

toxi[base]

revue
documentaire

laboratoire national
de documentation des
pharmacodépendances
14, av. Berthelot 69007 Lyon, France.
tel 78 72 47 45
fax 72 72 93 44

4

4ème trimestre 1994

Les enfants de parents toxicomanes

- dossier :
Les enfants de parents toxicomanes P. 1
- sélection thématique : P. 16
traitement
pathologie et psychopathologie
les produits et leurs effets
législation
marché de la drogue
prévention
sciences humaines et sociales
épidémiologie
toxicomanie et sida
santé publique
- informations générales P. 29
- actualités congrès P. 30
- actes P. 32
- fiche pratique P. 34

Les enfants de parents toxicomanes

par Térésa Esquivel ^(*)

En France, au moins un cinquième des toxicomanes sont parents (FACY et LAURENT, 1992). Si la naissance d'un enfant apparaît statistiquement corrélée à l'évolution favorable du ou de la toxicomane (CURTET et DAVIDSON, 1987) on sait peu de choses sur le devenir de ces enfants.

Aux Etats-Unis, environ 10% des bébés naissent d'une mère ayant pris des substances psychotropes illégales pendant la grossesse. La cocaïne, sous la forme de « crack », est actuellement la drogue la plus consommée parmi les femmes Noires des quartiers pauvres. En Europe, le produit le plus utilisé par les mères toxicomanes continue d'être l'héroïne par voie intraveineuse le plus souvent dans un contexte de polytoxicomanie.

Les conséquences physiques et comportementales pour le nouveau-né de la consommation maternelle de drogues pendant la grossesse sont assez bien connues et documentées. Plusieurs travaux portant sur des séries importantes ont été publiés en Amérique du Nord (sur l'héroïne, la méthadone et, plus récemment, la cocaïne) et dans les pays scandinaves (sur les opiacés et les amphétamines) ^(**). Les recherches centrées sur les aspects adaptatifs et cognitifs du développement dépassent rarement la deuxième année de l'enfant ou concernent des petits échantillons parfois hétérogènes (LIFSCHITZ et WILSON, 1991).

Les retentissements psycho-affectifs pour l'enfant sont exceptionnellement abordés.

Les études en langue française, même s'il s'agit d'observations isolées dans un cadre institutionnel délimité, prennent en compte le fonctionnement psychique des effets et l'histoire familiale. La naissance d'un enfant est envisagée comme une période de possibles réaménagements psychiques pour la mère.

Il nous semble que le facteur de risque que représente la toxicomanie parentale (dont il faut préciser les modalités et le degré d'engagement) ne peut pas être isolé d'autres déterminants multifactoriels du développement et de l'équilibre de l'enfant (ESQUIVEL, 1994).

Ma thèse s'est élaborée autour de deux axes :

- Les répercussions de la toxicomanie parentale sur l'enfant.
- Parentalité et toxicomanie.

Cette réflexion a commencé au début des années 80 au Portugal, où j'ai mené une partie de la recherche dans des lieux de vie thérapeutiques accueillant conjointement les parents toxicomanes et leurs enfants (Centre d'Etudes et de Prophylaxie de la Drogue de Coimbra et Lisbonne).

J'ai poursuivi la recherche en France (le Centre Didro, la maternité de Port-Royal, l'hôpital Cochin (à Paris) et l'hôpital Avicenne (à Bobigny)) au moment de la mise en relation entre l'usage intraveineux de produits et la transmission du virus du sida.

La toxicomanie étant depuis lors associée à la maladie du sida, il nous semble que les problèmes qui découlent de l'infection ne doivent pas occulter ce qui est à l'origine de la toxicomanie.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré des mères toxicomanes séropositives avec leurs bébés.

Toxicomanes et toxicomanies

^(*) Psychologue clinicienne

^(**) Voir encadré sur les effets de consommation maternelle de substances psychotropes

D'un point de vue pragmatique, nous considérons comme toxicomane tout sujet psychiquement dépendant d'un ou de plusieurs produit(s) dont la consommation est importante et répétée.

Parmi les sujets toxicomanes, il y a des organisations névrotiques, psychotiques et, sans doute dans une plus large mesure, « limites » (BERGERET, 1981).

La dépendance à un objet se retrouve dans d'autres conduites. Dans ce sens et sans qu'elle constitue une structure spécifique, l'addiction est une notion transnographique utile qui nous permet de mieux comprendre ces aménagements narcissiques et objectaux (PEDINIELLI, 1991). L'expérience toxicomaniaque à notre époque apparaît aussi comme le fruit de la rencontre entre des incertitudes individuelles et des incertitudes sociales (PANUNZI-ROGER, 1993). Mais au delà de la dimension sociologique et de la psychopathologie commune aux différentes conduites addictives, il faut avec et pour chaque sujet découvrir le sens et la fonction de la toxicomanie.

La toxicomanie au féminin. Maternité et toxicomanie

Les femmes toxicomanes sont plus jeunes que les hommes et elles ont plus souvent des enfants. Elles débutent plus fréquemment leur toxicomanie par l'héroïne et les médicaments, et si la durée de l'intoxication est plus courte, au moment de la première consultation ses retentissements sont plus graves (enquête INSERM, 1986).

L'aspect androgyne (ANGEL, 1983), les analogies avec le rapport au corps chez l'anorexique (BRUSSET, 1988), la dégradation physique et les attaques contre le corps (EBERT, 1988) traduisent les difficultés d'identité de la plupart de ces femmes dont beaucoup avaient des troubles sexuels antérieurs à l'usage de drogues.

