

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° 2018-214

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Marion HODY

née le 24 Septembre 1989 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 2018

**SCHEMA D'ATTACHEMENT ET REPRESENTATIONS DE L'ENFANT A VENIR
CHEZ DES FEMMES ENCEINTES PRESENTANT UNE CONDUITE ADDICTIVE.**

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directeur de thèse : Docteur Anne CHASSEVENT

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Madame le Docteur Anne CHASSEVENT,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Je te remercie pour ta disponibilité, ton soutien et tes précieux conseils durant toute l'élaboration de ce travail. Merci d'avoir su réagir au rythme particulier de mon fonctionnement de travail. Je souhaite te témoigner ici mon profond respect et ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre enseignement et votre apport pédopsychiatrique tout au long de mon internat. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous suis très reconnaissante de votre bienveillance durant tout mon parcours d'interne, ainsi que de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie pour le regard bienveillant que vous portez à chacun des internes au cours de leur parcours, ainsi que pour l'intérêt que vous manifestez à l'égard de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Françoise DUPONT,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, pour lequel un regard spécifique de périnatalité me semblait indispensable. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Laetitia Ferronière et Stéphanie Chplot, consultantes en addictologie en maternité, sans vous cette thèse n'aurait pas eu la même saveur.

A Eric, mon amour, ta présence à mes côtés est un immense soutien au quotidien. Tu me fais en nos enfants le plus riche des bonheurs ; j'espère pouvoir te combler tout autant.

A Gabriel, notre fils, et à **cette nouvelle vie qui grandit**, vous faites de moi une maman et c'est ma plus grande joie.

A mes parents et ma fratrie, la vie de famille avec ses joies et ses tourments ont fait de moi une bonne partie de ce que je suis.

A Caroline, mon indispensable amie, notre amitié m'a menée hors de mes sentiers battus.

A Mélodie et Rémi, amis toujours présents, votre prévenance désintéressée est un soutien de chaque instant.

A Estelle et Cyril, Siméon et Adeline, Diane, Mireille et toutes les personnes qui participent à enrichir mon quotidien chaque jour.

A mes camarades de promo, et en particulier Charline, Pauline et Raphaëlle, vous avez participé à la richesse de mon internat.

Liste des abréviations

AAI : Adult Attachment Interview

AMF : Attachement Materno-Foetal

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

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

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale

FA : Figure d'Attachement

FCS : Fausse Couche Spontanée

FDR : Facteur de Risque

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

IRMAG : Interview pour les Représentations MAternelles pendant la Grossesse

IV : Intra-Veineuse

MAF : Mouvements Actifs Foetaux

MFIU : Mort Foetale In Utero

MIO : Modèle Interne Opérant

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

PAI : Prenatal Attachment Inventory

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RSQ : Relationship Scales Questionnaire

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale

SPA : Substance Psycho-Active

SSNN : Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

Table des matières

I.	Introduction.....	9
II.	Théorie de l'attachement : principes, transmission et implications dans le champ addictologique.....	11
A.	Théorie de l'attachement.....	11
1.	John Bowlby, son époque et ses influences	11
1.a.	John Bowlby et son époque	11
1.b.	Les influences de John Bowlby.....	12
2.	Principes de l'attachement.....	14
2.a.	Définitions	14
2.b.	Comportements d'attachement et facteurs déclenchants.....	15
2.c.	Les figures d'attachement	16
2.d.	Le système de l'exploration	17
2.e.	Mise en place progressive de l'attachement	18
2.f.	Pour résumer	21
3.	La Situation Etrange, qualité de l'attachement et de l'exploration	22
4.	Les patterns d'attachement	24
5.	Les Modèles Internes Opérants.....	26
B.	Transmission de l'attachement	28
1.	Le système de <i>caregiving</i>	28
1.a.	Versant parental de l'attachement	28
1.b.	Composants du caregiving	29
1.c.	Quel caregiving lié à quel attachement ?	32
2.	Schémas d'attachement à l'âge adulte	33
2.a.	Evolution des MIO	33
2.b.	Adult Attachment Interview.....	34
3.	Transmission transgénérationnelle	36
4.	Vecteurs de cette transmission	37
4.a.	Facteurs intrinsèques à la relation mère-enfant.....	37
4.b.	Facteurs extrinsèques à la relation mère-enfant.....	39
C.	Dépendances et addictions	40
1.	L'insécurité comme catalyseur de dépendance	40
2.	La dépendance aux substances – définitions	41

2.a. Utilisation de substances, dépendance et toxicomanies	41
2.b. Introduction du terme « addiction ».....	42
3. Attachement et psychopathologie addictive	44
3.a. Généralités	44
3.b. Données empiriques	45
3.c. Schémas insécures et recours aux produits	45
3.d. Désorganisation et addiction	48
4. Principales autres hypothèses psychopathologiques de l'addiction	49
4.a. Conflit narcissico-objectal et processus de séparation-individuation	50
4.b. Recours à l'agir et défaut de mentalisation	52
4.c. Epreuves du corps et sentiment continu d'exister	53
4.d. L'addiction comme pathologie familiale.....	54
4.e. Intrication des mécanismes en jeu.....	55
III. Le temps particulier de la grossesse	57
A. Les remaniements psychiques de la grossesse	57
1. Un état qui s'organise de manière graduelle	57
1.a. Une disposition psychique particulière	57
1.b. Différentes étapes maturatives.....	58
2. Remises en jeu de problématiques infantiles	60
3. Les représentations maternelles durant la grossesse	61
3.a. Comment la mère perçoit l'enfant.....	61
3.b. Comment la femme se perçoit en tant que mère	62
4. L'attachement dans la relation prénatale	63
4.a. Implication de l'attachement maternel sur le déroulement de la grossesse	63
4.b. Attachement materno-fœtal et représentations.....	65
4.c. Outils d'évaluation.....	66
B. Particularités psychiques des grossesses chez des femmes dépendantes aux substances psychoactives.....	68
1. Profil de ces femmes	68
1.a. Catégorie socio-économique et parcours de vie	68
1.b. Profil psychopathologique et personnalité.....	69
2. Intrication des mécanismes psychiques en jeu	70
2.a. Réaménagement du narcissisme et de la dépendance	70

2.b. Réparation des premiers liens	71
C. Addictions et dépendances chez les femmes enceintes.....	72
1. Particularités et épidémiologie	72
1.a. Particularités de la consommation féminine de SPA	72
1.b. Spécificités des consommations au cours de la grossesse	74
2. Difficulté de recours aux soins chez les femmes enceintes consommatrices de Substances PsychoActives	75
3. Conséquences somatiques sur la grossesse.....	77
3.a. Généralités	77
3.b. Tabac et cannabis.....	78
3.c. Boissons alcoolisées.....	79
3.d. Cocaïne et stimulants.....	80
3.e. Opiacés	80
3.f. Traitements psychotropes et autres substances	82
4. Conséquences interactionnelles dans le post-natal.....	82
4.a. Généralités	82
4.b. Circonstances de naissance et bonding	83
4.c. Consommation et discontinuité dans les interactions	85
4.d. Impact sur le caregiving	86
IV. Etude clinique et études de cas.....	88
A. Etude clinique.....	88
1. Une étude comme support de réflexion	88
2. Matériels et méthodes	89
2.a. Caractéristiques de l'étude	89
2.b. Caractéristiques des échelles utilisées.....	90
3. Résultats	93
3. a. Caractéristiques socio-économiques	93
3.b. Parcours obstétrical et situation familiale	94
3.c. Cotations des différentes échelles	95
4. Discussion sur l'étude clinique	98
4.a. Interprétation des résultats	98
4.b. Comparaison aux données existantes	99
4.c. Limites de cette étude	101

B.	Etudes de cas : entretiens avec 3 patientes de l'échantillon	102
1.	Rencontre avec Mme V.	103
2.	Rencontre avec Mme F.....	106
3.	Rencontre avec Mme D.	110
4.	Réflexions autour de ces cas cliniques	115
4.a.	Investissement de la grossesse et de l'enfant à venir.....	115
4.b.	Relations aux parents.....	117
4.c.	Recours aux Substances Psychoactives et aux soins	119
V.	Discussion	121
VI.	Conclusion	124
VII.	Bibliographie.....	126
VIII.	Annexes	133
	Annexe 1 : Questionnaire remis aux patientes de l'étude.....	133
	Annexe 2 : Résultats du score ASSIST classés selon les scores du RSQ.....	147

I. Introduction

Ce travail au carrefour des cliniques addictologique et périnatale est né des interrogations soulevées au cours de notre parcours d'interne, qui a été une succession d'apprentissages et de découvertes. En particulier, la découverte de la théorie de l'attachement dès le premier semestre nous a semblé éclairer un grand nombre des problématiques auxquelles nous étions confrontés dans notre pratique clinique de toute jeune interne au sein d'un service de pédopsychiatrie de secteur. Plus tard, la poursuite de l'internat en unité de prise en charge d'addictions aux produits nous a mené à constater à quel point le recours aux substances psychoactives répondait à une problématique du lien et des relations interpersonnelles. Les apprentissages de pédopsychiatrie trouvaient pour nous ici une nouvelle traduction. Enfin, l'approche de la clinique de la grossesse et de la maternité au sein de l'unité d'hospitalisation mère-bébé de Nantes a soulevé des questions sur la façon dont les futures mères pouvaient entrer en relation et créer un lien avec leur bébé, en particulier lorsqu'elles étaient en prise avec des préoccupations addictives.

L'ensemble de ces confrontations cliniques nous a amené à vouloir étudier les intrications entre les champs cliniques de l'addictologie, de la petite enfance et de la psychopathologie de la grossesse. Ces trois domaines se confrontent particulièrement au travers de la question de la transmission de l'attachement chez les femmes présentant une conduite addictive, dont un chaînon clé se situe justement dans l'espace temporel de la grossesse.

Notre intérêt nous ayant poussé à explorer ces trois domaines cliniques, nous avons vite pu constater que la littérature les confrontant était à la fois très récente et relativement peu pourvue. La théorie de l'attachement elle-même est développée en France depuis moins de 50 ans ; si la grossesse dans sa condition physique est connue de longue date, les écrits se penchant sur ses conséquences psychiques émergent et se multiplient essentiellement dans la deuxième moitié du siècle dernier ; enfin la consommation de substances psychoactives, bien que déjà documentée dans les civilisations greco-romaines, n'a été étudiée sur le plan des mécanismes psychopathologiques qui la sous-tendent que depuis une quarantaine d'années. Ainsi, les écrits étudiant les addictions à la lumière de la théorie de l'attachement se sont développés dans les vingt dernières années ; ceux s'intéressant aux spécificités des grossesses chez des femmes usagères de toxiques se penchent initialement sur les

conséquences obstétricales, tandis que la question des intrications psychiques n'est que rarement soulevée, et uniquement dans des travaux très récents. Nous n'avons en revanche pas trouvé d'écrits explorant cette question spécifiquement par le prisme de la théorie de l'attachement.

Pourtant nous nous sommes vite rendu compte qu'il s'agissait d'une problématique de santé publique majeure, dans laquelle la prévention avait tout son sens. En effet la consommation de toxiques chez la femme enceinte, souvent liée à des relations précoces défailtantes, représente un écueil majeur à la mise en place d'un attachement de qualité chez son enfant, tandis qu'un attachement de mauvaise qualité représente un facteur fragilisant face à de nombreuses problématiques psychiatriques. Cela nous a donc poussé à mener une étude sur la transmission de l'attachement lors de la grossesse de ces femmes usant de substances psychoactives, en explorant à la fois leurs schémas d'attachement en tant que femme mais aussi la relation qu'elles entretenaient avec leur bébé, par le biais de leurs représentations de ce bébé. Il nous est également vite apparu que la population particulière des femmes enceintes addictes n'était pas simple à étudier, tant par la multitude des parcours complexes et chaotiques, que des multiples phénomènes psychopathologiques en jeu, mais surtout par la difficulté d'avoir accès à ces femmes, qui ont souvent tendance à cacher ou minimiser leurs consommations et à n'avoir recours que tardivement et sporadiquement aux soins.

Afin d'éclaircir les notions théoriques qui fondent notre travail d'étude, nous exposerons les concepts clés de la théorie de l'attachement ainsi que ses implications dans le champ clinique addictologique, dont nous étudierons quelques uns des mécanismes psychopathologiques. Puis nous présenterons les remaniements psychiques inhérents à la grossesse, avant d'étudier l'impact des consommations de substances psychoactives sur le déroulé tant psychique que physique de la grossesse et des premiers liens. Ces données théoriques seront enfin illustrées par les résultats de notre étude menée auprès de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives, et par le récit de la rencontre avec trois de ces patientes.

II. Théorie de l'attachement : principes, transmission et implications dans le champ addictologique

A. Théorie de l'attachement

1. John Bowlby, son époque et ses influences

1.a. John Bowlby et son époque

John Bowlby, né en 1907, est un psychiatre et psychanalyste britannique dont l'intérêt s'est porté préférentiellement au cours de sa vie sur le lien parent-enfant. Cela faisait en effet écho à sa propre histoire : 4^{ème} d'une fratrie de 6 dans une famille aisée, il a été confié toute sa petite enfance à une nourrice, comme cela se faisait dans ce milieu à cette époque. Le départ de cette nourrice à ses 4 ans a été vécu comme un véritable drame. Durant toute son enfance, il n'a vu sa mère qu'une heure chaque jour, conformément aux us et coutumes de l'époque.

En 1946, après avoir suivi l'enseignement de Mélanie Klein, il intègre la *Tavistock Clinic*, le premier centre de thérapie psychanalytique anglais. Il y reçoit de nombreux enfants, adolescents et leurs familles, et y met en place le « Département pour parents et enfants » (1). En effet, John Bowlby a déjà développé un intérêt particulier pour le fonctionnement familial et les racines de certains comportements adolescents. De 1936 à 1939, il mène une étude à la *London Child Guidance Clinic* (clinique de guidance infantile de Londres) concernant les comportements délinquants d'enfants et jeunes adolescents accusés de vols. Son étude met en évidence la fréquence des vécus de deuils et séparations chez ces sujets (2).

Dans une époque marquée par la Seconde Guerre Mondiale et les nombreux orphelins qu'elle laisse derrière elle, l'Organisation Mondiale de la Santé s'appuie sur cet intérêt particulier de John Bowlby pour lui demander une investigation spécifique en ce domaine. Dans les années 1950, il est ainsi missionné par l'OMS pour étudier les effets de la déprivation maternelle et l'importance de la continuité relationnelle pour un jeune enfant. Il publie son rapport, intitulé « *Maternal Care and Mental Health* », en 1951, en y démontrant les effets dramatiques des carences de soins maternels ainsi que leurs conséquences néfastes sur le développement psychique des enfants.

A cette époque, de très nombreux théoriciens se penchent sur le développement de l'enfant, et en particulier sur les effets de la relation mère-enfant sur ce développement. C'est ainsi que le développement affectif de l'enfant est décrit selon des théories plus ou moins convergentes par Sigmund puis Anna Freud, René Spitz, Mélanie Klein, Donald Winnicott ou encore Margaret Mahler ou Wilfred Bion. Tous ces auteurs communiquent entre eux et les débats autour de ces questions pédopsychiatriques sont nombreux et très discutés (3).

1.b. Les influences de John Bowlby

Si ses travaux ont mené à beaucoup de controverse et à une certaine opposition à la psychanalyse, il ne faut pas oublier que John Bowlby a été formé dans ce courant de pensée. En effet, parallèlement à son activité à la clinique de guidance infantile, où il applique des méthodes observationnelles éloignées des méthodes freudiennes de théories construites a posteriori sur des récits de patients, Bowlby est nommé secrétaire de l'Institut de Psychanalyse britannique (1). Il est également élève de Mélanie Klein. Cependant, il est gêné par l'abord subjectif de l'analyse, et pratique de son côté un abord beaucoup plus expérimental. Il se rapproche ainsi des démarches de Piaget, dont les théories sur le développement cognitif de l'enfant se basent sur des observations directes d'enfants en situations expérimentales. Bowlby aura à cœur de baser ses conclusions sur des observations « en laboratoire », mais aussi « en milieu naturel ».

En cela, il va s'inspirer des travaux des éthologues de l'époque, et en particulier Konrad Lorenz. Bowlby va en effet porter un intérêt particulier à des écrits de ce dernier, publiés en 1952 et portant sur le phénomène d'empreinte. En observant le comportement des oies dans la nature, Konrad Lorenz a décrit l'empreinte comme le développement d'une préférence clairement définie pour une forme de vie spécifique (préférentiellement de la même espèce) s'installant très précocement et de manière immédiate au cours d'une période critique. Cette empreinte reste fixe et détermine les comportements ultérieurs, il s'agit d'un phénomène adaptatif instinctif. Bowlby va ensuite beaucoup s'appuyer sur les travaux menés par Harry Harlow dans les années 1950 sur des bébés singes Rhésus (4). Ces expériences tout à fait fascinantes, dont des vidéos sont disponibles, ont mis en évidence l'importance d'un contact chaleureux pour ces bébés singes. Ces derniers sont retirés très tôt à leurs mères, puis des substituts artificiels de deux types leur sont proposés : soit des « mères » construites en fils métalliques munies d'un biberon, soit des « mères » sans

apport de nourriture mais pourvues d'une fourrure douce. Malgré la nécessité de se nourrir pour survivre, les petits vont préférentiellement vers la mère « chaleureuse », se lovant dans ses bras artificiels. Harlow en conclut dans un rapport en 1958 que le réconfort du contact est plus important que l'apport de nourriture dans ce contexte particulier de carences massives. Dans son étude, Harlow met également en évidence les conséquences des privations de soins et de contact social chez les jeunes Rhésus (5).

Autre science qui se développe dans cette deuxième moitié du XXème siècle, la cybernétique et ses théorisations en « systèmes de contrôle » va également influencer John Bowlby dans ses travaux de recherche. Selon les lois de la cybernétique, les organismes vivants, les machines ou tout regroupement d'entités fonctionnent selon des systèmes d'autorégulation activés par des capteurs d'informations, permettant de maintenir une homéostasie interne. Bowlby s'appuiera également sur la théorie de l'évolution de Darwin, et tous les travaux du néo-darwinisme pour concevoir sa théorie de l'attachement comme une stratégie adaptative.

Concernant les travaux de recherche sur les conséquences des ruptures et des deuils chez les jeunes enfants séparés de leurs parents, Bowlby peut s'enrichir des travaux pré-existants de René Spitz, publiés en 1948 et travaillant sur « la perte de la mère par le nourrisson ». Spitz, psychiatre et psychanalyste hongrois, a en effet observé les comportements de jeunes enfants séparés de leur mère et a noté l'émergence de symptômes dépressifs chez le nourrisson après la rupture, d'autant plus sévères que la relation mère-bébé antérieure était de bonne qualité : « Nous découvrîmes, ce qui ne devrait surprendre personne, que les résultats de la séparation étaient funestes seulement lorsque préalablement les rapports entre mère et enfant étaient bons » (6). Décrivant pour la première fois le phénomène d'hospitalisme, Spitz note que l'absence totale de liens affectifs mène nombre d'enfants placés en pouponnière au décès, bien qu'ils reçoivent tous les soins d'alimentation et d'hygiène dont ils ont besoin. Ce phénomène progressif de retrait relationnel du bébé a également été filmé par le couple James et Joyce Robertson, en coopération avec John Bowlby. Dans son rapport de 1948, R. Spitz conclut « Nous avons acquis la conviction que le pivot du développement pendant la première année est fourni par les rapports affectifs avec la mère. Nous avons trouvé que la privation affective est aussi dangereuse pour le nourrisson que la privation alimentaire. » (6).

2. Principes de l'attachement

2.a. Définitions

La théorie de l'attachement, exposée pour la première fois par Bowlby en 1969 dans *Attachement*, le premier volume de la trilogie *Attachement et perte*, est une théorie complexe qui a ensuite été retravaillée et enrichie par de nombreux auteurs, dont les principaux sont Mary Ainsworth, psychologue américaine du développement et collègue de Bowlby, puis plus tard Mary Main, psychologue américaine qui a poursuivi leurs travaux en appliquant notamment l'attachement à l'âge adulte. La théorie de l'attachement peut ainsi faire l'objet d'une constellation de définitions, exposant sa nature et ses principes.

La théorie de l'attachement constitue le premier modèle de développement de la personnalité qui s'oppose à la théorie des pulsions de Freud, et réfute la notion d'étayage de la pulsion libidinale par la satisfaction orale. En effet, selon Freud, l'enfant entre en relation avec sa mère par le biais de ses besoins corporels et en particulier nourriciers, la recherche d'affection n'étant que secondaire ; Bowlby s'appuie alors sur les expériences des singes Rhésus pour théoriser la notion inverse.

Cette théorie, concept clé de la psychologie et psychopathologie, insiste sur l'importance des relations interpersonnelles et des liens d'attachement du petit enfant dans son développement socio-émotionnel. Pour Bowlby, l'attachement est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs (7).

Bowlby décrit l'attachement comme un « système motivationnel », c'est-à-dire un répertoire de comportements programmés, qui a pour objectif pour le petit enfant la recherche et le maintien d'une proximité avec une personne spécifique capable de prendre soin de lui. Le postulat de base est que l'enfant a un besoin vital d'assurer un lien particulier avec quelqu'un qui assurera sa protection, et donc sa survie. On note ici la dimension adaptative et évolutionniste de cette théorie, l'attachement étant un phénomène inné indispensable à la survie de l'espèce. A ce titre, l'attachement est un besoin primaire (au même titre que l'alimentation par exemple), dans le sens où il ne découle d'aucun autre.

Ajoutons qu'un système, dans sa dimension éthologique originale, se définit comme un ensemble de comportements présents dès la naissance et visant à atteindre un objectif particulier, prédéfini et commun à tous les membres d'une même espèce. Ce système est activé par des signaux spécifiques et s'éteint lorsque l'objectif est atteint. Ces systèmes sont

basés sur les besoins fondamentaux d'une espèce pour sa survie, comme l'alimentation, la reproduction, l'exploration ou encore l'affiliation (8). Par exemple, le système motivationnel d'alimentation est déclenché par la faim, amène le bébé à téter, et s'éteint lorsqu'il a atteint la satiété. Concernant l'attachement, c'est un système activé par toute situation génératrice pour l'enfant d'un sentiment de menace, de danger ou d'anxiété majeure. L'objectif interne en est la régulation émotionnelle pour atteindre une homéostasie faite de calme et de sérénité ; l'objectif externe, ou moyen d'y parvenir, est la proximité avec une personne spécifique, une Figure d'Attachement (FA), qui apporte calme et réconfort. En effet, même s'il nait riche en compétences variées, le petit humain n'est pas capable d'apaiser seul des émotions intenses, et a besoin pour cela de la proximité d'un adulte bienveillant.

Par ailleurs, la théorie de l'attachement ne s'applique pas uniquement à la toute petite enfance, et la nécessité de contact humain réconfortant est une réponse normale tout au long de la vie face à toute situation de menace ou d'inconfort majeur, comme la survenue d'un deuil ou d'une maladie par exemple (9). Bowlby disait ainsi « l'attachement est actif du berceau jusqu'à la tombe » (cité par N. Guédeney (10)). En tant que système inhérent à l'espèce humaine, il est par ailleurs de fait universel, et a été démontré dans de multiples populations et cultures différentes à travers le monde.

2.b. Comportements d'attachement et facteurs déclenchants

Afin d'obtenir cette proximité, l'enfant dispose de manière innée de nombreux comportements, non spécifiques mais utiles à l'attachement. Bowlby en a décrit 5 principaux : sucer, s'accrocher, suivre, pleurer et sourire. S'ils ont tous la même fonction de maintenir la FA proche de l'enfant, ces comportements sont de différents types :

- Les comportements tels que les cris et les pleurs, présents dès la naissance, sont dits aversifs car ils amènent l'adulte à se rapprocher de l'enfant pour les faire cesser.
- Les comportements de babillage ou de sourire, dont l'enfant acquiert la maîtrise plus tardivement, sont des comportements de signal ; l'adulte reste proche pour les maintenir car ils sont gratifiants.
- Les comportements d'agrippement et de poursuite sont dits actifs, l'enfant gère lui-même activement la distance de sa figure d'attachement.

Ces comportements vont être déclenchés de manière automatique par l'activation du système d'attachement, qui a lieu en cas d'alerte. Cette situation d'alerte peut être en lien

avec des facteurs externes, environnementaux (la présence d'une personne étrangère, un lieu inconnu, une perte de contact visuel avec la FA, un bruit ou un mouvement effrayant...), aussi bien qu'avec des facteurs internes, émotionnels (peur, colère, tristesse...) ou sensitifs (douleur, faim, froid, fatigue, ou toute sensation désagréable). Le système ne sera éteint que lorsque la proximité de sa figure d'attachement ramènera le bébé dans un état émotionnel stable, lui permettant alors de centrer son attention ailleurs.

La manifestation de ces comportements, de même que les stimuli les déclenchant, sont soumis à de nombreux facteurs de variation : en fonction de l'âge du bébé et de ses capacités cognitives, motrices et émotionnelles tout d'abord, en fonction de son état d'esprit et des conditions environnementales auxquelles il est soumis également (une ambiance stressante sera plus à même de déclencher l'alerte pour un moindre stimuli surajouté), en fonction enfin des réponses qui lui sont apportées ; il pourra alors maximiser ou minimiser ses manifestations de besoin d'attachement, comme nous le verrons plus loin (11).

2.c. Les figures d'attachement

Les comportements d'attachement que nous venons de voir sont des comportements dirigés vers une personne spécifique : une Figure d'Attachement (FA). Le système d'attachement est dit « orienté » (10). L'attachement étant un besoin primaire nécessaire à la survie, un bébé est obligé de s'attacher. Lorsque les conditions ne lui permettent pas de s'attacher à un adulte, il le fera à un autre enfant (frère ou sœur par exemple), voire dans des cas extrêmes de négligence à un animal. En aucun cas un bébé ne peut s'attacher à un objet inanimé. Ainsi, les études ont montré que l'attachement se développait également chez les enfants victimes de mauvais traitements ; c'est alors la qualité de l'attachement qui est mise en cause, « et non sa présence ou son intensité » (9). Harlow avait déjà mis en évidence que les bébés singes rhésus cherchaient le réconfort de la mère en fourrure même lorsque celle-ci leur infligeait des souffles violents ou des décharges électriques par exemple (5).

Toute personne qui prend soin de l'enfant dans les premiers mois de sa vie est susceptible de devenir une FA, dès lors qu'elle s'engage émotionnellement et durablement dans la relation. Un enfant a généralement plusieurs FA concomitantes dès les premiers mois (figures primaires, formées dans la première année de vie), et en créera progressivement de nouvelles dans son parcours (figures secondaires). Le lien

d'attachement avec une FA se construit progressivement sur environ 7 mois (ce qui sera décrit plus bas), est unidirectionnel (de l'enfant à la FA), et est spécifique d'une relation donnée; chaque figure est ainsi spécifique, donc « irremplaçable et non interchangeable » (12). Les travaux de M. Ainsworth, approuvés par Bowlby, ont mis en évidence une hiérarchisation au sein des figures d'attachement primaires, en figure principale et figures subsidiaires. Cela ne signifie pas que l'enfant est plus ou moins attaché à ces figures, « il est attaché ou il ne l'est pas » (10). Mais en cas de détresse, ses comportements d'attachement seront préférentiellement dirigés vers sa figure d'attachement principale si elle est présente au milieu d'autres FA.

Dans nos sociétés, les parents sont généralement les adultes les plus présents auprès de l'enfant, et deviennent donc les figures d'attachement primaires. Cela peut cependant être tout autre adulte procurant des soins, d'où l'emploi du terme de *caregiver* pour désigner toute personne à laquelle l'enfant peut s'attacher, qu'elle soit ou non son parent biologique. Le système de *caregiving*, miroir chez l'adulte du système de l'attachement, sera décrit plus loin. Selon M. Ainsworth, la figure principale prend cette place en « répondant le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement aux besoins du bébé, en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses » (10). Il s'agit le plus souvent de la mère.

2.d. Le système de l'exploration

Nous l'avons vu, l'objectif de l'attachement est d'obtenir une proximité avec une figure d'attachement afin d'être apaisé dans une situation d'alerte, c'est-à-dire de se sentir en sécurité. Cette notion de sécurité est indissociable de la théorie de l'attachement. Elle place la figure d'attachement dans une position de « havre de sécurité », auquel l'enfant peut faire appel en cas de soucis. C'est parce qu'il a confiance en ce recours possible qu'il peut concentrer son attention sur une autre activité, une fois ses besoins d'attachement assouvis. Il va alors activer un autre système motivationnel, celui de l'exploration.

Selon Bowlby, il s'agit là aussi d'un système primaire, nécessaire à la survie de l'espèce car lui permettant de mieux connaître et appréhender son environnement. De plus, l'exploration va développer la confiance de l'enfant dans ses ressources propres, faisant croître son sentiment de capacité à compter sur soi. Ainsi, l'enfant est naturellement curieux et avide de découvertes. Cependant il ne peut se livrer à cette activité que s'il se sent suffisamment en sécurité, et qu'il sait où trouver de l'aide en cas de besoin.

C'est ainsi que la figure d'attachement se trouve aussi bien représenter un « havre de sécurité » (quand elle permet d'éteindre le système d'attachement) qu'une « base de sécurité », notion développée essentiellement par M. Ainsworth. Cette deuxième fonction correspond à un équilibre de fonctionnement entre l'attachement et l'exploration. Cet équilibre se met en place progressivement, et surtout à partir du moment où l'enfant est capable de se déplacer. Il acquiert dans le même temps des capacités cognitives qui lui permettront de mieux comprendre ce qu'il découvrira (permanence de l'objet, relation de cause à effet par exemple).

Bowlby décrit un couplage dynamique entre attachement et exploration, l'un n'étant activé que si l'autre est éteint. En effet, en s'éloignant de sa « base de sécurité » (sa FA) pour découvrir le monde, le bébé se met aussi en situation de vulnérabilité, augmentant la probabilité de se trouver face à un danger ou de se confronter à des sentiments négatifs (notamment d'échec ou de frustration). Il aura ainsi besoin de retrouver le « havre de sécurité » qu'est sa figure d'attachement. Si le danger est causé par un éloignement trop important, c'est aussi la FA qui pourra venir réduire la distance en se rapprochant elle-même de l'enfant, lui permettant de poursuivre son activité en toute sécurité. Une métaphore très parlante en est le pont d'un porte-avion : un avion qui en décolle pour partir en mission ne peut s'éloigner que s'il sait qu'il pourra revenir dès qu'il en aura besoin, en étant assuré de l'endroit et de la disponibilité du porte-avion. Dans le cas contraire, il devra rester proche pour vérifier lui-même la position du porte-avion, et pouvoir patienter si le pont n'est pas disponible (10).

Ainsi, la notion de sécurité, construite sur les relations d'attachement de l'enfant à sa FA, permet également l'acquisition d'une plus grande autonomie. C'est parce que l'enfant est « bien » attaché qu'il peut devenir autonome. Le fait de pouvoir utiliser la FA comme « base de sécurité » traduit alors un attachement empreint de sécurité. On peut noter ici que l'attachement est donc un phénomène opposé à celui de la dépendance, ce qui sera rediscuté plus tard relativement aux conduites addictives.

2.e. Mise en place progressive de l'attachement

A la différence du phénomène d'empreinte, qui est immédiat, la constitution du lien d'attachement est progressive et demande plusieurs mois avant d'atteindre une certaine stabilité. De même, ce lien particulier est à individualiser du « *bonding* », ensemble de liens affectifs qui se mettent en place dans les premiers instants de la rencontre entre deux

individus, et va plutôt de l'adulte vers l'enfant. A l'inverse, l'attachement « se réfère à la relation qui émerge au fil du temps à partir d'une histoire d'interactions de *caregiving* » (9).

La mise en place du lien d'attachement est classiquement décrite en 4 grandes étapes successives, énoncées par Bowlby lui-même (9–11) :

- La première phase s'étend de la naissance à 3 mois, et est marquée par la manifestation des comportements d'attachement sans discrimination d'une figure d'attachement particulière.

- La deuxième phase débute vers 2 ou 3 mois et se prolonge jusqu'à 6 ou 7 mois ; elle est marquée par l'émission des signaux d'attachement vers une ou plusieurs FA individualisées.

- La troisième phase débute vers 6 ou 9 mois et perdure jusqu'à plus de 2 ans ; elle est marquée par un comportement actif de l'enfant qui gère lui-même la proximité avec une FA discriminée.

- La quatrième phase débute vers 2 ans et demi et s'étend jusqu'à 4 environ ; elle est marquée par une modification des comportements d'attachement, l'acquisition de compétences cognitives et langagières permettant à l'enfant de conceptualiser son lien à sa FA.

A noter que ces différentes étapes ne prennent pas fin brusquement mais se chevauchent les unes les autres. Nous allons décrire plus en détails les modifications et évolutions qui y ont lieu.

- **Première phase**

Le bébé, s'il dispose de nombreuses compétences dès sa naissance, ne fait que découvrir son environnement et les personnes qui l'entourent, avec lesquelles il n'a encore que peu interagi. Ses capacités sensorielles lui permettent cependant rapidement de distinguer ce qui devient familier, et en particulier de repérer les sujets humains vers lesquels il s'oriente préférentiellement. Au début de cette phase, ses seuls comportements accessibles pour obtenir la proximité rassurante d'un adulte dont il a besoin sont les pleurs, les cris et la succion. Progressivement, il va pouvoir avoir recours à des comportements de signalisation (babillage et sourire) et ainsi diminuer les manifestations de comportements aversifs.

- **Deuxième phase**

L'enfant poursuivant son développement cognitivo-moteur, il va progressivement avoir plus de contrôle sur la manifestation de ses besoins d'attachement, notamment en tendant les bras ou en s'accrochant. Parallèlement, il note maintenant clairement la différence entre ce qui est familier et ce qui est étranger, et perçoit plus distinctement les réponses qui lui sont données de manière individuelle. Les personnes familières sont les cibles privilégiées des comportements d'attachement, par exemple les cris mais surtout les réponses de contentement que sont le sourire et les vocalisations quand les réponses obtenues sont adéquates. La FA principale commence à se différencier : les cris sont plus facilement calmés par elle, le sourire qui lui est destiné est plus éclatant, l'attitude de l'enfant est préférentiellement tournée vers elle. Cette FA s'individualise notamment par la pertinence des réponses apportées aux besoins de l'enfant, « le *caregiver* et le bébé synchronisent leur relation et accordent leurs réactions » (11).

- **Troisième phase**

C'est au cours de cette phase que le phénomène de « base de sécurité » prend naissance, du fait de l'essor du système d'exploration permis par l'acquisition de la locomotion. L'enfant acquiert la maîtrise de la distance qu'il souhaite maintenir avec sa FA, maintenant bien différenciée, et peut ainsi la réguler activement. C'est ainsi qu'il n'aura progressivement plus besoin de sa proximité, mais uniquement de sa disponibilité, puis de son accessibilité (selon l'image du porte-avion précédemment décrite). Grâce au développement de ses capacités cognitives et communicationnelles, son système d'attachement va se structurer en représentations de schémas interactionnels qu'il va pouvoir interroger mentalement, ce qui va lui permettre de moduler ses comportements en fonction de ce qu'il attend de sa FA. La notion des attentes et besoins de sa FA commence à émerger, différenciés des propres attentes et besoins de l'enfant dans ses représentations.

- **Quatrième phase**

L'enfant, maintenant capable de reconnaître des besoins de l'adulte différents des siens, va progressivement pouvoir les prendre en compte pour créer un partenariat émergent. Ce partenariat est également facilité par une meilleure mentalisation de la notion de sécurité : maintenant capable de se représenter mentalement sa FA, la « base de sécurité » devient une ressource interne (cette ressource interne pouvant faire défaut, comme nous le verrons, dans la pathologie addictive en particulier), permettant à l'enfant de

négocier et tolérer les séparations d'avec sa FA, voire son indisponibilité temporaire. Dans certaines situations, l'enfant va pouvoir inhiber son comportement d'attachement pour répondre aux objectifs de l'adulte.

