se réveille-t-il la nuit ?	Rarement	Quelquefois	Rarement	Quelquefois	Souvent	Quelquefois	Quelquefois	Quelquefois	Rarement

## La santé

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9
Est-il malade ?	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement	Rarement
A-t-il été hospitalisé ces derniers mois ?	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Si oui, pourquoi ?	-	-	« Sevrage »	« Hernie à l'ovaire »	-	-	-	-	-
Ces derniers mois pourquoi avez-vous consulté un médecin ?	Contrôle	Contrôle	Contrôle Alimentation	Autres (-)	Maladie bénigne	Contrôle Maladie bénigne	Contrôle Allergie	Contrôle	Contrôle Allergie Autre: «rhume»
S'il est malade, vous êtes plutôt ?	Souvent inquiète	Souvent inquiète	Souvent inquiète	Souvent inquiète	Parfois inquiète	Souvent inquiète	Rarement inquiète	Parfois inquiète	Rarement inquiète

	Mère 10	Mère 11	Mère 12	Mère 13	Mère 14	Mère 15	Mère 16	Mère 17	Mère 18
Est-il malade ?	Parfois	Parfois	Parfois	Souvent	Rarement	Rarement	Parfois	Rarement	Parfois
A-t-il été hospitalisé ces derniers mois ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Si oui, pourquoi ?	-	-	-	« Naissance »	-	-	-	-	-
Ces derniers mois pourquoi avez-vous consulté un médecin ?	Allergie	Autre : « boutons »	Contrôle Maladie bénigne Autre (-)	Contrôle Allergie Maladie bénigne	Sommeil Autre(-)	Contrôle Maladie bénigne Digestion	Contrôle Maladie bénigne Sommeil	-	Maladie bénigne
S'il est malade, vous êtes plutôt ?	Parfois inquiète	Souvent inquiète	Parfois inquiète	Souvent inquiète	Parfois inquiète	Parfois inquiète	Parfois inquiète	Rarement inquiète	Souvent inquiète

## Les contacts

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9
Le contact avec votre enfant est plutôt ?	Parfois facile	Toujours facile	Toujours facile	Parfois facile	Toujours facile	Toujours facile	Toujours facile	Toujours facile	Rarement facile
S'amuse-t-il seul ?	Rarement	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Toujours	Parfois	Parfois
Et avec vous ?	Rarement	Parfois	Toujours	Toujours	Toujours	Parfois	Toujours	Toujours	Parfois

	Mère 10	Mère 11	Mère 12	Mère 13	Mère 14	Mère 15	Mère 16	Mère 17	Mère 18
Le contact avec votre enfant est plutôt ?	Parfois facile	Toujours facile	Parfois facile	Parfois facile	Parfois facile	Toujours facile	Rarement facile	Toujours facile	Parfois facile
S'amuse-t-il seul ?	Parfois	-	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Rarement	Parfois
Et avec vous ?	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Parfois	Rarement	Toujours

## Les relations familiales et amicales

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Mère 7	Mère 8	Mère 9
Qu'a modifié la venue de votre enfant dans votre vie ?	« Le fait de penser à lui, de s'occuper de quelqu'un d'autre, ça fait évoluer »	« Changement par rapport aux responsabilités d'être mère, et d'avoir enfin un but, qui est mon enfant, car il est ma raison de vivre »	« Changement total »	« Je n'ai plus de liberté »	« Tout »	« Mon mode de vie, tout »	« Mon rythme de vie, mon quotidien, mes activités »	« Au lieu d'être 3, on est 4 »	« Forcé à modifier mon mode de vie et de faire face à la réalité plus objectivement »
Est-ce que sa naissance a modifié les relations avec votre famille ?	Oui « Cela m'a rattaché aux neveux, permis de garder le cercle familial pour l'enfant »	« Non »	« Oui, contact avec ma maman »	« Oui, je suis plus ouverte à eux, ce que je n'ai pas fait pendant 5 ans »	« Non »	Oui « Cela nous a rapproché, je les vois plus souvent »	« Oui, ça a amélioré les relations familiales »	Oui « Plus proche encore »	« Non »
Est-ce que vous vous sentez entourée par votre famille ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Est-ce que vous avez des amis qui vous entourent ?	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non