Les sentiments d'infériorité et de dévalorisation, très prégnants, peuvent coexister avec une image de soi grandiose et idéalisée.

Les études américaines mettent l'accent sur la fréquence de situations de négligence et de maltraitance incluant des abus sexuels chez les futures mères toxicomanes (LEVY et RUTTER, 1992).

Suivant une approche psychanalytique, P. et S. ANGEL (1983) font état de surstimulations sexuelles précoces et répétées de la part du père dans l'anamnèse de leurs patientes toxicomanes.

En se référant de façon générique au toxicomane, plusieurs auteurs soulignent ses failles narcissiques. JEAMMET (1987) parle de l'empiétement des parents sur l'espace psychique du sujet et GEBEROVICH (1984) de l'alternative étroite entre être l'idole ou la victime du maternel. Pour OLIEVENSTEIN (1982), le vécu infantile du futur toxicomane s'organise selon la métaphore du « Miroir brisé », moment où l'image de soi est entr'aperçue et aussitôt perdue; plus tard, la rencontre avec la drogue entraînera temporairement l'illusion de l'Unité.

Ainsi, la grossesse et l'enfant imaginé sont généralement très investis et constituent une tentative de réparation et de restauration narcissique.

Quelquefois, la grossesse serait vécue dans un climat d'indifférence affective et de négligence (KRETZSCHMAR, 1985).

On peut dire qu'à travers leur grossesse ces jeunes femmes tentent « de trouver à l'extérieur d'elles la butée qu'elles ne trouvent pas dans leur for intérieur pour arrêter vraiment la drogue » (p. 50) (ROSENBLUM et CHARLES NICOLAS, 1990).

Le désir de maternité ne peut souvent apparaître que lorsque la stratégie toxicomaniaque devient insuffisante :

La grossesse est alors « toujours le signe d'une tentative de résolution des conflits inconscients à l'origine de la toxicomanie » (p. 40) (EBERT, 1988) Quand elle est consciemment désirée, « l'enfant apparaît comme l'aboutissement d'un mouvement de maturation psychique de bon augure. Plutôt qu'un simple succédané de la drogue, il apparaît comme une possibilité de dépassement de l'enlèvement fatal où mène la drogue grâce à l'affirmation du Désir » (p. 382) (SAINTE FARE GARNOT, 1986).

Mais si l'enfant à naître est porteur d'espoir il est aussi source d'exigences, et l'ambivalence maternelle se manifestera à travers une succession de périodes de sevrage et d'intoxication (PARQUET et BAILLY, 1988).

Dans mon travail sur les enfants de parents toxicomanes, j'ai pu relever dans les difficultés d'identification des femmes toxicomanes à leur propre mère, des indices d'une relation précoce troublée, d'un vécu infantile d'intrusion et/ou d'abandon où les notions d'« ennui », de « vide » ou de « froid » reviennent souvent.

L'image paternelle qui prévaut est celle d'un père absent ou défaillant. Dans le cas où il est fait état d'un lien privilégié avec le père, des attitudes abusives et parfois violentes de sa part sont toujours rapportées.

Il apparaît également que l'image du couple parental intériorisée par ces jeunes femmes n'est pas unifiée : le père est dévalorisé et la mère idéalisée.

Pour les mères toxicomanes que nous avons rencontrées ressortent les aspects suivants :

- L'illusion d'invulnérabilité et de complétude générée par l'usage du produit (héroïne), l'aménorrhée qui découle de cette consommation, concourent au fantasme d'une impossibilité d'enfanter :

« *La grossesse a été une heureuse surprise, ça ne m'avait jamais effleurée* » (Josiane). Pour cette jeune femme, la grossesse est d'abord un moyen de vérifier l'intégralité et le bon fonctionnement de son corps : « *quand j'étais dans la came, je me disais : peut-être que je ne pourrai pas avoir d'enfant, quand j'ai arrêté, ça s'est bien remis dans mon corps, je suis tombée enceinte* ».

« *De quatorze ans et demi à dix-huit ans, je prenais la pilule. Quand j'ai commencé à prendre de la poudre, j'ai arrêté. Pendant des mois et des mois, je n'avais pas de règles, je me disais : je ne risque rien de toute façon, jusqu'au jour où j'étais enceinte et je ne m'en étais pas aperçue* » (Carole).

- La renaissance tardive de la grossesse, bien que liée à l'aménorrhée, est soustendue par le désir d'enfant malgré l'ambivalence et les conflits avec l'extérieur :

« *Je prenais la pilule, je l'ai arrêtée un mois parce que je n'en avais plus, il fallait passer chez le médecin.... et je suis tombée enceinte (...). Je n'avais pas de règles, mais c'était déjà comme ça avant d'être toxico. Le test de grossesse était négatif, j'ai donc continué à prendre la pilule (jusqu'au 5ème mois de la grossesse)... mais quand même j'avais une sensation dans le ventre, même si je grossissais très peu; quand j'ai finalement appris que j'étais enceinte c'était trop tard pour faire quelque chose* » (Evelyne).