Plus tard, avec l'acquisition notamment d'un langage riche et construit, l'enfant pourra se représenter de manière symbolique son environnement, mais aussi se représenter les émotions et désirs des autres par le biais de la communication et de la mentalisation. Il a progressivement accès également à la différenciation de ses propres états internes. Arrive alors une compréhension mutuelle des besoins de l'enfant et de sa FA, aboutissant à la mise en place d'un partenariat corrigé quant au but. L'accès de l'enfant à un compromis s'accompagne d'un développement de l'empathie et de l'intersubjectivité.

2.f. Pour résumer

Nous venons de présenter la théorie de l'attachement, ses fondements et ses grands principes : système motivationnel d'attachement et ses comportements, figure d'attachement, système d'exploration, base de sécurité, ontogénèse de l'attachement. Nous pourrions résumer les choses ainsi : sous-tendu par un besoin inné vital de contact chaleureux et de protection d'un adulte, un enfant va progressivement créer un lien spécifique avec une personne particulière (la figure d'attachement), visant à obtenir et maintenir une proximité avec elle en cas d'alerte ; il dispose pour cela d'un répertoire croissant de comportements. Au fur et à mesure de son développement, l'enfant prend une part de plus en plus active dans cet échange, et donne progressivement priorité à la découverte du monde qui l'entoure, dès lors qu'il se sent suffisamment en sécurité.

Fondée sur une démarche bien plus scientifique qu'analytique, cette théorie de John Bowlby a été sensiblement enrichie par les travaux de Mary Ainsworth, qui définit le lien spécifique de l'attachement selon plusieurs critères : « il est persistant et non transitoire ; il concerne une figure spécifique et reflète le besoin de proximité d'un individu envers un autre ; il traite d'une relation émotionnelle significative ; l'individu désire maintenir la proximité ou le contact avec cette figure, encore que cela puisse varier en fonction de divers facteurs comme l'âge, l'état de l'individu ou les conditions du milieu ; l'individu sent une certaine perturbation face à une situation de séparation involontaire et surtout quand il désire cette proximité et que cela n'est pas possible ; l'individu recherche sécurité et réconfort dans la relation avec cette personne » (9). Ces critères permettent de différencier l'attachement des autres liens affectifs.

Nous avons vu que l'attachement était un système permettant la survie de l'espèce. Pour chaque sujet pris individuellement, il est aussi un facteur de bon fonctionnement psychologique, permettant à l'enfant de réguler ses émotions, de découvrir ses compétences en affirmant sa confiance en soi, et d'entrer en relation avec d'autres en explorant le monde qui l'entoure. L'attachement favorise la mise en place de la mentalisation, capacité humaine indispensable à des relations sociales de qualité en permettant à l'individu d'analyser ses propres émotions et états d'esprit tout en se représentant ceux des autres. Mais pour cela, faut-il encore que la construction des liens d'attachement de l'enfant soit de bonne qualité.

3. La Situation Etrange, qualité de l'attachement et de l'exploration

C'est essentiellement Mary Ainsworth qui a exploré cette question de la qualité de l'attachement. Si celui-ci est universel, il est aussi spécifique d'une relation donnée, et la variabilité de ce lien selon les individus en relation ne tient pas à son intensité mais à sa qualité. L'attachement fonctionnant en couplage dynamique avec l'exploration, la qualité de l'un dépend de la qualité de l'autre, selon le principe de sécurité que nous avons déjà vu.

Le couple Grossman a travaillé à préciser cette notion de sécurité dans l'attachement et l'exploration : la sécurité de l'attachement se repère à la capacité de l'enfant à exprimer librement ses émotions (en particulier négatives) pour être rapidement consolé ; la sécurité de l'exploration se repère à l'intérêt curieux et prudent de l'enfant pour son environnement (10). La qualité de l'exploration a été de son côté définie par Mary Main en 1973 : plus l'exploration est de bonne qualité, et plus l'enfant peut concentrer son attention vers de nouveaux jouets sur de longues périodes. Cette capacité de concentration, selon des travaux menés en laboratoire, paraît dépendre de la capacité d'organiser les émotions et les comportements de manière flexible face à un événement sortant de l'ordinaire, ainsi que de la confiance dans la disponibilité et dans l'aide apportée par la FA en cas de nécessité (9,10). La qualité de l'exploration est donc bien intimement liée à un attachement sécurisé, c'est-à-dire à la confiance dans la disponibilité de la FA.

Le caractère sécurisé ou non du lien d'attachement a donc été étudié par M. Ainsworth et ses collaborateurs, d'abord dans un environnement naturel auprès de la population en Ouganda (13), puis en laboratoire après l'élaboration d'un protocole

spécifique permettant d'évaluer la qualité de l'attachement entre un enfant et sa FA principale. Ils ont ainsi créé en 1978 le paradigme expérimental de la Situation Etrange (*Strange Situation Procedure*), conçu pour évaluer à la fois le système d'attachement et le système exploratoire de l'enfant dans une situation non familière. Les observateurs s'intéressent à la façon dont l'enfant utilise sa FA comme une « base de sécurité », au cours de différentes séquences amenant une tension graduelle chez l'enfant pour activer son système d'attachement (14).

Cette observation expérimentale est destinée aux enfants de 12 à 18 mois (lorsque la FA est clairement définie et les stratégies d'attachement sont stables) et suit un déroulé très précis. Elle a lieu dans une pièce (inconnue de l'enfant) pourvue de différents jouets destinés à éveiller la curiosité de l'enfant. La procédure est filmée, et des professionnels observent la scène en direct derrière une vitre sans tain. Elle se compose de 8 étapes de 3 minutes comportant deux séparations et deux retrouvailles avec la FA (prenons l'exemple de la mère), ainsi que des contacts avec une personne étrangère (14) :

- L'enfant découvre la pièce avec sa mère
- Une personne étrangère vient les rejoindre
- Première séparation : la mère quitte la pièce en laissant l'enfant seul avec l'inconnue
- Premières retrouvailles : la mère revient et l'inconnue quitte la pièce
- Deuxième séparation : la mère quitte à nouveau la pièce, après avoir prévenu l'enfant de son départ
- L'enfant reste seul pendant 3 minutes
- L'inconnue rejoint l'enfant dans la pièce
- Deuxièmes retrouvailles : la mère revient dans la pièce

Ni la mère ni l'enfant ne sont prévenus du déroulé de la procédure. La cotation est faite par des évaluateurs formés, et se base sur le comportement de l'enfant à l'égard de sa FA, en particulier lors des retrouvailles. Le fonctionnement de l'enfant vis-à-vis de l'attachement est déterminé de façon discriminante sur les deuxièmes retrouvailles, lorsque l'état de stress est au maximum pour l'enfant, et non sur les séparations, qui peuvent mener à des comportements peu discriminatifs.

Cette procédure expérimentale permet de classer les comportements d'attachement de l'enfant selon 4 catégories (dont 3 précédemment observées par M. Ainsworth sur le

terrain), selon un axe « sécurité-insécurité » et une différenciation « évitant/résistant » au sein de l'insécurité. Ce sont les patterns d'attachement.

4. Les patterns d'attachement

En effet, les comportements manifestés par l'enfant lors de la Situation Etrange correspondent aux stratégies qu'il a précédemment élaborées au cours de sa relation avec sa FA pendant ses 12 premiers mois, devenues stables et donc reproductibles (14).

Ce qui a pu être observé en milieu naturel, découlant de tout ce que nous avons décrit, c'est qu'un enfant dont on a toujours répondu adéquatement aux attentes (et particulièrement au besoin de proximité) va avoir un fonctionnement primaire de ses systèmes d'attachement et d'exploration, tels que nous les avons précédemment décrits, et qui correspondent à un sentiment de sécurité. L'attachement est dit « sûr ». Lorsque, dans le cas contraire, le *caregiver* n'a pas répondu de manière optimale à ses signaux, l'enfant va développer un fonctionnement secondaire en mettant en place des stratégies adaptatives. Elles visent elles aussi à maintenir une proximité avec l'adulte, mais en modulant les manifestations d'attachement vers le plus ou vers le moins pour s'adapter aux réponses apportées par l'adulte. L'attachement est dit « insécure » ou « anxieux », avec un pattern « évitant » ou bien « ambivalent-résistant ». Il ne s'agit pas de patterns pathologiques dans la mesure où l'enfant obtient par ses stratégies adaptatives la proximité dont il a besoin. Une quatrième catégorie, l'attachement « désorganisé », a été individualisée plus tardivement par Mary Main et Judith Solomon en 1986 (15). Ces patterns, ou schémas d'attachement, sont universels et leur répartition semble équivalente à travers de multiples civilisations variées (7). Nous allons décrire ces quatre patterns d'attachement tels qu'ils se présentent à la Situation Etrange (9–11).

- **Attachement Sûre**

Il concerne environ 60% de la population générale. En Situation Etrange, l'enfant proteste à la séparation d'avec sa mère, se laisse éventuellement partiellement consoler par la personne étrangère, mais n'est totalement apaisé qu'après avoir retrouvé un contact avec sa FA dont il recherche activement le contact à son retour. Ces retrouvailles sont chaleureuses et riches en comportements de signal (sourires, vocalises). L'enfant peut alors retourner explorer les jouets en y concentrant son attention. Il exprime librement ses besoins d'attachement, a confiance dans la disponibilité de sa FA et l'utilise comme « base

de sécurité » une fois réconforté. C'est la qualité optimale de l'attachement, dans laquelle le seuil d'activation du système d'attachement est à son niveau initial, prévu par la théorie.

- **Attachement Inséculaire évitant**

Il concerne environ 20% de la population générale. En Situation Etrange, l'enfant semble éviter le contact avec sa FA. Lors de son départ, il ne manifeste pas de comportements de protestation, et ne cherche pas sa proximité à son retour. En l'absence de sa mère, il semble concentrer son attention sur les jouets, mais son exploration est de mauvaise qualité ; cela s'améliore à son retour, mais il utilise peu sa FA comme base de sécurité. Il peut accepter d'être réconforté par l'étrangère, avec une faible discrimination d'avec la mère. Ces enfants peuvent paraître très autonomes mais en réalité ils apprennent peu à connaître leur environnement et leurs indicateurs biologiques de stress sont élevés lors de la séparation. Ils peuvent paraître indifférents mais il s'agit plutôt d'une ignorance active (pas de manifestation de plaisir si la mère le prend dans ses bras) dénotant une certaine colère non exprimée directement (7). Ces enfants ont appris à minimiser leurs besoins et à diminuer leurs manifestations d'attachement, dont le seuil d'activation est plus élevé que la normale, pour ne pas provoquer le rejet de leur FA (ce que l'on décrira plus tard).

- **Attachement Inséculaire ambivalent-résistant**

Il concerne environ 10% de la population générale. En Situation Etrange, l'enfant manifeste fortement sa détresse lors des séparations, et se montre peu consolable aux retrouvailles. S'il cherche le contact avec sa FA, il continue d'exprimer beaucoup de colère et n'est pas disponible pour repartir explorer. Si la FA tente de le réconforter, il va pouvoir se montrer résistant à ce réconfort. L'ambivalence est de mise entre une volonté de proximité et des manifestations de rejet envers la FA, en laquelle il n'a pas confiance. L'arrivée d'une personne étrangère active fortement leur attachement, même en présence de la mère. Les cris et les pleurs chez ces enfants sont aussi bien des manifestations d'attachement que de souffrance psychologique, et leurs indicateurs biologiques de stress sont élevés même en présence de la FA. Ils ont appris à exagérer leurs besoins et à maximiser leurs manifestations d'attachement, dont le seuil d'activation est plus bas que la normale, pour s'assurer l'intérêt de leur FA (ce qui sera décrit plus bas).

- **Attachement Désorganisé**

Il concerne environ 10% de la population. Contrairement aux patterns insécurisés, il s'agit ici d'un véritable trouble de l'attachement, de l'ordre du pathologique, car l'enfant n'est pas parvenu à mettre en place de stratégie pour s'assurer des soins de l'adulte. Face au stress de la Situation Etrange, l'enfant se trouve dans une situation de « peur sans solution ». Ne sachant quel comportement adopté, l'enfant se désorganise et manifeste des comportements contradictoires et incohérents, qui ne sont pas spécifiquement adressés à sa FA. Lors des retrouvailles, il peut par exemple s'approcher de sa mère tout en détournant fortement la tête, se figer, manifester des stéréotypies. Il paraît effrayé par sa FA, et ne peut absolument pas explorer son environnement. Les indices biologiques de stress sont extrêmement élevés tout au long de la procédure.

5. Les Modèles Internes Opérants

Comme nous venons de le voir, les comportements d'attachement s'organisent progressivement en schémas prédéfinis, les patterns d'attachement. Ces patterns sont soutenus par les représentations mentales que l'enfant s'est fait progressivement de ses relations avec sa figure d'attachement. Ces représentations mentales sont les Modèles Internes Opérants (MIO), concept introduit par Bowlby en 1973 mais surtout développé ultérieurement par Mary Main (16). C'est grâce à eux que l'enfant régit son attitude et ses besoins d'attachement lors de la Situation Etrange, ce qui donne l'impression que l'échange se déroule selon un modèle préétabli (10). Si le terme « pattern » désigne ce qui est directement observable, les « MIO » désignent ce qui est intrapsychique.

En effet, au fil de ses interactions avec chacun de ses *caregivers*, l'enfant intériorise les réponses données à chacune de ses manifestations et construit ainsi un modèle qui englobe les perceptions qu'il a de lui-même et des attentes de sa FA, dont il peut ainsi anticiper les réactions. La construction de ces MIO débute vers 9 mois, lorsque les capacités cognitives de l'enfant lui permettent de percevoir l'effet de ses comportements sur l'adulte, mais se poursuit jusqu'à 5 ou 6 ans. Avant 9 mois, certains auteurs évoquent également des MIO mais qui sont uniquement procéduraux et non représentationnels (3).

Les MIO, en tant que représentations mentales conscientes et inconscientes du monde extérieur et de soi au sein de ce monde, vont directement influencer l'image de soi et des autres comme dignes de confiance ou non ; l'individu interprète les événements,

élabore ses stratégies et construit ses relations sociales au travers de ces cartes de navigation. Il s'appuie sur ses relations passées pour mieux comprendre les relations présentes et anticiper les relations futures (12). Les MIO n'organisent pas seulement les comportements, mais aussi la cognition et les affects dans les relations proches, et en particulier les affects négatifs face à une situation de stress. C'est selon ces MIO que l'individu sera alors ou non en mesure de solliciter l'aide dont il a besoin.

N. Guédeney résume ainsi les MIO : « Ils traduisent la confiance dans les autres comme capables de répondre de manière adéquate, soutenante et proche en cas de difficultés, et donc la confiance en soi comme personne digne d'être aimée et soutenue par les autres » (10).

Ces « patrons » des relations humaines sont stables dans le temps lorsque l'environnement reste globalement inchangé, car l'enfant va filtrer ses perceptions et n'enregistrer progressivement que celles qui confirment ses attentes, afin de garder une cohérence au sein de ses souvenirs relationnels. En revanche, ils peuvent être perturbés plus ou moins fortement par la survenue d'un évènement traumatique (deuil, séparation, maladie grave), ou bénéficier de l'apport de nouvelles relations d'un nouveau type, venant enrichir les MIO de base, ce que nous développerons plus bas.

En cela qu'ils orchestrent le comportement, la cognition et les affects dans les relations proches, les MIO vont pouvoir constituer des facteurs protecteurs aussi bien que des facteurs de vulnérabilité face à des troubles psychopathologiques. Les MIO sous-jacents à un attachement sécure représentent en particulier une meilleure chance de développer des compétences sociales de qualité, permettent également un meilleur accès à la demande d'aide lorsque c'est nécessaire, et constituent ainsi un facteur protecteur contre le développement d'une psychopathologie ultérieure. A l'inverse, les MIO qui régissent les attachements insécures sont liés à une limitation des possibilités de négociations des conflits, de la liberté cognitive et de la qualité des relations sociales ; en présence d'autres facteurs de risques, ils potentialisent donc un risque de dysfonctionnement psycho-social (10). Nous étudierons cela plus en détail au sujet de la pathologie addictive.

B. Transmission de l'attachement

1. Le système de *caregiving*

1.a. Versant parental de l'attachement

Comme toute relation interpersonnelle, la relation parent-enfant se construit sur un modèle de réciprocité, les comportements de l'un influençant les comportements de l'autre. Les comportements d'attachement de l'enfant sont ainsi en couplage dynamique avec les comportements de l'adulte qui prend soin de lui, son *caregiver*. Les comportements de ce *caregiver* font partie du système de *caregiving* (dont la traduction serait « le fait de donner des soins »). Décrit par John Bowlby en 1988 comme le versant parental de l'attachement, il a ensuite été défini plus précisément par les travaux des successeurs de Bowlby, et en particulier Carol George et Judith Solomon (17).

Tout comme l'attachement, il s'agit d'un système adaptatif qui participe à la survie de l'espèce. Son objectif est la protection des plus faibles, et en particulier des bébés du fait de leur immaturité qui les rend vulnérables. Pour les parents, l'objectif est de protéger leur enfant en se rapprochant de lui. Ce système est activé par toute situation où le sujet est confronté à des manifestations de détresse émanant d'un autre individu ; il n'est éteint qu'une fois que l'individu en question ne semble plus en détresse. Pour les parents, leur *caregiving* ne s'éteint que lorsqu'ils ont pu obtenir un contact avec leur enfant et que ce dernier apparaît consolé et rassuré, en sécurité matérielle et émotionnelle (17).

De la même façon que la théorie de l'attachement décrit le phénomène dans son modèle optimal (l'enfant sentant sa FA disponible), le *caregiving* se décrit dans sa version idéale. Il correspond alors à l'organisation des soins pour répondre aux besoins d'attachement de l'enfant. Or, comme nous l'avons vu ces besoins répondent à deux objectifs : la recherche de proximité sécurisante et la nécessité d'exploration du milieu. Un *caregiving* satisfaisant doit donc répondre à ces deux exigences, pouvoir rassurer l'enfant mais aussi lui permettre de partir à la découverte de son environnement, en développant son autonomie. La tentative de contact avec l'enfant n'est censée se faire que lorsque celui-ci la sollicite par ses comportements ; dans le cas inverse l'adulte doit laisser l'initiative à l'enfant, sinon le *caregiving* se montre intrusif (10).

Le système de *caregiving* se manifeste très tôt chez les individus, même si cela est encore immature durant l'enfance (7). On peut le remarquer au comportement des enfants,

qui dès 2 ou 3 ans prennent soin des animaux, des nourrissons, ou reproduisent cela avec leurs poupées. Le *caregiving* devient ensuite progressivement mature et fonctionnel durant l'adolescence. Il semble s'exprimer différemment selon le rôle parental :

- la mère, qui est souvent la personne le plus régulièrement en relation avec l'enfant (et donc la FA principale), semble avoir un *caregiving* essentiellement centré sur le besoin de sécurité de l'enfant, et participe ainsi surtout à son développement émotionnel en l'encourageant à parler librement de ses émotions et en l'aidant à les comprendre.

- le père, qui est souvent une FA subsidiaire, semble orienter son *caregiving* vers l'autonomie sociale de l'enfant, encourageant l'enfant à explorer et à faire ses propres expériences, à se confronter à l'échec et plus tard à développer des négociations dans les relations sociales.

1.b. Composants du caregiving

Nous venons de voir que le *caregiving* correspond au système parental répondant aux besoins d'attachement et d'exploration de l'enfant. Pour répondre à ces besoins, l'adulte fait appel à plusieurs composantes, à la fois comportementales, cognitives et affectives. De même que les besoins d'attachement varient selon l'âge, le contexte, les capacités de l'enfant, les manifestations du *caregiving* évoluent avec l'âge de l'enfant, les facteurs environnementaux, et les compétences de l'adulte.

- **Sensibilité, *responsiveness* et capacité réflexive**

Une de ces compétences, primordiale dans la qualité du *caregiving*, est la *sensibilité* ; ce terme regroupe plusieurs notions et est d'une grande richesse dans les travaux se penchant sur les relations parents-enfants. La sensibilité (nous traiterons ici de la sensibilité maternelle, mais elle s'applique à tout *caregiver*) est intimement liée à la notion de disponibilité. Nous l'avons vu, un enfant a besoin de savoir sa FA disponible pour se sentir en sécurité ; cette disponibilité est physique (la FA doit être accessible matériellement), mais surtout émotionnelle, c'est-à-dire que l'adulte doit être à l'écoute de l'enfant. Cette disponibilité émotionnelle est décrite par les théoriciens du *caregiving* sous le terme de « *responsiveness* ». En français cela se traduirait par « la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte, et d'y répondre rapidement et adéquatement de manière prévisible et cohérente » (10). La sensibilité maternelle ne se résume cependant pas à cette capacité de *responsiveness* ; en

plus de pouvoir percevoir les signaux de son enfant, la mère doit aussi pouvoir tolérer l'expression par son enfant de ses sentiments, y compris négatifs, et comprendre qu'elle est alors indispensable à sa régulation émotionnelle. Elle doit ainsi avoir l'élan de lui apporter du réconfort et de l'apaisement. Cela doit pouvoir se faire même lorsque la mère est elle-même en situation de stress ou d'inconfort. Le *caregiver* peut se tromper dans la réponse apportée aux signaux du bébé, particulièrement lorsqu'il est lui-même en situation d'alerte (et que son propre système d'attachement est activé, rentrant en compétition avec le système de *caregiving*) ; il est alors essentiel qu'il puisse corriger ses réponses en constatant qu'elles n'ont pas été efficaces (3).

Une autre des capacités inhérentes au *caregiving* est la capacité réflexive, c'est-à-dire la possibilité pour le parent d'analyser les émotions de son enfant et d'y donner un sens, tout en le différenciant de ses propres états mentaux, de ce qu'il vit en tant que parent. La mère douée de capacité réflexive peut verbaliser pour l'enfant leurs émotions respectives et valider auprès de l'enfant son ressenti ; ce dernier se sent alors compris et comprend lui-même mieux ses mouvements émotionnels. Cette capacité réflexive permet à la mère de lier les comportements à des états mentaux, pour elle-même et pour son enfant, ce qui va leur donner du sens et lui permettre progressivement de le faire lui-même (10).

Enfin, le parent doit avoir des capacités de coopération, c'est-à-dire qu'il ne doit pas chercher à contrôler l'enfant, mais doit lui laisser l'initiative et l'encourager à développer son autonomie (3).

- **Variation des manifestations au cours du temps**

Si le système de *caregiving* fait appel aux différentes capacités que nous venons de voir, il doit surtout s'ajuster aux besoins de l'enfant et donc se manifester différemment au fil de son évolution. Ainsi, dans la première année, l'enfant a avant tout besoin de sécurité. La sensibilité maternelle et la capacité réflexive vont être au premier plan, et vont s'exprimer essentiellement de manière infraverbale. Les attitudes et comportements vont rejoindre des notions décrites par d'autres théoriciens, comme « la préoccupation maternelle primaire » de D. Winnicott ou « l'accordage affectif » de D. Stern (11). En effet, afin de valider les ressentis de son bébé, la mère va interagir avec lui en utilisant la même tonalité émotionnelle, mais de façon transmodale (mobilisant aussi bien la prosodie, que les mimiques ou les mouvements du corps), ralentie et exagérée. Tout en apportant une réponse concrète aux besoins du bébé, elle va se mettre au diapason de son état émotionnel

sans se laisser envahir, ni par l'état de son bébé ni par le sien. Concernant l'exploration, le *caregiver* laisse l'initiative à l'enfant mais maintient de lui-même en permanence une proximité suffisante pour assurer sa sécurité.

Lorsque l'enfant grandit, développe sa locomotion et son langage, le parent doit avant tout faire appel à sa capacité de coopération. Le seuil d'activation de son *caregiving* va s'élever afin de laisser l'enfant faire ses propres expériences, et se confronter à des sentiments négatifs comme la frustration. Si la capacité réflexive reste essentielle, elle va de plus en plus s'exprimer verbalement, encourageant l'enfant à faire de même. Le *caregiver* est amené à créer les conditions d'un partenariat corrigé quant au but selon les nouvelles compétences de l'enfant, il guide l'enfant dans l'élaboration de compromis, de stratégies communes (10).

Les modalités d'expression du *caregiving* sont donc bien différentes selon l'évolution des besoins de l'enfant et son acquisition de nouvelles capacités.

- **Autres facteurs influençant le *caregiving***

En dehors des compétences du *caregiver* et de l'avancée du développement de l'enfant, la qualité du *caregiving* va être soumise à d'autres facteurs, intrinsèques à la relation aussi bien qu'environnementaux. Comme nous pouvons l'imaginer, le *caregiving* est massivement influencé par l'histoire relationnelle du parent avec ses propres FA ; son expérience en tant qu'enfant, et les MIO qui se sont construits en tant que résultats de ses expériences relationnelles précoces, participent activement à sa représentation des soins à donner, et donc à la façon dont s'organise son *caregiving*.

Cela va également pouvoir être influencé par le contexte environnemental, socio-culturel (comme les relations conjugales, les ressources matérielles, financières ou relationnelles), ou émotionnel (facteurs hormonaux, état dépressif, anxiété massive, deuil ou maladie). Les croyances culturelles peuvent elles aussi légèrement influencer le *caregiving* (10).

Enfin, l'attitude et le tempérament du bébé vont pouvoir modifier les représentations mentales de son *caregiver* quant à la façon de procurer des soins : un bébé irritable, difficilement consolable, va pouvoir déstabiliser la mère dans son sentiment de capacité à répondre à ses besoins, générant de la frustration, du doute, et parfois un abaissement de la tolérance aux signaux d'alerte qu'il émet. Un bébé qui s'ajuste au niveau

corporel, se love et cherche le regard, gratifie la mère et lui procure soulagement, satisfaction et confiance dans ses capacités à prendre soin de lui, renforce alors la représentation positive qu'elle se fait de son *caregiving*. Cette variable du tempérament du bébé pourrait en partie expliquer pourquoi une mère ne pratique pas le même *caregiving* envers tous ses enfants (3).

1.c. Quel caregiving lié à quel attachement ?

Comme nous l'avons décrit, le lien d'attachement d'un enfant à sa FA est le résultat des interactions qui ont eu lieu entre eux tout au long de leur parcours, de l'adéquation ou inadéquation des réponses du *caregiver* aux besoins de l'enfant. La façon dont l'enfant s'attache est donc une conséquence directe de la façon dont l'adulte prend soin de lui. Cela a été très nettement observé par Mary Ainsworth lors de l'étude des patterns d'attachement au sein de familles suivies au long cours, et se retrouve dans une moindre mesure lors de la Situation Etrange (11) :

- Un enfant se montre sécure face à une FA qui est disponible et accessible, faisant preuve de sensibilité, procurant à l'enfant une confiance en lui et en elle. Cette dernière accepte et valide ses manifestations d'attachement, et lui procure avec plaisir la proximité dont il a besoin avant de l'encourager à retourner jouer.

- Un enfant se montre insécure-évitant face à une FA qui ne tolère pas ses demandes de proximité, qui se montre rejetante devant les manifestations de ses besoins d'attachement mais se montre disponible lorsque l'enfant n'a plus besoin d'elle. La FA se montre difficilement sensible, et tolère mal les émotions négatives de l'enfant. C'est pourquoi celui-ci minimise ses besoins, en fonction de ce que peut supporter l'adulte. Il semblerait que l'apparente indisponibilité des FA puisse en fait être attribuée aux efforts prodigués pour contenir leur propre colère (9).

- Un enfant se montre insécure-ambivalent face à une FA qui répond aux besoins du bébé de manière inconstante, manquant nettement de sensibilité, de sorte que l'enfant n'a pas la certitude d'obtenir une réponse. C'est pourquoi il maximise ses besoins pour augmenter ses chances d'obtenir cette réponse, mais exprime également de la colère pour toutes les fois où il n'en a pas reçu. De plus, ces FA se montrent souvent intrusives, ne laissant pas l'initiative à l'enfant dans son exploration.

- Un enfant se montre désorganisé face à une FA imprévisible, effrayante ou effrayée, elle-même source de stress pour l'enfant qui ne sait alors plus s'il doit s'en rapprocher ou

s'en éloigner. La FA se montre hostile, abdiquant dans son rôle de *caregiver*. Ce dernier schéma d'attachement a aussi été mis en lien avec des vécus traumatiques chez les FA (perte, deuil), ou encore avec des conduites toxicomaniaques, confirmant le rôle des facteurs environnementaux (9).

2. Schémas d'attachement à l'âge adulte

2.a. Evolution des MIO

Nous l'avons vu, au fil de ses interactions avec ses différentes FA, l'enfant se construit des représentations mentales conscientes et inconscientes de ce que sont les besoins et les réponses des uns et des autres en cas de détresse. Ce sont les MIO. Parallèlement, à l'âge adulte, le *caregiving* fait appel aux représentations que l'adulte se fait de ce que doivent être les soins à un plus faible, autrement dit s'appuie sur ces mêmes MIO, qui ont évolué au cours de son enfance, de son adolescence, puis de l'âge adulte. Les différents auteurs questionnent plusieurs théories au sujet de l'évolution des MIO : selon certains, chaque individu possède un MIO général qu'il module selon son interlocuteur et le contexte ; pour d'autres, chaque individu possède une multiplicité de MIO, indépendants les uns des autres, correspondants à l'histoire de chaque relation proche.

Ce qui est sûr, c'est que les MIO construits pendant la toute petite enfance sont présents durant toute la vie du sujet de manière globalement stable, seuls des événements marquants pouvant les fragiliser, ou des nouvelles relations intenses pouvant les enrichir. L'adolescence est cependant une période de remaniement intense, par la remise en question des relations aux parents lors de la seconde phase de différenciation-individuation, mais aussi par la création d'un nouveau réseau relationnel propre au jeune sujet, qui interroge alors consciemment ses attentes envers ses différents interlocuteurs (18). Lorsque l'attachement est insécure et que les MIO correspondant placent le sujet comme peu digne d'attention (et/ou les autres comme peu dignes de confiance), l'adolescence va ainsi être une période propice au développement de troubles émotionnels, troubles psychiatriques, ou troubles comportementaux tels que le recours aux substances psycho-actives. Il s'agit là de notre questionnement dans cette thèse, et nous reviendrons sur le développement de ces psychopathologies.

2.b. Adult Attachment Interview

Etant communément admis que les MIO de l'enfance, décelables par une situation expérimentale, se retrouvent tout au long de la vie, Mary Main a travaillé à mettre en évidence ces MIO chez des sujets adultes. Avec ses collègues George et Kaplan, elle va alors concevoir dans les années 1980 un entretien semi-structuré à destination des adultes, questionnant l'histoire relationnelle du sujet avec ses *caregivers* et les souvenirs qu'il en décrit. Cet entretien, l'*Adult Attachment Interview (AAI)*, vise à opposer les représentations sémantiques du sujet (conscientes et influencées par toute relation interpersonnelle) et ses représentations épisodiques (inconscientes et découlant uniquement de l'expérience) au sujet de situations liées à l'attachement, afin d'en juger le degré de concordance (3).

En effet, plus qu'au contenu des souvenirs d'enfance des sujets, l'entretien s'intéresse à leur cohérence, en lien avec une idée de John Bowlby selon laquelle les MIO des sujets sécures seraient plus cohérents que ceux des sujets insécures. L'entretien pousse le sujet à exposer ses souvenirs liés à l'attachement, en questionnant plus particulièrement les relations qu'il entretenait dans l'enfance avec ses deux parents. On lui demande de décrire ces relations, puis de les illustrer par des exemples concrets, sans oublier de mentionner les événements qui ont pu interférer (des deuils par exemple) et l'évolution de ses relations avec ses FA. Le sujet est enfin interrogé sur ses relations à ses propres enfants. Conformément à la théorie de Bowlby, les expérimentateurs mènent leur analyse en explorant la cohérence entre la description que le sujet fait de ses FA et les souvenirs qui y sont liés.

Cela donne accès aux représentations actuelles que se fait le sujet de son attachement dans l'enfance, autrement dit son « état d'esprit actuel quant à l'attachement ». M. Main et ses collaborateurs en ont décrit quatre types, définis parallèlement aux quatre patterns d'attachement de l'enfant (19) :

- L'état d'esprit « autonome » correspond aux adultes supposés avoir des MIO d'attachement sécure issus de leur enfance ; ils font un récit cohérent de leur enfance, qu'elle ait ou non comporté des événements difficiles. Ils verbalisent aisément les émotions liées aux souvenirs, qu'ils soient positifs et négatifs, et décrivent leur FA de manière sereine, semblant indépendante de toute influence.

- L'état d'esprit « détaché » correspond aux adultes supposés avoir des MIO d'attachement évitants ; ils restent évasifs concernant leurs souvenirs liés à l'attachement,

disent en avoir peu, mais tiennent un discours valorisant de leurs FA sans pouvoir l'illustrer d'exemples concrets. Ce discours ne semble donc pas s'appuyer sur des expériences personnelles, mais sur des influences externes conscientes. Ces sujets n'ont cependant pas conscience de l'influence que leurs expériences douloureuses peuvent avoir sur leurs représentations actuelles. Les émotions sont tenues à distance.

- L'état d'esprit « préoccupé » correspond aux adultes supposés avoir des MIO d'attachement ambivalent-résistants ; ils sont submergés par les émotions liées à leurs souvenirs d'attachement, les empêchant de focaliser leur attention sur les questions et les amenant à de nombreuses digressions. Leur discours sur la relation à leurs parents est souvent peu cohérent, contradictoire, et empreint de colère. Il semble qu'il leur est difficile de revendiquer leurs propres émotions, et leur fonctionnement paraît encore très dépendant de celui de leurs parents.

- L'état d'esprit « désorganisé » (ou « non résolu ») correspond aux adultes supposés avoir des MIO d'attachement désorganisés ; ils se montrent non seulement incohérents mais aussi désorientés dans le temps et l'espace en évoquant des souvenirs traumatiques. Leurs défenses psychiques semblent dépassées, et il n'y a pas d'accès cohérent ni aux souvenirs concrets, ni aux représentations de la relation à leurs parents.

Ces catégories permettent également un lien avec l'énoncé de John Bowlby, selon lequel les MIO constituent une représentation de soi comme plus ou moins digne de mériter des soins, et des autres comme plus ou moins aptes à en donner. Ainsi les adultes autonomes semblent penser que les autres vont pouvoir les aider, car ils sont dignes d'être aidés ; les adultes détachés ont développé une confiance en eux compulsive, pensant ne pas pouvoir compter sur les autres ; les adultes préoccupés manquent clairement de confiance en eux, ne se pensant pas dignes de mériter l'attention des autres. Le schéma « désorganisé » est trop incohérent pour répondre à cette conception des autres et de soi (20).

Il est important de noter que si ces catégories ont été décrites en lien avec les patterns d'attachement de la Situation Etrange, elles n'en sont pas des transpositions directes à l'âge adulte. Des études longitudinales étudiant le devenir à 21 ans (avec l'AAI) d'enfants vus à 1 an (à la Situation Etrange), montre que 69% d'entre eux ont gardé le même type d'attachement (3) ; les MIO ont donc changé pour 31% d'entre eux. En effet, comme nous l'avons vu, les MIO de l'enfance, bien que globalement stables, sont soumis à des

variations selon la survenue d'évènements traumatisants ou l'étayage de nouvelles relations sécurisantes par exemple. Ainsi, un adulte à l'état d'esprit actuel « désorganisé » quant à l'attachement peut avoir eu un attachement sécure dans l'enfance, mais avoir vu ses MIO bouleversés par un traumatisme (agression par exemple) ; inversement, un adulte à l'état d'esprit actuel « autonome » peut avoir eu un attachement insécure face à une FA rejetante, mais avoir ensuite appris à interroger cette relation au cours d'une psychothérapie par exemple, lui permettant alors d'en faire un récit cohérent. C'est ainsi que la répartition dans la population générale diffère légèrement de celle des patterns de l'enfance : 55% d'adultes autonomes, 16% de détachés, 9% de préoccupés et 19% de désorganisés (21).