## Les relations familiales et amicales (suite)

Qu'à modifié la venue de votre enfant dans votre vie ?	Mère 10 « Tout »	Mère 11 « De rester dans le droit chemin »	Mère 12 « Ma vie, mes relations, ma façon de vivre »	Mère 13 « Ca m'a freinée »	Mère 14 « Une prise de conscience sur la vie en général »	Mère 15 « Ca m'a mis sur les rails, apporté la paix »	Mère 16 « Ma façon de penser, ma façon de vivre »	Mère 17 « Début du sevrage »	Mère 18 « Je suis plus stable et sérieuse »
Est-ce que sa naissance a modifié les relations avec votre famille ?	« Oui, depuis sa naissance, j'entretiens des rapports plus rapprochés avec ma famille »	Non « Pas tellement, car ils avaient peur que mon fils rejoigne son frère et sa sœur, qui sont placés chez une nourrice ASE »	« Oui, plus proche de ma sœur, de ma famille en général »	Non « Ne le connais pas »	Non « Pas plus que les précédentes »	Oui « Cela m'a rapprochée de ma mère »	« Non »	Oui « Cela m'a rapprochée de certains membres de ma famille »	- « La famille s'est agrandie »
Est-ce que vous vous sentez entourée par votre famille ?	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Est-ce que vous avez des amis qui vous entourent ?	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui

## Les traits de caractère principaux

Enfant 1	Mère 1	Grand-mère 1	Enfant 2	Mère 2	Grand-mère 2	Enfant 3	Mère 3	Grand-mère 3
Actif	Affectueuse	Autoritaire	Accroché	Affectueuse	Affectueuse	Actif	Affectueuse	Affectueuse
Affectueux	Calme	Calme	Actif	Calme	Confiante	Affectueux	Calme	Calme
Coléreux	Disponibles	Confiantes	Affectueux	Confiantes	Disponibles	Confiant	Confiantes	Mère-poule
Confiant	Réfléchi	Détachée	Agité	Disponibles	Mère-poule	Dépendant	Disponibles	Patiente
Dépendant	Rôle mère facile	Disponibles	Agressif	Mère-poule	Patiente	Facile	Mère-poule	Permissive
Gai	Satisfaite/rôle	Insatisfaite/rôle	Coléreux	Patiente	Réfléchi	Gai	Patiente	Rôle mère facile
Pacifique	Tolérante	Patiente	Confiant	Permissive	Satisfaite/rôle	Pacifique	Satisfaite/rôle	Satisfaite/rôle
Réceptif		Peu affectueuse	Dépendant	Réfléchi	Soucieuse	Passif	Soucieuse	Soucieuse
Sociale		Réfléchi	Entrepreneur	Satisfaite/rôle	Soucieuse	Sociable	Spontanée	Spontanée
			Gai	Soucieuse		Soucieux	Tolérante	Tolérante
			Réceptif	Tolérante				
			Sociale					
			Soucieux					

Enfant 4	Mère 4	Grand-mère 4	Enfant 5	Mère 5	Grand-mère 5	Enfant 6	Mère 6	Grand-mère 6
Actif	Satisfaite/rôle	Satisfaite/rôle	Affectueux	Affectueuse	Affectueuse	Actif	Affectueuse	Calmé
Dépendant			Confiant	Anxieuse	Disponibile	Agité	Disponibile	Disponibile
Entreprenant			Facile	Disponibile	Mère-poule	Gai	Satisfaite/rôle	Insatisfaite/rôle
Réceptif			Gai	Mère-poule	Patiente	Sociable	Tolérante	Patiente
			Pacifique	Réfléchie	Réfléchie			Permissive
			Réceptif	Satisfaite/rôle	Rôle difficile			Tolérante
			Sociable	Soucieuse	Satisfaite/rôle			
					Soucieuse			