Claire a arrêté la contraception et également la consommation d'héroïne : « *j'ai laissé faire les choses en sachant que je voulais bien tomber enceinte... mais ça ne se déclarait pas... des fois on se disait : peut-être qu'on fait un bébé en ce moment (...). j'avais des cycles très irréguliers et j'avais fait un test de grossesse chez moi qui s'était révélé négatif. J'ai eu très peur quand la gynécologue m'a dit que j'étais enceinte, j'avais repris de la drogue, c'était dangereux... mais me faire avorter c'était une des pires choses... je ne voulais pas que ça m'arrive* ». C'est alors que j'ai fait un cambriolage et je me suis retrouvée en prison : « *ma mère dit que j'ai dû faire exprès : pour qu'il n'y ait personne qui te force à avorter* ».

- La survenue de la grossesse arrive à un moment particulier de l'histoire de chacune :

Carole s'est trouvée enceinte peu de temps après le décès par overdose d'un ami proche du couple.

Valérie a conçu son troisième enfant dès la sortie de prison de son mari : « *je ne prenais pas de pilule et comme c'était une fille (le couple avait déjà deux fils élevés par les grands-parents maternels) on était contents* ».

Marthe qui n'avait jamais utilisé de contraception, nous confie qu'elle avait deux amis : « *depuis sept ans, tous les deux savaient que je voulais un enfant, le premier qui faisait l'enfant savait qu'il allait me récupérer* ».

- L'investissement narcissique de l'enfant est parfois très affirmé dans le récit maternel :

« *J'avais choisi le prénom avec mon frère, on discutait pendant des heures (...). C'était la première fois de ma vie que j'éprouvais un tel bonheur (...). J'avais de longues discussions avec lui -le bébé- intérieurement (...). Quand je prenais le bateau, je regardais la mer, le fleuve, les gens, comme si tout était nouveau. Il me semble que je ne les avais jamais regardés avec des yeux si doux* » (traduction du portugais) (Isabel).

« *C'était capital, c'était vraiment arriver à mes fins, mettre un enfant au monde qui porte mon nom, qui soit ma chair et mon sang (...). pouvoir l'aimer et le comprendre plus que je ne l'ai été* » (Sophie).

Ces derniers extraits montrent aussi la place réduite accordée au père réel ou symbolique.

A quelques exceptions près, l'accouchement laisse un souvenir très pénible, la douleur dépassant largement les prévisions maternelles. Pour beaucoup, l'accouchement est une effraction corporelle et imaginaire, un processus qui échappe à leur maîtrise. Cependant, le fait de voir et toucher le bébé suscite chez presque toutes un grand soulagement et des sentiments intenses de fierté et émerveillement.

Notons que toutes les mères de notre étude ont diminué l'usage d'héroïne pendant la grossesse, parfois elles ont réussi à l'arrêter complètement au cours de cette période et dès qu'elles ont su être enceintes.

En revanche, la reprise de la consommation est fréquente après la naissance de l'enfant. Dans notre étude les attentes déçues des mères étaient peu verbalisées en ce qui concerne les contraintes et frustrations imposées par le bébé « réel », mais apparaissaient essentiellement liées à l'absence de changements positifs dans leur vie. Les pères ont rarement apporté un soutien et, en général, ont poursuivi l'usage d'héroïne. Quelques uns se sont occupés activement de leur bébé sans émergence de fonctions plus spécifiquement paternelles.

Les données de la littérature indiquent également que la désillusion qui suit l'accouchement -ravivant l'angoisse d'abandon et ceci d'autant plus que le père fait souvent défaut- peut précipiter le recours aux drogues.

le syndrome de sevrage du nouveau-né, les attitudes parentales : leurs implications interactives

Rappelons que l'action spécifique de l'héroïne sur le fœtus ne peut pratiquement jamais être dissociée d'autres variables (notamment : un suivi prénatal insuffisant, le tabagisme maternel et l'usage d'autres substances) qui potentialisent l'effet du produit.

La consommation d'opiacés pendant la grossesse et, en particulier, peu de temps avant l'accouchement provoque avec une fréquence élevée des manifestations de manque chez le nouveau-né. L'hyperexcitabilité et l'hypertonie sont les symptômes les plus courants et massifs du Syndrome de Sevrage du Nouveau-né, suivis des troubles digestifs et respiratoires.

Le nouveau-né présente souvent un comportement de succion non-nutritif que la mère risque d'interpréter comme un signe de faim. La sur-alimentation, qui résulte aussi de la tendance maternelle à nourrir le bébé pour le calmer, entraînant alors une aggravation des symptômes gastro-intestinaux.

Aux Etats-Unis, la méthadone est prescrite à des femmes enceintes toxicomanes dans le cadre des « programmes de maintien ».

Le bénéfice essentiel étant une meilleure surveillance prénatale, ce qui réduit les complications médicales (GREEN et al., 1979) (STIMMEL et al., 1982/83).

L'incidence des signes de sevrage est équivalente à celle présentée par les nouveau-nés de mère héroïne nomade, bien que les troubles soient un peu moins sévères (FINNEGAN et al., 1977) (ROSEN et JOHNSON, 1982). Toutefois, KANDALL et al. (1977) et WILSON (1989) ont observé une symptomatologie d'apparition plus tardive, plus grave et plus prolongée chez les bébés dont les mères recevaient un traitement par la méthadone.

Dans le cas d'une toxicomanie maternelle active, les perturbations de l'interaction sont à la fois provoquées par les particularités du comportement du bébé en manque et par l'absence de réceptivité ou de stimulation appropriées de la part de la mère qui se drogue.

Le bébé « en manque » éveille des sentiments de culpabilité et de mésestime chez la mère, susceptibles d'entraîner une recrudescence de sa consommation. Cependant, quand les manifestations de sevrage ne sont pas trop marquées (et s'il n'y a pas eu d'autres problèmes dans la période néonatale) une reconnaissance réciproque de la mère et de l'enfant peut avoir lieu.