3. Transmission transgénérationnelle

De l'ensemble des éléments que nous venons de décrire, nous pouvons aisément extraire une hypothèse de transmission transgénérationnelle de l'attachement, selon la séquence suivante (prenons un exemple de mère à fille) :

- Une enfant développe un pattern d'attachement en fonction du *caregiving* qui lui est prodigué par sa propre mère,
- Elle se construit ainsi des MIO de ses relations aux autres, et en particulier de la façon dont on prend soin des autres,
- Lorsque, devenue adulte, elle a elle-même un enfant, elle en prend soin selon ses MIO construits pendant l'enfance,
- Son enfant développe ainsi un attachement correspondant au *caregiving* qu'il reçoit, lui-même correspondant au *caregiving* reçu par sa mère de la génération précédente,
- L'enfant présente donc le même schéma d'attachement que sa mère, hérité des relations à sa grand-mère.

Cette hypothèse a été étudiée par de nombreux auteurs au cours de nombreuses recherches. En 1985, Mary Main a mis en évidence une corrélation de 75% entre les représentations de l'attachement d'un adulte à l'AAI et le pattern d'attachement de son enfant à la Situation Etrange (19, 22). Une méta-analyse de Van Ijzendoorn et Bakermans-Kranenburg menée en 1999 sur 18 études confirme cette correspondance selon chaque type de schéma d'attachement : 77% des mères « autonomes » ont un enfant « sécure », 57% des mères « détachées » ont un enfant « évitant », 21% des mères « préoccupées » ont un enfant « ambivalent-résistant » et 53% des mères « désorganisées » ont un enfant

« désorganisé » (21). Ils concluent à une correspondance de 70% entre les schémas d'attachement de la mère et ceux de l'enfant (23). Cela se retrouve à 37% entre un père et son enfant. Citons enfin, une étude de Fonagy *et al.* en 1993, qui confirme que c'est bien l'état d'esprit de l'adulte qui influence le pattern de l'enfant, en évaluant cet état d'esprit avant même l'arrivée de l'enfant : les représentations d'attachement de la mère au dernier trimestre de grossesse prédisent l'attachement qu'aura l'enfant à un an dans 75% des cas (24).

Si toutes ces études confirment une transmission transgénérationnelle de l'attachement, elles démontrent aussi que dans 25% des cas, le pattern d'attachement de l'enfant ne correspond pas au schéma d'attachement de son parent (22). Ceci en particulier pour l'état d'esprit « préoccupé » des adultes, qui n'est que faiblement plus associé à l'insécurité qu'à la sécurité des enfants (3).

Etant donné le contexte de notre travail, il semble nécessaire d'étudier les facteurs de continuité et de discontinuité dans la transmission transgénérationnelle de l'attachement. Nous retenons cependant que de nombreuses études ont confirmé que l'état d'esprit du parent quant à l'attachement, évalué avant même l'arrivée d'un enfant (et donc au cours de la grossesse par exemple), est prédictif de manière significative du pattern d'attachement correspondant, évalué chez l'enfant à 1 an (10), confirmant l'idée d'une transmission se manifestant déjà au cours de la grossesse.

4. Vecteurs de cette transmission

L'attachement se transmet de génération en génération au travers de la façon dont l'adulte prend soin de l'enfant, c'est-à-dire au travers du *caregiving*. Les facteurs influençant cette transmission sont donc ceux qui font varier le *caregiving*, tels que nous les avons déjà décrits : sensibilité maternelle essentiellement, capacité réflexive (ou mentalisation), et facteurs environnementaux (en particulier le contexte familial et conjugal). L'autre chaînon de cette transmission correspond à l'évolution des MIO ; les facteurs modifiant les MIO vont donc aussi intervenir dans la transmission de l'attachement, et en particulier dans son versant de discontinuité.

4.a. Facteurs intrinsèques à la relation mère-enfant

Les auteurs étudiant la transmission de l'attachement se sont d'abord intéressés à la sensibilité maternelle comme vecteur principal de cette transmission, selon la séquence

« état d'esprit de l'attachement du parent -> sensibilité parentale -> pattern d'attachement de l'enfant » (22). Des études ont ainsi montré qu'en modifiant artificiellement la sensibilité maternelle en situation expérimentale, on modifiait les comportements d'attachement de l'enfant (étude de Van Den Boom en 1994, citée dans (25). Cependant, selon la méta-analyse de Van Ijzendoorn *et al.*, la sensibilité maternelle n'expliquerait que 23% de la variance de cette transmission (23).

En s'intéressant à la capacité réflexive, Fonagy a de son côté montré que les mères ayant une fonction réflexive de qualité avaient de plus grandes chances de voir leur enfant développer un attachement sécure (26). Ceci expliquerait en partie le bon taux d'enfants sécures chez les mères « préoccupées », qui gardent de manière générale la capacité de renvoyer à l'enfant ce qu'il ressent, même si elles ne savent y répondre correctement (3). Dans une perspective de transmission, une étude de Slade *et al.* en 2005 a démontré que les mères classées autonomes à l'AAI avaient une capacité réflexive significativement plus importante dans la relation avec leur enfant de 10 mois (27). La capacité réflexive apparaît donc bien comme un chaînon liant l'attachement d'une génération à la génération précédente aussi bien qu'à la suivante (28).

Les facteurs contextuels peuvent également jouer un rôle, comme l'environnement hormonal de la femme et en particulier son taux d'ocytocine, dont des études ont montré qu'il pouvait influencer l'expression du *caregiving* de la mère (3). D'autres études se sont penchées sur l'influence du tempérament de l'enfant : elles ont montré une prédisposition à l'attachement insécure pour les unes, ou ambivalent-résistant pour les autres, chez les enfants présentant un tempérament dit « difficile » (22,29). Parallèlement, une mère aux MIO sécures peut voir la qualité de son *caregiving* entravée par des bouleversements émotionnels comme une dépression post-natale ou encore la survenue d'un stress important après la naissance (perte d'emploi ou de logement, présence d'une autre personne dont il faut prendre soin...), comme cela a été démontré par de nombreuses études (22).

Un élément important venant perturber le *caregiving*, auquel ce travail s'intéresse particulièrement, est la présence d'usage de Substances PsychoActives chez les mères. Les études montrent ainsi que les mères toxicomanes ont proportionnellement plus d'enfants insécures que les mères non toxicomanes, de même que les enfants insécures ont plus fréquemment des parents toxicomanes que les enfants sécures. Nous reviendrons sur

l'impact de la consommation de SPA sur le *caregiving* et l'établissement du lien d'attachement (9,21).

La transmission des schémas d'attachement désorganisés par le biais des MIO dans la relation mère-bébé a été particulièrement étudiée. Les auteurs suggèrent que l'exposition à une situation de « peur sans solution » a mené l'enfant à créer des MIO dits « ségrégués multiples » (donc incohérents) contenant une multiplicité d'attentes contradictoires à propos de la même FA, les deux protagonistes étant à la fois sauveur, persécuteur et victime l'un vis-à-vis de l'autre. Ce « triangle dramatique » est actif entre le sujet et son parent, mais aussi entre le sujet et son enfant, puisque les rôles deviennent indifférenciés (30).

4.b. Facteurs extrinsèques à la relation mère-enfant

Les éléments internes à la relation mère-enfant ne suffisant pas à expliquer l'ensemble de la continuité et discontinuité de l'attachement, les auteurs ont également étudié l'impact des vecteurs extrinsèques à cette relation, et en particulier l'apport du conjoint dans cette relation. Celui-ci est double : par son interaction directe avec l'enfant, et de manière indirecte par l'atmosphère familiale liée aux relations conjugales.

Pour John Bowlby, même si le père représentait le plus souvent une FA subsidiaire, il jouait un rôle indirect dans le développement du système d'attachement entre la mère et l'enfant : « en procurant amour et soutien, le mari aide émotionnellement la mère et lui permet de maintenir une atmosphère d'harmonie dont profite le développement de l'enfant » (cité par S. Tereno (28)). Ainsi il apparaît au fil des études que le père peut « protéger » l'enfant des MIO insécures de la mère et favoriser un attachement sécurisé bien que la mère ait un état d'esprit actuel détaché ou préoccupé (10). Une étude de Cohn *et al.* en 1992 montre que des mères insécures d'après l'AAI, mais mariées à des hommes sécurisés, exercent un *caregiving* se rapprochant de celui des femmes sécurisées (3). D'un autre côté, une étude récente de 2011 montre qu'en cas de dysfonctionnement dans la relation mère-enfant, ce dernier semble appliquer le même mode relationnel à son père, risquant de généraliser un attachement insécure (29).

La relation des parents entre eux est également essentielle, puisque les études démontrent d'une part l'impact négatif des conflits conjugaux (en particulier permanents et intenses) sur le développement des enfants (prédisant des enfants insécures même après contrôle du facteur « sensibilité parentale »), et d'autre part l'effet positif d'une relation

conjugale harmonieuse sur l'apport de soins sensibles et adaptés à leurs enfants, donc sur le développement d'un attachement sécure. Pour certains auteurs, c'est tout le réseau familial qui doit servir de « base de sécurité » (31) et participe au développement de la capacité de mentalisation (1).

Cet apport du père peut aussi se lire d'une autre façon, en imaginant que les MIO sécure d'un père (ou d'une autre relation proche) va amener la mère à questionner et à moduler ses propres MIO, et en particulier ses représentations de la façon dont on prend soin de l'autre. Cela peut aussi être permis par l'apport d'une psychothérapie par exemple. On peut imaginer qu'un thérapeute peut servir de « base de sécurité » pour permettre au sujet d'explorer son monde interne et de recréer de la cohérence dans ses MIO, ou de créer de nouveaux MIO sécures mettant à jour l'insécurité des MIO de l'enfance (25).

Enfin, l'étude du parcours des dyades dans lesquelles l'enfant était insécure, ou d'autant plus désorganisé, a montré l'importance et la fréquence d'évènements de vie traumatiques dans l'histoire du *caregiver*. Ces évènements ont pu modifier ses MIO et ainsi interférer dans la transmission d'un attachement sécure, ou maintenir la transmission d'un attachement insécure (21). Par ailleurs, les ruptures et séparation entre mère et enfant sont bien sûr pourvoyeuses de discontinuité puisque, outre le fait que cela puisse constituer un traumatisme, on peut aussi noter que « pour que la transmission transgénérationnelle puisse opérer, l'enfant doit être suffisamment exposé à sa figure d'attachement » (28).

C. Dépendances et addictions

1. L'insécurité comme catalyseur de dépendance

De part son immaturité, aussi bien physique que psychique, le petit humain naît vulnérable et totalement dépendant des adultes qui vont l'entourer. Le système d'attachement vise à lui apporter la proximité dont il a besoin, de la part d'un adulte qui va prendre soin de lui. Cependant, au cours du développement de l'enfant, ce système d'attachement va aller à l'encontre du phénomène même de dépendance. Un *caregiving* adéquat a pour finalité de permettre à l'enfant d'apprendre à réguler seul ses émotions et de faire seul ses propres expériences, en lui offrant un cadre sécurisé, c'est-à-dire qu'il vise à le rendre autonome.

C'est ainsi qu'un attachement sécure chez les nourrissons se traduit par une plus grande autonomie à l'âge scolaire puis à l'âge adulte (9). A l'inverse, un attachement

insécure entrave cette autonomie, laissant potentiellement l'adulte dépendant (3). Cette dépendance peut prendre de multiples formes, et les troubles psychopathologiques potentialisés par un attachement insécure sont nombreux. L'attachement désorganisé de son côté, en tant que véritable traumatisme des relations précoces, représente sans détour un trouble pouvant se traduire par diverses manifestations pathologiques.

Parmi toutes ces problématiques psychopathologiques favorisées par l'insécurité, nous nous concentrerons sur la lecture de la dépendance, à travers le recours aux substances psycho-actives et les addictions qui en découlent.

2. La dépendance aux substances – définitions

2.a. Utilisation de substances, dépendance et toxicomanies

Afin de s'entendre sur les différents termes relatifs à l'addictologie que nous utiliserons dans ce travail, quelques définitions s'imposent. Actuellement, le DSM-5 regroupe sous le terme « troubles d'utilisation de substance » (avec différents degrés de sévérité selon le nombre de critères présents parmi 11), les anciens diagnostics « d'abus » et de « dépendance » à une substance. Ces derniers sont cependant toujours très utilisés dans la pratique clinique. En effet, les cliniciens classifient l'utilisation de substances psychoactives (SPA) en 3 catégories : usage, abus ou usage nocif, et dépendance.

Cliniquement, la dépendance se définit par « la perte de la liberté de s'abstenir ou la perte de contrôle » (32). Elle est psychologique et parfois également physique, cependant ce terme fait essentiellement appel à une définition pharmacologique et neuro-biologique, de par l'action des substances sur le circuit de la récompense. L'utilisation du champ lexical de la dépendance sous-tend la confrontation au phénomène de sevrage (lorsqu'il existe une dépendance physique) et de manque (qui est aussi psychologique) en l'absence de la substance.

La toxicomanie est un concept plus ancien, défini par l'OMS en 1957 comme « un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue, naturelle ou synthétique » (33). La définition précise présentait des limites, puisque s'appliquant essentiellement aux drogues illicites, d'où l'introduction du terme « dépendance » en 1965. Cependant pour une question pratique, l'usage du mot « toxicomanes » persiste pour désigner les personnes se présentant dans une recherche de sensations par l'usage de produits illicites, et en particulier les opiacés.

2.b. Introduction du terme « addiction »

Le terme d'addiction quant à lui, introduit plus tardivement, présente l'avantage d'élargir la notion de dépendance aux comportements qui la sous-tendent. Ainsi l'addiction ne concerne pas uniquement le recours au produit, mais aussi à tout comportement répétitif dont le sujet ne pourrait se passer. Il a plus tard été démontré que ces comportements compulsifs pouvaient eux aussi activer les mêmes circuits de la récompense, et donc répondre pour certains à la définition de la dépendance (34). Pour autant, la terminologie d'addiction prend en compte les mécanismes psychopathologiques inhérents aux conduites, que cela passe ou non par une substance concrète. Les définitions peuvent donc en être multiples, puisqu'on peut considérer qu'il existe autant « d'addictions » que de personnes « addictes ». Actuellement un consensus est cependant admis, autour de l'addiction telle qu'elle a été définie en 1990 par Goodman : l'addiction consisterait en « la condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés : l'échec répété de contrôler ce comportement, et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives » (34). Relativement proche de la définition de la dépendance, elle inclut cependant les addictions comportementales.

Etymologiquement, il est intéressant de noter que le terme « addiction » provient du latin « ad-dicere » : en droit romain et jusqu'au Moyen-âge, cela désignait la mise à disposition d'un homme à un plaignant par un juge, lorsque l'accusé ne pouvait s'acquitter financièrement d'une dette. L'accusé se trouvait donc contraint de donner son corps en esclavage en paiement de cette dette. Cela a mené à deux considérations complémentaires de l'addiction : notion d'esclavage et notion de dette. J. Bergeret illustre cette seconde notion par ces propos : « il s'agit de considérer à la suite de quelle carence affective le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non-tenus et contractés par ailleurs »(35).

Sur le plan sémiologique, Pedinielli *et al.* définissent l'addiction comme un « syndrome », comportant l'adjonction des symptômes de compulsion, d'excès, de répétition et de dépendance (36), aboutissant à un processus qui répond à deux fonctions principales : procurer du plaisir et soulager un malaise (37).

Puisque l'addiction se réfère aussi bien aux phénomènes psychiques que physiques, il est important de noter que de nombreux auteurs se sont attelés à déterminer les

fondements psychopathologiques des conduites addictives. Parmi les multiples travaux existants, un élément important fait surface : comme Bergeret le souligne, l'addiction ne peut être limitée à un type particulier de structure ou de personnalité (38). Les conduites addictives peuvent se manifester chez des sujets aux personnalités aussi diverses qu'opposées, aussi bien sur des structures psychotiques que névrotiques, aussi bien dans des milieux défavorisés et carencés que dans des milieux aisés et éduqués. Le modèle qui est actuellement admis considère ainsi les conduites addictives comme la rencontre de trois facteurs, selon le modèle développé par H. Nowlis aux Etats-Unis et introduit en France par Olievenstein (39) :

- Un individu (c'est-à-dire un sujet unique comportant une personnalité propre, une histoire, une identité et un statut qui lui sont propres, mais aussi peut-être des prédispositions génétiques ou congénitales de vulnérabilité).

- Un produit (il est connu que toutes les substances n'ont pas le même effet, n'ont pas le même potentiel addictif, et ne sont pas disponibles de la même façon selon le lieu et l'époque).

- Un environnement spécifique (qui concerne aussi bien l'indice spatial que temporel, la famille qui elle-même évolue au sein d'une société spécifique, avec un cadre légal, des croyances, des influences variées).

Selon le même type de conception de l'addiction comme une résultante plurifactorielle, on peut aussi considérer les conduites addictives comme la résultante de superposition de facteurs prédisposants (dont l'enfance et la personnalité du sujet font partie), de facteurs déclenchants (tels une période particulière comme l'adolescence, ou période de fragilité émotionnelle ou de stress, et bien entendu une rencontre initiatique avec un produit spécifique), et de facteurs d'entretien (qui sont essentiellement biologiques mais aussi cognitifs avec l'impact du conditionnement)(40).

Dans ce travail, nous laisserons de côté la question des addictions comportementales (bien que les notions que nous allons développer puissent aussi s'y appliquer) pour nous concentrer sur les addictions aux substances psychoactives (SPA). Notons que les substances psychoactives peuvent être illicites (cocaïne, cannabis, héroïne, molécules euphorisantes ou encore hallucinogènes), mais les plus fréquemment consommées sont tout à fait légales (tabac, alcool, médicaments psychotropes et en particulier les benzodiazépines, et les traitements de substitution aux opiacés).

Par ailleurs, bien que l'essor des neurosciences ait apporté de nouveaux facteurs de compréhension des conduites addictives, nous laisserons aussi de côté les facteurs biologiques, neurocognitifs et pharmacologiques, pour nous concentrer sur les facteurs liés à la subjectivité de l'individu, sa personnalité et son histoire, et en particulier l'histoire de ses relations précoces.

3. Attachement et psychopathologie addictive

3.a. Généralités

De nombreux psychiatres, théoriciens et auteurs se sont penchés sur les fondements du recours aux substances psychoactives (SPA), sur l'étiologie des conduites addictives. Etant donné le cadre de notre travail, portant sur la transmission des liens d'attachement chez les futures mères addictes, nous nous concentrerons avant tout sur la façon dont l'attachement (et en particulier lorsqu'il ne se déroule pas de manière optimale) peut influencer voire induire ce phénomène de dépendance aux SPA.

En effet, comme nous l'avons vu, l'attachement dans son développement optimal place l'enfant dans un cadre sécurisé qui lui permet d'explorer son environnement externe, mais aussi son monde interne. Par sa capacité réflexive et sa sensibilité, sa FA principale (généralement la mère) l'amène à donner du sens à ses comportements par une lecture et une analyse de plus en plus aisées de ses états émotionnels. En cela, l'attachement est un des principaux phénomènes agissant dans la régulation des émotions ; en tant que tel, il représente par le biais de MIO sécurisée un facteur protecteur contre le développement de troubles relationnels et émotionnels. A l'inverse, les MIO d'attachement insécures, s'ils sont adaptatifs, rendent le sujet à la fois plus exposé et plus vulnérable aux déstabilisations émotionnelles et relationnelles.

Par ailleurs, certains auteurs ont pu noter un parallèle entre les comportements d'attachement et les comportements addictifs. Le sujet rencontre ainsi une sensation de bien-être aussi bien en présence de sa FA que des SPA, mais au fil du temps une tolérance apparaît, de sorte que l'effet de cette présence perd de son intensité (n'est plus autant nécessaire à l'obtention du bien-être dans le cas de la FA). En revanche, l'absence de la FA comme de la substance addictive provoque un sentiment de manque poussant le sujet à retrouver cette présence. R. Miljkovitch conclut « les réactions consécutives à une séparation ou un deuil s'apparentent au phénomène de sevrage » (41).

3.b. Données empiriques

Face à ce lien entre conduites addictives et attachement, des études ont cherché à objectiver une corrélation entre certains schémas d'attachement et le recours aux substances psychoactives. Certaines ont utilisé l'AAI, d'autres des auto-questionnaires. Toutes s'accordent sur un faible pourcentage d'attachement sécures parmi les sujets consommateurs de SPA, confirmant que ce schéma d'attachement représente un facteur protecteur contre les troubles addictifs (42).

Toutes les études questionnant les addictions à la lumière de l'attachement concluent à l'existence d'un attachement insécuré chez la plupart des patients présentant des conduites addictives (43) ; celles qui s'attachent à isoler un type d'insécurité spécifique présentent des résultats plus variés. Les études utilisant l'AAI montrent des résultats peu reproductibles, mais mettent en avant des schémas d'attachement avant tout évitants pour la plupart, mais aussi préoccupés et désorganisés pour d'autres, chez les patients présentant des conduites addictives (44). D'autres études ont utilisé des auto-questionnaires explorant les MIO d'attachement, et trouvent alors un lien entre addiction et schémas d'attachement évitant ou évitant craintif (45).

Par ailleurs, certains travaux ont cherché à mettre en relation un pattern spécifique avec une substance spécifique : l'alcool concernerait surtout les patients avec un schéma d'attachement anxieux, le cannabis concernerait des patients évitants mais aussi sécures, et l'héroïne concernerait préférentiellement des patients évitants craintifs (45). Notons que des études expérimentales sur les animaux se sont intéressées aux phénomènes neurobiologiques régissant ce lien entre attachement et addiction. La création de défauts de maternage chez les rats (notamment par des séparations répétées ou entraves matérielles au rapprochement physique) entraînait des perturbations du circuit de la récompense chez les petits, qui montraient alors une appétence accrue aux substances psychoactives (46).

3.c Schémas insécures et recours aux produits

Il n'est donc plus à prouver que l'insécurité de l'attachement est un facteur de risque face au développement d'une pathologie addictive ; les mécanismes menant de l'un à l'autre sont cependant divers, et leur exploration semble nécessaire pour une meilleure compréhension du phénomène. Nous allons avant tout nous centrer sur la question de la régulation émotionnelle, et sur celle de l'absence de « base de sécurité » interne.

Plusieurs études confirment le lien entre régulation émotionnelle et attachement (41). Lorsque l'attachement échoue à prodiguer chez l'enfant l'homéostasie émotionnelle dont il a besoin, il peut être tenté plus tard d'avoir recours à une autre source de bien-être. L'addiction peut alors être définie comme une tentative d'autorégulation ou d'auto-apaisement (47). Il est certain que l'adolescence, par ses remises en jeu de l'attachement aux parents mais aussi par l'exposition nouvelle à des produits (par le biais des pairs essentiellement), est une période propice au développement de nouvelles stratégies de régulation et au basculement d'une consommation occasionnelle vers une consommation empreinte de dépendance.

Si l'on étudie de plus près le fonctionnement des personnes ayant un schéma d'attachement évitant (ou détaché), on s'aperçoit qu'elles continuent de minimiser leurs besoins d'attachement, comme cela se manifeste durant l'enfance. Nous l'avons cependant vu, ce comportement de minimisation n'est qu'une stratégie, les besoins d'attachement restant une réalité prégnante ; l'enfant se trouve dans un évitement actif de ses sentiments, y compris de sa colère qu'il contient. On peut dire qu'il est dans le déni de ses besoins d'attachement ; les MIO qui se construisent poussent l'individu à ne pas compter sur les autres. Il pourrait alors à l'âge adulte se rabattre sur les substances : ayant appris qu'il ne peut compter que sur lui-même, il a recours à une conduite dont il a lui-même la maîtrise. Du moins en a-t-il l'illusion, mais toujours est-il qu'il n'a besoin de personne pour s'apaiser lorsqu'il a recours à une SPA. Le déni de ses besoins d'attachement le pousse à trouver un moyen de régulation émotionnelle ailleurs que dans les relations interpersonnelles (41). Par ailleurs, l'absence de cohérence entre leurs mémoires épisodique et sémantique (telle qu'elle se retrouve à l'AAI) les empêche de prendre conscience des impacts négatifs de leurs consommations, les émotions étant là encore mises à distance et l'absence de lien avec les vécus internes ne permettant pas de donner du sens aux comportements (48).

En ce qui concerne le fonctionnement des personnes ayant un schéma ambivalent-résistant (ou préoccupé), le recours au produit s'expliquerait autrement. En effet, dans l'enfance elles ont reçu des réponses de leur FA de manière inconstante, et n'ont pas pu intégrer de « base de sécurité » interne dans leurs représentations. Le recours aux produits apporterait de son côté une réponse prévisible, identique d'une fois sur l'autre, venant réparer l'imprévisibilité qui a marqué leurs relations précoces. Etant sûrs de l'état émotionnel provoqué par la prise de SPA, ces sujets se sentent de nouveau capables

d'explorer le monde (49). L'addiction devient alors une recherche de sécurité et de réassurance, et le produit devient l'objet interne sécurisant (40). Par ailleurs, nous avons pu décrire qu'à l'AAI, ces sujets paraissaient encore dépendre émotionnellement de leurs FA, restant pris dans les émotions que ces dernières leur renvoyaient. N'étant pas capables d'un fonctionnement émotionnel autonome, les SPA leur permettent cependant de détourner leur dépendance de leurs FA vers le produit, leur procurant l'illusion d'avoir obtenu l'indépendance qui leur fait toujours défaut dans leurs relations à leurs parents (48).

Attardons-nous également sur le schéma « évitant craintif » qui a montré une corrélation avec les conduites addictives dans différentes études, et en particulier avec l'héroïnomanie (44,45). Ce style d'attachement est une variante de l'état d'esprit « évitant », décrit par Bartholomew face à la construction et à l'analyse d'auto-questionnaires explorant les MIO à l'âge adulte (50). Tout comme les patients « évitants » (ou « détachés »), les patients « craintifs » considèrent ne pas pouvoir compter sur leurs FA, et donc sur les autres. Mais là où les patients « détachés » ont alors éteint leurs besoins d'attachement, les patients « craintifs » n'en ont pas été totalement capables, et ils continuent de vouloir être proches de leur FA tout en sachant qu'ils n'obtiendront pas la réponse souhaitée. Leurs comportements (et en particulier l'absence de recours à l'autre) semblent traduire une désactivation de leur système d'attachement, alors qu'ils perçoivent leur détresse et présentent en fait une activation permanente de leur système d'attachement. Les FA ne semblant pas aptes à répondre à leur détresse émotionnelle, le recours au produit apparaît comme une solution idéale pour gérer cette détresse (44).

Schématiquement, on peut dire que la substance psychoactive vient remplacer la FA pour ces patients aux MIO insécures, et combler ses défaillances. On peut aussi en déduire que le mode relationnel qui s'était construit dans l'attachement va se retrouver dans la relation au produit : « la qualité du rapport établi avec l'objet s'apparenterait alors à celle mise en place avec les figures d'attachement » (41).

Les différences dans le fonctionnement interpersonnel des patients selon leur type d'attachement amène à faire un parallèle avec les différences d'effets produits par les substances psychoactives. Leur similitude principale est de procurer une sensation de bien-être en activant les circuits de la récompense ; c'est aussi le cas des addictions comportementales, dont il a aussi été prouvé qu'elles présentaient un lien avec les stratégies d'attachement (42), mais cela ne sera pas traité dans ce sujet. En revanche, nous

avons vu que les SPA étaient classifiées selon le type d'effet produit, et en particulier stimulant ou sédatif. Des développements précédents, nous pouvons imaginer deux recours différents (45) :

- Les substances sédatives, qui conduisent à une désactivation émotionnelle, pourraient mieux répondre aux besoins des sujets évitants ; le retrait social qui en découlerait représenterait pour eux une conséquence procurant un certain confort.

- Les substances stimulantes, qui conduisent à une hyperactivation émotionnelle et des distorsions dans la perception de la réalité, pourraient répondre aux besoins des sujets « préoccupés » en leur facilitant le contact avec les autres et leur donnant l'illusion d'une plus grande proximité.

3.d. Désorganisation et addiction

Concernant l'attachement désorganisé, les MIO ségrégués multiples qu'il entraîne sont une source de dissociation chez l'adulte. Ne pouvant lier entre elles les représentations de ses relations précoces, le sujet se voit contraint d'utiliser de défenses archaïques telles que le clivage, le déni, la projection. Par ailleurs, ces incohérences représentationnelles sont un sérieux frein au développement d'une capacité réflexive. Ainsi, la désorganisation de l'attachement peut se traduire à l'âge adulte par une symptomatologie dissociative (déjà visible de façon paradigmatique en Situation Etrange chez les enfants confrontés à la situation de « peur sans solution ») ou par un trouble borderline par exemple. Or les troubles dissociatifs et borderline sont tous deux pourvoyeurs d'une grande comorbidité avec les troubles addictifs (51).

De nombreuses études ont ainsi démontré une corrélation entre attachement désorganisé et dépendance aux SPA. Cela peut s'expliquer par différentes influences : outre les comorbidités psychiatriques que nous venons d'évoquer, on peut aussi noter des Facteurs De Risques (FDR) familiaux et un fonctionnement psychique particulier relatif à l'attachement. En effet, plusieurs études ont fait le lien entre un attachement insécure chez l'enfant et l'usage d'alcool ou d'autres toxiques chez ses *caregivers* (9,21). Or on sait aussi, ce qui a été mis en évidence dans plusieurs études, que la consommation de SPA chez les parents est un FDR majeur de consommation chez l'enfant (4). Les enfants de parents consommateurs sont donc plus à risque de développer des conduites addictives du fait même que leurs parents consomment, mais aussi parce que cette consommation entrave leur *caregiving* (et notamment leur capacité réflexive et leur sensibilité), favorisant un

attachement désorganisé qui lui-même est un FDR de pathologie addictive, par comorbidité psychiatrique mais aussi de manière directe par le fonctionnement émotionnel de ces patients. Cela est perceptible à travers les similitudes d'attitude face à la FA et face au produit, en particulier les comportements simultanés et contradictoires de recherche de rapprochement et de fuite, de tentative d'obtention et de rejet (41,48).

En effet, la désorganisation de l'attachement se traduit par une désorganisation des MIO, le sujet ne parvenant pas à créer des représentations cohérentes de ses relations aux autres, et donc de lui-même. Les MIO « ségrégués multiples » dont nous avons déjà parlé placent le sujet dans un chaos représentationnel où les éléments mnésiques ne peuvent se lier entre eux. L'absence de continuité dans les souvenirs confronte ces patients à une absence de continuité du sentiment d'exister. Comme l'exposent d'autres théories tentant d'expliquer les conduites addictives, le recours au produit peut alors avoir comme fonction de rétablir cette continuité du sentiment d'exister. Nous allons maintenant aborder cette lecture différente de l'addiction, ainsi que d'autres approches qui éclaireront notre présent travail.

4. Principales autres hypothèses psychopathologiques de l'addiction

Nous l'avons dit, de nombreux auteurs se sont penchés sur les fondements psychopathologiques du recours au produit sur un mode compulsif. Freud émettait déjà des hypothèses psychanalytiques sur la question, essentiellement basées sur la théorie des pulsions et la recherche de satisfaction libidinale. Outre les réflexions analytiques, des théories ont aussi été émises par les courants comportementalistes, cognitivistes, ou encore systémiques. De nombreuses finalités ont pu être décrites aux comportements addictifs, notamment de l'ordre des compulsions ordaliques, de la confrontation à la mort (plus ou moins pour se sentir vivant) ou encore comme mécanisme autodestructeur ou de « suicide à petit feu ». A l'inverse, nous nous concentrerons ici sur les théories décrivant l'addiction comme une solution face à un mal-être profond, comme une tentative de restauration ou de conservation et non d'autodestruction. Nous verrons que certaines de ces hypothèses trouvent un lien évident avec la problématique de l'attachement que nous avons précédemment décrite, bien que la notion initiale ne soit pas présentée comme découlant directement de cette théorie. Les réflexions que nous allons développer s'intéressent essentiellement à l'initiation de l'addiction lors de la période de l'adolescence, propice aux

remises en question des fonctionnements intra et interpersonnels ; ces problématiques adolescentes se retrouvent cependant toujours latentes chez nombre de patients addictes, de sorte que ces mécanismes peuvent aussi bien s'appliquer à l'âge adulte.

4.a. Conflit narcissico-objectal et processus de séparation-individuation

Un tournant a lieu dans le recours au produit lors de l'adolescence : la prévalence des addictions de manière générale est extrêmement faible durant l'enfance, tandis que la fréquence des consommations de SPA connaît un pic peu après la puberté, pour ensuite diminuer à l'âge adulte (4). Cette période de l'adolescence, correspondant biologiquement à la puberté mais comprenant bien d'autres composantes sur d'autres plans, est en effet riche en remaniements psychiques, et en particulier identitaires. Cette période vient nécessairement interroger les liens précoces du sujet aux référents adultes qui ont pu participer à construire cette identité, et en particulier ses parents. M. Mahler présente l'adolescence comme seconde période de séparation-individuation, la première ayant eu lieu dans la toute petite-enfance lorsque le bébé a compris qu'il constituait une entité distincte de sa mère.

P. Jeammet a développé la notion de conflit narcissico-objectal autour de cette seconde séparation-individuation, et présente le recours aux produits comme une solution face à l'échec de résolution de ce conflit. Cet échec serait essentiellement dû à de trop grandes fragilités narcissiques, dont l'ensemble des auteurs soulignent à la fois la fréquence et l'intensité chez les patients consommateurs de drogues (34,37,52). En effet, à l'adolescence, le sujet doit pouvoir remettre en question ses premières relations objectales afin de s'en séparer ; cependant ces relations objectales ont aussi été à la base de la création de ses assises narcissiques. Rappelons que la « relation d'objet » est « un mode relationnel du sujet à son monde : résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets » (1). Cette relation d'objet s'instaure lors du premier processus de séparation-individuation, lorsque le bébé se distingue de l'objet qu'est sa mère. « Le déroulement harmonieux du processus est conditionné par une tolérance au manque et à la frustration » (1), puisque le bébé va se différencier dans l'espace-temps de l'attente de la satisfaction de ses besoins, imposée par sa mère lorsqu'il est prêt à cela. On peut déjà noter ici les intrications des champs lexicaux entre relation d'objet et phénomène de dépendance, mais aussi la notion de réponses aux besoins inhérente à la théorie de l'attachement. Jeammet lui-même note un rapprochement

entre ces deux notions, verbalisant un parallèle entre « rapport narcissisme <-> relation objectale, et rapport dépendance <-> autonomie », de même qu'il pointe « la question de la maîtrise du lien et du contrôle de la distance aux objets » comme centrale, ou encore « j'appelle assises narcissiques ce qu'on pourrait aussi appeler estime de soi ou sécurité interne » (52). On retrouve ce rapport étroit entre narcissisme et attachement également dans la notion de « régulation narcissique », qui serait une raison du recours au produit chez des patients n'ayant pu mettre en place d'autres modalités de régulation émotionnelle (34) ; or nous avons décrit qu'un attachement de qualité facilitait l'apprentissage de la régulation émotionnelle.