### Les traits de caractère principaux (suite)

Enfant 7	Mère 7	Grand-mère 7	Enfant 8	Mère 8	Grand-mère 8	Enfant 9	Mère 9	Grand-mère 9
Gai		Autoritaire	Accroché	Affectueuse	Affectueuse	Actif	Confiante	Affectueuse
		Impatiente	Actif	Confiante	Confiante	Affectueux	Disponibile	Patiente
		Insatisfaite/rôle	Affectueux	Disponibile	Mère-poule	Distant	Mère-poule	Réfléchie
		Nerveuse	Confiant	Patiente	Patiente	Entreprenant	Nerveuse	Rôle mère facile
		Peu disponible	Entreprenant	Permissive	Permissive	Facile	Rôle mère facile	Satisfaite/rôle
		Rôle difficile	Facile	Rôle mère facile	Peu disponible	Gai		
		Sévère	Gai	Satisfaite/rôle	Réfléchie	Insouciant		
			Insouciant	Tolérante	Rôle mère facile	Pacifique		
			Pacifique		Satisfaite/rôle	Réceptif		
			Réceptif		Tolérante	Sociable		
			Sociable					

Enfant 10	Mère 10	Grand-mère 10	Enfant 11	Mère 11	Grand-mère 11	Enfant 12	Mère 12	Grand-mère 12
Actif	Affectueuse	Autoritaire	Accroché	Affectueuse	Affectueuse	Accroché	Affectueuse	Anxieuse
Affectueux	Confiante	Détachée	Actif	Anxieuse	Anxieuse	Actif	Calmé	Calmé
Confiant	Détachée	Impatiente	Affectueux	Disponibile	Disponibile	Affectueux	Disponibile	Permissive
Entreprenant	Disponibile	Insouciant	Calmé	Mère-poule	Mère-poule	Gai	Mère-poule	Peu disponible
Gai	Satisfaite/rôle	Nerveuse	Confiant	Nerveuse	Permissive	Indépendant	Rôle mère facile	Rôle mère facile
Pacifique	Soucieuse	Peu disponible	Dépendant	Réfléchie	Réfléchie	Pacifique		
Réceptif		Réfléchie	Entreprenant	Satisfaite/rôle	Rôle difficile	Réceptif		

Sociable		Rôle difficile		Facile	Soucieuse	Satisfaite/rôle	Sociable		
Soucieux		Sévère		Gai		Soucieuse			
				Insouciant		Tolérante			
				Pacifique					
				Réceptif					
				Sociable					

### Les traits de caractère principaux (suite)

Enfant 13	Mère 13	Grand-mère 13		Enfant 14	Mère 14	Grand-mère 14		Enfant 15	Mère 15	Grand-mère 15
Accroché	Affectueuse	Anxieuse		Actif	Mère-poule	Autoritaire		Actif	Confiante	Détachée
Actif	Confiante	Autoritaire		Gai		Détachée		Affectueux	Disponible	Patiente
Affectueux	Disponible	Détachée		Réceptif		Insatisfaite/rôle		Confiant	Patiente	Permissive
Agité	Mère-poule	Insatisfaite/rôle		Sociable		Insouciant		Facile	Réfléchie	Satisfaite :rôle
Coléreux	Rôle difficile	Insouciant				Peu affectueuse		Gai	Rôle facile	Tolérante
Gai	Soucieuse	Nerveuse				Peu disponible		Insouciant	Satisfaite/rôle	
Indépendant		Peu affectueuse				Rôle difficile		Paisible	Tolérante	
Réceptif		Peu disponible				Spontanée		Réceptif		
		Rôle difficile						Sociable		