Les nouveau-nés de mère toxicomane aux opiacés de l'étude de STRAUSS et al. (1975) malgré leur irritabilité et la labilité de leurs états de vigilance, étaient capables d'utiliser le contact

humain pour se calmer et, lorsqu'ils étaient suffisamment calmes et éveillés, leurs réponses étaient équivalentes à celles du groupe témoin.

COPPOLILO (1975) met l'accent sur les distorsions des attitudes maternelles en rapport avec l'usage des drogues, mais aussi sur les répercussions négatives de ses expériences précoces insatisfaisantes avec sa propre mère et le manque d'appui du père de l'enfant.

CHASNOFF (1992) fait remarquer que, en dépit de la brièveté de leur état de disponibilité vis-à-vis de l'environnement, les nourrissons de mère cocaïnomanes répondent et interagissent de façon adaptée lorsqu'ils sont manipulés avec douceur et si l'on prend soin de réduire les stimulations extérieures. L'auteur ajoute que malheureusement les mères ne sont pas en mesure d'apporter ces ajustements en raison de leur manque de connaissances sur les effets des drogues et le développement infantile, des attentes irréalistes qu'elles nourrissent à l'égard du bébé et qui sont sous-tendues par leur problématique dépressive.

Les résultats de l'étude comparative et longitudinale de BERNSTEIN et al. (1984) montrent que l'usage maternel de drogues pendant la grossesse (en l'occurrence, il s'agit d'un groupe de femmes suivant un programme de maintenance à la méthadone) ne saurait constituer un indicateur de risque que s'il est associé à d'autres paramètres. Ainsi :

A quatre mois le degré d'accomplissement et de régulation des dyades mère-enfant est semblable dans les deux échantillons, mais les mères traitées par la méthadone répondent peu aux signaux de leur bébé et l'encouragent moins que les mères non-toxicomanes. Ce fonctionnement maternel ne résultant pas directement de l'usage de la méthadone mais de plusieurs facteurs psycho-affectifs qui amenuisent les ressources maternelles.

A huit et douze mois d'âge, seuls les enfants du groupe méthadone faisant partie de certaines configurations familiales bien précises (faible statut socio-économique, psychopathologie et déficience mentale de la mère, absence du père) présentaient encore un écart défavorable par rapport au groupe témoin.

En France, ROSENFELD (1987) attire l'attention sur la nécessité d'une analyse fine des interactions du bébé avec ses différents partenaires. Ainsi, dans son observation, les échanges de la mère toxicomane avec son bébé-fille étaient pauvres, tandis que l'interaction père-fille était harmonieuse.

LAMOUR et al. (1994) décrivent une relation d'attachement importante entre une mère toxicomane et son bébé, celui-ci présentant néanmoins des signes de souffrance qui s'intensifieront avec la reprise de la consommation par la mère et après un séjour à domicile au cours duquel il a été maltraité par son père. Les interactions avec la mère sont alors marquées par la voracité lors des repas et par le développement d'une raideur axiale lorsqu'il est mal tenu : le bébé « lâché » par sa mère intoxiquée se décolle d'elle. Dans les bras d'un soignant, il ne parvient pas à se détendre. Et lors d'une activité autonome sur le tapis, l'éducatrice qui l'observe s'ennuie car son jeu est vide.

L'expérience de terrain des travailleurs sociaux corrobore certaines de nos observations, ainsi que nombre de praticiens et psychothérapeutes, sur les difficultés maternelles pour s'adapter aux besoins et au rythme du bébé, le fait que les soins peuvent être adaptés mais donnés sans plaisir et le passage sans transition d'une position où le bébé est idéalisé à une autre où il est vécu comme encombrant, sale et avide.

L'investissement maternel alterne souvent entre deux pôles :

- La « fusion ». Des moments de rapprochement physique et affectif, allant parfois jusqu'à la surexcitation.
- Le « rejet ». Les attitudes de repli, d'indisponibilité, voire des mouvements d'abandon.

Si ces aspects ne sont pas spécifiques aux mères toxicomanes, ce sont des composantes affectives courantes de la relation avec leurs enfants.

On constate aussi des évolutions plus heureuses

Dans le cadre d'un suivi à domicile par des puéricultrices (ESQUIVEL, 1994), cinq des huit nourrissons de mère héroïnomanes avaient présenté des signes de sevrage. Dans l'ensemble,

la plupart des enfants ont connu une évolution favorable tant sur le plan du développement que de la relation avec la mère :

- Le regard mutuel occupe une place privilégiée dans les échanges et contrebalance l'agitation excessive du bébé et certaines « maladroites » maternelles.
- Après quelques difficultés initiales, entraînées par les manifestations d'abstinence du nouveau-né et par les craintes qu'elles ont suscitées chez la mère, les bébés sont décrits comme souriants et attentifs, « accrochant » le regard de la mère et ne posant pas de problèmes sur le plan de l'alimentation et du sommeil.
- Toutes les mères ont stabilisé et ensuite arrêté la consommation de toxiques.
- L'entourage immédiat (le père et/ou la grand-mère) est présent.

Le développement et le milieu de vie des enfants de parents toxicomanes

Les difficultés développementales des enfants de toxicomanes (voir encadré) résultent davantage des carences et des dysfonctionnements de l'environnement que de « l'exposition *in utero* aux drogues ». *A contrario*, les apports positifs du milieu peuvent compenser, voire inverser une situation initiale défavorable (LARSSON, 1980) (WILSON et al., 1981) (OLOFSSON et al., 1983) (HANS, 1989).