A l'adolescence, le sujet doit remettre en cause ses relations objectales primitives pour devenir autonome et se définir par lui-même, et non en relation avec ses parents. Il doit pouvoir s'individuer en prenant appui sur ses assises narcissiques. Lorsque celles-ci sont défaillantes, en lien avec une défaillance des relations précoces, l'adolescent ne peut se séparer de ses relations objectales sans dommage, l'objet étant trop inclus dans le narcissisme ; il se retrouve dans une problématique de « séparation impossible de l'objet en raison de sa fonction narcissique fondamentale » (53). Le produit vient alors représenter un « objet de substitution », toujours disponible et dont il paraît avoir la maîtrise (54). En effet, les fragilités narcissiques amènent le sujet à établir des modes de relation d'objet « anaclitiques », c'est-à-dire sur lesquelles il prend appui de manière vitale de sorte que toute perspective de séparation comporte un risque « d'effondrement anaclitique » qu'il faut à tout prix éviter (34). Le sujet est ainsi confronté à une impasse, puisque sa fragilité narcissique le rend d'autant plus dépendant des autres, et en même temps menacé par ces autres dans son intégrité identitaire. Le recours au produit pour combler ce besoin d'objet sans se sentir menacé par les relations interpersonnelles apparaît alors comme une échappatoire possible à cette impasse : le sujet garde une relation objectale, mais en a la maîtrise (du moins en a-t-il l'illusion), ses comportements addictifs représentent un compromis entre revendication d'autonomie et nécessité de dépendance (même si celle-ci est alors déniée).

Pour d'autres auteurs, les conduites addictives sont des automédications d'angoisses de séparation, car devant la défaillance des premières relations objectales l'objet primaire (la mère) est resté inclus dans le vécu narcissique, de sorte que s'en séparer serait comme se

séparer d'une partie de soi. Le recours aux SPA viendrait alors apaiser ces angoisses massives en procurant un bien-être mettant à distance cette tension insoluble (53).

4.b. Recours à l'agir et défaut de mentalisation

Dans la lignée de ce que nous venons de développer, nous pouvons dire que les substances psychoactives deviennent des substituts objectaux, cherchant à remplacer une relation sociale par un objet matériel qui ne comporte pas de dimension de différence et de complémentarité, mais n'est investi que pour son rôle fonctionnel et utilitaire. Le sujet a ainsi recours à l'agir pour nier la relation, pour sauvegarder le lien objectal qui n'est que superficiel, dénué des risques de l'intériorisation (54). Cela s'illustre parfaitement par le fait que la SPA « s'incorpore », mais ne « s'internalise » jamais, c'est-à-dire n'aboutit jamais à une représentation mentale de son effet, de sorte qu'il faut sans cesse renouveler son apport pour retrouver la sécurité illusoire qu'elle procure. On conçoit alors que les conduites addictives peuvent représenter une solution face à un défaut de capacité d'internalisation, c'est-à-dire de création de représentations mentales des relations, de la sécurité, de la mentalisation des mouvements émotionnels. En effet, selon Jeammet et Corcos, « toutes les conduites addictives ont en commun de constituer un acte d'autodestruction des liens et de la capacité de penser, dans un contre-investissement de la réalité psychique » (54).

Là encore, nous pouvons noter le rapport à la théorie de l'attachement, qui participe comme nous l'avons vu au développement des capacités de mentalisation : en faisant appel à sa capacité réflexive, la FA permet à l'enfant de donner du sens à ses comportements et lui donne accès à une représentation de ses états mentaux et émotionnels. On peut donc concevoir qu'une défaillance dans cette capacité de la FA s'accompagne d'un défaut de capacité de mentalisation chez l'enfant devenu adolescent ou adulte, l'amenant à recourir à l'agir en évitement d'un processus de pensée défaillant (1), ou comme « évitement d'un processus de mentalisation ou incapacité à articuler une expérience et le sens de celle-ci » (37).

Les agirs incorporatifs que sont les prises de SPA, en tant que mises en acte comportementales, prennent la place d'une « internalisation » ou élaboration psychique impossible. Ce refus de la mentalisation est pour certains auteurs à mettre en lien avec un refus du deuil et de ses conséquences, ou refus de la perte. Découlant de cela, J. McDougall a décrit les produits addictifs comme des « objets transitoires », tentative incomplète de remplacer « l'objet transitionnel » (55). En effet l'objet transitionnel, décrit initialement par

D. Winnicott, a pour fonction même de permettre l'internalisation de l'objet (et en particulier de la mère) pour supporter son absence, en structurant une représentation de sa présence. C'est un mécanisme nécessaire à l'acceptation de l'absence, de la perte, qui se trouve donc pris en défaut chez les sujets addictes (40), restant alors dépendants de la réalité de l'objet externe (53).

Pour J. McDougall, le comportement d'agir des conduites addictives correspond à un « acte-symptôme » témoin de l'échec de la mise en sens ou de l'élaboration d'un conflit (55). J.-L. Venisse écrit ainsi « les fonctions que peuvent remplir ces conduites addictives se situent entre deux pôles, témoins d'une difficulté à penser ce qui est difficile et à se sentir exister par soi-même » (34).

4.c. Éprouvés du corps et sentiment continu d'exister

Le sujet vient interposer du sensoriel dans la relation entre lui-même et l'autre, « comme condition de la permanence de son sentiment de continuité d'une façon analogue à celle de l'enfant carencé qui remplace l'objet absent, inaccessible psychiquement, par l'accrochage au percept » (54). Une autre formulation est apportée par Pedinielli : « le sujet en resterait à l'expérience brute de l'éprouvé en s'économisant l'effort de s'engager dans un processus de mentalisation » (37). Autrement dit, la défaillance du monde interne que nous venons de décrire mène le sujet à surinvestir les éprouvés corporels ; l'individu ne pouvant s'appuyer sur son monde émotionnel et représentationnel pour exister, il crée ses repères dans son monde perceptivo-moteur, et affirme son identité dans l'acte lui-même.

L'expérience sensorielle, et surtout la trace mnésique corporelle qu'elle laisse derrière elle, représentent pour S. Peele l'essence même du processus addictif (40), par le pouvoir renforçateur qu'elles comportent. S. Peele relie l'expérience addictive et la question identitaire (56) : l'action physique du produit est reproductible et permet au sujet de retrouver de manière prévisible un certain état physique et psychique, de même que les ressentis physiques du manque, bien que désagréables, sont là aussi prévisibles. Ainsi l'individu peut imaginer l'avenir (la prochaine prise et le prochain manque), s'y projeter, lui procurant alors une certitude de la continuité d'exister. Cela concourt également à procurer au sujet une notion de prévisibilité, lui permettant de se créer, au fil de la répétition de la conduite addictive, une notion de ce qui le caractérise (en termes de perceptions sensori-motrices) et donc de qui il est. Certains auteurs parlent de « prothèse identitaire »(40), dans le sens où la toxicomanie permet de soutenir la cohérence d'une personnalité en manque

d'éléments structurants (37). J. McDougall décrit ainsi les conduites addictives comme des « remparts contre l'indifférenciation et la perte d'identité » (55). Des études ont ainsi objectivé des scores significativement plus élevés aux échelles de recherche de sensations chez les sujets dépendants aux SPA comparativement à des sujets contrôles (43).

Notons encore une fois, le lien évident entre la recherche de prévisibilité de la SPA et l'imprévisibilité des réponses données par les FA dans le développement des attachements inséculs (en particulier ambivalent-résistant, voire désorganisés).

Dans cette même idée de recherches d'éprouvés corporels dans les recours addictifs, citons également les travaux de M. Zuckerman qui s'est attaché à préciser le concept de « niveau optimum de stimulation » en se basant sur un modèle biologique, biochimique et neuropsychologique de cette recherche de sensations (56).

4.d. L'addiction comme pathologie familiale

La problématique addictive d'un patient ayant souvent des retentissements sur l'ensemble de la famille, et ce d'autant plus qu'elle survient régulièrement à l'adolescence, période où l'enfant quitte progressivement cette famille, les thérapeutes familiaux ont été amenés à théoriser les conduites addictives sous un angle systémique, incluant le patient à l'ensemble de son environnement familial. Il est maintenant reconnu que les comportements de consommation de SPA des parents ont un impact direct sur ceux de leurs enfants. Cependant, la question de la dépendance dans la famille va bien au-delà de cette question de transmission par mimétisme et croyances culturelles.

Ainsi, dans l'illusion inverse des phénomènes que nous venons de décrire, le sujet addicte est souvent celui qui semble vouloir s'autonomiser très tôt de sa famille. Il paraît s'émanciper précocement, rejette violemment ses parents à qui il dit préférer son groupe de pairs, souvent initiateurs des consommations. Mais en réalité, le recours à la drogue permet au contraire de maintenir des liens (certes pervertis) à la famille : inquiétude pour l'enfant consommateur du côté des parents, nécessité d'apport financier du côté de l'enfant...Les thérapeutes systémiques confrontés aux problématiques addictives notent ainsi des frontières intergénérationnelles floues, des générations interdépendantes prises dans des impasses relationnelles et affectives. M. Delage résume cette circularité relationnelle ainsi : « le patient se drogue parce qu'il est mal ; il est mal parce qu'il vit des problèmes affectifs non résolus ; il vit des problèmes affectifs non résolus car il a des problèmes avec sa famille ;

sa famille supporte mal qu'il se drogue ; donc la famille va mal ; donc le patient va mal... » et ainsi de suite (57). L'addiction peut alors apparaître certes comme une autodestruction, mais surtout comme une attaque de ces relations affectives douloureuses aux parents : « La partie de soi attaquée ou rejetée apparaît toujours être une partie désinvestie par les parents, ou surinvestie et parasitée par leurs problématiques » (54). Dans une famille qui va mal, le sujet addicte est « garant de l'homéostasie familiale » (34).

Par ailleurs, la dimension transgénérationnelle a été mise en avant dans cette lecture systémique et familiale de l'addiction, au travers de points communs reliant ces familles tels qu'un défaut d'apport affectif se répétant au travers des générations ou d'un processus de séparation-individuation non abouti chez les parents eux-mêmes : « les difficultés de l'adolescent à trouver un espace de séparation viable renvoient à la séparation inachevée de ses parents de leurs propres parents » (40). L'enfant addicte peut alors être utilisé comme vecteur de cette séparation, permettant aux parents de se mettre en conflit avec la génération précédente au travers des conduites addictives (les uns banalisant, les autres majorant le problème par exemple) ; il prend une fonction réparatrice de la relation entre ses parents et ses grands-parents (57).

Par ailleurs, les données de recherches empiriques permettent là encore un rapprochement avec la théorie de l'attachement, puisque la lecture systémique du trouble addictif et les recherches familiales qui en ont découlé ont mis en avant la perception par l'individu d'un « manque de proximité » avec ses parents comme FDR notable de développer des conduites addictives(51).

4.e. Intrication des mécanismes en jeu

Il va sans dire que la catégorisation des mécanismes sous-tendant les conduites addictives telle que nous l'avons organisée ici n'a été faite que pour en faciliter la lecture et la compréhension, et peut paraître ainsi arbitraire, bien que nous ayons veillé à les mettre en relation les uns avec les autres.

Bien entendu, les différentes hypothèses et approches que nous venons de détailler sont complémentaires, puisque l'ensemble des mécanismes en jeu sont intriqués dans le processus de développement de la personnalité du sujet. Narcissisme, mentalisation et agirs sont intimement liés. En effet, la fragilité des assises narcissiques aura pour conséquence un surinvestissement du monde extérieur au détriment du monde interne, ce qui fait entrave

au processus d'intériorisation. Ce défaut de mentalisation entretiendra la fragilité narcissique. Par ailleurs, ce sont bien les assises narcissiques qui sont à la base du sentiment de continuité de soi (58). L'intrication des mécanismes est également lisible dans la question de l'aire transitionnelle. Cette dernière a en effet pour vocation de permettre une résolution du conflit narcissico-objectal lors du premier processus de séparation-individuation, permettant à l'enfant de vivre cet écart sans une conflictualité à laquelle il n'est pas prêt (57). Le recours aux SPA comme « objets transitoires » devant l'échec de créer une aire transitionnelle est donc autant une solution au défaut d'internalisation qu'au défaut de résolution du conflit narcissico-objectal. Le lien entre vécus relationnels primaires et recherche d'éprouvés par le corps est également perceptible, puisque « les traces sensorielles, qui sont aussi celles de l'alternance présence-absence de cet objet addictif, se nourrissent de la mémoire de l'expérience de la présence-absence traumatique de l'objet maternel » (40). Enfin, la question identitaire rejoint la question relationnelle puisque « la précarité de la construction identitaire rend les investissements relationnels difficiles » (59).

Nous l'avons déjà mis en exergue au fil de notre exposé, l'ensemble de ces phénomènes peut aisément trouver une explication, même partielle, dans la théorie de l'attachement et en particulier dans la défaillance de l'établissement d'un lien d'attachement sécure. Les relations précoces aux parents constituent en effet un élément principal du fondement des assises narcissiques. La relation aux parents étant elle-même influencée par les relations que ces parents entretenaient avec leurs propres parents, on retrouve la dimension transgénérationnelle de l'attachement dans les conduites addictives.

III. Le temps particulier de la grossesse

A. Les remaniements psychiques de la grossesse

1. Un état qui s'organise de manière graduelle

1.a. Une disposition psychique particulière

De nombreux auteurs mettent en avant la valeur d'étape maturative de la grossesse dans le développement psychoaffectif de la femme, car de nombreux processus psychoaffectifs y sont remis en jeu et vont permettre l'émergence d'une disposition psychique particulière. Tous les auteurs s'accordent à considérer la grossesse comme une crise identitaire durant laquelle le fonctionnement psychique de la femme et son sens identitaire vont se trouver mouvants (60). Chacun de ces auteurs a développé un concept particulier pour décrire ce phénomène ; nous allons décrire les principaux de manière individualisée, bien que ces différents concepts se recoupent globalement dans leur appréhension de la période particulière de la grossesse.

Ainsi P.C. Racamier avance dès 1961 le terme de *maternité* pour désigner « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » (cité par A. Chassevent (39)). Ses travaux s'intéressant avant tout aux psychoses puerpérales, Racamier avait en effet repéré chez les femmes enceintes, du fait de la fusion narcissique au fœtus, un délitement de la limite entre soi et l'autre, symptôme appartenant habituellement au champ de la psychose. Il note ainsi « le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile, la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui » (cité par B. Bayle (60)).

D. Winnicott de son côté, repérant lui aussi un état psychique semblant pathologique chez les femmes enceintes, nomme *Préoccupation Maternelle Primaire* un « état organisé qui pourrait être comparé à un état de repli ou une sorte de dissociation » (cité par J. Dayan (61)). Il axe son questionnement sur l'identification de la mère à son fœtus, mettant en avant une capacité d'empathie croissante jusqu'à l'accouchement permettant alors à la mère, du fait d'une sensibilité particulière, de découvrir ce dont son enfant a besoin par confusion avec ses propres besoins quand elle était enfant (62).

Selon M. Bydlowski, dès le début de la grossesse et du fait de l'hyper-investissement narcissique d'un nouvel objet psychique (l'enfant), la future mère se trouve dans un état

relationnel particulier de « transparence psychique » se manifestant par un appel à l'aide latent, ambivalent, sous-tendu par un mécanisme d'abaissement de la barrière du refoulement et de résistances inconscientes amoindries (63). Elle se trouve ainsi dans disposition particulièrement propice pour interroger son passé, pour y apaiser les possibles conflits ou souvenirs douloureux qu'il renferme, mais aussi pour s'investir dans une nouvelle relation d'aide et d'échange autour de ces préoccupations.

Ceci est particulièrement intéressant pour notre sujet d'étude, puisque nous verrons que la population des femmes usagères de substances psychoactives se montre généralement en difficulté pour demander de l'aide, en lien entre autre avec leur schéma d'attachement manquant de sécurité interne. Chez ces femmes addictes, la notion de transparence psychique permet de mettre en avant l'importance de se saisir du temps particulier de la grossesse pour entamer des soins, mais surtout pour construire une relation de confiance et permettre à la femme d'introjecter de nouveaux schémas relationnels, voire éventuellement une base de sécurité interne qui améliorera aussi les relations concrètes au futur enfant, en permettant notamment un travail de mentalisation.

1.b . Différentes étapes maturatives

Cette crise maturative va connaître plusieurs étapes, dont la finalité sera de préparer la femme à l'arrivée de son enfant, en créant un espace relationnel anténatal (11). Ces différentes étapes ont été théorisées de manières relativement proches par plusieurs auteurs (64) :

- Bibring en 1960 parle de crise maturative en deux phases adaptatives, la 1^{ère} consistant à accepter le fœtus comme partie intégrante de soi, la 2^{ème} à réorganiser ses relations objectales pour se préparer à la séparation de la naissance.

- Raphael-Leff en 1980 évoque trois stades, le 1^{er} « d'inactivité vigile » visant à une union symbiotique, le 2^{ème} de différenciation, et le dernier de rapprochement par l'accouchement.

- Pines dans les années 70 présente la grossesse en quatre étapes, la 1^{ère} étant chargée de conflits internes dont les symptômes physiques sont la traduction, la 2^{ème} rencontrant des angoisses de perte du bébé devenu un être à part entière, la 3^{ème} se centrant sur les derniers moments avant l'accouchement, et la dernière correspondant aux premiers mois de vie du bébé.

Ces étapes de la grossesse semblent permettre à la mère d'organiser progressivement ses relations futures avec l'enfant (11). De manière générale, la relation de la mère à son bébé s'organise selon deux grandes lignes temporelles. Durant les trois premiers mois, la femme qui porte un enfant ne l'identifiera par encore comme tel et se présentera dans une confusion « moi-autrui », témoin de l'implantation d'un autre dans son corps et sa psyché. Cette confusion est indispensable pour rendre cette implantation tolérable (33). L'embryon est alors considéré comme une partie d'elle-même, et la femme se centre sur son ventre et son corps (qui manifeste des sensations végétatives particulières). Cela est illustré par la formulation « je suis enceinte » (39). Durant cette période, la fusion à l'embryon va permettre une identification de la mère à l'enfant qu'elle a été, entraînant une régression au narcissisme primaire.

Puis l'ensemble des auteurs s'étant penchés sur la question s'accorde à dire que l'émergence de la perception des mouvements fœtaux, à l'aube du 2^{ème} trimestre, marque un tournant dans la disposition psychique de la mère et sa relation au fœtus. Les mouvements fœtaux viennent en effet rompre l'expérience de fusion avec le fœtus (33), et la formulation de la grossesse se tourne plus facilement vers « j'attends un enfant ». Dans les dernières décennies, l'arrivée de l'échographie a pu modifier cette temporalité, permettant la concrétisation de l'image d'un autre différent de soi avant même que les mouvements du fœtus ne soient perçus (10). Quoiqu'il en soit, la perception plus concrète de cet Autre va modifier la relation de la mère à son fœtus : de valence essentiellement narcissique, elle va devenir objectale. Un espace de pensée spécifique, souvent appelé « espace de gestation psychique », va se développer, permettant à la mère d'entrer en relation avec son bébé en lui reconnaissant de plus en plus une subjectivité. Elle n'est alors plus dans une fusion avec lui, mais dans une réactivation d'un processus déjà ancien de séparation-individuation. Tout en s'individuant progressivement de son enfant, en lui reconnaissant alors une identité propre, elle va aussi s'identifier puis s'individualiser de sa propre mère.

Ainsi, à travers ces différentes phases, le processus de maternalité conduit la mère du désir de grossesse au désir d'enfant, du narcissisme vers l'objectalité (39). Cette deuxième période d'identification du fœtus comme une entité à part entière s'accompagne de l'apparition d'une activité représentationnelle nouvelle, que nous allons plus tard explorer plus en détail.

2. Remises en jeu de problématiques infantiles

L'évolution psychodynamique de la grossesse va mettre en jeu la réactualisation de phénomènes évolutifs antérieurs, relatifs à la petite enfance ou à l'adolescence. Précisons que l'actualisation désigne « la réactivation des représentations et des affects qui est en lien avec l'expérience psychique de la grossesse » (39). Ainsi, selon S. Nezelof, « la venue d'un enfant réinterroge puissamment les liens précoces d'attachement » (11). Au cours de la grossesse, la femme va traverser la reviviscence de conflits infantiles, la réactivation de deuils, la réactualisation des identifications précoces (en particulier à la mère) et du processus de séparation-individuation, un réaménagement des relations objectales, la nécessité de régresser sur un mode archaïque pour s'identifier et s'ajuster au bébé et à ses besoins, et la nécessité de se créer une nouvelle identité, celle d'une mère singulière (11,65).

Comme nous l'avons vu, le conflit narcissico-objectal va être mis en tension durant la gestation psychique. Dès la première partie de grossesse, la relation à la mère va être questionnée : la femme enceinte va s'identifier à sa propre mère dans sa capacité à donner la vie, dans sa puissance maternelle, dans les qualités qu'elle lui percevait quand elle était enfant, tout cela étant source de satisfaction narcissique. L'estime de soi de la femme enceinte est alors directement liée à l'identification à l'imgo maternel (61). Benedek et Racamier insistent sur ce rôle de l'identification à la mère, élément central du destin de la maternité (39). Puis le bon déroulement de la maturation de ce conflit (passer d'un investissement narcissique du bébé à un investissement objectal) va avant tout dépendre de la façon dont cette maturation s'est déjà produite dans la toute petite enfance, c'est-à-dire de la façon dont la mère elle-même enfant a pu créer ses premières relations objectales, en s'appuyant notamment sur sa propre mère.

Enfin, à l'approche de l'arrivée du bébé réel, la femme enceinte va devoir s'individuer de sa propre mère pour imaginer sa relation personnelle à son bébé, et la façon dont elle interagira avec lui, pour se créer un statut de mère différencié. Pour de nombreux auteurs cela se rapproche des mécanismes de séparation-individuation décrits dans la petite-enfance, et déjà réactivés à l'adolescence (33).

Parallèlement, des deuils anciens peuvent être réactivés par plusieurs « pertes psychiques » durant la grossesse : perte de son statut d'enfant, deuil du bébé imaginaire, perte l'objet maternel... Des angoisses archaïques de dévoration ou de morcellement

peuvent resurgir ; elles sont normalement aisément jugulées mais peuvent se traduire par des craintes infondées sur la santé et la normalité du bébé (39). Du fait de la transparence psychique et de l'abaissement des défenses habituelles, des souvenirs douloureux qui avaient été refoulés peuvent revenir à la surface, et en particulier les souvenirs douloureux liés aux défaillances parentales durant la petite enfance.

Au sein de notre sujet d'étude, nous pouvons ici penser aux femmes présentant un schéma d'attachement évitant : alors qu'habituellement le discours portant sur les parents est idéalisé et non lié aux souvenirs réels, dont les éprouvés émotionnels sont mis à distance, la grossesse va éventuellement permettre de mettre en lumière les attitudes parentales de rejet et pouvoir en construire un discours cohérent.

3. Les représentations maternelles durant la grossesse

3.a. Comment la mère perçoit l'enfant

Dans un texte de 2002, Laplanche définit la représentation comme « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu d'un acte de pensée, et en particulier la reproduction d'une perception antérieure » (cité par S. Viaux-Savelon (66)). Il rejoint ainsi Freud dans l'idée que la représentation s'appuie sur une trace mnésique. Pour S. Viaux-Savelon, la représentation se conçoit en lien avec l'investissement psychique (66). Ceci semble particulièrement vrai en ce qui concerne les représentations fœtales durant la grossesse, puisque celles-ci se développent précisément lorsque le fœtus fait l'objet d'un investissement objectal. Cette activité représentationnelle augmente entre le 4^{ème} et le 7^{ème} mois de grossesse selon Ammaniti, qui dans un ouvrage de 1999 a montré que l'image du fœtus s'étoffe et s'ancre progressivement dans le psychisme maternel (67). La femme attribue ainsi progressivement à son enfant une apparence, un visage, mais aussi un tempérament, d'éventuels héritages familiaux... Cette activité culminerait au 7^{ème} mois, puis régresserait légèrement pour permettre à la mère d'accueillir ensuite plus facilement l'enfant lors de l'accouchement, dans une attente libérée du poids d'une image fantasmée trop précise (67).

En effet, selon S. Lebovici, les représentations de l'enfant à venir s'organisent en quatre types (68) :

- L'enfant *imaginaire* est forgé par les représentations conscientes, fruit d'échanges entre la mère et son entourage, notamment le futur père. Idéalisé par la mère, il correspond au désir de grossesse et est porteur du mandat transgénérationnel.

- L'enfant *fantasmatique* est le fruit des représentations inconscientes, des confrontations aux conflits oedipiens et pré-oedipiens. Il est présent dans le psychisme dès l'enfance, et est porteur des conflits infantiles qui s'y rattachent. Durant la grossesse, l'enfant fantasmé répond à la relation d'objet en construction, il est « le résultat mouvant d'un processus en évolution » (61).

- L'enfant *mythique* se rapporte à l'appartenance collective, il répond aux croyances culturelles qui infiltrent le psychisme de la mère.

- Enfin, l'enfant *narcissique* est « la représentation de tous les investissements narcissiques dont font preuve les parents envers leur enfant » (39,61,64).

Ces quatre types de représentations interagissent en permanence dans la relation que la mère crée avec son enfant, dans son discours à son égard et dans la façon dont elle investie sa grossesse. Si c'est avant tout l'enfant imaginaire qui est porté aux yeux de la société, porteur de la revendication de la grossesse, ce serait surtout l'enfant fantasmatique qui forgerait l'équilibre de l'investissement narcissico-objectal de la femme envers son fœtus. A la naissance, ces représentations viendront se confronter à l'enfant réel, avec pour la femme un vécu plus ou moins douloureux de perte et de deuil de celles-ci (60).

3.b. Comment la femme se perçoit en tant que mère

Soulignons que l'activité représentationnelle durant la grossesse est en fait double voire triple puisque la femme enceinte ne vas pas seulement imaginer son bébé, mais aussi la mère qu'elle sera, et la relation qui l'unira à son enfant. Selon B. Bayle, « ces deux sortes de représentations, les unes autour de l'enfant à naître et les autres autour du rôle maternel, contribuent à forger un espace interne de relation avec l'enfant, un espace maternel de gestation psychique » (9). Ce monde psychique et la capacité de la femme enceinte à s'imaginer mère dépendent en grande partie de ses interactions précoces, de ses premières relations objectales, et en particulier de sa relation à sa propre mère (33).

Ammaniti *et al.* décrivent plusieurs types de mères auxquels la femme peut s'identifier, ou plusieurs façons dont elle peut imaginer sa maternité : « mère salvatrice », qui peut se sacrifier pour son enfant ; « mère terre », d'où provient la vie ; ou encore « mère séductrice », qui s'accroche inextricablement à l'enfant (67). Dans leur ouvrage *Maternité et*

Grossesse, Ammaniti et son équipe exposent également les concepts de styles maternels développés par Raphael-Leff au cours de la grossesse. Cette psychanalyste anglaise a individualisé deux styles de représentations maternelles, qui sont des extrêmes d'un continuum comprenant tous les degrés de manifestations de l'un ou l'autre de ces deux types (67) :

- La mère *facilitator* (facilitante) vit la maternité comme l'aboutissement de son identité féminine ; acceptant sa maternité comme une expérience enrichissante, elle se laisse aller à la régression pour s'identifier à son fœtus et se revivre comme l'enfant de sa propre mère, du moins jusqu'à l'apparition des MAF. Envisageant ensuite son fœtus comme un être à part entière, elle peut dialoguer avec lui, imaginer leurs relations futures et prévoit déjà d'en prendre soin le plus longtemps possible. Ammaniti pointe que ce style maternel s'accompagne d'une forte négation des difficultés et de la mise à distance des sentiments profonds.

- La mère *regulator* (régulatrice) vit la grossesse comme une contrainte nécessaire pour avoir un enfant. Résistant à la désorganisation psychique, elle ne veut pas se laisser influencer par la grossesse et cherche à éviter la régression. Le fœtus peut prendre la place métaphorique d'un parasite dont les MAF révèlent la présence, la future mère redoute l'accouchement autant qu'elle l'attend impatiemment. Elle imagine faire en sorte que son enfant s'adapte à ses propres réalités environnementales, afin qu'il ne la contraigne pas dans ses habitudes.

Quelque soit l'angle étudié, il apparaît que les représentations maternelles ont une valeur organisatrice de la future relation de la mère à son enfant, permettant à la mère de créer un premier lien d'attachement prénatal avec son enfant (11).

4. L'attachement dans la relation prénatale

4.a. Implication de l'attachement maternel sur le déroulement de la grossesse

La question de l'attachement au cours de la grossesse est double : celle du style d'attachement propre à la mère, c'est-à-dire de ses MIO construits dans la relation à sa propre mère (dans l'hypothèse qu'elle ait été sa FA principale), et celle de l'attachement que son enfant va développer à son encontre après la naissance. Concernant cette seconde donnée, les études montrent maintenant qu'au cours de la grossesse, les relations que la

mère entretient avec le fœtus sont des prémices de cet attachement futur ; la notion d'attachement materno-fœtal a ainsi été développée (69).

Au sein des multiples problématiques infantiles remises en question au cours de la grossesse, l'ensemble des auteurs s'accorde à dire que la venue d'un enfant réinterroge également puissamment les liens précoces d'attachement (59,60,65). Le style d'attachement de la mère joue ainsi une part active dans le déroulement de la grossesse.

En effet, nous avons décrit le système d'attachement comme un ensemble de manifestations déclenchées par une situation de menace ; or la grossesse, et tous les bouleversements qu'elle entraîne aussi bien physiques que psychiques, est une menace réelle pour l'homéostasie émotionnelle de la femme. Son système d'attachement va donc être particulièrement sollicité durant cette période de crise maturative, et son schéma d'attachement va être déterminant quant à ses capacités d'adaptation pour gérer cet événement stressant. Une étude de Monk *et al.* menée en 2008 a confirmé que l'attachement maternel (mesuré par le *Relationship Scales Questionnaire*, que nous avons également utilisé dans cette étude, et que nous détaillerons plus loin) permet de prédire les attitudes et les sentiments par rapport à la grossesse. Un attachement insécure chez la mère apparaît ainsi en lien avec un vécu négatif de la grossesse, qui serait plus stressante, représentant une accumulation de contraintes et d'inquiétudes pour ces femmes (70).

D'autres études se sont penchées sur le risque de dépression périnatale à la lumière des styles d'attachement. Il apparaît que le style d'attachement évitant augmenterait le risque de dépression prénatale, tandis qu'un style préoccupé favoriserait les dépressions postnatales (71). Concernant la première situation (style évitant), on peut penser que la grossesse représente une épreuve par les dimensions d'intimité et de dépendance qu'elle renferme, venant effracter les mécanismes de mise à distance relationnelle de ces femmes. Pour la seconde (style préoccupé), c'est la séparation inhérente à l'accouchement qui viendrait heurter leur besoin accru de proximité. Cette dichotomie entre les différents attachements insécures se retrouve dans le niveau d'anxiété spécifique à la grossesse : minimisant leurs besoins, les femmes évitantes manifestent peu de préoccupations pendant la grossesse, tandis que les femmes craintives rapportent plus de détresse et notamment d'angoisse vis-à-vis de l'intimité et de l'accouchement. Or les symptômes anxieux pendant la grossesse sont des facteurs de risque à la fois de dépression mais aussi de complications obstétricales et néonatales (71). Ainsi le style d'attachement maternel est un facteur

déterminant du déroulement de la grossesse, en particulier par le vécu éprouvé par la femme enceinte.

4.b. Attachement materno-fœtal et représentations

Nous avons vu que l'attachement maternel avait un impact sur le déroulement de la grossesse, mais aussi sur l'attachement que son enfant développera plus tard envers elle en lien avec la transmission transgénérationnelle de l'attachement, puisque les MIO de la mère influenceront la façon dont elle prendra soin de lui. Plusieurs auteurs se sont attachés à mettre en évidence l'existence de cette transmission avant même la naissance de l'enfant, au cours de la grossesse. Fonagy *et al.* en premier lieu, en appliquant l'AAI à des femmes enceintes, a déterminé que les représentations de l'attachement de la mère prédisent dans 75% des cas l'attachement de l'enfant à 12 mois (24).

Si l'on parle ici des représentations de la mère relatives à l'attachement, et non relatives à son fœtus, on sait que cette transmission se fera essentiellement par le biais de la qualité des interactions précoces mère-bébé. Or ces interactions ont déjà lieu In Utero, via les remaniements psychiques que nous avons déjà décrits, les projections que cela implique de la part de la mère sur son fœtus, et donc les représentations que la mère se fait de son futur bébé. Au cours des « contacts » avec son bébé (par le toucher, la parole, la visualisation permise par l'échographie) et au sein des représentations du bébé imaginaire, fantasmatique, mythique ou encore narcissique que nous avons décrites, la mère tisse une relation spécifique avec son bébé, prémices de l'attachement futur de l'enfant réel ; c'est l'attachement prénatal ou maternofoetal.

La première définition de l'Attachement MaternoFoetal (AMF) a été émise par Cranley en 1982 : « il s'agit de l'investissement de la femme enceinte pour son enfant à naître ; ses comportements reflètent son sentiment filial et les interactions avec le fœtus » (72). Précurseur du *bonding* que nous détaillerons plus tard, l'AMF correspond donc aux bouleversements psychologiques et aux ajustements cognitifs et comportementaux de la femme face à sa maternité nouvelle. Notons que le terme « d'attachement » est conservé pour mettre en avant la référence à la théorie de l'attachement de Bowlby, mais qu'il constitue dans ce contexte une sorte d'abus de langage : l'attachement est le lien qui va du plus faible vers celui qui le protège, tandis qu'on parle ici du lien de la mère vers son fœtus. Son exploration se base sur les représentations conscientes que la mère se fait de son futur

bébé et de leur relation. Un élément central en est la capacité maternelle à attribuer des caractéristiques physiques mais surtout émotionnelles et caractérielles à son fœtus (72).

Les facteurs modulant l'AMF ont été étudiés par la suite, comme dans une étude de M-W Lewis en 2008 portant sur un modèle interactionnel de l'attachement materno-fœtal. Cette étude pointait que l'avancement dans la grossesse, la connaissance du sexe et la perception des Mouvements Actifs Fœtaux étaient des éléments clés modulant la force de l'AMF (73). Parallèlement, plusieurs auteurs ont travaillé sur la stabilité de ces représentations dans le temps, et sur leur valeur prédictive de l'attachement futur de l'enfant ; cette valeur prédictive montre des résultats variables selon les outils d'évaluation utilisés (69).

4.c. Outils d'évaluation

Le premier outil d'exploration de l'AMF, la *Maternal-Fetal Attachment Scale*, s'intéressait avant tout aux comportements de la femme enceinte comme reflets de son investissement envers le fœtus. Elle interrogeait ainsi les adaptations de la femme à son état de grossesse concernant l'alimentation, la préparation matérielle à la naissance, ou encore l'abstinence de substances nocives (72). Plus tard, Müller a développé cette notion d'AMF en insistant sur la dimension affective de l'investissement du fœtus ; elle décrit alors l'AMF comme « la relation affective unique qui se développe entre la mère et son fœtus », et propose pour l'explorer la *Prenatal Attachment Inventory*, que nous avons utilisée dans cette étude et décrivons plus loin (74).

Parallèlement, les représentations de la future mère ont notamment été étudiées par Ammaniti via l'entretien semi-structuré *IRMAG*, qui permet d'appréhender le monde fantasmatique et imaginaire de la mère selon 6 axes (67). S'inspirant notamment de l'AAI, l'*IRMAG* s'attache à analyser le contenu des représentations maternelles, mais aussi leur structure narrative. Administré idéalement entre 28 et 32 SA (c'est-à-dire lorsque le fœtus est individué mais pas encore support des projections angoissantes de la naissance), il comprend 41 questions organisées selon six domaines d'exploration : le désir de maternité dans l'histoire personnelle de la femme et dans l'histoire du couple ; les émotions personnelles du couple et de la famille à l'annonce de la grossesse ; les émotions et les changements au cours de la grossesse dans la vie personnelle du couple et dans le rapport avec sa propre mère, ainsi que la perspective de l'accouchement ; les perceptions, les émotions et les fantasmes relatives à « l'enfant interne » ; les attentes futures à propos

des caractéristiques de soi en tant que mère et des caractéristiques de l'enfant ; et la perspective historique de la mère par rapport à ses rôles présent et passé de fille.