Enfant 16	Mère 16	Grand-mère 16		Enfant 17	Mère 17	Grand-mère 17		Enfant 18	Mère 18	Grand-mère 18
Actif	Réfléchie	Affectueuse		Accroché	Affectueuse	Affectueuse		Accroché	Affectueuse	Affectueuse
Affectueux	Rôle difficile	Anxieuse		Actif	Confiante	Anxieuse		Actif	Disponible	Disponible
Confiant	Satisfaite/rôle	Disponible		Affectueux	Permissive	Mère-poule		Agité	Mère-poule	Insatisfaite/rôle
Difficile	Soucieuse	Mère-poule		Facile	Satisfaite/rôle	Nerveuse		Coléreux	Soucieuse	Mère-poule
Gai		Patiente		Gai	Tolérante	Patiente		Entreprenant		Patiente
Indépendant		Réfléchie		Réceptif		Satisfaite/rôle		Indépendant		Permissive
Réceptif		Rôle difficile		Soucieux		Soucieuse				Soucieuse
Soucieux		Soucieuse				Spontanée				Spontanée
										Tolérante





---

## **ANNEXE III**

---



## LA SÉQUENCE D'OBSERVATION FILMÉE

Les paragraphes qui concernaient la séquence d'observation filmée ont été mis pour mémoire dans cette annexe ; compte tenu du fait qu'ils ne font plus partie du nouveau protocole de recherche.

### LA SÉQUENCE D'OBSERVATION FILMÉE

**Objectif :** Cette séquence doit nous permettre d'observer les interactions mère-enfant dans une situation de jeu. Elle permet un recueil plus complet des comportements des partenaires et de l'interaction que dans une situation d'observation spontanée. Toutefois s'agissant d'une situation provoquée, la caméra et le cadre imposé peuvent induire des comportements différents de ceux observables dans une situation naturelle.

**Modalités:** La mère et l'enfant sont laissés seuls dans la pièce pendant 5 à 10 minutes. Ils sont placés sur un espace délimité par un tapis au sol, faisant face à la caméra, avec à disposition différents jouets choisis en fonction de l'âge de l'enfant (exemple : jeu d'encastrement, livres, jeu sonore, hochet, cubes...).

**Consigne :** « Je vais vous laisser seule avec votre enfant pendant quelques minutes, vous avez à votre disposition des jouets sur le tapis. Je vous demanderai de rester sur le tapis pour être dans le champ de la caméra ».

### LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Pour effectuer l'analyse de cette séquence filmée, nous nous sommes appuyés sur les connaissances acquises dans le domaine de la communication verbale et non verbale. Il existe un répertoire de signaux utilisés par l'enfant et l'adulte lors des interactions, nous en avons sélectionné certains (Baudier, Céleste, 1990):

**le regard :** il constitue le moyen de communication privilégiée entre la mère et l'enfant. C'est un signal qui permet de solliciter le partenaire et prolonger la durée de l'interaction.

**les mimiques :** ont la particularité de véhiculer une émotion que le partenaire interprète et à laquelle il donne du sens.

**les vocalisations et verbalisations :** cette modalité d'expression est la plus prégnante dans une situation d'interaction.

Nous avons rajouté des indices comportementaux propres aux modalités d'échange mises en œuvre dans la situation d'interaction de notre recherche :

**Les échanges corporels : les positions de chaque partenaire, les contacts physiques et la gestuelle.**

**La situation de jeu : les différentes pratiques autour du jeu.**

**L'ajustement : réponse appropriée ou non appropriée aux signaux émis par le partenaire.**

Nous avons analysé 4mn 30 d'interaction à partir du début de la séance. Nous avons reporté chaque comportement de la mère et de l'enfant toutes les 5 secondes. Nous avons ainsi 54 séquences de 5 secondes. Le codage s'est effectué à partir de 8 catégories composées de 18 sous-catégories.

#### PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette séquence filmée doit nous permettre d'observer les interactions mère-enfant dans une situation de jeu. Nous tenterons de rendre compte au mieux des comportements de la mère et de l'enfant. Il existe cependant un certain nombre de difficultés expérimentales que nous devons considérer et qui influencent l'exploitation des résultats.

D'une façon générale, il s'agit d'une situation provoquée, où la caméra peut induire des comportements différents de ceux observables dans une situation spontanée. L'observation avouée, ici par l'intermédiaire de la vidéo, entraîne toujours une distorsion de la situation observée. De plus, d'après Chauchat (1990), l'observation est « une perception orientée selon des schèmes, des concepts, des hypothèses ; en d'autres termes, il s'agit d'une manière de voir et d'enregistrer les données ».

Dans la situation expérimentale présente, les différences d'âge de développement des enfants nous ont amenés à présenter des jeux différents pour chaque dyade. De ce fait, la comparaison rigoureuse de la situation de jeu n'est pas pertinente. Nous considérons le jeu en tant qu'objet intermédiaire dans la relation et non par rapport à sa spécificité ludique. De plus, nous avons choisi de laisser la mère et l'enfant seuls avec la caméra fixe. Nous pensons que notre absence pendant l'interaction amènerait la mère à être plus à l'aise avec la caméra. Mais il est entendu que les mères ont parfaitement conscience que cette séquence sera

observée et analysée par la suite. Cependant on peut supposer que dans la situation de jeu elles « oublieront » plus facilement la caméra que l'observateur humain. Ce choix de la caméra fixe pose quelques problèmes de cadrage selon les positions de la mère et de l'enfant. C'est pourquoi nous n'avons pu à certains moments déterminer avec précision l'orientation des regards.

Ces quelques difficultés méthodologiques sont à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

## 1. ANALYSE DES RÉSULTATS

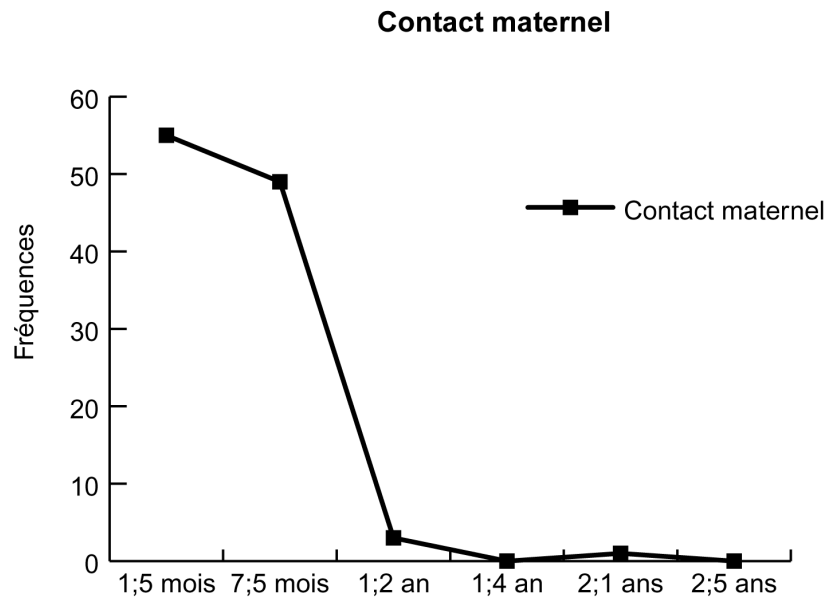
Les six dyades de notre échantillon ne permettent pas de définir des comportements spécifiques généralisables. Comme nous l'avons par ailleurs exposé, il s'agit d'un échantillon particulier d'une population de mères toxicomanes ; et un si petit échantillon ne peut nous permettre que de déceler quelques tendances comportementales. Nous exposerons dans un premier temps quelques indices globaux et nous nous intéresserons ensuite plus précisément à chaque dyade.