Cependant, certains auteurs américains affirment la prévalence des modifications neurochimiques chez les enfants dont les mères ont pris de la cocaïne ne étant enceintes, ceci malgré l'existence d'autres paramètres (usage actuel d'alcool et de drogues par les parents, monoparentalité, contexte de pauvreté et de ghetto). C'est le cas de l'étude de HOWARD et al. (1989) qui ont constaté des modalités de jeu très désorganisées (frapper, renverser, éparpiller) sans mise en scène chez des enfants de mère cocaïnomanes, ainsi que des formes d'attachement sans manifestations franches de plaisir, colère ou détresse. Le taux d'attachement angoissé (insecure) n'était pas plus élevé que dans l'échantillon-contrôle mais se caractérisait par l'inorganisation ou des patterns organisés d'ambivalence.

Dans l'étude conduite par MARTINS PALMINHA (1992) au Portugal, une proportion importante des manifestations d'attachement de l'enfant n'était pas classifiable, ce que les auteurs ont rapproché de l'inorganisation de l'attachement que l'on retrouverait souvent dans les familles carencées.

Des enfants en âge pré-scolaire, dont les mères ont suivi un traitement de maintien par la méthadone pendant la grossesse présentaient une efficacité intellectuelle et un comportement social faibles. Parmi eux, ceux qui avaient eu des symptômes de sevrage avaient un développement somatique et cognitif plus retardé. Les auteurs (BAUMAN et LEVINE, 1986) ont mis en évidence le lien entre ces troubles et le comportement impulsif, autoritaire et dépréciatif des mères.

Un groupe d'enfants (moyenne d'âge : 11 ans) de parents usagers actuels de drogues (opiacés et/ou cocaïne souvent associés à l'alcool et aux médicaments) ont fait preuve de plus de traits d'anxiété et de dépression que les autres (JOHNSON et al., 1990-1991).

Les aspects suivants, s'ils sont opposés en ce qui concerne la symptomatologie, se recoupent en partie quant à l'origine des problèmes exposés. Il s'agit de deux études en langue française réalisées dans des structures de soins :

Pour TONNELIER (voir CHARLES-NICOLAS, 1982) les motifs de la consultation des enfants de toxicomanes ne diffèrent pas de ceux des autres enfants reçus dans le même centre. Les troubles présentés (difficultés scolaires, insomnie, phobies, énurésie) sont toujours liés à une situation familiale perturbée.

MANZANO et PALACIO (1990) relèvent des manifestations psychopathologiques sévères chez des enfants de parents toxicomanes : la problématique dépressive est très importante chez eux. Leurs troubles de l'identité apparaissent toujours associés à la discontinuité relationnelle à laquelle ils sont soumis.

Dans le travail mené en Italie par CATTELAN (1994) sur des familles où la séropositivité maternelle était liée à la toxicomanie, il apparaît que les grands-parents se consacrent à leurs petits enfants en excluant complètement les parents qui semblent payer ainsi leur réhabilitation apparente. Les enfants sollicitent très peu leurs parents comme s'ils évitaient de les mettre en

difficulté. Pour l'auteur, la dépression non mentalisée des parents s'exprime à travers les thématiques de disparition et de destruction présentes dans le jeu et les dessins de leurs enfants.

En contrepoint, OLIEVENSTEIN (1992) souligne la prévalence de l'agir, du démonstratif et du spectaculaire dans les familles de toxicomanes. L'enfant du toxicomane est témoin de comas, suicides, overdoses, etc.

Peu d'enfants de parents toxicomanes sont adoptés ou placés définitivement car, en dépit de multiples difficultés, les parents tiennent à conserver la garde de leurs enfants et expriment le désir de reconstituer la famille. Ils sont par contre fréquemment confiés à d'autres adultes de la famille (généralement, les grands-mères) ou à des amis, ou encore recueillis temporairement dans des familles d'accueil, des pouponnières ou des foyers.

Les changements de milieu de vie et l'instabilité des relations se retrouvent dans d'autres configurations familiales : « Le devenir des enfants de toxicomanes, outre la survenue de problèmes médicaux particuliers, ne semble pas différent de ceux qui ont connu les mêmes perturbations affectives ou éducatives dans leur passé » (p. 13) (FORTINEAU et al., 1986).

Toxicomanie et infection par le VIH

La région d'Ile de France est la plus touchée par le sida avec 15 407 cas déclarés (dont 180 enfants) au 30 septembre 1994 (CRIPS, 1994).

En France, au 30 juin 1994 (B.E.H.), 31 344 cas de maladie avaient été déclarés dont 535 enfants (environ 2% de l'ensemble des déclarations). Les toxicomanes correspondent à 26% du total.

La transmission materno-foetale constitue 75% de la totalité des cas pédiatriques. Le contact hétérosexuel est désormais la voie de contamination maternelle la plus fréquente, venant ensuite l'usage intraveineux de produits par la mère.

La toxicomanie maternelle reste néanmoins la principale cause de l'infection féminine dans les pays occidentaux (BOUTON, 1993) ^(*)

Les données actuelles indiquent que la transmission périnatale peut avoir lieu tout au long de la grossesse mais qu'elle interviendrait surtout en péripartum, soit par contamination lors du passage de l'enfant dans les voies génitales, soit au cours d'échanges sanguins avant ou durant le travail (DELFRAISSY, 1994) (ROUZIOUX, 1994). Elle pourrait également se produire par le biais de l'allaitement au sein (VAN DE PERRE, 1991) (LOT, 1992).