En étudiant notamment les adjectifs utilisés par la femme enceinte, mais aussi en opposant les éléments des mémoires sémantique et épisodique, l'*IRMAG* permet une classification en trois catégories des représentations maternelles :

- intégrées/équilibrées -> cette catégorie se rapproche des mères « facilitantes », dans la mesure où la grossesse est l'aboutissement d'une identité féminine et où l'enfant est investi affectivement comme un être à part. Ces mères font preuve de cohérence dans leur discours et de flexibilité dans leur adaptation à leur état de grossesse, tenant un équilibre entre la dépendance et l'autonomie vis-à-vis de leur propre mère.

- Etroites/désinvesties -> proche de la notion de mère « régulatrice », cette catégorie se caractérise par un fort contrôle des femmes sur elles-mêmes, entravant les remaniements psychiques de la grossesse. Tout comme le style détaché à l'*AAI*, il y a un défaut de cohérence entre la mémoire sémantique et la mémoire épisodique, ces mères font un récit de leur grossesse assez pauvre et notamment en émotions. Le fœtus, bien qu'investi comme individu, est imaginé comme déjà autonome à la naissance.

- Non intégrées/ambivalentes -> comme pour les styles ambivalents ou désorganisés à l'*AAI*, cette catégorie se caractérise par une incohérence du discours, de nombreuses divagations, les émotions sont présentes de manière désordonnée et envahissante. Ces mères semblent être restées en prise avec leur propre passé, dans une dépendance marquée à leur mère, et le fœtus est l'objet d'un investissement alternant entre fusion et rejet.

Le lien entre l'attachement maternofoetal, tel qu'il transparaît dans les représentations maternelles, et les représentations de la mère quant à son propre attachement apparaît ici de manière évidente. L'*IRMAG* est ainsi l'outil qui a apporté les résultats les plus solides concernant la valeur prédictive de la relation mère-fœtus sur l'attachement futur de l'enfant à sa mère, Ammaniti et al. ayant montré que la qualité de l'attachement de l'enfant peut être prédite à partir de l'état mental de la mère pendant la grossesse (67). Cependant quelque soit l'outil utilisé pour étudier les représentations maternelles et l'*AMF*, les auteurs mettent en avant une continuité entre la maturation des représentations prénatales et la qualité de l'interaction postnatale ; l'utilisation de la *PAI* a par exemple mis en évidence une corrélation entre un attachement prénatal élevé et un investissement plus important de la

mère dans les interactions avec son enfant trois mois après la naissance (75). Cette continuité a un impact sur le développement ultérieur de l'enfant, et notamment sur le style d'attachement qui va se mettre en place (65).

B. Particularités psychiques des grossesses chez des femmes dépendantes aux substances psychoactives

1. Profil de ces femmes

1.a. Catégorie socio-économique et parcours de vie

Les données de la littérature n'identifient pas de profil sociologique type de ces femmes consommant des SPA durant leur grossesse, cependant on note un clivage entre les consommatrices de cannabis (plus jeunes et plus souvent primipares) et les usagères de traitements psychotropes (plus âgées et multipares) ; de même entre les buveuses, plus aisées et bien insérées, et les fumeuses de tabac, plus jeunes et de milieu défavorisé (76). Le profil socio-économique des femmes dépendantes aux SPA enceintes ou ayant des enfants ne diffère pas grandement des femmes addictes sans enfant, si ce n'est que les premières sont plus souvent en couple, du moins au temps de la grossesse. En effet chez les femmes célibataires la découverte de la grossesse mènerait plus souvent à une Interruption Volontaire de Grossesse (77). On peut penser qu'au sein d'un couple, l'investissement de la grossesse comme support de la relation amoureuse mène plus souvent ces grossesses à terme.

Pour le reste, on retrouve chez ces femmes les facteurs psycho-sociaux souvent associés à la présence d'une addiction aux SPA, dans une relation parfois de cause à effet bilatérale, l'un ayant facilité l'autre et vice-versa : précarité sociale et médicale, isolement familial, antécédents familiaux de consommation excessive, relations conjugales multiples et peu stables (dont compagnons consommateurs et/ou violents), comorbidités psychiatriques, marginalité, vie quotidienne instable... Ceci ne doit pas faire limiter les démarches de prévention à une population ciblée cependant, car selon certaines études, un profil de femmes sans problèmes sociaux, prenant un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO), ou consommant du cannabis, associé à du tabac, concernait trois quart des femmes à la fin des années 2000 (61).

En revanche, dans l'histoire de ces femmes, on retrouve fréquemment des parcours de carence, violence, rupture, séparation précoce ou encore abus sexuel. Ainsi 50% des femmes toxicomanes auraient subi des violences sexuelles dans leur parcours, 69% des

violences physiques et 66% des violences psychologiques (78). Au temps de la consommation, elles seraient encore 50% à 80% à subir des violences, soit trois fois plus que la population générale (77). De manière générale, la petite enfance et l'enfance sont emmaillées de nombreux événements de vie défavorables, et relèvent d'un climat d'insécurité dans lequel la fonction parentale n'a pas été synonyme de cadre contenant et sécurisant (79).

1.b. Profil psychopathologique et personnalité

Pareillement au profil sociologique, sur le plan psychopathologique, Bergeret précise qu'« il n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction » (cité par A. Chassevent (39)). Cependant, étant donné le parcours de vie de ces femmes, on retrouve souvent en conséquence une angoisse de perte de l'objet, d'importantes failles narcissiques, des mécanismes de défenses archaïques avec un recours à l'acte (prépondérant dans l'usage de produit), une tentative de régression à une fusion primitive à l'objet, ou encore des difficultés identificatoires (39).

Comme nous l'avons exposé plus haut, pour de nombreux auteurs, la conduite addictive chez ces femmes relève d'une articulation conflictuelle entre narcissisme et relation d'objet, dans une recherche paradoxale d'une dépendance à un objet externe et l'impossibilité d'une relation à l'objet libidinal. La défaillance des premières relations objectales, dans le lien à la figure d'attachement principale, a engendré chez ces femmes l'échec de la constitution d'une autonomie par introjection de l'objet, motivant une recherche d'une continuité d'exister dans les sensations procurées par la consommation de produits (33,61,80).

Sur le plan de la personnalité, une étude de J.D. Guelfi *et al.* met en avant deux profils distincts selon le produit consommé (81) :

- Les femmes consommant de l'alcool font preuve d'une inadaptation affective et sociale, d'un mauvais contrôle émotionnel, d'un sentiment d'infériorité ou d'insuffisance, d'une faible estime d'elles-mêmes ; elles manifestent de l'anxiété, de la culpabilité, et de la méfiance.
- Les femmes consommant des drogues illicites font preuve d'instabilité, de faible tolérance à la frustration, de mauvaise insertion sociale ; elles apparaissent peu anxieuses, mais sensibles, vindicatives voire agressives.

Par ailleurs, la relation au corps des femmes usagères de drogues est souvent très particulière, centrée autour des deux sensations extrêmes que sont l'anesthésie (aussi bien physique que psychique) due au produit, et les manifestations douloureuses de manque dues à son absence. Ces femmes se présentent ainsi dans des rapports ambivalents et contradictoires à leur corps, les fréquentes méconnaissances relevant probablement plus de la dénégation que de l'ignorance (61).

2. Intrication des mécanismes psychiques en jeu

2.a. Réaménagement du narcissisme et de la dépendance

Comme nous l'avons vu, la grossesse voit se réactiver différents conflits infantiles et processus psychiques maturatifs antérieurs. Or, nous l'avons également exposé, la plupart de ces processus ont été confrontés à des obstacles dans le parcours des femmes consommatrices de substances psychoactives. Ainsi, le travail de maternité va venir se heurter aux failles héritées de ces processus parfois non aboutis, en particulier en ce qui concerne le conflit narcissico-objectal, les phénomènes d'identification et de création d'identité, les relations de dépendance ou encore les nécessaires travaux de deuils et de séparation-individuation (33), qui sont également précisément les processus en jeu dans les conduites addictives.

La survenue d'une grossesse dans un contexte de conduite addictive va questionner la place du fœtus dans le narcissisme de la femme et dans la réactivation de sa problématique de dépendance (82). Dans les pathologies addictives, l'investissement narcissique de la grossesse est souvent au premier plan. Par la sensation de plénitude qu'elle procure, majorée par l'image de « femme accomplie » véhiculée par la société, la grossesse permet une revalorisation narcissique qui s'accompagne parfois d'une moindre nécessité de recours au produit.

Cet investissement narcissique, classique au 1^{er} trimestre de la grossesse, peut chez les mères dépendantes aux SPA perdurer au-delà de l'émergence de la perception des mouvements fœtaux. Là où ceux-ci permettent habituellement une rupture du sentiment de fusion au bébé, ils pourront chez une femme addictive être perçus comme une menace interne, venant aggraver la fragilité de la perception d'une continuité de soi. La grossesse, s'accompagnant « d'un sens de l'identité personnelle fluctuant et fragile » (11), vient alors déstabiliser l'équilibre que ces femmes ont pu mettre en place pour maintenir leur sentiment de continuité d'exister par le recours au produit, et notamment aux sensations

corporelles qu'il procure. En effet selon plusieurs auteurs, une des fonctions du recours au produit serait de rétablir un « tonus identitaire de base » chez les sujets dépendants, grâce à une source continue de satisfaction (61). A l'inverse, on peut aussi penser que le fœtus devienne cette source continue de satisfaction, rendant le recours aux produits moins indispensable.

Comme le souligne J. Cohen-Salmon, « la grossesse chez les femmes toxicomanes pose le problème de la modification qualitative de la dépendance, celle en jeu dans l'addiction rencontrant celle qui tend à s'établir avec l'enfant en devenir ». Pour lui, cela pourrait être une période propice au sevrage, dans la mesure où une nouvelle forme de dépendance se créerait avec l'enfant du dedans, s'accompagnant un déplacement d'une « dépendance addictive » vers une « dépendance affective » (80).

Les femmes usagères de SPA, dont le corps est à la fois attaqué et surinvesti dans une recherche de sensations provoquées par l'objet externe, ont souvent une sexualité particulière, pouvant présenter un caractère toxicomaniaque et de consommation compulsive. Le caractère reproducteur de l'acte sexuel est mis de côté, voire nié. Ceci, ainsi que les perturbations des cycles menstruels déjà décrites, mène à une plus grande fréquence des découvertes tardives, allant même parfois jusqu'au déni de grossesse dans cette population. Cette découverte souvent tardive, associée à un accouchement prématuré, réduit considérablement la durée de conscience de la mère de son état, et donc réduit le temps d'élaboration psychique (39). Cette temporalité plus brève peut constituer un frein à l'évolution des représentations, mais surtout à l'élaboration et au dépassement des reviviscences infantiles.

2.b. Réparation des premiers liens

Ainsi, investi tardivement et essentiellement sur un mode narcissique, le fœtus pourra représenter préférentiellement pour sa mère un désir de réparation de ces blessures infantiles, un espoir de renouveau, de remplacement de la tentative de « colmatage » via les produits par l'idéalisation d'un enfant protecteur et bienfaiteur. L'enfant ne prend pas une place de sujet différencié dans l'esprit de sa mère, il garde un statut « réparateur » considéré en réponse à ses besoins. Principal rempart contre une reprise des consommations, il peut prendre dans les représentations maternelles jusqu'au rôle d'un véritable « pare-drogue », voire « objet-drogue » de remplacement (65). Ce qu'elles n'ont pas été capables de réaliser pour elles-mêmes (un sevrage), elles attendent de cette grossesse qu'elle leur permette d'y

accéder. Ces représentations fœtales idéalisées présentent un risque pour la future relation mère-enfant, car la confrontation à l'enfant réel pourra provoquer un sentiment de perte et de deuil violent (vécu psychique mal élaboré chez ces patientes), et une dépendance paradoxale à l'enfant pour maintenir son abstinence, dans une négation de ses propres besoins de dépendance à ses parents (39). L'enfant réel pourrait alors être placé dans une fonction parentale de substitution, chez des femmes dont l'enfance a été confrontée à une parentalité défailante.

Nous l'avons vu, le processus de maternalité amène la femme enceinte à réaménager les liens établis avec sa propre mère, en particulier par un mécanisme réactualisé de séparation-individuation, d'identification puis de différenciation. Or, comme nous l'avons vu, le recours aux substances psychoactives représente une tentative de réparation d'un phénomène de séparation-individuation non abouti (48,83), en particulier durant l'adolescence, mais aussi on peut le craindre pendant la petite-enfance. En effet les sujets addictes ont souvent eu des relations précoces à leur mère marquées par une alternance de fusion et de rejet, de discontinuité dans la relation (pouvant être mise en lien avec la fragilité du sentiment continu d'exister chez ces personnes), de violence affective voire de rupture. Ainsi selon Franchitto, « pour les femmes dépendantes aux opiacés, l'enfant serait le symbole du deuil de l'enfant qu'elles n'ont pas été, et de la mère qu'elles n'ont pas eu » (84). Ceci est à mettre en lien avec les représentations maternelles d'un fœtus protecteur décrit plus haut, la mère tendant à chercher chez son enfant la protection qu'elle n'a pas eu de sa propre mère. Ainsi l'identification à la mère nécessaire durant le 1^{er} temps de la grossesse est mise en défaut, puis la différenciation s'élabore difficilement. On peut observer des idéalisations défensives massives de la mère, ou bien des tentatives massives de différenciation (33).

C. Addictions et dépendances chez les femmes enceintes

1. Particularités et épidémiologie

1.a. Particularités de la consommation féminine de SPA

Notons que les conduites addictives présentent quelques particularités chez les femmes, par comparaison avec les hommes. Tout d'abord, les femmes addictes apparaissent moins nombreuses que les hommes dans l'ensemble des études de prévalence ; notons l'exception de l'usage abusif de psychotropes (et en particulier les benzodiazépines), qui concerne majoritairement les femmes. Selon l'Observatoire Français des Drogues et des

Toxicomanies (OFDT), en 2016, les femmes fumant régulièrement du tabac représentaient 25% des 15-75 ans, tandis qu'ils sont 31% chez les hommes ; 10% des femmes de 18 à 64 ans consommaient régulièrement de l'alcool (29% chez les hommes) ; 7% des femmes de 18 à 64 ans consommaient régulièrement du cannabis (15% chez les hommes) (85). En 2014, 0.7% des femmes de 18 à 64 ans avaient consommé de la cocaïne dans l'année, contre 1.5% des hommes ; elles représentaient par ailleurs environ un quart des bénéficiaires de traitement de substitution aux opiacés (85). En terme de soins, les femmes addictes représentent un peu moins d'un cinquième des patients suivis en CAARUD (Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et un quart des patients suivis en CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions)(86). Ces centres spécialisés représentant un biais de recensement, on estime plutôt qu'une personne addictive sur trois est une femme (87) ; le moindre degré de sévérité des addictions chez les femmes (par la fréquence et la quantité des prises, mais surtout par les retentissements fonctionnels) serait une des raisons pour lesquelles elles ont moins recours aux centres de soins spécialisés que les hommes, les soins étant essentiellement menés (lorsqu'il y a des soins) par les médecins généralistes (62).

Une autre particularité féminine de la consommation de SPA est leur mode d'initiation. En effet, si le premier contact avec les SPA a souvent lieu au sein d'un groupe de pairs pour les hommes (et notamment à l'adolescence), il survient le plus souvent par le biais d'une relation affective pour les femmes : au sein du milieu familial d'origine, ou surtout au sein du couple, l'initiation étant menée par le compagnon. Ce rapport plus marqué entre recours aux SPA et vie affective est aussi visible par les variations de consommation en fonction des modifications de l'environnement affectif : diminution des consommations lors d'évènements stabilisateurs (emploi, mise en couple stable) et augmentation des consommations lors des évènements déstabilisants (rupture, deuil, perte d'emploi...) (87).

Par ailleurs, la consommation de SPA chez les femmes est plus rapidement problématique que chez les hommes. Probablement par déterminisme biologique, les études montrent qu'elles entrent plus vite dans un phénomène de dépendance pharmacologique aux produits, et notamment à l'alcool (88). Bien qu'elles utilisent moins fréquemment la voie IV, elles sont proportionnellement plus touchées par les maladies infectieuses, VIH ou hépatites. Cela peut s'expliquer par deux biais : du fait du recours à des pratiques sexuelles pour obtenir les produits (rare dans la population masculine), et du fait

de l'utilisation plus souvent partagée du matériel d'injection (notamment avec le conjoint). Ce dernier élément pourrait être mis en lien avec les risques accrus pour les femmes pour se fournir en produit et matériel (crainte de violences physiques et sexuelles par exemple), de sorte qu'elles laissent souvent d'autres consommateurs se procurer l'ensemble qu'elles utilisent ensuite après eux (87).

1.b. Spécificités des consommations au cours de la grossesse

L'usage de SPA au cours d'une grossesse, quelque soit sa fréquence et son importance, constitue d'office un usage nocif et une consommation abusive, du fait des conséquences sur la grossesse, le fœtus, la naissance et les premiers instants de vie du bébé. En effet toutes les substances psychoactives passent la barrière foeto-placentaire et influencent le développement du fœtus et le déroulement de la grossesse (79).

Si la consommation de SPA a augmenté dans la population féminine française durant les années 2000 (89), elle est plutôt stable ces dernières années (85) et il semblerait que leur usage durant la grossesse ait diminué durant les dernières décennies, probablement en lien avec les campagnes de prévention menées (83). Cependant les chiffres exacts de prévalence sont difficiles à obtenir, en particulier du fait d'une sous-déclaration (les femmes enceintes usagères de SPA craignant entre autre un placement de leur enfant si elles révèlent leur consommation), mais aussi d'un recours plus faible aux réseaux de soins (ce que nous détaillerons plus loin). Ainsi, si les consommations de tabac, alcool et cannabis au cours de la grossesse ont fait l'objet d'enquêtes ces dernières années, les données disponibles concernant l'usage de cocaïne et héroïne ont souvent été des extrapolations de résultats d'études de prévalence en population générale, ou des transpositions au contexte français de données internationales (et en particulier américaines) sur les consommations pendant la grossesse(90).

En France, en 2010, 24% des femmes enceintes fumaient du tabac, 1 à 3% du cannabis, 12 à 63% buvaient de l'alcool (0,5% quotidiennement), et 2 à 4% consommaient des médicaments psychotropes, selon une revue de littérature menée par Dumas A. *et al* en 2014 (91) . L'enquête périnatale de 2016 a recensé 16.5% de femmes consommant au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse ; 2.1% des femmes interrogées ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de celle-ci (92). La consommation de cocaïne est estimée entre 0,5 et 3% pendant la grossesse (89). Celle d'héroïne IV est estimée à 0,3% (61). La polyconsommation est de règle, puisqu'elle

concernerait plus de 90% des femmes consommatrices de SPA (61). Dans la plupart des cas, les femmes réduisent leur consommation au cours de la grossesse (82), mais cela n'est pas systématique puisqu'on peut même avoir une augmentation en début de grossesse (pour apaiser des symptômes gestationnels mis sur le compte d'un sevrage par exemple), ou encore une prise majorée d'un produit pour « compenser » la diminution de consommation d'un autre produit (typiquement, diminution de la prise de cannabis mais augmentation de la prise de tabac)(82).

2. Difficulté de recours aux soins chez les femmes enceintes consommatrices de Substances PsychoActives

Nombres d'études ont mis en évidence un suivi de grossesse bien moins organisé chez les femmes enceintes consommatrices de SPA par rapport aux non consommatrices : il est à la fois plus tardif et plus chaotique, les examens prévus n'ont pas toujours lieu, et la discontinuité est de mise (93). Nous pouvons éclairer cela par l'exploration des difficultés du recours aux soins dans cette population particulière.

La déclaration de la grossesse est tout d'abord plus tardive. En effet, en raison de l'amaigrissement avec dysménorrhée, du rapport au corps particulier et des bouleversements hormonaux induits par la prise de substances, ces femmes confondent facilement les premiers signes physiques de grossesse avec des manifestations de la prise de produit, ou bien du manque (fatigue, nausées, etc...). De plus, les symptômes que nous venons de citer amènent ces femmes à penser qu'elles sont infertiles, de sorte que d'une part elles se protègent peu ou mal, et d'autre part elles n'envisagent pas pouvoir tomber enceinte (en dépit de l'absence de contraception) (88).

Le suivi de la grossesse est souvent plus chaotique par ailleurs. Il peut de manière directe être mis en lien avec l'environnement de vie précaire de ces femmes : mode de vie marginal, difficultés de locomotion, priorités situées ailleurs comme dans l'approvisionnement en toxiques ou l'alimentation, peu de réseau soutenant et accompagnant... Il est aussi une conséquence directe des toxiques eux-mêmes, dans leur alternance de prise et de manque, d'effets stimulants ou sédatants, d'emprise ou de « descente ». La culpabilité liée à la prise, à l'absence de maîtrise du comportement malgré la grossesse joue aussi un rôle. Prenons un exemple de l'intrication de tous ces facteurs : une patiente va manquer son rendez-vous d'échographie car le matin même, en proie au

manque, elle a consommé massivement de l'alcool ; ivre, elle ne se rappelle plus l'heure du rendez-vous, et ne peut pas prendre sa voiture ; de plus, elle n'ose pas se présenter par peur du regard jugeant de l'échographiste sur son ébriété ; isolée, personne n'est là pour l'inciter à ce rendez-vous ou l'y accompagner. Par ailleurs, nous l'avons rapidement évoquée, la crainte des services judiciaires retarde et précarise le recours aux soins de cette population, notamment par la volonté d'éviter le placement de l'enfant (93).

Il est intéressant de s'attarder sur les craintes qu'éprouvent ces femmes à faire appel aux soins : certaines sont liées à des représentations sociétales, d'autres à des angoisses anticipatrices qui leur sont propres, d'autres encore à des attitudes des soignants encore marquées par leur condition féminine. Ainsi, les femmes enceintes dépendantes font souvent état de leur peur d'être suspectées de minimiser leurs consommations, de ne pas correspondre à l'image de mère parfaite (qu'elles voudraient avoir d'elles-mêmes mais aussi qu'elles imaginent les soignants attendre d'elles), d'être jugées voire de subir des actions punitives. Les études montrent en effet que « les femmes sont souvent jugées plus sévèrement que les hommes du fait d'être parents et consommatrices » (88). Leurs propres angoisses anticipatrices concernent essentiellement la crainte de ne pas réussir à changer, et la crainte anticipée de ne plus pouvoir avoir recours au produit (une fois moralement engagée dans des soins) pour gérer le stress pourtant induit par tous ces questionnements angoissants (88).

Enfin, une autre explication possible des difficultés de recours aux soins (tant obstétriques qu'addictologiques) chez ces femmes tient à leur considération d'elles-mêmes et des autres selon les MIO décrits par Bowlby et ses successeurs. En effet, nous avons vu que les sujets consommateurs de SPA présentent plus fréquemment que les autres un schéma d'attachement évitant (qui implique que les autres ne semblent pas capables de répondre à leurs attentes) ou ambivalent (qui implique qu'ils ne se considèrent pas dignes d'être aidés). Dans ces deux schémas d'attachement, les représentations de soi et des autres sont un frein à la demande d'aide. L'attachement désorganisé quant à lui, également fréquent chez les patients addictes, ne permet pas de structurer une demande de soins cohérente.

3. Conséquences somatiques sur la grossesse

3.a. Généralités

Les grossesses sous SPA présentent plusieurs particularités. Tout d'abord, comme nous venons de le voir, leur découverte est souvent tardive et leur suivi chaotique, de sorte que d'éventuelles complications peuvent n'être perçues que tardivement. Par ailleurs, quelque soit la substance consommée, il y a un passage placentaire avec un risque de conséquences néfastes pour le fœtus et le déroulement de la grossesse (79). Si elles peuvent varier légèrement selon le type de produit consommé, il est extrêmement difficile d'individualiser ces conséquences les unes des autres (en dehors de l'alcool aux effets bien spécifiques) et les études peinent à mettre en évidence des liens directs de cause à effet qui soient spécifiques à une substance précise. Cela est lié principalement à la consommation conjointe de plusieurs produits chez les femmes enceintes, qui comme nous l'avons déjà dit sont dans la grande majorité des cas polyconsommatrices (93). Au-delà des conduites addictives, l'influence du mode de vie et du milieu souvent carencé et défavorisé entraîne d'importants biais de confusion sur le devenir de la grossesse et de l'enfant, puisque la désocialisation, la malnutrition, la précarité sociale, le risque infectieux ou encore les comorbidités psychiatriques, très présentes dans cette population, sont aussi des FDR majeurs de complications pour la grossesse et l'enfant à venir. Particulièrement dans notre sujet d'étude, notons que les symptômes anxieux pendant la grossesse sont reconnus comme des facteurs de risque de complications dans le déroulement de la grossesse, de prématurité et de faible poids à la naissance (71) ; or les grossesses sous toxiques sont particulièrement anxiogènes. Ainsi la plupart des études échouent à démontrer les effets directs d'un produit spécifique quand les résultats sont contrôlés en tenant compte de ces facteurs de confusion, ou bien les résultats sont incohérents, inconstants et contradictoires (94). Il est important de tenir compte de ces intrications dans l'interprétation des effets des substances sur la grossesse tels que nous allons les présenter.

Au-delà des variations des impacts des SPA sur la grossesse selon le type de produit, notons aussi que ces impacts varient selon le terme de la grossesse : lors du premier trimestre, les effets tératogènes sont au devant de la scène ; au second trimestre, c'est la croissance du fœtus qui est la plus surveillée ; au dernier trimestre, les risques se concentrent sur les paramètres de l'accouchement et de la naissance. Le risque de Mort Fœtale In Utero (MFIU) est quant à lui permanent tout au long de la grossesse.

Enfin, les conséquences somatiques dépendent également du mode d'administration : en raison d'un premier passage par le foie maternel avant d'atteindre le placenta, la prise Per Os présente une toxicité légèrement moindre que l'utilisation des SPA par inhalation ou injection (61).

3.b. Tabac et cannabis

Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement pendant la grossesse ; elle est aussi une des rares dont la consommation est parfois exclusive, et qui n'est pas forcément corrélée à des facteurs psychosociaux majeurs. Elle est ainsi celle qui a fait l'objet d'études les mieux contrôlées, aux résultats les plus fiables et les plus probants quant aux conséquences obstétricales. A l'inverse, le cannabis n'est qu'extrêmement rarement consommé sans tabac, de sorte que ses effets sont souvent indissociables de ceux du tabac dans les études. C'est pourquoi leurs conséquences sur la grossesse sont ici présentées conjointement.

Par ses effets multiples sur la circulation sanguine, sur l'oxygénation en particulier, c'est essentiellement le monoxyde de carbone qui est toxique lors de la grossesse. Le principal risque est le Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU), avec les complications consécutives à un faible poids de naissance (dont la mort subite du nourrisson par exemple à moyen terme). La réduction du poids de naissance serait dans un quart des cas consécutive au tabagisme de la mère, et serait plus sévère que celle consécutive à l'héroïnomanie (94). Peu pourvoyeur de malformations fœtales, le tabagisme augmente cependant le risque de complications obstétricales telles que les Grossesses Extra-Utérines (GEU), les Fausses Couches Spontanées précoces ou tardives (FCS), les troubles placentaires (placenta praevia, décollement placentaire), les ruptures prématurées des membranes et les accouchements prématurés ; l'effet semble être dose-dépendant (93). Les fortes consommations peuvent aussi entraîner de légers symptômes de sevrage chez le bébé dans les jours qui suivent la naissance.

Des études à plus long terme mettent en avant une augmentation de la fréquence et de la sévérité des affections respiratoires chez les enfants exposés au tabac in utero, ainsi qu'une association à des problèmes d'attention et d'hyperactivité, ou encore de difficultés d'apprentissage. Pour ces derniers effets, la nicotine est suspectée avoir un rôle prépondérant (94) ; par ailleurs la nicotine produit d'autant plus d'effets délétères que le terme est proche (90).

Concernant le cannabis, sa substance active traverse facilement le placenta, de sorte que la concentration plasmatique fœtale est la même que celle de la mère. Ses effets sur la grossesse, semblant également dose-dépendants, sont sensiblement les mêmes que ceux du tabac, ou du moins n'en sont pas différenciables empiriquement ; en revanche les études semblent montrer sur l'enfant des effets retardés, à type d'anomalies cognitives se manifestant chez l'enfant plus grand et l'adolescent (90).

3.c. Boissons alcoolisées

Les études cherchant à déterminer le seuil de toxicité de la consommation d'alcool lors de la grossesse montrent des résultats contradictoires, de sorte que l'absence de toute consommation est la seule façon de s'assurer de l'absence de toxicité. Il semblerait que les alcoolisations massives régulières soient tout aussi nocives (si ce n'est plus) qu'une alcoolisation quotidienne modérée (94). Physiologiquement, l'alcool traverse facilement et rapidement la barrière placentaire, de sorte que sa présence dans le sang du fœtus égale celle dans le sang de la mère en moins d'une heure ; à la différence que le foie fœtal n'est pas capable de le métaboliser, de sorte que le fœtus reste plus longtemps exposé à ses effets néfastes (90). Contrairement au tabac, l'effet de l'alcool est essentiellement tératogène, c'est-à-dire pourvoyeur de malformations chez le fœtus.

Le tableau malformatif complet consécutif à l'usage d'alcool durant la grossesse a été nommé Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) par Jones et Smith en 1972. Au niveau mondial, il surviendrait sur 3/1000 naissances (90), et se caractérise par la présence de trois éléments principaux (95):

- Retard de croissance intra-utérin, concernant en particulier la partie céphalique (qui n'est pas préservée et aboutit donc à une microcéphalie), et qui se poursuit par un retard de croissance persistant chez l'enfant plus âgé
- Dysmorphie faciale (philtrum lisse, fentes palpébrales courtes, vermillon mince).
- Dommages du système nerveux central induisant un retard de développement psychomoteur, une déficience mentale, des troubles mnésiques et praxiques, des troubles du comportement.

L'exposition à l'alcool in utero représente ainsi la première cause évitable de déficience mentale en France. De nombreux enfants exposés in utero présentent des anomalies de développement sans pour autant correspondre au diagnostic de SAF ; ils manifestent des symptômes aspécifiques appartenant à l'Ensemble des Troubles Causés par

l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF), dont l'incidence est évaluée à 1/100 naissance tous les ans (90). Ces ETCAF sont généralement plus difficiles à diagnostiquer et se manifestent surtout par des troubles du développement cognitif et affectif.

3.d. Cocaïne et stimulants

La cocaïne ne semble pas avoir d'effet tératogène, mais en tant que puissant agent vasoconstricteur elle entraîne des troubles placentaires majeurs et donc des troubles trophiques pour le fœtus. Les principales complications sont ainsi obstétricales : Hématome RetroPlacentaire, MFIU, accouchement prématuré mais surtout RCIU (61). Sur le plus long terme, l'exposition à la cocaïne in utero augmente chez les enfants le risque de troubles du sommeil, de l'attention et du langage (96), mais aussi le risque de développer une pathologie addictive précoce (97). L'usage intense et fréquent de cocaïne peut entraîner des symptômes d'intoxication chez le nouveau-né : « irritabilité, nervosité, tremblements, cris aigus, succion excessive, hypertonie, mauvaise alimentation et cycle de sommeil anormal » (94).

Les stimulants amphétaminiques présentent une toxicité avant tout cardiaque, entraînant les mêmes complications obstétricales mais aussi un risque léthal accru pour la mère pendant cette période particulière de la grossesse. Des symptômes neurocomportementaux ont aussi pu être observés chez le nouveau-né après une exposition massive aux amphétamines in utero : diminution de l'éveil, léthargie, dystonie (94).

3.e. Opiacés

Comme les autres substances, les opiacés sont associés à un risque accru de RCIU, d'accouchement prématuré, de faible poids de naissance et de Mort Subite du Nourrisson. La spécificité des opiacés tient dans les risques liés au sevrage, que ce soit in utero ou à la naissance de l'enfant. Une complication redoutée (par les professionnels mais surtout par les parents) de l'exposition aux opiacés in utero est effectivement la survenue d'un Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN), correspondant à l'ensemble des symptômes suivants (90) :

- Troubles neurologiques : hyperexcitabilité, hypertonie, convulsion, hyperactivité, trémulations, troubles du sommeil
- Troubles respiratoires : polypnée, encombrement nasal
- Troubles digestifs : vomissements, diarrhées, difficultés d'alimentation et donc risque de déshydratation

- Troubles généraux : fièvre, hypersudation, éternuements, faible prise de poids

Ces symptômes peuvent survenir chez le nouveau-né dans les 24 à 72 heures qui suivent la naissance, et se prolonger sur plusieurs jours voire plusieurs mois. Leur intensité est variable mais peut nécessiter la prise en charge en service de soins intensifs voire de réanimation néonatale, en raison d'un risque de décès (lié avant tout à la déshydratation). Actuellement les études ne montrent pas de séquelles à long terme de ce SSNN lorsqu'il a été pris en charge et corrigé. La survenue d'un SSNN concerne environ 50% des bébés exposés, et est pour l'instant imprévisible, de même que son intensité et sa durée : aucune étude n'est parvenue à en déterminer de FDR fiable, puisque ni l'importance ni la fréquence des prises d'opiacés ne permettent de prédire avec certitude la manifestation ou non d'un SSNN (95).

Si le risque de sevrage chez le bébé à sa naissance est un risque majeur, le fœtus est également négativement soumis aux conséquences d'un éventuel sevrage chez la mère. En effet, un sevrage brutal en héroïne chez une femme enceinte est pourvoyeur de FCS au 1^{er} trimestre, de travail prématuré au 3^{ème} trimestre, et d'enfants morts-nés ; les périodes de manque entraînent pour leur part des souffrances fœtales répétées, à type d'anoxie fœtale dont on suppose des effets délétères sur le développement cérébral de l'enfant à naître (94). Ainsi, si l'usage d'héroïne est fortement déconseillé durant la grossesse, pour ses effets délétères sur le déroulement de la grossesse mais aussi pour les pratiques qu'il occasionne (mises en danger, risque infectieux...), le sevrage brutal en opiacé est démontré tout aussi dangereux pour le fœtus. C'est pourquoi la mise en place d'un TSO est nécessaire durant la grossesse (la solution idéale restant bien entendu de mener un sevrage complet avant d'initier une grossesse).

La prise d'un TSO comme la Buprénorphine ou la Méthadone permet en effet d'éviter un sevrage in utero, tout en limitant les risques inhérents à la pratique de l'héroïnomanie. L'un et l'autre de ces TSO, en tant qu'opiacés, sont eux aussi susceptibles d'aboutir à un SSNN ; la méthadone, en raison de sa plus longue demi-vie, semble cependant corrélée à un déclenchement plus tardif, à des symptômes plus marqués et plus prolongés (95), tandis que la buprénorphine semble s'accompagner d'hospitalisations plus courtes pour l'enfant. C'est donc cette seconde molécule qui est préférée pour mener une substitution dans le contexte d'une grossesse (98), sauf en cas de mésusage de la buprénorphine ou dans le cas d'une

stabilisation sous méthadone antérieure à la grossesse (c'est alors la méthadone qui sera préférée).