### À - Analyse globale des données

L'observation des interactions lors des séquences filmées sans analyse spécifique ne fait pas apparaître de dysfonctionnements probants. On ne note pas à la première lecture de ruptures flagrantes aux cours des interactions, sauf dans un cas particulier.

D'une façon générale, on peut noter que les contacts physiques baissent considérablement lorsque l'enfant marche. Dès que l'enfant n'a plus besoin du portage, on observe une quasi absence des contacts physiques.

### Fréquences des contacts physiques selon l'âge de l'enfant :

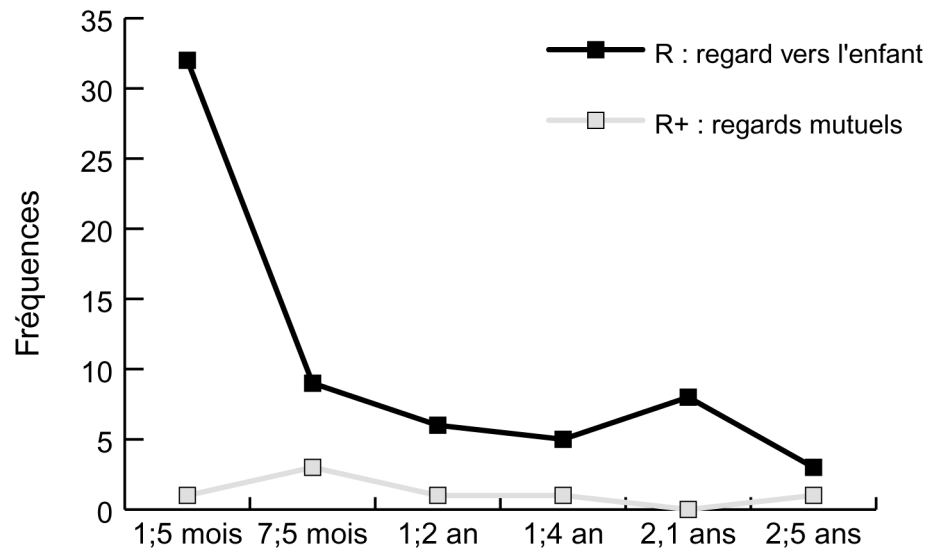


Pour les enfants en bas âge, du fait notamment du portage, on trouve plus fréquemment des changements de position chez la mère, qui viennent le plus souvent en réponse au comportement de l'enfant. Parallèlement, les changements de position chez l'enfant varient indifféremment selon l'âge. Même si les contacts physiques diminuent fortement avec l'âge de l'enfant, il existe une proximité importante dans l'espace entre la mère et l'enfant. En effet, on note très peu de comportements d'éloignement de la part de la mère.

De la même façon, le regard de la mère vers l'enfant a tendance à diminuer lorsque l'enfant grandit. Dans l'ensemble, on note également très peu de regards mutuels. Les regards ont tendance chez la mère et l'enfant à converger sur l'objet, il s'agit le plus souvent d'attention conjointe dans la situation de jeu.