Le taux de transmission de l'infection de la mère à l'enfant est estimé actuellement à 20%. Les essais en cours sur la prise d'AZT par des mères enceintes séropositives indiquent une réduction significative du nombre de contaminations chez le nouveau-né.

Les techniques de culture virale et de PCR permettent à 3 mois d'âge d'établir un diagnostic de l'infection pour 90% des bébés.

Mais ces progrès des connaissances et les nouveaux moyens de diminuer la transmission ne changent pas radicalement les choix et les difficultés des personnes affectées par le VIH et les soignants qui les prennent en charge, comme le rappelle Ch. ROUZIOUX dans son Editorial (n° spécial du Journal du Sida, 1994).

La maternité à l'épreuve du sida chez la femme toxicomane

^(*) Pascale BOUTON a réalisé une synthèse bibliographique assez complète sur les différentes facettes de la problématique : maternité, toxicomanie et sida (document TOXIBASE)

Quand la séropositivité est découverte au cours d'une grossesse symbolisant la rupture avec le passé, il y a un effet de sidération qui peut par la suite perdurer et s'aggraver ou aboutir à un réaménagement progressif des défenses.

« (...) J'ai arrêté de fréquenter ces milieux et depuis l'année dernière tout se passe bien, sauf que je suis enceinte et que je suis séropositive à cause des drogues (elle est très émue) ... J'ai l'impression que la malchance me poursuit... jusqu'à il y a deux mois je me considérais comme quelqu'un de normal... je me rends compte que tout est fichu, pas tout, mais c'est difficile pour moi. J'ai désiré avoir un enfant très fort (Sophie).

Pour d'autres, c'est la dimension de défi qui est prévalente : *« Après ils étaient tous étonnés, on m'avait parlé de la dépression de la femme qui vient d'accoucher : pas du tout! au contraire, j'avais un moral d'enfer, je voulais leur prouver que j'étais une mère comme les autres (...) » (Marthe).*

Quand en dépit de toutes les mises en garde la femme toxicomane séropositive est enceinte, le bébé qui va naître sera plus que jamais investi comme l'enfant sauveur (MINO, 1988).

L'avènement d'une grossesse après l'annonce de l'infection par le VIH s'expliquerait par le déplacement et le clivage du conflit relatif au désir de maternité : l'interdit d'enfanter étant désormais à l'extérieur (CHARTIER et MATOT, 1991).

Mais l'acuité du désir d'enfant est très présent chez toutes les femmes infectées par le VIH (COPPEL, 1989) (GUERIN, 1989) en raison de la nécessité impérieuse de se perpétuer (MALINAS et GUY, 1989) et de contrecarrer l'action de la pulsion de mort (EBERT, 1988).

Les enfants confrontés à la maladie du sida

L'évolution de la maladie est bi-modale (BLANCHE, 1991) chez l'enfant, avec une forme évolutive précoce et sévère qui concerne environ 20% des cas. Pour les enfants infectés, suivis en France, la survie est de 80% à 7 ans (COURPOTIN et VEBER, 1994).

Les symptômes neurologiques sont souvent le signe de l'entrée dans une phase grave de la maladie. Les capacités de développement sont atteintes et on assiste à une régression des acquisitions psychomotrices et à une perte progressive ou brutale de l'autonomie (GRISCELLI et BLANCHE, 1989).

L'étude de TARDIEU (1994) montre cependant que deux tiers des enfants ont des résultats scolaires normaux. Certains ont des problèmes d'orientation temporelle et spatiale mais l'auteur relève qu'aucune relation n'existe entre ces difficultés et la cause de l'infection de la mère.

WEIL-HALPERN (1991) parle de la réorganisation de la famille pour « lutter contre l'insupportable ». L'impuissance de la famille face à la souffrance et à la dégradation de l'état de l'enfant entraînent des attitudes de déni et parfois d'agressivité à l'égard des équipes soignantes.

Mais la situation est aussi très dramatique pour les enfants contaminés qui risquent de devenir orphelins et de voir disparaître leurs frères et soeurs.

OLOMUCKI (1992) expose la situation d'un petit garçon, le seul indemne dans la famille, qui pointe très clairement le lien entre le mal qui frappe sa mère et « ses piqûres ». Mais en dépit de ses possibilités de compréhension et de révolte, il ne veut ni ne peut entendre sa mère annoncer sa fin prochaine.

« La disparition de leur mère n'est souvent, pour ces enfants, que la confirmation de craintes terribles (...). D'autant plus que cet événement se produit à un âge où il leur est difficile de traduire en mots ce qu'ils ressentent et qu'il leur est impossible d'effectuer un travail de deuil (...). Il faut pouvoir accepter de ne rien faire pour un enfant qui préfère le monde du rêve à celui de la réalité » (p. 58) (WEIL-HALPERN, 1994).

FUNCK-BRENTANO (1994) présente une analyse pertinente des réactions des parents face aux questions de leurs enfants sur le sida, et souligne qu'il faut adapter l'information aux composantes affectives de chaque enfant et à ses représentations de la maladie et de la mort.

Remarquons que l'infection VIH reste parfois symptomatique pendant de longues années et quelle force de vie représente l'enfant sain pour ses parents affectés par le virus. Les signes de vitalité et de précocité de leurs enfants étaient très valorisés et inconsciemment encouragés par les patientes de notre étude.