3.f. Traitements psychotropes et autres substances

Du fait de leur recours plus occasionnel, les effets des autres substances (hallucinogènes ou solvants par exemple) sont peu identifiables. Notons simplement que l'ecstasy (ou MDMA) semble augmenter le risque de laparoschisis chez le fœtus, mais cela serait aussi le cas des autres stimulants comme la cocaïne ou les amphétamines (94).

Les conséquences des benzodiazépines et des autres traitements psychotropes sont mieux connues ; certains traitements des troubles de l'humeur sont ainsi récusés pendant la grossesse car tératogènes. Les benzodiazépines de leur côté, si elles ne semblent pas produire de malformations chez le fœtus, augmentent le risque de prématurité mais aussi de survenue de SSNN, qui est souvent plus précoce, plus grave et plus prolongé lorsque les opiacés sont consommés conjointement à ces anxiolytiques. La consommation de benzodiazépine à proximité du terme peut aussi entraîner chez le nouveau-né un « syndrome de la poupée », lié à une imprégnation d'autant plus importante que la benzodiazépine est à demi-vie longue, se traduisant par une hypotonie, une dépression respiratoire et une léthargie (94), et pouvant entraîner un retard dans l'apparition des signes d'un SSNN.

4. Conséquences interactionnelles dans le post-natal

4.a. Généralités

Nous avons vu l'impact que la consommation de SPA pouvait avoir sur le déroulement de la grossesse, sur le fœtus, et éventuellement sur le développement de l'enfant à plus long terme. Les conséquences des conduites addictives chez la mère dans sa relation à son nouveau-né ont aussi été étudiées. Elles sont pour nous particulièrement intéressantes puisque nous avons vu que la transmission des liens d'attachement se faisait essentiellement par le biais des modes relationnels entre le bébé et sa Figure d'Attachement. Les addictions, et les perturbations qu'elles peuvent entraîner dans les échanges entre la mère et son enfant, apparaissent donc comme un potentiel facteur de modulation de cette transmission, que ce soit dans le sens de la discontinuité mais surtout de la continuité de la transmission d'attachements insécures.

De manière générale, les études montrent un impact négatif des prises de toxiques sur la qualité de la relation mère-bébé, les interactions précoces semblant mises à mal dans les dyades mère-bébé où la mère est consommatrice de SPA ; cela aboutit fréquemment au développement d'un attachement insécuré chez l'enfant (11,33,99). Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'insécurité chez les enfants est corrélée (entre autre) à la présence de conduites addictives chez leurs parents (9,21). Nous allons explorer les différents éléments pouvant expliquer ou éclairer les difficultés rencontrées par ces mères dans l'établissement d'une relation sécurée avec leur enfant.

4.b. Circonstances de naissance et bonding

Les difficultés de relation mère-bébé chez les femmes dépendantes aux SPA trouvent leur genèse dans l'histoire anténatale de l'enfant. Nous l'avons évoqué, la découverte tardive de la grossesse freine déjà l'investissement du bébé à venir, de même que les préoccupations de la mère centrées sur ses consommations, de sorte que la gestation psychique est entravée. La relation mère-bébé gestationnelle est ainsi déjà perturbée, ne préparant la mère à l'arrivée du bébé que de manière insatisfaisante, empreinte également d'inquiétudes et de culpabilité vis-à-vis des consommations qui ont perduré pendant la grossesse (66).

Ces mères sont par ailleurs particulièrement angoissées par la perspective de l'accouchement : comme nous l'avons décrit dans l'exploration psychopathologique des conduites addictives, les éprouvés corporels sont surinvestis, tandis que les capacités de symbolisation sont réduites. Or ces éprouvés corporels sont particuliers dans les prises de SPA, spécifiquement concernant la douleur en cas de prise d'opiacés puisque les seuils d'activation douloureux sont abaissés et la réponse aux traitements antalgiques diminuée. Les fréquentes mauvaises conditions physiques (amaigrissement, anémie, éventuelles pathologies infectieuses) achèvent de majorer la valence potentiellement traumatique de l'accouchement (61). De plus, l'accouchement représente une séparation physique d'avec « l'enfant du dedans », réactivant symboliquement les douloureux vécus de séparation dans l'enfance, fréquents dans cette population.

L'ensemble de ces facteurs maternels concourt à entraver l'établissement d'un *bonding* de qualité. Le *bonding*, que nous avons précédemment mais brièvement évoqué, correspond au lien qui se crée dans les premiers instants d'une rencontre entre deux individus, et particulièrement entre une mère et son enfant à la naissance ; il amène la mère

à être émotionnellement « touchée » par son bébé, lui procurant le sentiment d'un lien unique entre eux et l'encourageant à être à son écoute. Un *bonding* de qualité favorise par la suite un attachement de qualité (3).

En dehors des facteurs maternels dont nous venons de parler, des éléments liés au bébé peuvent aussi entraver le *bonding*. En premier lieu, la survenue d'un SSNN qui pourra nécessiter une hospitalisation du bébé en service spécialisé, loin de sa mère. Cette séparation précoce, si elle ne compromet pas directement la création du lien d'attachement (dont nous avons dit qu'il prenait neuf mois), peut le faire par le biais d'un frein au *bonding*, d'autant plus chez ces femmes qui ont peu d'élan pour aller spontanément vers l'autre (du fait de leur propre schéma d'attachement).

Même sans hospitalisation en service spécialisé, on comprend aisément que la présence de symptômes de sevrage ou d'intoxication chez le nouveau-né vienne s'interposer dans les premiers jours de rencontre et de découverte mutuelle entre la mère et l'enfant. L'hyperexcitabilité de ces bébés empêche leur contact, l'hypo ou l'hypertonie compliquent leur portage, et les troubles du sommeil entravent la récupération physique pourtant nécessaire de leurs mères. Le contact d'œil à œil est difficile, alors qu'il est essentiel au sentiment de se sentir en lien (61). Les réactions imprévisibles, déroutantes des bébés en sevrage, leurs pleurs difficilement consolables fragilisent la mère dans sa confiance en ses capacités de maternage (62). Les manifestations de l'enfant peuvent faire naître chez la mère de la frustration, du désespoir, une forte mésestime de soi ; or ces sentiments négatifs sont souvent mal tolérés par ces patientes, de sorte qu'elles peuvent être tentées de fuir la relation avec leur bébé pour s'en préserver.

L'impact des symptômes de manque sur la relation mère-enfant a été fréquemment étudié et est bien documenté : une étude de Kaltenbach et Finnegan en 1992 a par exemple objectivé des performances abaissées dans la dimension « interaction » de l'échelle de comportement néonatal de Brazelton pour l'ensemble des enfants manifestant un SSNN ; trente jours plus tard, seuls les enfants encore symptomatiques présentaient toujours un score abaissé, les autres retrouvant les capacités d'interaction des enfants témoins (61). Les comorbidités psychiatriques constituent un autre frein à l'établissement d'un lien initial de qualité, et nous avons vu que ces comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les mères addictes. Cette addiction représente entre autre un facteur de risque face à la dépression post-partum, elle-même pouvant majorer les troubles des interactions précoces (39) ; de même qu'elle majore l'anxiété autour de la grossesse, elle-même responsable d'un

risque accru de prématurité et de faible poids de naissance(100) qui viennent à leur tour entraver le *bonding*.

4.c. Consommation et discontinuité dans les interactions

La relation mère-bébé est bidirectionnelle, c'est-à-dire que l'un et l'autre des protagonistes s'influencent mutuellement dans leurs émotions et leurs comportements. Comme nous venons de le voir dans le cadre des manifestations comportementales du SSNN, l'enfant est ainsi actif dans l'échange avec sa mère et initiateur de vécus affectifs chez elle. De son côté, la mère répond aux sollicitations de son enfant, de sorte que l'un et l'autre se mettent au diapason émotionnel et comportemental, selon la notion d'accordage affectif développée par D. Stern. S. Lebovici de son côté a défini la relation mère-bébé comme une « spirale interactionnelle » ; ces interactions sont autant comportementales (corporelles, visuelles, vocales...) qu'affectives (c'est là que se situe l'importance de l'accordage affectif) et fantasmatiques (dans l'imaginaire que la mère projette sur l'enfant)(99).

Dans les dyades dont la mère présente une addiction aux SPA, cette spirale interactionnelle se montre fréquemment dysfonctionnelle, même en l'absence de symptômes particuliers chez le bébé ; cela est essentiellement mis en lien avec le fonctionnement psychopathologique de ces mères dans leur relation à l'autre, à l'objet, à la SPA (99). En particulier, la relation entre la mère consommatrice et l'enfant est marquée par la discontinuité, aussi bien dans les soins prodigués que dans l'attention portée ou la disponibilité physique, psychique ou émotionnelle. Ainsi Rosenblum note des fluctuations importantes dans l'attitude stimulante de la mère en interaction avec son bébé, alternant entre hyperstimulation et pauci-investissement (101). Certaines mères expliquent leur comportement d'hyperstimulation par la nécessité pour elles de s'assurer de l'intégrité physique de leur bébé (99), de sorte que l'hyperactivité du bébé les rassure et est valorisée. En réponse à cette surstimulation, le bébé peut alors devenir passif et éviter le contact, de sorte que la mère se sente rejetée, au risque qu'elle soit alors à son tour dans le rejet de son bébé.

Dans les relations de soins, il a fréquemment été observé des interruptions brutales et intempestives de la mère dans son activité de change ou de nourrissage par exemple, pour s'atteler à d'autres tâches (39). L'alimentation des bébés semble être un soin particulièrement anxiogène pour ces mères, en lien avec les difficultés de prise de poids de leurs bébés et leurs troubles digestifs, mais aussi avec la mise au premier plan de la

dépendance de l'enfant à leur égard. Celle-ci, faisant en effet écho à leur propre dépendance (à la SPA mais aussi aux figures parentales, tel que nous l'avons vu plus haut), serait une cause de l'alternance fusion/rejet, qui correspondrait donc à un moyen de défense contre l'angoisse submergeante de voir un autre dépendre d'elles (39).

L'alternance de surinvestissement/désinvestissement peut également être mise en lien direct avec le recours à la SPA : le niveau de disponibilité de la mère dépend à la fois de son état psychique (modifié selon l'imprégnation ou le manque), et du niveau de préoccupation centrée sur la recherche du produit. Il y a ainsi compétition entre l'intérêt tourné vers le bébé et l'intérêt tourné vers la conduite addictive (79). L'alternance présence/absence du produit s'accompagne d'une alternance présence/absence de la mère dans la relation. Un cercle vicieux peut vite apparaître puisque les affects négatifs (frustration, mésestime de soi) vécus par la mère peuvent l'inciter à augmenter sa consommation pour apaiser la tension ressentie, aggravant par là même ses difficultés d'ajustement. Cependant le recours aux toxiques n'explique pas tout, puisque l'étude des interactions précoces entre des mères cocaïnomanes et leurs bébés a mis en évidence une diminution du comportement d'interaction et une pauvre réponse aux stimuli dans les trois premiers jours de vie, et cela même lorsque la mère n'avait pas repris de cocaïne depuis le premier trimestre de grossesse (61).

4.d. Impact sur le caregiving

Nous avons vu que la disponibilité psychique, la prévisibilité et la continuité étaient des éléments centraux de la sensibilité maternelle, elle-même primordiale dans la manifestation du *caregiving*. Des études ont confirmé une insensibilité marquée des mères usagères de SPA envers les signaux de leurs bébés, comme une étude de Burns *et al.* sur des dyades de mères toxicomanes et leurs enfants de âgés de 11 à 18 mois. Les mères se montraient intrusives (en particulier lors du repas) et avaient des attentes envers leurs bébés inadaptées à leurs aptitudes et compétences, tandis que les interactions manquaient d'enthousiasme et d'ingéniosité, et que les enfants exprimaient moins d'affects positifs et d'engagement visuel avec leurs mères (102).

Une autre étude de Mayes aboutit aux mêmes résultats, la sensibilité maternelle (définie dans cette étude par la reconnaissance des signaux du bébé, l'expression d'affects positifs, l'ajustement du niveau de stimulation, l'ingéniosité et le rythme interactif) apparaissant plus faible aux 3 mois et aux 6 mois de l'enfant chez les mères toxicomanes

(39). Par son utilité anti-pensée telle que nous l'avons décrite dans les motivations du recours aux toxiques, l'usage de SPA représente aussi un frein à la mentalisation, et entrave donc la mère dans sa capacité réflexive, c'est-à-dire sa capacité à se représenter les états mentaux de son bébé comme différents des siens. Elle est ainsi moins réceptive à ses besoins, et cette entrave à la réflexivité représente également un facteur de mauvaise qualité du *caregiving*, comme nous l'avons vu précédemment.

Ainsi, selon de nombreux auteurs, les problèmes de santé du bébé, les potentiels troubles psychiatriques de la mère (en particulier la dépression post-natale), l'angoisse maternelle et les dysfonctionnements interactionnels sont « des obstacles à l'établissement d'une relation précoce satisfaisante », et par le biais d'un *caregiving* défaillant, « à la formation d'un processus d'attachement harmonieux » (25). C'est ainsi que les femmes souffrant d'une addiction aux SPA, présentant elles-mêmes fréquemment un schéma d'attachement insécuré (ayant participé à la mise en place de leur conduite addictive), entraînent de par les défaillances de leur *caregiving* le développement d'un attachement insécuré chez leur enfant. Nous retrouvons ici la transmission transgénérationnelle de l'attachement que nous avons décrite précédemment.

IV. Etude clinique et études de cas

A. Etude clinique

1. Une étude comme support de réflexion

Comme nous l'avons déjà exposé, les femmes enceintes présentant une conduite addictive ont tendance à avoir moins recours au soin que les autres. La grossesse est souvent découverte tardivement, et le suivi peut être erratique, en lien avec les périodes de consommation ou de sevrage freinant les activités socialement attendues d'elles. Par ailleurs, lorsque le suivi de la grossesse est effectué de manière ordinaire, les consommations sont souvent cachées ou minimisées, de sorte qu'elles n'entraînent pas de prise en charge particulière. De plus, les schémas d'attachement insécures qui sous-tendent souvent les recours aux produits freinent la demande d'aide chez ces patientes.

Pour ces différentes raisons, il semblait prévisible qu'une étude s'intéressant à cette population particulière des femmes enceintes dépendantes aux SPA ne recruterait qu'un faible nombre de femmes incluses, étant données les conditions de recrutement (courte période et dans une seule ville). L'objectif de cette étude n'était donc pas d'y appliquer des analyses statistiques significatives, mais essentiellement d'obtenir un matériel clinique sur lequel appliquer les connaissances théoriques en terme d'attachement, d'addictologie et de représentations fœtales, afin d'enrichir la réflexion autour de ces trois axes et d'en donner des illustrations.

En effet, cette étude est née d'une interrogation sur la façon dont une addiction à une ou plusieurs SPA pouvait à la fois être liée à un attachement insécure (ce qui n'est plus à prouver), et à la fois venir impacter l'investissement de la femme enceinte dans sa grossesse et la venue de son futur bébé. Une hypothèse se distinguait alors : plus le schéma d'attachement de la femme serait insécure, plus l'addiction serait sévère, et plus les représentations fœtales seraient négatives. Selon les études déjà réalisées, cette hypothèse pourrait se prolonger de la sorte : plus les représentations fœtales seraient négatives, plus l'attachement du futur bébé à sa mère serait lui aussi insécure. Ce qui permet de retrouver la question de la transmission des liens d'attachement, selon l'hypothèse raccourcie : si le schéma d'attachement de la mère est insécure, l'attachement du bébé le sera également.

Cependant nous l'avons dit, il ne s'agissait pas d'apporter une réponse statistiquement significative à cette hypothèse, mais avant tout d'apporter un support de

réflexion pour nourrir les questionnements que nous avons déjà sur la transmission des liens d'attachement mère-enfant, au travers de l'implication de l'attachement dans l'addiction et la grossesse.

2. Matériels et méthodes

2.a. Caractéristiques de l'étude

Afin d'enrichir l'exploration de la transmission des liens d'attachement par des observations cliniques, nous avons réalisé une recherche non interventionnelle prospective, basée sur un auto-questionnaire composé de quatre sous-parties.

Les critères d'inclusion étaient : femme majeure, grossesse en cours, consommations répétées de substance(s) psychoactive(s) dans les trois mois précédents la découverte de la grossesse (en dehors du tabac seul), maîtrise du français. Les critères d'exclusion étaient : femme mineure, ne maîtrisant pas le français, consommant du tabac comme seule SPA, grossesse multiple, pathologie maternelle ou fœtale mettant en jeu le pronostic vital de l'un ou de l'autre, pathologie psychiatrique décompensée. L'étude étant totalement anonyme (et non anonymisée), elle ne rentrait pas dans le dispositif de la loi Jardé et ne nécessitait donc pas l'approbation de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Le recrutement de la population s'est fait par le biais de consultations obstétricales spécialisées en addictologie. Les questionnaires ont donc été proposés à des patientes venant consulter en addictologie dans trois maternités de la ville de Nantes : le CHU, la Polyclinique de l'Atlantique, et la clinique Jules Verne. Il s'est étalé de mars à octobre 2018. Le questionnaire était remis à la patiente, qui le remplissait seule et le rendait à la consultation suivante, durant laquelle elle pouvait obtenir de l'aide pour répondre aux questions qui avaient pu lui poser souci. Pour une seule des patientes incluses, n'ayant pas l'occasion de revenir en consultation, la passation du questionnaire s'est faite directement, lors d'un entretien avec moi-même. Deux autres de ces patientes ont fait l'objet d'un entretien avec moi-même, non directif et non structuré, permettant un échange libre approfondissant la situation de la patiente, en particulier dans son parcours addictif et dans ses relations interpersonnelles et familiales. Une de ces femmes a été rencontrée en présence de son compagnon et de leur bébé, après l'accouchement donc. Le questionnaire avait cependant été rempli antérieurement, au cours de la grossesse.

Le questionnaire en lui-même comprenait 89 questions, organisées comme suit : tout d'abord une partie explorant la situation sociale et obstétricale de la femme ; puis la version française de la *Prenatal Attachment Inventory* (PAI); puis la version française du *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) ; enfin le questionnaire ASSIST, appliqué aux trois mois précédant la découverte de la grossesse mais complété d'une évaluation des consommations dans le temps écoulé depuis cette découverte.

2.b. Caractéristiques des échelles utilisées

- ***Prenatal Attachment Inventory***

La version française de la PAI a été proposée par M.A. Jurgens et son équipe en 2008, et publiée en 2010 (103). La *Prenatal Attachment Inventory* a elle-même été créée par Müller en 1993, dans le but d'étudier « la relation affective unique qui se développe entre la mère et son fœtus » ; elle évalue ainsi l'attachement materno-fœtal durant la grossesse. Elle se compose de 21 questions explorant les dimensions affectives des représentations cognitives de la future mère envers son fœtus, ses pensées ou son comportement. La patiente répond à chaque item par une cotation de fréquence allant de 1 (presque jamais) à 4 (presque toujours), au cours du mois écoulé. L'échelle est unidimensionnelle et aboutit à un score compris entre 21 et 84. Ni l'échelle originale ni sa traduction française ne proposent de seuil critique, l'attachement prénatal étant simplement considéré plus fort lorsque le score se rapproche de 84. En 2009, elle était l'échelle la plus utilisée dans ce domaine de recherche, c'est pourquoi l'équipe de M.A. Jurgens en a proposé une traduction française. Leur étude confirme l'unidimensionnalité de l'échelle, avec une validité et une structure interne satisfaisantes. Par ailleurs il s'agit d'une échelle facile d'utilisation et bien acceptée, car rapide et s'intéressant à des domaines d'intérêt privilégiés de la femme enceinte. Si d'autres outils d'exploration des relations mère-fœtus semblaient plus complets, et pouvaient mener à des résultats plus solides dans leur cohérence avec la littérature, il s'agissait pour l'ensemble d'outils dont la cotation nécessitait des connaissances et formations bien spécifiques, donc non applicables dans le cadre de notre étude. La PAI dans sa version française nous a donc paru idéale pour la réalisation de la présente étude.

- ***Relationship Scales Questionnaire***

La version française du RSQ a été proposée par N.Guédénéy et son équipe en 2007, et publiée en 2010 (104). Le *Relationship Scales Questionnaire* a lui-même été élaboré en 1994 par Griffin et Bartholomew (20). En 2009, il s'agissait d'un des outils les plus utilisés

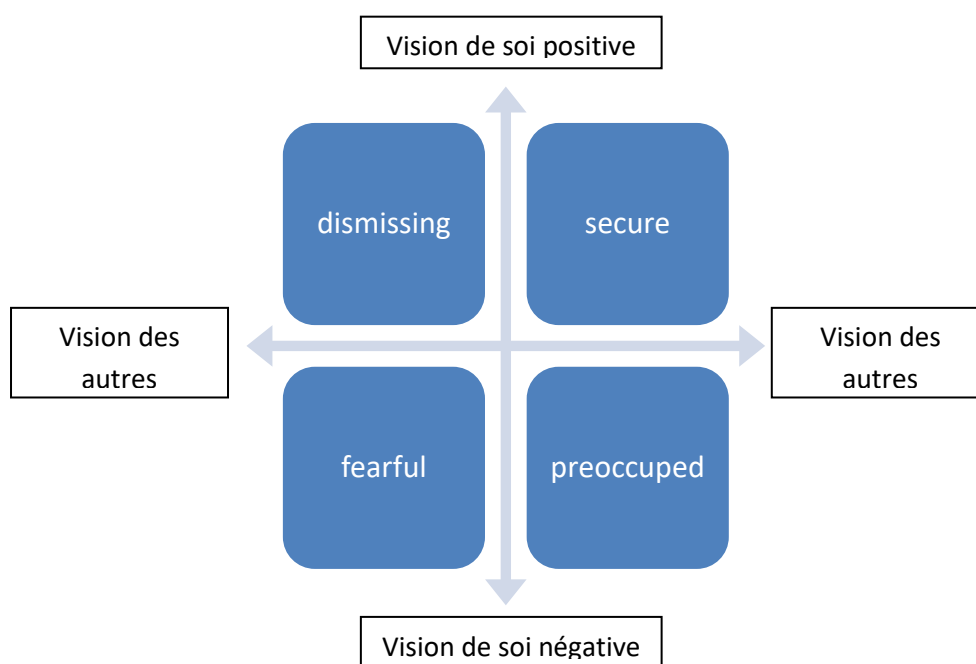
pour explorer les caractéristiques relationnelles liées à l'attachement dans les relations actuelles de personnes adultes, permettant de définir des « prototypes » d'attachement. Ces prototypes définissent des profils de stratégies de régulation émotionnelle et comportementale, de besoins et d'attente dans les relations sociales, en particulier face à la détresse. Le *RSQ* a été construit à partir du concept des Modèles Internes Opérants (MIO) de Bowlby, décrit plus haut dans ce travail. Il catégorise 4 schémas d'attachement chez l'adulte :

-style d'attachement « secure » correspondant à une représentation positive de soi et des autres (impliquant que ces derniers soient disponibles en cas de besoin).

-style d'attachement « fearful » (craintif) correspondant à une représentation négative de soi et des autres (impliquant un sentiment de faible valeur de soi et un sentiment de non-bienveillance des autres).

-style d'attachement « preoccupied » (préoccupé) correspondant à une représentation négative de soi mais positive des autres (impliquant que les autres puissent être aidants mais avec le sentiment de ne pas mériter cette aide).

-style d'attachement « dismissing » (détaché) correspondant à une représentation positive de soi mais négative des autres (impliquant qu'on ne doit rien attendre des autres et qu'il ne faut compter que sur soi-même).



Cependant Batholomew et son équipe ont ensuite fait évoluer leur outil catégoriel vers un outil dimensionnel, avec la possibilité de mesures continues pour chaque prototype. On obtient ainsi des scores « prototypiques » qui reflètent à quel point le sujet se sent affilié à chacun des prototypes. Ainsi le *RSQ* est un auto-questionnaire de 30 items, dont 17 définissent les 4 prototypes d'attachement. Le patient cote chaque item sur une échelle de Likert allant de 1 « pas du tout comme moi » à 5 « tout à fait comme moi ». Les scores pour chaque style correspondent à la moyenne obtenue aux items le composant.

Il est à noter que l'étude de validation du construit de la traduction française, effectuée par N. Guédeney et son équipe, ne confirme pas cette structure en 4 prototype. En effet, seul le prototype « détaché » présente une consistance interne satisfaisante dans la version française. N. Guédeney et son équipe proposent donc une nouvelle interprétation de l'échelle, basée sur une analyse factorielle à trois vecteurs : le facteur « évitement », le facteur « anxiété », et le facteur « sécurité ». Il est à noter que là encore, le facteur « évitement » est celui qui paraît le plus solide (expliquant 21.29% de la variance totale, contre respectivement 13.75 et 11.21% pour les facteurs « anxiété » et « sécurité »). Cette structure en 3 facteurs est cohérente avec la littérature de l'époque, décrivant une dimension continue « sécurité-insécurité », et deux dimensions caractérisant les stratégies relationnelles face à l'insécurité (« évitement » avec minimisation des questions liées à l'attachement, et « anxiété » avec maximisation des questions liées à l'attachement).

S'il existe de nombreux outils pour évaluer les états d'esprit des adultes quant à l'attachement, et donc les schémas d'attachement régis par les MIO sous-jacents chez l'adulte, la plupart nécessitent une formation longue pour en pratiquer la passation et la cotation, sont coûteux et contraignants à mettre en place. La version française du *RSQ* semblait donc un instrument de choix dans notre étude, l'outil ayant montré de bonnes qualités psychométriques, étant rapide et simple d'administration et de cotation.

- **Questionnaire ASSIST**

Le questionnaire ASSIST est un outil de dépistage des troubles addictifs explorant une à une l'ensemble des substances psychoactives, permettant aux soignants d'orienter leur prise en charge selon la cotation (105). Conçu et validé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2010, ce questionnaire étudie ainsi la fréquence des consommations et leurs répercussions sur le fonctionnement social du patient. La cotation, individualisée pour chaque substance, permet une classification en 3 rangs : 0 à 3 points, sans nécessité

d'intervention, que l'on caractérisera ici comme de l'usage simple ; 4 à 26, nécessitant une intervention brève, que l'on caractérisera ici comme de la dépendance modérée ; ≥ 27 , nécessitant un traitement plus intensif, que l'on caractérisera ici comme de la dépendance sévère. A noter que l'utilisation de SPA par voie Intra-Veineuse (IV) classe d'emblée la consommation comme dépendance sévère. Par ailleurs les scores concernant l'alcool sont différents, avec une répartition respectivement de 0 à 10, 11 à 26 et ≥ 27 points. Sa sensibilité varie de 54 à 97%, et sa spécificité de 50 à 96%, selon la substance concernée.

Nous avons ici appliquée l'échelle ASSIST aux trois mois précédant la découverte de la grossesse. En effet, la connaissance d'une grossesse en cours modifie très fréquemment le recours aux produits, dans un sens ou dans l'autre, et pour notre étude il s'agit bien d'évaluer le degré de sévérité de l'addiction sans ce facteur modérateur de la grossesse.

La fréquence des consommations a cependant été également évaluée dans le temps écoulé depuis la découverte de la grossesse, afin de mettre en évidence les modifications de recours au produit. Durant cette période de gestation le questionnaire ASSIST dans son entièreté n'aurait pas d'intérêt de graduation de la sévérité, puisque toute consommation de SPA durant la grossesse rentre d'emblée dans la catégorie des consommations à risque.

3. Résultats

3. a. Caractéristiques socio-économiques

Nous avons recueilli huit questionnaires, tous complets. Les huit femmes ayant participé à l'étude (désignées de « femme 1 » à « femme 8 » pour leur anonymat) maîtrisent toutes la langue française. Elles ont de 20 à 38 ans (moyenne de 30,25 ans) et vivent toutes en couple (dont deux sont mariées, les autres étant en concubinage). Trois ont stoppé leur scolarité avant le Baccalauréat (BAC), trois se sont arrêtées juste après le BAC, une a été en apprentissage, et une seule a entrepris des études supérieures. Deux seulement ont un emploi stable, tandis que cinq sont en recherche d'emploi et une en invalidité. Ainsi quatre d'entre elles considèrent leur situation financière comme précaire, deux la trouvent satisfaisante, et deux présentent une situation financière tout juste à l'équilibre.

	âge	statut marital	statut professionnel	niveau d'études	statut financier
Femme 1	30	couple	recherche d'emploi	> BAC	précaire
Femme 2	35	mariée	invalidité	BAC	précaire
Femme 3	20	couple	recherche d'emploi	< BAC	précaire
Femme 4	27	couple	recherche d'emploi	< BAC	stable
Femme 5	23	couple	recherche d'emploi	< BAC	à l'équilibre
Femme 6	37	couple	salariée	apprentissage	précaire
Femme 7	32	mariée	salariée	BAC	stable
Femme 8	38	couple	recherche d'emploi	BAC	à l'équilibre

Tableau 1 : situation socio-économique des participantes

3.b. Parcours obstétrical et situation familiale

Lors de la passation de l'étude, l'avancée dans leur grossesse allait de 13 à 40 Semaines d'Aménorrhée (SA), avec une moyenne à 29,25 SA. Deux d'entre elles seulement étaient encore dans leur 1^{er} trimestre de grossesse, une terminait son 2^{ème} trimestre, les trois autres étant dans leur dernier trimestre. Toutes les huit considéraient leur grossesse comme désirée, mais seules deux étaient « programmées » (les six autres ayant été « agréables surprises »). Une seule de ces grossesses a nécessité l'intervention d'aide médicale à la procréation, par ICSI (injection intracytoplasmique du spermatozoïde dans l'ovule). Toutes avaient bénéficié d'une ou plusieurs échographie(s), et aucune anomalie n'avait été détectée en dehors d'un placenta bas implanté chez la femme 4, sans conséquence sur le déroulement de la grossesse.

Pour trois de ces femmes il s'agissait de la première grossesse. Parmi les cinq autres, trois avaient antérieurement subi des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) mais n'avaient pas d'enfant, deux avaient des enfants (trois enfants, tous placés pour la femme 2 ; deux enfants vivant avec elle pour la femme 6).

	GnPn	Terme lors de l'étude	Terme lors de la découverte	désirée	programmée	AMP
Femme 1	G1P0	38 SA	6 SA	oui	non	non
Femme 2	G8P3	15 SA	5 SA	oui	oui	non
Femme 3	G2P0	33 SA	6 SA	oui	non	non
Femme 4	G4P2	27 SA	6 SA	oui	non	non
Femme 5	G2P0	40 SA	18 SA	oui	non	non
Femme 6	G2P0	38 SA	6 SA	oui	non	non
Femme 7	G1P0	30 SA	5 SA	oui	oui	oui
Femme 8	G1P0	13 SA	10 SA	oui	non	non

Tableau 2 : situation obstétricale et familiale

3.c. Cotations des différentes échelles

- ***Prenatal Attachment Inventory***

Les femmes de l'étude présentent une *PAI* comprise entre 37 et 74/84, pour une moyenne à 61. Il faut noter que les 2 patientes présentant les plus petits scores sont celles qui sont le moins avancées dans leur grossesse (37 pour la femme 8, à 13 SA ; 52 pour la femme 2, à 15 SA). Cependant le score le plus élevé est à 74, ce qui reste éloigné du score maximal de 84, bien que la patiente concernée soit à 40 SA.

- ***Relationship Scales Questionnaire***

Nous avons fait le choix de coter les résultats du *RSQ* selon les 2 systèmes d'analyse, avec les prototypes de la version originale ainsi qu'avec l'analyse factorielle de sa traduction française. Le score obtenu pour chaque style d'attachement correspond à la moyenne des cotations de 1 à 5 de l'ensemble des items le constituant :

- Secure -> moyenne des scores attribués aux items 3, 9 inversé, 10, 15 et 28 inversé
- Fearful -> moyenne des scores attribués aux items 1, 5, 12 et 24
- Preoccupied -> moyenne des scores attribués aux items 6 inversé, 8, 16 et 25
- Dismissing -> moyenne des scores attribués aux items 2, 6, 19, 22 et 26
- Evitement -> moyenne des scores attribués aux items 1, 2, 6, 10 inversé, 12, 19 et 26
- Anxiété -> moyenne des scores attribués aux items 5, 22, 24, 25 et 28
- Sécurité -> moyenne des scores attribués aux items 3, 8, 9, 15 et 16

Ainsi, un score supérieur à 3 dans le style « anxiété » indique que la patiente fonctionne de manière plus « anxieuse » que la moyenne par exemple. L'analyse étant dimensionnelle, chaque patiente obtient un score pour chaque schéma d'attachement. Le score le plus élevé indique son fonctionnement le plus présent dans ses relations interpersonnelles. Dans le Tableau 3, pour une lecture plus aisée, les scores prépondérants ont été mis en évidence pour chaque patiente, et pour chacune des 2 cotations (originale et dans sa version traduite).

Nous constatons que 6 femmes sur 8 présentent un schéma prépondérant « évitement », tandis que les deux autres se trouvent mieux correspondre aux affirmations du schéma « sécurité dans la relation ». L'utilisation de la cotation originale montre moins d'homogénéité, puisque 3 femmes montrent un schéma d'attachement prépondérant « secure », 3 fonctionnent essentiellement selon le schéma « fearful », et 2 selon le schéma

« preoccupied ». Rappelons que dans leur étude de validation de la traduction française du *RSQ*, Guédeney *et al.* mettaient en évidence une faible cohérence interne de ces 3 prototypes, le prototype « dismissing » semblant le seul construit solide (104). Nous pouvons noter que les deux patientes au schéma majoritairement « sécurisé » dans la cotation française sont les deux mêmes qui ont un schéma « preoccupied » au premier plan dans la cotation anglaise. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, 2 des items du *RSQ* sont en commun dans ces deux catégories de cotation (affirmations 8 et 16).

	PAI /84	évitement	anxiété	sécurité	secure	fearful	preoccupied	dismissing
Femme 1	64	2,6	1,8	3,4	3,4	2,5	3,5	2,2
Femme 2	52	3,6	3,2	2	1,4	4	2	2,4
Femme 3	59	4,1	2,6	3,4	2,6	4	2,5	3,4
Femme 4	66	2,4	1,4	1,4	3,8	2	2	2,6
Femme 5	74	4	2,2	2,8	4,2	4	2,25	3,6
Femme 6	64	4,3	2,4	3,6	2,6	4	2,75	3,4
Femme 7	72	2,6	1	2,2	4,2	1,75	1,5	2,4
Femme 8	37	3,3	3,2	4,2	3,2	3	4,5	3
moyenne	60,63	3,36	2,23	2,88	3,18	3,16	2,63	2,88

Tableau 3 : cotations de la PAI et de la RSQ

- **Questionnaire ASSIST**

La sévérité de l'addiction, antérieurement à la grossesse, a été cotée pour chaque catégorie de substances (tabac, boissons alcoolisées, cannabis, cocaïne, stimulants, solvants, calmants ou somnifères, hallucinogènes et opiacés) selon trois grades : usage simple (score de 0 à 3, ou 0 à 10 pour l'alcool), addiction modérée (score de 4 à 26, ou de 11 à 26 pour l'alcool) et addiction sévère (score ≥ 27 ou utilisation par voie IntraVeineuse). Toutes les patientes incluses ont une polyconsommation, et toutes ont une dépendance modérée ou sévère à au moins une substance. Cinq des participantes présentent une addiction sévère : à la cocaïne pour l'une, aux opiacés pour les quatre autres d'entre elles, dont l'une souffre également d'une addiction sévère à l'alcool et au cannabis. Deux des patientes utilisent la voie IntraVeineuse pour s'administrer leur produit. Toutes ont une addiction modérée au tabac, parfois utilisé uniquement conjointement au cannabis. L'alcool est présent pour la moitié des patientes (dont 3/4 en usage simple), de même que la cocaïne (dont 2/4 en usage simple), et les opiacés (les 4 en addiction sévère). Le cannabis est consommé par six d'entre elles (addiction modérée pour 5/6, sévère pour 1/6). Les calmants et stimulants sont les deux seules autres catégories de substance faisant l'objet d'un usage répété. Si la plupart

des patientes ont pu consommer d'autres types de SPA (hallucinogènes ou solvants) dans leurs parcours, ce n'était pas le cas dans les trois mois ayant précédé la découverte de la grossesse.