## Fréquences des regards selon l'âge de l'enfant :

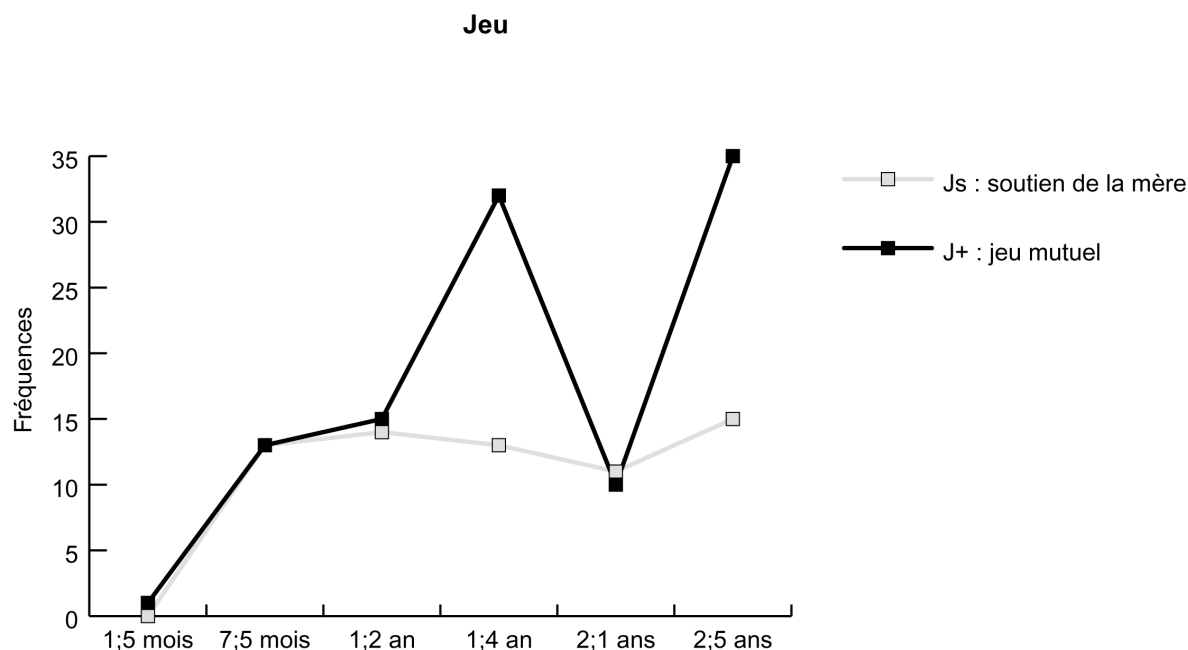
### Regard maternel



En ce qui concerne le jeu, il apparaît que le jeu mutuel est plus fréquent plus l'enfant grandit, ainsi que les comportements d'aide et de soutien de la part de la mère. Il y a aussi des moments de jeu seul de la part de l'enfant (joue à un autre jeu). De façon plus étonnante, les mères ont une légère tendance à jouer seules à certains moments de l'interaction.



### Fréquences des jeux selon l'âge de l'enfant :



La verbalisation des mères est très importante quelque soit l'âge de l'enfant. La verbalisation est entre autre un moyen utilisé pour soutenir le jeu mais également pour maintenir l'interaction, quand par exemple l'un ou l'autre joue à un autre jeu. La verbalisation apparaît comme un mode d'interaction privilégiée avec l'enfant.

Dans l'ensemble, les mères donnent ainsi l'impression de se situer plus particulièrement dans l'action. La baisse des contacts physiques et du regard, la forte verbalisation définissent l'interaction entre la mère et l'enfant plutôt sur un mode distancié. Le jeu ou la parole permet d'introduire un objet au sein de la relation. On ne peut pas dire que cet objet parasite l'interaction, il pourrait plutôt permettre de la soutenir.

**OFDT**

**Observatoire français des drogues et des toxicomanies**

105 rue La Fayette

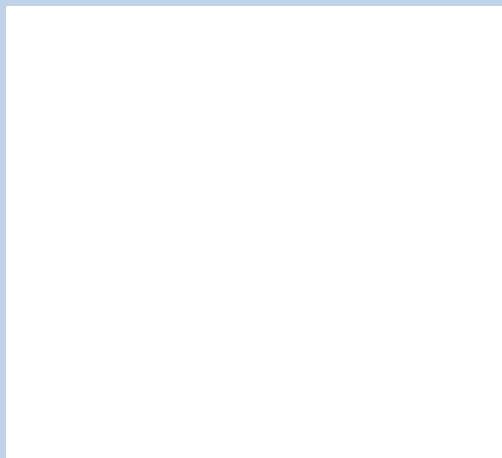
75010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

e-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

Site web : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)



ISBN : 2-11-092883-2