Les moyens de soutien psychologique et d'accompagnement des couples toxicomanes et de leurs enfants

Des changements de vie importants, voire une démarche thérapeutique peuvent être amorcés grâce à la maternité.

« Agnès est ma force, il faut que je sois aussi sa force à elle : c'est un tout petit bébé. Elle m'a donné un rôle, elle m'a valorisée (...). Maintenant quand j'en prends, je ne suis pas bien, je le regrette tout de suite, or qu'avant non, j'étais contente » (Claire).

L'importance des éprouvés corporels et des affects re(découverts) facilite les processus de la maternité. L'évolution de la paternalité est plus incertaine car celle-ci est plus dépendante de la fonction symbolique, mal assurée chez les pères toxicomanes, et en rapport avec l'inconsistance de leur statut familial et social.

L'entourage familial tient fréquemment un rôle déterminant en tant qu'appui et parfois suppléance de la mère mais celle-ci se trouve ainsi très souvent disqualifiée.

Les séparations de l'enfant d'avec sa famille sont parfois inévitables, mais aussi pour des raisons économiques et de santé. Les conclusions de l'enquête de DUMARET (1994) sont importantes. Il apparaît que :

- Les mères toxicomanes se mobilisent et mettent en place des projets pour leur enfant avec l'aide des équipes sociales et des associations.
- La famille élargie constitue en général le relais efficace mais dont les ressources s'épuisent avec le temps.
- Les enfants n'ont jamais été confiés à l'ASE à cause de l'infection par le VIH de la mère, mais en raison d'autres facteurs psychologiques et sociaux.

Les institutions peuvent apporter une aide par leurs fonctions contenantes et restructurantes. Il importe de maintenir le lien mère-enfant et d'introduire le père.

Le projet thérapeutique doit être centré sur l'enfant en associant le père et la mère en tant que parents (BARBAS, 1986). « L'accent sera plutôt mis sur la participation effective et affective de la jeune mère dans la succession des événements que sur la conduite d'intoxication (p. 385) (SAINTE FARE GARNOT, 1986).

Depuis l'apparition du sida, deux structures ont été créées en région parisienne à l'intention des mères toxicomanes et de leurs jeunes enfants : il s'agit du Centre Horizons et de l'Unité Mère-Enfant. La première fonctionne essentiellement en tant que lieu de consultation tandis que la deuxième peut offrir un séjour de quatre mois renouvelables à la mère et son enfant.

Les soins et la permanence affective que la structure offre au bébé, la médiation entre la mère et l'enfant éviteront la multiplicité des interventions ainsi que le signalement (EBERT, 1990).

Le réaménagement des relations familiales et en particulier en ce qui concerne la place du père font aussi partie des objectifs thérapeutiques (ROSENBLUM et CHARLES-NICOLAS, 1990).

Dans le cadre d'un traitement ambulatoire, les groupes de parole (PONS, 1989) et une approche centrée sur les interactions mère-enfant (LAMOUR et LEOVICI, 1991) constituent des modalités thérapeutiques intéressantes.

La consultation-conseil (WEIL-HALPERN, 1992) mérite une attention particulière en raison des changements opérés chez la mère, et dans la relation avec son enfant, dans un cadre qui lui a restitué une image d'elle-même en tant que mère s'occupant de son bébé. La méthodologie est focalisée sur les interactions et les représentations maternelles de l'enfant. Une évaluation des échanges et du comportement du bébé est faite selon des critères standardisés.

En guise de conclusion

Des recherches plus précises sont à faire sur la sémiologie des interactions et les formes de l'attachement de l'enfant afin de mieux connaître quels sont les modalités interactives et relationnelles à risque, dans un contexte général de toxicomanie maternelle.

Que s'est-il joué pour la mère toxicomane dans :

- les relations précoces avec sa propre mère
- la relation avec son père

Il faudrait approfondir certains aspects de l'histoire du système familial où les grands-mères occupent une place si prépondérante et l'exclusion paternelle est presque toujours la règle.

Qu'advient-il de l'enfant élevé exclusivement par la grand-mère, même si à court terme son développement ne semble pas entravé?

Des études portant sur des adolescents de parents toxicomanes seraient sans doute riches d'enseignements sur l'«après-coup» de ce vécu infantile, et les incidences éventuelles de cette conduite parentale sur les choix de vie de l'adolescent.

Il nous semble que ce questionnement ouvre de nouvelles perspectives de recherche dans le champ de la clinique.

Effets de l'utilisation maternelle de substances psychotropes sur le fœtus de l'enfant

Tabac

- Augmentation du nombre de fausses couches et de grossesses extra-utérines.
- Retard de la croissance intra-utérine

- Certaines difficultés cognitives et comportementales (l'hyperactivité, une moindre capacité d'attention et des problèmes pour l'apprentissage de la lecture) pourraient être liées à l'hypoxie foetale.

Médicaments

- Les neuroleptiques et en particulier la chlorpromazine peuvent provoquer des malformations.
- Les barbituriques induisent des périodes de sommeil plus longues chez le bébé mais aussi des convulsions.
- Les benzodiazépines entraînent une somnolence et une hypotonie chez le nouveau-né ainsi qu'un dysfonctionnement du réflexe de succion. Parfois, des symptômes opposés apparaissent (hypertonie, hyperexcitabilité, convulsions) quelques jours après l'accouchement et la dernière prise maternelle.