La fréquence des consommations a également été évaluée dans le temps écoulé depuis la découverte de la grossesse (limité aux trois mois précédant la passation du questionnaire, si la découverte de la grossesse remontait à plus de trois mois). Une seule des patientes n'a pas modifié ses consommations, une autre a commencé à consommer du cannabis au cours de la grossesse. Toutes les autres ont soit diminué, soit arrêté une ou plusieurs de leurs consommations, dont l'une a stoppé toute prise de SPA dès le début de la grossesse. Concernant le cannabis, seule la femme 6 a pu diminuer sa consommation ; elle est également la seule à avoir diminué sa prise de tabac (en dehors de la femme 7 qui a tout arrêté).

Les quatre femmes consommant des opiacés bénéficient d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) pour trois d'entre elles (ce qui n'est pas le cas de la femme 5). L'une de ces trois femmes (femme 8) continue cependant de consommer également de l'héroïne au cours de sa grossesse.

Deux des patientes n'avaient jamais bénéficié de soins addictologiques avant la grossesse (femme 1 et femme 4). Au cours de celle-ci, les soins ont consisté en des consultations régulières pour 5 femmes, ponctuelles pour 2 (femme 1 et femme 7), et en une hospitalisation en service psychiatrique pour la dernière (femme 2). Toutes bénéficient également de traitements médicamenteux (patch de nicotine et/ou TSO), en dehors de la femme 7 qui n'a recours à aucune aide médicamenteuse au sevrage.

Toutes les patientes déclarent que le fait de se savoir enceinte les a aidé à diminuer leurs consommations, y compris la femme 4 dont la fréquence des consommations n'avait pas diminué au questionnaire, et la femme 5 qui a débuté une prise de cannabis au cours de la grossesse.

	usage	addiction modérée	addiction sévère	IV	modifications durant la grossesse
Femme 1	alcool	tabac, cannabis		non	↘ alcool
Femme 2		tabac, calmants	cocaïne	oui	↘ calmants
Femme 3	cocaïne	tabac, cannabis, stimulants		non	↕ cocaïne et stimulants
Femme 4		tabac, alcool, cannabis	opiacés	non	Pas de modification
Femme 5		tabac	opiacés	oui	apparition cannabis
Femme 6	alcool	tabac, cannabis, cocaïne, stimulants, calmants	opiacés	non	↕ alcool, cocaïne, calmants, stimulants
Femme 7	alcool	tabac, cannabis		non	↘ tabac et cannabis ↕ de toute consommation
Femme 8	cocaïne	tabac	alcool, cannabis, opiacés	non	↕ cocaïne

Tableau 4 : degré de sévérité de l'addiction avant la grossesse et évolution au cours de la grossesse

4. Discussion sur l'étude clinique

4.a. Interprétation des résultats

Les résultats à ces auto-questionnaires permettent de croiser les regards des champs de l'addictologie et de l'attachement, à la fois adulte et prénatal dans une perspective de transmission de l'attachement. Il est ainsi tout à fait intéressant de constater que six femmes sur huit, dans cette population de patientes addictes, présentent un fonctionnement dans les relations interpersonnelles correspondant majoritairement au schéma d'attachement « évitement », soit 75% de notre échantillon, quand la prévalence de ce type d'attachement dans la population adulte générale est de 16% (25). Parmi les cinq femmes souffrant d'addiction sévère aux SPA, quatre présentent ce même schéma d'attachement évitant. Une seule, la femme 8, présente un attachement majoritaire « sécurisé », mais comme nous le verrons plus tard sa relation aux produits est particulièrement en lien avec un traumatisme tardif (cf *rencontre avec Mme D.*). Cependant le classement de l'échantillon selon le score croissant obtenu à chacun des trois facteurs « évitement », « anxiété » ou « sécurité » dans la relation ne paraît pas lié dans un sens ou dans l'autre au degré de sévérité de l'addiction (cf annexe 2).

Au sein de ces six femmes majoritairement « évitantes », les scores obtenus à la PAI sont très variables. Le classement de l'échantillon selon un score croissant à la PAI (Tableau 5) ne met en avant aucun lien évident avec un schéma particulier d'attachement selon la

cotation française du *RSQ*. En revanche, cette organisation nous permet de constater que sur notre échantillon, les trois femmes ayant les scores les plus élevés à la *PAI* sont aussi celles qui ont le score le plus élevé au prototype « secure » de la cotation originale du *RSQ*.

	PAI /84	évitement	anxiété	sécurité	secure	fearful	preoccupied	dismissing
Femme 8	37	3,3	3,2	4,2	3,2	3	4,5	3
Femme 2	52	3,6	3,2	2	1,4	4	2	2,4
Femme 3	59	4,1	2,6	3,4	2,6	4	2,5	3,4
Femme 1	64	2,6	1,8	3,4	3,4	2,5	3,5	2,2
Femme 6	64	4,3	2,4	3,6	2,6	4	2,75	3,4
Femme 4	66	2,4	1,4	1,4	3,8	2	2	2,6
Femme 7	72	2,6	1	2,2	4,2	1,75	1,5	2,4
Femme 5	74	4	2,2	2,8	4,2	4	2,25	3,6

Tableau 5 : classement selon un score croissant à la *PAI*

Ainsi, relativement à notre hypothèse de base, que l'on pourrait schématiser comme « plus l'attachement de la mère est insécure, plus l'addiction est sévère, plus l'attachement prénatal est faible », cette étude sur un échantillon de huit femmes alimente partiellement une réflexion en ce sens. En effet, une grande majorité (80%) des femmes ayant une addiction sévère dans notre échantillon ont un schéma d'attachement majoritairement « évitant ». Cependant cette relation ne montre pas de linéarité dans la sévérité de l'un comparativement à l'autre (trouble addictif/attachement évitant). Par ailleurs la qualité de l'attachement prénatal, quantifiée par la *PAI*, ne semble pas liée aux schémas d'attachement selon la cotation française du *RSQ*, mais apparait ici plus importante pour les trois femmes ayant les scores les plus élevés à la cotation originale du prototype « secure ». Cela va dans le sens de la constatation inverse, en miroir de notre hypothèse « plus le schéma d'attachement de la mère est sécure, meilleur est l'attachement prénatal ».

Cependant nous le rappelons, il ne s'agit ici que d'interprétations enrichissant une réflexion, la faible taille de l'échantillon ne permettant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Aucune corrélation directe ne peut donc être affirmée.

4.b. Comparaison aux données existantes

Dans leur étude des propriétés psychométriques de la version française de la *PAI*, M.A. Jurgens *et al.* ont appliqué ce questionnaire à 112 femmes enceintes en population générale ; la moyenne obtenue est de 60.1, donc très proche de notre propre moyenne à 61 (103). Cependant notre moyenne concerne des femmes présentant des conduites

addictives, chez lesquelles il était attendu un score moyen de *PAI* plus faible qu'en population générale. En effet il nous semblait que ces femmes, préoccupées par leurs dépendances et en difficulté pour accepter les remaniements de la grossesse, présenteraient un investissement moindre du fœtus et un attachement prénatal plus faible que la moyenne en population générale, ce qui ne s'avère pas exact au sein de notre échantillon. Le biais de recrutement, selon lequel les femmes ayant participé à l'étude sont engagées dans une démarche de soins pour s'adapter à leur état de grossesse, en est une explication possible.

L'étude de M.A. Jurgens *et al.* donne par ailleurs de nombreuses informations sur l'utilisation de la *PAI* en population générale. Ils soulignent ainsi que 72 études ont utilisé la *PAI* entre 1993 et 2008, permettant l'exploration de différents domaines. Concernant les possibles liens avec les facteurs socio-démographiques, les études montrent une implication inconstante et modérée sur la qualité de l'attachement prénatal. Dans notre étude, il ne semble pas non plus y avoir de corrélation évidente entre la situation socio-économique des patientes et leur score à la *PAI*.

L'étude de M.A. Jurgens *et al.* pointe également l'impact de la perception des mouvements actifs fœtaux (MAF). Ici, nous constatons que le score de *PAI* le plus faible est celui de la femme 8, nettement inférieur aux autres, ce qui semble cohérent puisque cette patiente ne ressentait pas les mouvements de son bébé lors de la passation du questionnaire. Dans leur étude, les femmes primipares ont un attachement prénatal plus élevé, ce qui n'est pas retrouvé ici. Par ailleurs, il apparaît dans leur recherche que la connaissance du sexe du bébé est aussi corrélée à un score plus élevé ; nous n'avons pas accès à cette information dans notre étude.

Un domaine d'exploration particulièrement intéressant pour notre sujet présent a été l'exploration de la valeur prédictive de la *PAI* sur l'attachement mère-enfant après la naissance. Ainsi, Siddiqui *et al.* ont mis en évidence une corrélation entre un attachement prénatal élevé et un investissement plus important de la mère dans les interactions avec son enfant trois mois après la naissance (75). Damato a de son côté montré une corrélation entre attachement pré et post-natal, après ajustement de la variable « dépression post-natale » (106). Cela va dans le sens d'une transmission des liens d'attachement.

Du côté de nos résultats au *RSQ*, nous retrouvons les observations de Guédeney *et al.* concernant la faible concordance entre l'analyse prototypique et l'analyse en trois facteurs.

En effet trois des quatre patientes ayant un fonctionnement avant tout « secure » selon la cotation originale, correspondent à un fonctionnement majoritairement « évitant » selon la cotation française. Au sujet des quatre prototypes originaux, Guédeney *et al.* reprennent la critique de Bäckström et Holmes selon laquelle cette échelle pourrait refléter plus d'une dimension (107). Concernant l'utilisation du *RSQ* au cours de la grossesse, Monk *et al.* montraient un lien entre le profil prototypique d'attachement et l'attitude vis-à-vis de la grossesse (70) ; notre étude ne permet pas de retrouver un tel lien.

Concernant le profil addictologique de nos patientes et leur schéma d'attachement, notre étude rejoint les données existantes, mettant en avant une majorité de schéma « évitants » dans les populations souffrant d'addiction (45,108,109). Comme nous l'avons vu plus haut, Bartholomew notait une corrélation entre addictions et schéma « craintif évitant » ; dans notre échantillon, ce schéma n'est majoritaire que chez trois des huit patientes (20).

A notre connaissance, il n'existe pas d'études cherchant une corrélation entre la sévérité de l'addiction et la qualité de l'attachement prénatal. Nous ne pouvons donc malheureusement pas appuyer nos résultats sur des données existantes en ce domaine.

4.c. Limites de cette étude

Comme nous l'avons exposé, il ne s'agissait pas ici de démontrer des corrélations statistiquement valables entre les schémas d'attachement adulte, la sévérité de l'addiction et l'attachement prénatal, mais uniquement d'enrichir une réflexion. Les limites à cette étude sont donc nombreuses. La faible taille de l'échantillon tout d'abord. Nous pouvons malgré tout souligner que cet effectif est raisonnable compte tenu du recrutement durant uniquement huit mois, et dans uniquement trois centres de consultation d'une même ville. Il faut cependant noter l'existence très probable d'un biais de recrutement, puisque les femmes qui ont participé à l'étude sont celles qui ont sollicité un recours aux soins ; or nous avons dit que cela ne représentait pas la majorité des patientes consommatrices de produits durant leur grossesse.

Les outils utilisés d'autre part, quoique validés par des études internationales, ont été avant tout choisis pour leur facilité d'administration et la simplicité d'utilisation et de cotation. D'autres outils auraient pu explorer les domaines de l'attachement adulte et de l'attachement prénatal de façon plus solide, permettant une meilleure corrélation et des

comparaisons plus construites à la littérature existante. Nous pouvons en particulier penser à l'*Adult Attachment Interview* et à l'*IRMAG*, toutes deux décrites plus haut. En effet, l'utilisation de l'*IRMAG* a déjà permis de mettre en évidence une corrélation directe entre l'état mental de la mère durant la grossesse et l'attachement mère-enfant à 1 an, ce qui illustre de manière solide la corrélation entre attachement pré et post-natal. L'*AAI* de son côté, en tant que questionnaire princeps des « états d'esprit actuels de l'adulte quant à l'attachement », aurait permis une meilleure catégorisation de nos patientes dans un schéma ou un autre, en lien direct avec les schémas d'attachement décrits dans les travaux originaux de Bowlby et Ainsworth. La version française du *RSQ* utilisée ici, bien qu'ayant de bonnes propriétés psychométriques, n'offre pas de catégorisation selon ces schémas princeps. Les facteurs « sécurité » et « anxiété » sont par ailleurs définis selon des items du *RSQ* qui sont à notre sens discutables (l'affirmation « j'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne » participant à la cotation du schéma « sécurité dans la relation » par exemple), et n'expliquent d'ailleurs respectivement que 11.21 et 13.75% de la variance totale.

Le score obtenu à la *PAI* dépend fortement de l'avancée dans la grossesse, puisque les représentations maternelles et l'investissement dans la grossesse sont en perpétuelle évolution au cours de celle-ci. Dans notre échantillon, le terme de la grossesse lors de la passation est variable, introduisant un important biais dans l'interprétation du score obtenu.

Concernant le questionnaire *ASSIST*, comme l'une des patientes l'a souligné, aucune différence n'est faite entre le recours aux opiacés type héroïne, et aux TSO (méthadone ou buprénorphine), ce qui implique pourtant une conduite sous-jacente et un recours aux soins très différents. Par ailleurs cet outil est avant tout à destination des soignants afin d'orienter leur prise en charge, et la graduation de la sévérité de l'addiction selon le score obtenu n'en est qu'une extrapolation. Cet outil avait pour autant l'intérêt d'explorer simultanément mais de manière différenciée l'ensemble des SPA.

B. Etudes de cas : entretiens avec 3 patientes de l'échantillon

Au-delà de la passation d'un auto-questionnaire afin d'enrichir notre réflexion par des données cliniques chiffrées et graduées, nous avons souhaité rencontrer des patientes de notre échantillon afin d'approfondir leur parcours. Il nous semblait en effet important d'illustrer des résultats gradués sur des échelles par des situations concrètes. Trois patientes

ont accepté de nous rencontrer. Ces rencontres ont pris la forme d'échanges libres, durant lesquels l'accent était mis sur leurs souvenirs d'enfance, la situation familiale et sociale dans laquelle elles avaient grandi, leurs relations interpersonnelles mais aussi l'anamnèse de leur parcours addictologique et leur vécu de la grossesse en cours. Pour raisons d'anonymat, les noms et prénoms de ces trois patientes ont été modifiés.

1. Rencontre avec Mme V.

Elise V. (femme 7) est une jeune femme de 32 ans. Elle en est à 30 SA lorsque je la rencontre, l'accouchement est prévu deux mois et demi plus tard. C'est une femme mariée, qui présente une activité professionnelle stable, elle est aide-soignante dans une structure hospitalière. Elle décrit elle-même son statut social et financier comme stable et satisfaisant. Nous nous rencontrons par le biais d'une consultation obstétricale dédiée à l'addictologie. En effet, depuis l'âge de 18 ans, Elise consomme quotidiennement du cannabis, au rythme de 4 ou 5 joints par jour, voire 7 ou 8 les jours non travaillés, jusqu'à 10 en cas de soirée festive. Sa rencontre avec les SPA est antérieure, puisque sa première consommation de tabac remonte à l'âge de 10 ans (actuellement elle n'en consomme que dans ses joints), et celle d'alcool à 13 ans. Concernant l'alcool, c'est un recours qui n'a eu lieu qu'à 2 reprises durant l'adolescence, à chaque fois de manière massive, ayant ensuite entraîné un rejet durable de la substance. Elise décrit des épisodes de déréalisation lors de ces alcoolisations, avec des crises de colère, « je me faisais peur ». Actuellement Mme V. n'en consomme que modérément, de manière festive. Elle s'est toujours interdit d'expérimenter d'autres substances et s'y est tenue, de même qu'elle s'était toujours imposé d'attendre 18 ans pour consommer du cannabis. A la lumière de ces démarches qu'elle considère volontaires et dont elle conclut avoir la maîtrise, Elise revendique ne pas être dépendante et consommer « par effet de mode ».

Le schéma familial de Mme V. est complexe. Seule enfant du couple parental, elle a un demi-frère de six ans son aîné par sa mère, et deux demi-frères de sept et huit ans de plus par son père. Ces deux derniers étaient peu présents dans son enfance. Elise n'ajoutera qu'à la fin de notre rencontre qu'elle a une autre demi-sœur, issue d'un viol de sa mère lorsque celle-ci avait douze ans. Elles ont treize ans d'écart et cette demi-sœur a quitté le domicile à quinze ans, mais Elise se dit dans une relation fusionnelle à cette sœur, dont elle a connu l'identité conceptionnelle quand elle avait une dizaine d'années. Cette sœur consomme massivement diverses SPA, et Elise jette un regard très critique sur l'effet de ses

consommations sur ses capacités à être une « bonne mère » (elle a en effet trois enfants, qui selon Elise présentent un retard de développement). Elle ajoutera ensuite qu'elle est également fusionnelle avec une « sœur de cœur », une jeune femme du même âge ayant été « recueillie » par la famille à ses treize ans et ayant ensuite vécu au sein du foyer jusqu'à ses 18 ans. Cette jeune fille avait à l'époque « fugué » de l'ITEP où elle était accueillie, et sa présence au sein du domicile d'Elise semble avoir été passée sous silence auprès des administrations.

Mme V. décrit ainsi sa famille comme très soudée, dans des liens fusionnels de part et d'autres (mère-fille, mère-fils, entre fratrie), et surtout dans une position de protection universelle envers toutes les personnes pouvant avoir besoin d'aide. Son père essentiellement, décédé douze ans plus tôt, est décrit comme une personne ressource pour ses proches, mais aussi pour les inconnus du quartier. Mme V. est dans une identification massive à cette représentation, décrivant qu'elle-même enfant cherchait à prendre en charge les bébés pouvant être hébergés au domicile familial, ou créait des animations pour les enfants du quartier à l'adolescence. Les consommations de diverses SPA de ce père, quotidiennes et exposées au grand jour, sont totalement banalisées, de même que les épisodes de violence qui ont pu succéder à des alcoolisations massives. Elise a pourtant souvenir qu'il a été quitté par sa précédente épouse du fait de ces violences sous alcool, et qu'il a pu être violent avec sa propre mère régulièrement entre sa naissance et ses trois ans, puis de nouveau quand elle avait 15 ou 16 ans. Ces derniers épisodes de violence sous alcool sont « expliqués » par le fait que ce père traversait alors une période de dépression suite à une algodystrophie. Par ailleurs, Elise rajoutera qu'il « culpabilisait beaucoup de ces accès de violence ». Il est dit de ce père qu'il a lui-même eu une enfance « difficile », marquée par des décès familiaux et l'alcoolisme du grand-père. La mère de son côté, très peu présente dans le discours de Mme V., ne consommait que du tabac. Elle est décrite comme une femme aimante mais tourmentée, souvent débordée, dont il fallait s'enquérir de l'état pour pouvoir la protéger. Elise répètera à plusieurs reprises qu'elle devait prendre soin de sa mère étant plus jeune. Actuellement cette dernière vit avec un nouveau compagnon, consommateur d'alcool, ce qui selon Mme V. pousse sa mère à consommer également. Cela peut un peu l'inquiéter, mais elle se rassure car elle voit sa mère « revivre » grâce à un certain confort financier, lui permettant entre autre de faire des voyages. La situation financière de la famille durant l'enfance de la patiente est en effet décrite comme préoccupante, mais Mme V. déclare « n'avoir manqué de rien ».

Elise a rencontré son compagnon à l'âge de 17 ans. Lui-même consommait déjà de l'alcool, du tabac et du cannabis à l'époque. Ce compagnon est venu vivre au domicile de la patiente 6 mois après leur rencontre, et ce pendant plus de 2 ans avant qu'ils ne prennent leur indépendance d'hébergement.

Lors de notre rencontre Mme V. vit sa première grossesse, consécutive à un parcours de PMA débuté 8 ans plus tôt. Elise peut dire avoir eu très jeune un désir d'enfant, « dès 14 ans », mais voulait attendre d'avoir un diplôme d'abord. Son compagnon a toujours été en accord avec ce désir de parentalité. Cependant aucun des 3 embryons précédemment implantés n'avait pu se nicher. Durant cette période qu'Elise nomme difficile, dans l'attente d'une grossesse, elle a accompagné sa sœur subir un avortement, ainsi qu'une amie. Dans son récit cela semble assez désaffectivé, comme si cela correspondait à ses responsabilités de sœur ou d'amie sans qu'aucun questionnement émotionnel ne soit possible. Elle verbalise « j'avais compris que je devais le faire, je savais faire la part des choses ». Après une « pause » de trois ans, le couple a décidé de faire une dernière tentative d'ICSI. Elise verbalise « cette ponction était la dernière tentative, je n'étais pas confiante ». Elle et son compagnon se projetaient dans une procédure de don de sperme dans le cas où cette dernière tentative échouerait (Elise ne présentant pas d'hypofertilité de son côté). Mais « dès que j'ai su que l'embryon s'était niché, j'ai su que tout allait bien se passer ».

Dès l'annonce d'une grossesse en cours, Elise peut dire avoir massivement investi ce bébé. Elle dit l'avoir aussitôt visualisé, lui avoir immédiatement imaginé des ressemblances avec elle ou son mari. Elle ne note pas de modification dans sa relation à son bébé lors de l'apparition des mouvements fœtaux, expliquant qu'elle avait toujours considéré qu'il était actif dans son ventre. Elle a prénommé son bébé dès qu'elle a su le sexe (un garçon), mais s'adressait à lui par « mon doudou » dès la 1^{ère} échographie de contrôle de l'implantation, à 6 SA. Lors de notre rencontre, elle prend plaisir à se projeter dans sa relation future avec ce bébé, notamment sur les activités partagées et les valeurs à transmettre (activités manuelles et valeur d'entraide), et ce depuis plusieurs semaines déjà. Elle imagine une relation fusionnelle à son enfant, et considère que cet enfant devra être proche d'elle. Matériellement, Elise annonce que tout est déjà prêt pour l'arrivée de ce bébé, mais lorsque l'on questionne on s'aperçoit que ce ne sont que des projets, dont la réalisation est en suspend en attendant un déménagement prochain. Mme V. note que l'annonce de la grossesse à sa mère les a rapprochées, que cette grand-mère est aux petits soins pour sa fille depuis. Bien qu'il y ait déjà de nombreux petits-enfants dans la famille, cette grossesse

semble prendre une place particulière pour la mère d'Elise, du moins dans la représentation que cette dernière en a.

Vis-à-vis du recours aux produits, Elise a parlé de sa consommation de cannabis dès la première consultation en PMA, et a stoppé toute consommation de SPA depuis l'implantation de l'embryon. Elle avait déjà stoppé toute prise lors des précédentes tentatives d'ICSI, mais avait repris après leurs échecs. Elle ne souhaite cette fois pas reprendre mais verbalise une certaine crainte sur sa capacité à résister à des propositions en soirée. Elle imagine que penser à son enfant suffira à la contenir. Pour la grossesse en cours, ayant stoppé toute prise de substance psychoactive et ne se considérant pas « dépendante », Elise n'a pas poursuivi les consultations addictologiques après celle de début de grossesse. Dans son discours, elle pense adopter vis-à-vis de son enfant la même position et le même discours sur les produits que ses parents ont eu avec elle. En pratique, elle n'envisage pas de consommer devant son enfant, pouvant dire que cela ne correspond pas à l'image d'une mère. La consommation de SPA par le père devant l'enfant serait moins problématique pour Elise. Elle pointe cependant que son compagnon cherche lui aussi à arrêter pour la naissance, lui-même ne comprenant pas l'attitude du père d'Elise qui fumait du cannabis devant ses enfants.

Lors de cette rencontre, Elise a accepté la passation de la version française de la *Prenatal Attachment Inventory* (103), cotée à 72/84. Selon le questionnaire d'évaluation des consommations ASSIST (105), Elise présentait avant la grossesse une consommation de cannabis considérée comme « addiction modérée ». La passation de la version française du *Relationship Scales Questionnaire* (104) note selon la cotation originale la prédominance d'un schéma d'attachement « secure » (à 4,2, la moyenne étant à 3), suivi d'un schéma « dismissing » (à 2,4), les schémas « fearful » et « preoccupied » étant cotés respectivement à 1,75 et 1,5. La cotation française montre un schéma d'attachement « évitant » prédominant à 2.6 (cf Tableaux 3 et 4).

2. Rencontre avec Mme F.

Cécile F. (femme 6), 37 ans, a effectué la passation du questionnaire de l'étude lorsqu'elle était à 38 SA, soit trois semaines avant la date prévue du terme. Cependant, lorsque je la rencontre, en présence de son compagnon, elle a accouché trois jours auparavant d'un petit garçon. Mme F. a été suivie en consultation spécialisée « grossesse et addiction » pour une polyconsommation de SPA. Elle consomme quotidiennement depuis

ses 14 ans du tabac et du cannabis, puis a eu recours à des prises quotidiennes de cocaïne pendant une dizaine d'années ; à l'âge de 29 ans, elle a expérimenté l'héroïne (jamais par voie intraveineuse), et s'en est très vite trouvée dépendante. Après une tentative de sevrage seule, elle a eu recours à un traitement de substitution par méthadone. Des prises d'héroïne ont pu survenir sporadiquement, en sus du TSO, qu'elle prend actuellement à 70mg/jour. Elle a expérimenté de multiples prises de diverses SPA durant son parcours, et gardait une consommation régulière voire quotidienne de tabac, alcool, cannabis, cocaïne, somnifères, et opiacés dans les semaines précédant la découverte de la grossesse. Au cours de celle-ci ont persisté des consommations de tabac, parfois de cannabis, et la prise de son TSO.

Cécile est en couple depuis l'adolescence. Elle présente une situation sociale stable mais financièrement précaire, occupant un emploi peu payé. Aînée d'une fratrie de trois, elle a deux petits frères tous deux consommateurs de SPA, dont un qui selon Cécile « a arrêté beaucoup de choses pour la naissance de sa fille mais revient de loin ». Elle a également trois demi-frère et sœurs par une seconde union de sa mère. Cécile peut dire avoir été élevée essentiellement par sa grand-mère maternelle, d'autant plus après la séparation du couple parental (actée par un départ de sa mère) à l'âge de 9 ans. Elle a ensuite rejoint le domicile de sa mère au décès de cette grand-mère à l'âge de 12 ans, puis a été « mise à la porte » par son beau-père à l'âge de 15 ans. Dans son discours la position maternelle semble distante, motivant très tôt à un fonctionnement autonome. Mme F. note une grande différence entre le comportement de sa mère avec les bébés, qu'elle « adore » et dont elle est très proche, et celui avec les enfants plus grands, qui se situerait plutôt du côté du rejet : « elle nous disait " débrouille-toi " quand on grandissait ».

La relation de Cécile à sa mère est marquée de périodes de fusion et de ruptures, avec notamment « beaucoup d'amour jusqu'à 6 ans », mais quelques années plus tard une perte totale de lien pendant 3 ans, avant que la naissance de ses demi-sœurs ne permette de renouer le contact. Dans les suites leur relation a été particulière, impactée par le biais professionnel puisque Cécile et ses frères ont été amenés à travailler pour l'entreprise créée par sa mère et son beau-père (celui-là même qui l'avait mise à la porte du domicile lorsqu'elle avait 15 ans). Cécile peut verbaliser une forte colère contre sa mère, qu'elle met en lien avec le fait d'avoir quitté son père « alors qu'il n'avait rien fait de mal », mais aussi avec des menaces suicidaires entendues de manière récurrente qui la « mettaient en miettes ». La relation au père est difficile à évaluer, il semble investi positivement bien que

peu présent. Mme F. peut dire avoir soigné son père avant son décès en 2013. Elle a également pris soin de son grand-père maternel avant qu'il ne décède en 2014. Cécile ajoute que dans cette même période, elle a également dû affronter le décès de 2 de ses chiennes, ce qui a été très dur pour elle.

Concernant les consommations de produits chez ses parents, Cécile a toujours cru que son père consommait du cannabis quotidiennement mais dit en avoir été récemment détrompée, il semblerait qu'il ait arrêté avant la naissance de ses enfants. Pour autant, Cécile le décrit « très ouvert sur le sujet, puisqu'il avait connu ça ». Sa mère consomme depuis longtemps de manière excessive de l'alcool, et présente des troubles du comportement alimentaire. Cécile met cela en lien avec des abus sexuels dont cette mère a été victime dans son enfance par un ami de la famille. La mère de Mme F. était elle-même en conflit avec sa propre mère, pour une raison que Cécile ne connaît pas, et pour laquelle elle ne fait pas spontanément de lien avec les abus subis par sa mère. En effet, lors de la séparation du couple parental, la grand-mère maternelle de Cécile « était d'accord pour nous prendre tous les trois, mais ne voulait pas de ma mère chez elle ». Durant les trois années qui ont suivi, et avant son retour au domicile maternel au décès de sa grand-mère, Cécile n'a eu que peu de rapport avec sa mère. Cela se résumait pour elle à « faire le messager entre ma mère et mon père ».

La grossesse de Mme F., en cours lors de l'étude, était attendue depuis une dizaine d'années. En couple avec le même compagnon, lui aussi consommateur des mêmes SPA, depuis leurs 17 ans, ils étaient attachés à l'idée d'un enfant « naturel » et n'ont donc jamais eu recours à la PMA. La difficulté à concevoir cet enfant les renvoyait régulièrement à la première grossesse du couple, à 17 ans, pour laquelle Mme F. avait pratiqué une IVG à la demande de son compagnon. « On finissait par penser que la nature se vengeait, qu'elle nous punissait d'avoir tué ce bébé, qu'on ne pouvait pas se plaindre car on aurait dû le garder ». Au sujet de cet IVG, Cécile a le souvenir d'avoir été culpabilisée par sa mère, l'encourageant à poursuivre la grossesse. Cécile lui avait alors répondu « pour que je fasse comme toi avec nous, ce n'est pas la peine » (Cécile est l'aînée de sa fratrie, sa mère avait 20 ans à sa naissance). Les échecs répétés de grossesse s'accompagnaient également de tentatives de rationalisation, « on est trop nombreux sur Terre ». C'est au cours d'une période douloureuse d'annulation d'un voyage en Inde, « un rêve d'enfant parti en fumée », que cet enfant a finalement été conçu. Cette conception est très idéalisée dans la

représentation parentale, « pour une fois on faisait l'amour avec un vrai désir, pas pour concevoir un bébé », « c'était magique, le plaisir était intense », « on n'était loin d'imaginer que ça marcherait (la fécondation) ». La découverte de la grossesse, six semaines plus tard, a été un moment d'euphorie fortement teintée de culpabilité, Cécile ayant augmenté ses consommations et repris en particulier de l'héroïne.

Dès le début, la grossesse a été réparatrice, « il n'y avait que l'annonce d'une grossesse qui pouvait nous reconstruire après l'annulation du voyage ». Cécile peut dire sa difficulté initiale à concevoir la grossesse, « j'ai fait un scandale pour avoir une échographie à 8 SA, j'avais besoin de voir pour être sûre que c'était réel ». Les mouvements fœtaux ont d'abord été perçus comme une volonté du bébé de la rassurer, « il me montrait qu'il était toujours là », mais sont ensuite progressivement devenus angoissants, « j'étais inquiète car je croyais qu'il voulait sortir » (et elle fait le geste d'un bébé sortant directement par l'abdomen). L'ensemble de la grossesse a été marqué par une angoisse massive vis-à-vis du cordon ombilical, jusqu'à l'accouchement où Cécile explique « j'ai poussé comme une malade, j'avais peur que le cordon le retienne à l'intérieur de moi ». Il ressort de son discours que le fœtus était peu présent dans son individualité pendant la grossesse. Il n'a toujours été nommé que par « le bébé ». Matériellement, le couple dit avoir mis du temps à préparer l'arrivée de ce bébé. Lors de notre rencontre, il est placé en rempart contre les consommations, « il nous fait nous dépasser », « maintenant qu'il est là on sait qu'on va arrêter ». Il est également réparateur de la relation de Cécile à sa mère : celle-ci est décrite très investie dans la grossesse, après avoir elle-même acheté le test de grossesse à sa fille. Cécile a entendu de sa mère « j'ai tout foiré avec vous trois ; toi le jour où tu feras un enfant ce sera différent ».

Vis-à-vis des produits, Cécile et son compagnon décrivent un processus d'accès au soin progressif depuis une dizaine d'années. Ils verbalisent tous deux la difficulté à solliciter un traitement par méthadone, par crainte d'être « fichés ». Après une tentative de sevrage par elle-même douloureuse et ratée, Cécile s'est résolue à solliciter l'aide son frère, alors lui-même sevré, qui l'a orientée vers un addictologue. Elle y a ensuite mené son compagnon. En arrivant dans la région nantaise, leur priorité a été de poursuivre le suivi addictologique, initialement uniquement pour les prescriptions de TSO. Depuis peu, ils ont entamé un suivi psychothérapeutique en parallèle, considérant que « le traitement ne suffit pas, il faut parler ». Le recours aux substances, qui a tendance à être banalisé en situation ordinaire,

semble prendre une toute autre dimension durant la grossesse. Ceci en particulier pour Cécile, qui réitère continuellement sa culpabilité de ce qu'elle « fait subir » à son fœtus, mais aussi pour le père, qui pense « ne pas assez soutenir » sa compagne. Lors de notre rencontre, ils admettent avoir très probablement minimisé leur déclaration de consommation auprès des soignants au cours de la grossesse. Ils n'ont selon eux cependant jamais eu la crainte d'un placement de l'enfant.

Lors de notre rencontre, leur fils est né, à terme et en bonne santé initiale. Agé de trois jours lors de l'entretien, il est porté en écharpe par son papa et reste endormi tout au long du temps d'échange. Les deux parents se disent préoccupés (ce qui est également perceptible dans l'infraverbal) par l'irritabilité de leur fils, leur faisant craindre la survenue d'un Syndrome de Sevrage Néonatal (SSNN). Ils ont entendu de l'équipe que leur fils semblait présenter un SSNN de plus en plus marqué, et qu'il aurait certainement besoin d'être pris en charge en réanimation quelque temps. Ils avaient tous deux envisagé cette possibilité, ce qui n'empêche pas Cécile de ressentir une culpabilité intense. Elle revient alors sur les 15 premiers jours de grossesse, durant lesquels elle avait reconsommé de l'héroïne, persuadée que c'est là la cause de ce SSNN.

La passation du questionnaire *ASSIST* avait révélé pour Mme F. une consommation de toxiques avant la grossesse classée en usage simple pour l'alcool, en addiction modérée pour le tabac, le cannabis, la cocaïne, les stimulants et les calmants, et en addiction sévère pour les opiacés. La *PAI* était cotée à 64/84 et le *RSQ* mettait en avant un schéma d'attachement « fearful » prépondérant (4 pour une moyenne à 3), teinté de schéma « dismissing » (à 3,4); les schémas « preoccupied » et « secure » étaient cotés respectivement à 2,75 et 2,6. La cotation française mettait en avant un fonctionnement « évitant » prépondérant (cf. Tableaux 3 et 4).

3. Rencontre avec Mme D.

Sophie D. (femme 8) est une femme de 38 ans dont l'apparence semble d'emblée marquée par un parcours difficile. Mince, le visage émacié et pâle, elle parle d'une voix rocailleuse et présente un état buccodentaire dégradé. Elle vient cependant solliciter l'échange de manière très franche, très directe mais respectueuse du cadre, répétant à de nombreuses reprises « je suis très bavarde alors il faut m'interrompre si je pars trop loin ». Elle a rempli le questionnaire à 13 SA, mais en est à 25 SA lorsque nous nous rencontrons.