L'alcool

- Une augmentation accrue des fausses couches et de l'hypotrophie du nouveau-né.
- Des signes de sevrage (réflexes anormaux, trémulations et troubles du sommeil) après la naissance. Le bébé est aussi difficilement consolable dans l'interaction avec l'adulte.
- Dans les années 70, des chercheurs américains ont regroupé le symptomatologie présentée par les enfants de mère alcoolique sous la désignation de « fetal alcohol syndrome ».

Les caractéristiques principales de syndrome foeto-alcoolique sont :

- le retard de la croissance staturo-pondérale.
- la déficience mentale moyenne ou sévère associée fréquemment à l'instabilité ou à l'incoordination motrice et à une capacité d'attention réduite (ARANSON et al., 1985).
- la microcéphalie et la dysmorphie faciale. Pour l'équipe de Seattle, la sévérité du retard somatique et mental est fortement corrélé à la gravité des anomalies crânio-faciales (STREISSGUTH et al., 1985).

La cocaïne

Elle agirait directement sur le développement du SNC et, indirectement, à travers son effet de vasoconstriction sur l'organisme maternel et foetal qui entraîne une hypoxie et une carence nutritionnelle. On observe :

- un taux élevé de fausses couches.
- une augmentation de la prématurité et de l'hypotrophie.
- des cas d'hémorragie intracrânienne.
- des malformations cardiaques, génitales et urinaires.
- Chez le nouveau-né, plus de réactions de sursaut et de trémulations, des difficultés dans l'organisation des réponses à l'environnement et dans la régulation des états de vigilance. Le comportement interactif est pauvre car ces bébés sont soit très excitables et agités, soit somnolents.

Ces perturbations ne correspondent pas à un syndrome d'abstinence mais à l'action de la cocaïne sur le système nerveux.

- Dans la recherche en cours menée par CHASNOFF (1992) les enfants de mère cocaïne nomade avaient à trois ans un rendement aux échelles d'intelligence dans les limites de la normale. Un tiers d'entre eux présentaient cependant des troubles du langage, de l'attention et du contrôle de leurs états émotionnels. Problèmes qui apparaissent aussi associés à l'imprévisibilité de l'environnement familial et aux changements de milieu de vie.

Les opiacés

- Une augmentation des accidents obstétricaux mais inexistence de malformations congénitales.
- Un taux important de prématurité et de dysmaturité (STONE et al., 1971) (ZELSON et al., 1971) (FRICKER et SEGAL, 1978). Le pourcentage de bébés hypotrophes à terme se situerait entre 30% et 40% (GABAUDE et GILLET, 1984). Ce retard de croissance intra-utérine résultant de l'action indirecte de l'héroïne sur la nutrition foetale.
- OSTREA et CHAVEZ (1979) considèrent la souffrance foetale comme la pathologie anténatale la plus fréquente en raison des périodes d'abstinence relative *in utero*.
- Le syndrome de sevrage du nouveau-né qui se caractérise par :

Des troubles neurologiques (irritabilité, tremblements, hypertonie, cri aigu), des troubles digestifs (régurgitations, diarrhée) et certaines anomalies respiratoires comme la tachypnée. Les perturbations du système nerveux autonome (éternuements, bâillements et transpiration profuse) sont aussi très habituels. Il y aurait également une augmentation du nombre de morts subites du nourrisson.

Chez ces nouveau-nés, le comportement de succion est souvent mal coordonné : à la fois défectueux et frénétique (KRON et al., 1976).

L'intensité maximale des symptômes est généralement atteinte entre 48h et 72h. Le syndrome d'abstinence néonatale dans ses formes graves peut mettre en jeu le pronostic vital, en absence d'un traitement adéquat. Cependant quand la symptomatologie est mineure, des simples mesures d'apaisement et de support (bercement, emmaillotement) ainsi qu'une attention accrue aux besoins d'hydratation et d'alimentation du bébé s'avèrent suffisantes.

La méthadone, utilisée en tant que traitement à long cours chez les femmes enceintes, permet un meilleur suivi de la grossesse et apparaît sur le plan médical comme une alternative suffisante à la désintoxication de la mère, difficile à obtenir de façon définitive et comportant des risques sur le fœtus. Cependant, son usage ne fait pas disparaître la symptomatologie de sevrage chez le nouveau-né.

- Il ressort de la revue bibliographique réalisée par HOUSEHOLDER et al. (1982) que la capacité d'organisation des réponses à l'environnement se trouve diminuée chez les bébés de mère toxicomane aux opiacés, surtout en ce qui concerne l'orientation visuelle. Les périodes « d'éveil calme et attentif » sont aussi plus courtes.

- Si globalement le développement des enfants de mère toxicomane aux opiacés ne semble pas sérieusement compromis, les études comparatives indiquent qu'ils présentent davantage de problèmes de comportement et de la coordination fine ainsi que pour maintenir l'attention.

Ces difficultés fonctionnelles modérées rendent ces enfants plus vulnérables à un environnement défavorable (WILSON et al., 1979) bien qu'il ne soit pas possible de déterminer à quel moment et de quelle façon le développement sera éventuellement affecté (VAN BAAR, 1990).

Au cours de leur première année de vie, la plupart des nourrissons rattrapent leur retard de croissance et psychomoteur. Ensuite, le rendement aux tests décroît ce qui est corrélé aux défaillances parentales et au style de vie toxicomane (SUFFET et BROTMAN, 1984) qui entraînent fréquemment une séparation d'avec l'enfant. Celui-ci étant assez souvent élevé par la grand-mère maternelle.