Son schéma familial est simple et concis, elle est la cadette d'une fratrie de deux, son frère aîné ayant 2 ans de plus qu'elle. Le couple parental vit toujours ensemble, et il n'y a pas de précédentes unions ou d'autres enfants. La mère de Sophie était aide-soignante, et son père travaillait comme ouvrier chez un grand couturier ; ils sont actuellement tous les deux retraités. Mme D. résume sa famille en « une famille stable qui va bien ». Aucun de ses membres n'est consommateur de SPA, en dehors d'elle-même. Sophie peut cependant pointer que la question des toxiques est « tabou » dans sa famille, de sorte que ses proches ne sont au courant que de sa consommation de cannabis. Elle peut ainsi imaginer que d'autres membres de la famille éloignée puissent avoir des problématiques addictives sans que cela ne se sache. Elle pense particulièrement à l'alcool, très consommé dans sa région, et dont elle a pu constater par exemple que son parrain y avait recours de manière excessive. De la même façon, elle pense que sa famille « n'est pas dupe des autres toxiques, ils savent que je vais en free party ».

Sophie a peu de mots pour décrire sa relation à sa mère durant son enfance, si ce n'est « normale ». Elles n'étaient pas fusionnelles selon elle à l'époque, bien que ce soit le cas actuellement. Le père très souvent en déplacement pour son travail, tenait un rôle d'autorité à distance. La relation à ses parents a cependant radicalement changé lorsqu'elle avait 12 ans environ. En effet, c'est à cet âge-là qu'elle leur a révélé subir des attouchements sexuels répétés de la part des fils des voisins, un peu plus âgés qu'elle, et ce régulièrement depuis ses 6 ans. Lorsqu'elle en a parlé à sa mère, Sophie se souvient de sa réponse, « moi aussi ça m'est arrivé, et je vais te dire ce que ma mère m'avait dit : "ne t'inquiète pas on s'en sort quand même" ». Elle a alors appris de sa mère que les femmes de la famille avaient subi des abus sexuels sur plusieurs générations. Selon Sophie, « ma mère m'a fait la même réponse que sa mère lui avait faite, c'était une réponse ancrée dans la tradition, qui se répétait à travers les générations ». Il n'y a ainsi eu aucune démarche judiciaire, et si ces comportements des enfants voisins ont pris fin, ils sont restés tus, y compris au sein de la famille nucléaire. Ce n'est que bien plus tard que Mme D. a déposé une main courante, la plainte n'étant plus possible par prescription. Elle a par ailleurs récemment entrepris une psychothérapie, notamment pour travailler ce traumatisme.

Pour Sophie, c'est suite à cette révélation à sa mère et à la réponse apportée par celle-ci que ses consommations de produits ont commencé. Tout d'abord l'alcool, débuté à 14 ans, pour devenir « trop fréquent et en trop grande quantité » vers 17 ans, puis quotidien

depuis ses 20 ans et ce jusqu'à la grossesse actuelle. Mme D. a ensuite pris du cannabis vers 17 ans, aussitôt de manière quotidienne. Elle décrit des périodes d'abstinence, qui sont des souvenirs positifs pour elle car « le cannabis ça me rend dépressive ». La consommation d'opiacés a débuté vers 23 ans, sous forme d'héroïne dont les prises étaient parfois quotidiennes selon la disponibilité du produit, jusqu'à l'âge de 27 ans. Une formation en maroquinerie, très investie, l'a alors incitée à recourir à un TSO. Dans son parcours, Mme D. indique avoir pu consommer tout type de substance, de manière récréative selon elle ; la cocaïne reste un recours fréquent.

Mme D. a rencontré son compagnon il y a plus de 15 ans, il s'agissait de son dealer. Il a depuis arrêté cette activité, ainsi que toute consommation de toxiques. Selon Sophie, « il ne prend plus que de la bière, pour lui c'est rien ». Ce compagnon occupe un emploi stable ; elle, de son côté, a effectué plusieurs missions intérimaires mais n'a pas eu d'activité professionnelle depuis plus de deux ans. Elle décrit leur situation financière comme « à l'équilibre, mais il faut faire attention ». Le désir d'enfant n'a pas été une évidence pour Sophie. Dans ses couples précédents, il était pour elle « hors de question » d'avoir un enfant. En effet, si elle jugeait que ses compagnons de l'époque n'étaient pas aptes à faire de « bons pères », elle ne se sentait pas capable non plus d'assumer un rôle de mère. Elle peut identifier sa crainte de la répétition transgénérationnelle dans son refus d'avoir un enfant à l'époque: « si c'est pour qu'il lui arrive la même chose qu'à moi, ce n'était pas la peine ». Elle marque une différence dans son couple actuel, « avec lui j'ai rapidement pensé que ce serait possible de fonder une famille ». Cette grossesse actuelle est donc présentée comme un désir et un projet communs. Son compagnon de son côté a toujours souhaité devenir père. Dans cette optique, ils ont déménagé et se sont éloignés de leurs anciennes fréquentations, afin de limiter les tentations de consommation de SPA. Sophie pointe que son compagnon a été soutenant dans la démarche de soins addictologiques qu'elle a alors engagée.

La conception de ce futur bébé reste pour autant emplie d'ambivalence. En effet, Mme D. signale qu'elle a arrêté son moyen de contraception (une pilule oestro-progestative) « à cause de ses effets secondaires, pas pour tomber enceinte ». Elle se questionne d'ailleurs sur l'implication de ses consommations de produits et des périodes de manque dans cette soi-disant « mauvaise tolérance » de la pilule : « je crois que j'ai arrêté la pilule parce que c'était plus facile que d'arrêter la drogue ». De la même façon, lorsqu'elle a ressenti les premiers symptômes de la grossesse, Sophie a pensé qu'ils étaient liés à ses addictions et à

l'arrêt de la pilule : « je n'avais pas mes règles, je me suis dit que la pilule avait dérégulé le système, que c'était le temps que ça se remette en place ». La grossesse n'a ainsi été découverte qu'après 10 semaines d'aménorrhée. Sophie garde un souvenir assez précis de ce choc émotionnel : « j'ai fait une crise de fou rire, j'avais les nerfs à bout, d'ailleurs pour me calmer j'ai fini mon verre de vin rouge ». Elle précise que ce verre de vin a été bu avec une grande culpabilité, «c'était comme si je me punissais ».

Pour Mme D., l'apaisement suite à cette nouvelle est venu de son compagnon, « il était tellement content que je me suis dit que ça ne pouvait pas être une mauvaise chose ». Restait la crainte que ce ne soit une fille, encore très présente lors de la découverte de la grossesse par peur qu'elle ne subisse elle aussi un jour des agressions sexuelles. Cette crainte s'accompagnait d'une forte inquiétude sur les conséquences des SPA sur la grossesse et le fœtus. Mme D. explique « je faisais une fixette sur la Trisomie 21, j'étais sûre qu'à cause de mes consommations on avait beaucoup plus de risques », « de toute façon je n'aimais pas penser au fait que j'étais enceinte tant que je n'avais pas les résultats des tests ». Elle dit pour autant avoir tout de suite avoir eu conscience de la réalité de cette grossesse (une fois le test l'ayant révélée), « à cause des nausées, il n'y avait pas de doute ». Une fois le dépistage de trisomie 21 effectué, Sophie dit avoir rapidement investi sa grossesse, « j'ai tout de suite pensé à préparer la chambre ». Cependant toutes ses pensées tournées vers le futur bébé sont empreintes de culpabilité : « j'ai l'impression de passer mon temps à m'excuser auprès de lui, je lui parle en tentant de le protéger ». Pour cela, Sophie s'est aussi équipée de minéraux particuliers, des pierres spécifiques conseillées par une magnétiseuse, qu'elle porte contre son ventre et contre sa poitrine, « c'est pour bloquer le passage des produits vers le bébé, je ne sais pas si ça marche mais ça au moins je peux le faire ».

Vis-à-vis des soins addictologiques, Mme D. a aussitôt pris contact avec une consultante spécialisée. Si elle n'a donc pas caché ses conduites addictives, elle admet pouvoir les minimiser : « Je crois que je dis toujours moins que ce que je prends dans la réalité, mais c'est pour me rassurer ». Dans ce même objectif, Mme D. se renseigne de manière précise sur les conséquences de ses consommations, « les rendez-vous sont longs car j'ai toujours des tas de questions à poser, je dois savoir exactement quel effet ça a pour lui quand je prends ci ou ça ». Ces soins représentent aussi un appui pour elle, « quand j'ai des pulsions je pense à des phrases des médecins qui m'ont marquée sur les risques pour mon bébé ». Lors de notre rencontre, elle a très nettement diminué ses prises d'alcool, mais

a augmenté sa consommation de cannabis pour faire face au manque, à 5 ou 6 douilles par jour. Elle espère pouvoir diminuer d'ici la naissance, mais ne se pense pas capable de tout stopper à l'arrivée du bébé, même si ce serait l'idéal selon elle. Sophie se ravise cependant « quoique un petit joint de temps en temps, ça serait agréable ». Son discours est alors teinté d'ambivalence, « il faudrait tout arrêter car je n'aime pas me sentir dépendante », « je sais que je ne pourrais pas prendre juste un joint tous les 3 jours ». Elle verbalise cela comme « un paradoxe entre l'envie d'être maman, et l'envie de continuer à s'autodétruire, ce n'est pas censé être compatible ». Ce dont elle est sûre cependant, c'est qu'elle ne s'imagine pas consommer devant ses enfants, car « les parents sont des exemples, des références ». Ainsi, concernant l'enfant à venir, elle se projette à la période où il sera adolescent, « je ne vais surtout pas lui faciliter l'accès aux produits ! », ce qui implique de ne pas en avoir à domicile.

Bien que semblant investie essentiellement par le biais de la question addictologique, la grossesse semble prendre progressivement une place différente dans le vécu de Sophie. Elle a souhaité connaître le sexe, « pour pouvoir m'adresser plus directement au bébé ». Elle a ainsi récemment appris qu'il s'agissait d'une petite fille. A l'opposé de ses craintes initiales, sa réaction à cette annonce a été très positive : « en fait c'est très bien, c'est grâce à elle qu'on va pouvoir arrêter les répétitions, elle sera la première d'un nouveau cycle ». Sophie note ensuite un changement dans la relation depuis qu'elle perçoit les mouvements de son bébé, « il y a beaucoup plus de contacts », « avant je pouvais lui parler, mais maintenant c'est vraiment une personne ». Elle peut ainsi nommer sa fille, elle précise qu'elle la tutoie. Sophie imagine que sa fille sera frileuse comme elle, car elle a le sentiment qu'elle s'agite plus « pour se réchauffer » quand il fait froid. Si elle s'imagine son bébé après la naissance, Sophie note qu'elle ne parvient pas du tout à imaginer l'accouchement, « mais peut-être aussi car je ne veux pas y penser, j'ai trop peur du syndrome de sevrage ».

Sur le plan familial, Sophie est un peu déçue que son compagnon ne cherche pas particulièrement le contact avec les mouvements du bébé. En revanche, elle explique que cette grossesse l'a fortement rapprochée de sa mère. Ainsi, elle décrit « j'étais encore plus contente de le lui annoncer que de le découvrir ». « Ma mère est devenue folle, elle pleurait, elle est très émotive ». Sophie rationalise, « c'est parce que c'est le 1^{er} petit-enfant, et mon frère n'est pas parti pour avoir une famille ». Pour Sophie, l'annonce à ses amis a aussi pris une valeur particulière, puisque « ça leur montrait que c'est possible, un autre avenir est possible, même moi je n'y croyais pas avant ». Elle ajoute « c'est un peu

cliché, mais c'était pour leur montrer que l'amour peut tout changer, ce bébé c'est le fruit de notre amour ».

Lors de la passation du questionnaire, Sophie a obtenu un score de 37/84 à la *PAI*, mais cela avait eu lieu avant la perception des mouvements actifs fœtaux. La cotation française du *RSQ* lui prêtait un schéma d'attachement « sécurisé » prépondérant (à 4.5), tandis que la cotation originale met l'accent sur un fonctionnement « préoccupé » (à 4.2) (cf. Tableaux 3 et 4). Sur le plan des addictions, Mme D. présentait avant la grossesse un usage simple de cocaïne, une addiction modérée au tabac et une addiction sévère à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. Trois semaines après la découverte de cette grossesse, elle n'avait pas repris de cocaïne mais poursuivait ses autres consommations.

4. Réflexions autour de ces cas cliniques

4.a. Investissement de la grossesse et de l'enfant à venir

Ces cas cliniques exposent autant de similitudes que de divergences dans les investissements de ces trois patientes dans leur grossesse ; ils illustrent ainsi à eux trois l'ensemble des questions des mécanismes psychiques en jeu durant la grossesse tels que nous les avons présentés plus haut, comme la réactualisation du phénomène de séparation-individuation, ou la remise en jeu de l'équilibre entre narcissisme et dépendance objectale. Une des principales similitudes est l'ambivalence vis-à-vis de la grossesse, notamment pour Cécile et Sophie.

Pour la première, alors que cette grossesse est désirée si ardemment, on note des sensations corporelles désagréables, de la culpabilité, un investissement tardif de l'enfant et des représentations floues. L'apparition des mouvements actifs fœtaux amène une sensation d'intrusion ; si ces MAF viennent bien pour elle rompre le vécu de symbiose narcissique, le fœtus devient porteur de représentations très négatives venant effracter le psychisme, mais aussi le corps. Cécile craint autant « l'expulsion » de ce bébé qu'elle le désire, rappelant le style maternel « regulator » décrit par Raphael-Leff. Elle semble d'ailleurs avoir eu du mal à se laisser aller à une régression, ayant voulu garder le contrôle sur tous les paramètres médicaux de la grossesse. Pour Sophie, l'ambivalence est perceptible dès la découverte de la grossesse, notamment face à ce verre de vin rouge qu'elle termine de boire aussitôt ; « comme pour me punir », mais de quoi ? D'être une « mauvaise mère » qui consomme ou d'être finalement tombée enceinte ? De même la perspective de l'accouchement, trop empreint d'ambivalence, ne peut pas faire l'objet de représentations

conscientes et verbalisables. En ce qui concerne Elise, si l'investissement objectal de l'enfant semble bien installé dans son discours (elle le nomme, imagine son caractère et ses relations futures avec lui), on s'aperçoit en fait rapidement que la grossesse est totalement idéalisée, la valence narcissique étant clairement au premier plan. Les MAF ne viennent pas marquer une différenciation précise au sein du vécu de la grossesse, on peut penser qu'Elise reste dans une union symbiotique, comme nous avons vu que cela se produisait souvent chez les patientes présentant des conduites addictives. Bien que le terme soit très proche, elle n'a d'ailleurs toujours pas concrétisé les projets d'accueil matériel de l'enfant (mise en place du lit, de la table à langer...), comme si la perspective de l'accouchement était très lointaine et que la grossesse pouvait se prolonger indéfiniment. Elle prévoit déjà de faire perdurer cette relation fusionnelle après la naissance.

Concernant le processus de séparation-individuation à mener de nouveau vis-à-vis de sa propre mère pour s'imaginer comme une mère différenciée, on peut noter que Sophie semble avoir entamé ce travail : si elle pointe des attitudes de sa mère qu'elle souhaiterait reproduire, elle tient également un discours cohérent au sujet de la réaction de sa mère à l'annonce de ses agressions sexuelles, et imagine clairement avoir elle-même une réaction différente dans la même situation. Elise de son côté semble avoir traversé la grossesse en s'identifiant puis se différenciant de sa sœur aînée, plutôt que de sa mère. Elle s' imagine cependant déjà reproduire avec son enfant la relation proche et fusionnelle qu'elle-même entretenait avec sa mère, et il ne lui semble pas choquant d'attendre de cet enfant qu'il la protège, de même qu'elle protégeait sa mère. En ce qui concerne Cécile, sa verbalisation de la conception de l'enfant, « au cours d'un rêve d'enfant parti en fumée » (en parlant d'un voyage en Inde annulé), est extrêmement riche de sens ; on peut y voir la confusion des rôles et des générations, tout comme la valeur « maturative » que prend alors la grossesse : c'est à partir de cette découverte qu'elle a renoncé à sa propre enfance.

En accord avec la littérature décrite plus haut, ce rôle de protecteur est attendu de la part de ces trois bébés, en particulier en représentant pour leurs mères un appui solide pour maintenir une abstinence. Il est celui qui les fera « se dépasser ». Ceci reste présent malgré un investissement objectal du fœtus qui semble plus abouti chez Sophie, qui parle à plusieurs reprises du bébé et non de la grossesse, et ce dès les premières semaines d'aménorrhée. Les représentations fœtales sont plus construites, Sophie reconnaît à son bébé un caractère subjectif, bien qu'encore empreint de beaucoup de narcissisme. Comme ce qui est décrit par de nombreux auteurs, la grossesse permet pour ces trois femmes un

renflouage narcissique massif, où apparaît de manière assez précise la recherche d'une réparation, d'un rachat de ses propres carences affectives. Cela rejoint la description d'un enfant « offert à la génération précédente comme réparation d'une mère coupable » (Romieu-Prat, cité par L. Simmat-Durand (79)).

En effet, une similitude frappante est la présence d'abus sexuels dans l'enfance de ces trois grand-mères, dont la parentalité a été certainement impactée par ces événements tragiques. La valeur transgénérationnelle de cet impact vient dans ces trois situations révéler toute sa puissance.

4.b. Relations aux parents

On peut noter que les processus psychodynamiques de l'enfance et de l'adolescence semblent avoir été moins élaborés pour Cécile, dont la relation à la mère est aussi marquée de plus de discontinuité et de ruptures. Au-delà des séparations effectives, les menaces suicidaires permanentes peuvent aussi être considérées comme des menaces de rejet, de sorte que l'on peut imaginer une enfance vécue dans la crainte de ce rejet (1). Le discours de Cécile autour de son enfance est relativement confus, il est difficile d'en suivre le déroulé chronologique ; si les émotions (et notamment la colère) sont bien présentes dans le discours, elles semblent encore d'actualité lors de nos échanges. Pour Sophie, même si les interactions précoces semblent avoir pu mener à un lien d'attachement sécurisé à sa mère, le sentiment d'abandon très fort lorsqu'elle n'est pas soutenue dans sa verbalisation de sévices sexuels subis a provoqué une rupture et une blessure narcissique massive. Fâchée avec sa mère pendant de nombreuses années, ses Modèles Internes Opérants semblent pour autant être restés en place et elle garde un attachement sécurisé comme fonctionnement prédominant. Elle peut ainsi faire un récit cohérent de son enfance, comme de sa grossesse en cours ; ses souvenirs sont liés à des émotions, qui sont facilement verbalisés quelque soit leur valence. Le désir même de grossesse l'avait déjà poussée à entamer une psychothérapie, dont on peut penser qu'elle a été facilitée par les assises sécurisées de Sophie, favorisant l'exploration de son monde interne. Lors de notre rencontre, la grossesse en cours et la transparence psychique qui l'accompagne majorent cet accès aux représentations, son monde interne semble affleurer à la surface de nos échanges, avec tout autant ses joies que ses craintes. A l'inverse, Elise présente une enfance totalement idéalisée, les éléments difficiles (les difficultés financières, les troubles addictifs et la violence du père, l'absence affective de la mère...) étant banalisés ou minimisés, ou dans tous les cas verbalisés de

manière désaffectivée. Elise semble avoir clairement appris dès sa toute petite enfance à être « autonome », mais surtout à taire ses émotions douloureuses et ses besoins de soutien. Ceci est particulièrement visible lorsqu'elle accompagne des proches pour des avortements, alors qu'elle est elle-même dans une attente sans cesse déçue de grossesse.

Pour les deux premières patientes, Elise et Cécile, le conflit œdipien paraît être resté prégnant, étant toutes deux dans une idéalisation du père et un conflit à la mère par affiliation à celui-ci. Les consommations de ces pères sont banalisées, voire normalisées. Leurs attitudes face aux produits et à leurs enfants sont un exemple à suivre. Du côté de Sophie, le père semble avoir été une figure stable, jouant un rôle d'autorité bienveillante. Il n'est pas pour autant idéalisé, et si c'est surtout la réponse de la mère qui a fait traumatisme suite à la révélation des agressions sexuelles, Mme D. peut verbaliser le défaut de protection par son père à ce moment-là. La place des parents vient cependant mettre à mal Sophie dans sa représentation d'elle-même en tant que mère, car elle ne peut s'y affilier totalement malgré son désir d'aller dans ce sens. Elle ne peut objectivement s'imaginer exempte de toute consommation de produits à la naissance de son enfant, ce qui vient entrer en contradiction avec sa représentation de parents devant selon elle être des références pour leurs enfants.

Nous l'avons dit, pour ces trois patientes l'enfant est porteur d'un désir de réparation des défaillances parentales subies dans l'enfance ou l'adolescence. La grossesse est ainsi pour toutes les trois une période de rapprochement avec leurs mères respectives. Dans leurs discours, elles semblent toutes les trois avoir occupé une place particulière dans les représentations de leurs mères à leur égard. On peut bien sûr mettre cela en lien avec les agressions subies par chacune d'elle, et avec le fait qu'Elise, Cécile et Sophie sont à chaque fois la première fille de leurs mères (en dehors de l'enfant issue du viol pour la mère d'Elise). Cela nous amène à questionner l'investissement que ces trois femmes manifestaient envers leurs grossesses lorsqu'elles attendaient ces trois patientes, en particulier concernant l'enfant fantasmé. On peut trouver un écho de leurs probables projections dans les craintes verbalisées par Sophie vis-à-vis de la possibilité d'avoir une petite fille, risquant de subir à son tour des traumatismes sexuels. Le rapprochement de ces mères vers leurs filles enceintes peut être lu comme un désir de revivre une grossesse par procuration, en étant cette fois-ci libérées de leurs propres angoisses.

4.c. Recours aux Substances Psychoactives et aux soins

Les deux premières patientes, Elise et Cécile, sont toutes deux issues de familles usagères de SPA. Leurs fratries respectives comportent également de forts consommateurs de toxiques multiples. Pour Elise l'initiation au tabac, à l'alcool, et au cannabis s'est faite au sein même du cercle familial, et ne semble pas avoir constitué un élément de cristallisation de conflits familiaux. Pour Cécile, si la découverte des produits illégaux s'est faite par le biais d'un groupe de pairs, la consommation de tabac et d'alcool ne lui était pas interdite au sein du cercle familial ; les prises sont rapidement devenues régulières sans que cela ne soit caché à l'entourage. Pour toutes les deux, les consommations ont débuté dès l'aube de l'adolescence. Etant donnée l'approche théorique que nous avons développée, on peut clairement mettre en lien ces consommations avec les tourments des relations précoces qu'elles ont toutes deux subies. Pour toutes les deux, le recours aux SPA peut être considéré comme une tentative de résolution de leurs conflits internes, venant « remplacer » une base de sécurité interne défaillante chez Cécile, ou venant mettre à distance les insoutenables émotions non liées aux souvenirs et non pourvues de sens chez Elise. La première met d'ailleurs la valence « stimulante » de ses consommations au premier plan, tandis que la seconde a tendance à nier l'importance des effets des substances prises (plutôt dans une recherche d'apaisement) et réfute même l'idée d'une dépendance à ces substances. Elise se revendique en effet « autonome » dans tous les sens du terme.

Pour Sophie, la problématique addictive semble être différente. Elle admet volontiers sa dépendance, tout en verbalisant ne pas être à l'aise avec cela ; dans son discours les conduites addictives semblent plus volontiers « subies », bien qu'elle puisse mettre des mots sur sa recherche « volontaire » des effets à la fois apaisants et stimulants de ses consommations. Elle a accès à sa propre ambivalence à ce sujet. Issue d'une famille non consommatrice, Sophie est la seule de sa fratrie à avoir recours aux SPA. Son frère semble avoir traversé l'adolescence sans difficulté notable, sans doute aidé par les relations sécurisées héritées des interactions précoces. Pour Sophie de son côté, la découverte des SPA a eu lieu au sein d'un groupe de pairs, à une période particulière : déstabilisée par la réponse apportée par sa mère face à sa détresse, qui n'était pas celle attendue, Sophie semble avoir été dans le rejet de ses liens familiaux. Ne pouvant plus faire confiance à ceux qui étaient ses références, elle est allée chercher de nouvelles relations ailleurs. Au sein de ces nouvelles relations, la découverte des produits et de leurs effets reproductibles a pu permettre de recréer une assurance perdue dans ce qui allait se passer, recréer une certitude vis-à-vis de

l'avenir proche. Cette consommation n'a jamais été clairement verbalisée au sein de la famille, mais Sophie est persuadée que ses parents ne peuvent l'ignorer. On peut penser que l'addiction de Sophie vient ici maintenir l'homéostasie familiale, qui aurait pu voler en éclats suite aux révélations d'abus sexuels subis à la fois par Sophie et par sa mère. Par ailleurs, si le mode de *caregiving* reçu dans l'enfance semble être directement impliqué dans les conduites addictives d'Elise et de Cécile, on peut se questionner sur le *caregiving* reçu par Sophie : si la mère semble avoir pratiqué le même type de soins auprès de ses deux enfants, la condition féminine de Sophie a pu teinter les représentations fantasmatiques de sa mère à son sujet et modifier imperceptiblement son *caregiving*, peut-être notamment dans sa capacité à favoriser l'autonomie de sa fille, à la laisser faire ses propres découvertes. Si les capacités réflexives et la sensibilité de cette mère ont pu permettre à Sophie d'explorer et de comprendre son monde interne, on peut imaginer qu'une surprotection ait entravé son autonomie, la fragilisant ainsi face aux dépendances et notamment aux SPA.

Concernant le recours aux soins, de façon cohérente avec les schémas semblant organiser ses relations aux autres, Elise n'a pas sollicité d'aide addictologique au cours de la grossesse, en dehors d'une consultation initiale dont le but semblait plutôt d'assurer la mise en route de la grossesse. La fusion à son fœtus semble cependant avoir permis le maintien d'une abstinence totale au cours de la grossesse, au prix d'une nouvelle négation massive de ses propres besoins de dépendance. Sophie s'est investie dans une psychothérapie et semble prendre appui sur celle-ci pour questionner son passé, tandis que le suivi addictologique lui permet de porter l'attention des soignants sur son ambivalence (tant au sujet de la grossesse que des produits) de façon à être accompagnée dans ses réflexions. Pour Cécile, c'est l'inscription à la fois dans une relation de couple stable mais aussi dans un suivi addictologique marqué par la continuité (bien qu'initialement tout à fait utilitaire), qui semble avoir favorisé le recours à une psychothérapie, probablement par le biais de la création de schémas relationnels dans lesquels la confiance est possible et permet l'exploration des émotions.

Ainsi les situations de ces trois femmes, à la fois proches dans les éléments cliniques ayant motivé le recours aux soins (présence à la fois de conduites addictives et d'une grossesse en cours), mais bien distinctes dans les modes de relations aux autres et aux SPA, permettent par la diversité de leurs parcours et de leurs fonctionnements actuels d'illustrer l'ensemble des notions théoriques présentées dans ce travail autour des champs de l'attachement, de l'addiction et de la maternité.

V. Discussion

Cette étude aurait sans doute pu avoir une solidité interne plus importante en recrutant un plus grand nombre de patientes, mais aussi en utilisant des outils dont la valeur prédictive avait plus de poids, comme l'*AAI* ou l'*IRMAG*. Cependant, bien que la taille de notre échantillon soit trop faible pour effectuer des analyses et obtenir des résultats significatifs, il nous semble que l'administration du questionnaire à huit patientes apporte une grande richesse qualitative. Cela nous semble d'autant plus vrai vis-à-vis des échanges menés lors d'entretiens avec trois de ces patientes. L'ensemble apporte un support matériel de réflexion et permet d'illustrer de manière concrète les théories précédemment exposées. Il nous semble ici essentiel de remercier les consultantes ayant proposé cette étude à leurs patientes : cette population de patientes n'étant pas toujours facile à rencontrer, et l'alliance étant souvent fragile et pourtant indispensable, il a fallu tout leur savoir-faire clinique mais aussi humain pour présenter ce sujet d'étude aux patientes venant en consultation « grossesse et addictions ».

Nous avons dans ce sujet choisi d'étudier la transmission de l'attachement au sein d'une population spécifique, celle des femmes présentant une addiction aux substances psychoactives, et au cours d'une étape particulière de leur vie, celle de la grossesse. Nous avons tenté de présenter de façon claire et bien définie les concepts théoriques explorant les différents domaines étudiés, tout en mettant en avant les liens et rapprochements existant entre eux. Il nous semble en effet que la notion d'attachement peut être vue comme un fil conducteur de notre travail, dans la mesure où cette théorie offre un prisme de lecture qui éclaire de nombreux autres sujets psychopathologiques, et en particulier ceux inhérents aux addictions et aux remaniements psychiques de la grossesse. Il semble que la transmission de l'attachement se fasse par l'entrecroisement de ces deux champs dans le cadre des grossesses en contexte de dépendance aux substances.

Si ces deux sujets sont bien distincts, on peut ainsi y trouver des fonctionnements très proches en rapport avec la remise en jeu des relations précoces et des premiers liens d'attachement. Le recours aux SPA est souvent présenté comme une tentative de résolution des défaillances de processus adolescents réactivant les processus de la petite enfance ; le désir de grossesse peut également être porteur du même désir de réparation. Selon certains auteurs, les femmes addictes auraient ainsi recours à la maternité quand celui aux produits ne suffit plus, avec un même objectif de résolution des conflits internes narcissico-objectal

ou de séparation-individuation, lesquels sont intimement liés à la qualité de l'attachement (65).

Dans ce travail, nous n'avons pas abordé la question des pères. Cela peut présenter un grand désavantage pour une vision plus complète de la problématique. En effet, comme nous l'avons souligné, les femmes addictes ont plus volontiers une vie amoureuse et sexuelle discontinuée, et en cas de relation stable, les compagnons sont souvent consommateurs et/ou violents. Or le père occupe une place centrale dans différents domaines de la maternalité, en participant entre autre à un investissement objectal du fœtus, qui devient le « bébé du couple » (11). La position du père vis-à-vis des consommations impacte également de manière prépondérante celle de la mère. La présence d'une relation de couple stable a à la fois un impact sur les Modèles Internes Opérants d'attachement de la femme, et donc sur sa capacité à créer des relations de confiance propice aux soins, mais peut aussi être un support de résolution des conflits internes que nous venons de citer. La présence ou l'absence d'un compagnon, son attitude vis-à-vis de la femme, des substances psychoactives et de la grossesse sont ainsi déterminantes dans le déroulé de la grossesse et dans la transmission des schémas d'attachement de la mère à son enfant ; il pourra constituer un facteur de discontinuité dans la transmission d'attachement insécure par exemple, en proposant un *caregiving* de qualité influençant les soins de la mère ; il pourra aussi venir renforcer la transmission d'attachement insécure en cas de violence, conflit dans le couple, ou incapacité à faire tiers dans la fusion narcissique de la mère à son bébé.

Dans une démarche de prévention d'un problème de santé publique, il nous semble essentiel de pointer l'importance de se saisir du temps particulier de la grossesse pour construire un parcours de soin pluri-professionnel. Plusieurs auteurs soulignent la nécessité de cette pluri-professionnalité (61,79,93). Il est essentiel de croiser les regards et de proposer à la patiente des temps d'échanges différenciés mais liés autour de la grossesse, des addictions, du bébé à venir et de l'enfant qu'elle a été. L'état physique de grossesse et l'état psychique qu'elle occasionne sont deux facteurs venant motiver la rencontre de professionnels de santé ; les remaniements psychiques sont une occasion unique d'explorer le monde interne de la femme; l'appel à l'aide latent est l'occasion de répondre à l'expression inhabituelle de besoins ; le renflouage narcissique est l'occasion de créer une relation de confiance (66,82) ; le report de la « dépendance addictive » vers une « dépendance affective » (80) est l'occasion de mettre en place des soins addictologiques.

Au sein des structures hospitalières, plusieurs professionnels de santé doivent ainsi collaborer autour d'un même objectif de prévention des conséquences sur le développement physique, mais aussi psycho-affectif, de l'enfant et de la dyade (93) :

- obstétriciens et sages-femmes ;
- pédiatres néonatalogistes ;
- anesthésistes
- addictologues ;
- assistantes sociales et psychologues, idéalement au sein d'une équipe mobile spécialisée dans la prise en charge des usagers de drogues.

Mais ces différents professionnels doivent aussi collaborer avec les intervenants extérieurs à l'hôpital, car les soins ne doivent pas se limiter à la brève période de la grossesse et des quelques jours suivants l'accouchement. Un partenariat est nécessaire avec :

- Les médecins libéraux, les pharmaciens ;
- les centres spécialisés de prise en charge addictologiques (CAARUD, CSAPA) ;
- la PMI, les structures pédopsychiatriques ;
- les éventuelles associations d'aide et de soutien à domicile.

La mise en place d'un « réseau ville-hôpital toxicomanie » autour de la situation des femmes enceintes consommatrices de SPA est un atout majeur pour favoriser le développement d'un lien d'attachement parent-enfant de qualité.

VI. Conclusion

L'attachement, système adaptatif primaire nécessaire à la survie de l'enfant, vise à lui assurer la proximité d'un adulte en cas de menace, aussi bien physique qu'émotionnelle. La qualité de cet attachement découle directement de la façon dont les adultes qui lui sont proches prennent soin de lui et répondent à ses besoins. L'enfant se construit ainsi des représentations mentales des relations d'aide et de confiance entre lui et les autres, représentations qui vont ensuite influencer ses relations interpersonnelles tout au long de son parcours.

A l'adolescence, les processus psychopathologiques viennent questionner les relations précoces et placent le sujet face à des conflits internes ; des Modèles Internes Opérants insécures représentent des écueils à la résolution de ces conflits, de sorte que le sujet peut trouver dans les conduites addictives un apaisement de la souffrance engendrée par cette insécurité. Lors de la survenue d'une grossesse, ces conduites addictives vont représenter un risque majeur de complications, aussi bien pour le déroulement de la grossesse que pour l'établissement des premiers liens entre la mère et son bébé.

La grossesse vient également remettre en jeu les représentations de la future mère quant à la façon dont on prend soin des autres, en réponse à la façon dont on a pris soin d'elle lorsqu'elle était bébé. Cependant, la présence de consommations de SPA et les mécanismes qui les sous-tendent ne permettent au processus de maternalité décrit par Racamier de n'advenir que tardivement, le travail psychique de la grossesse ne se faisant alors que partiellement. Bien que cela n'ait pas été mis en évidence dans notre étude, la littérature décrit ainsi une pauvreté des représentations maternelles fœtales, liée au fait que la question de la drogue vient faire barrage à l'investissement de l'enfant à venir.

Au travers de l'étude des schémas d'attachement et des représentations fœtales des femmes enceintes présentant une conduite addictive, ce travail d'étude descriptive et d'études de 3 cas s'est penché sur les mécanismes de la transmission de l'attachement d'une mère à son enfant.

Au sein de cette population particulière, la transmission d'un attachement insécure peut se manifester par différents biais : via les MIO de la mère, hérités de son enfance et venant influencer un *caregiving* échouant à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant ; mais aussi par l'intermédiaire des conduites addictives, favorisées par l'insécurité

et venant ajouter un facteur supplémentaire de *caregiving* défaillant. Les conduites addictives viennent ainsi renforcer la transmission de l'insécurité.

Ce travail met en évidence l'intérêt d'accompagner les femmes enceintes présentant une conduite addictive, dans le cadre d'une coopération pluridisciplinaire, dans un souci de prévention de la transmission transgénérationnelle de ces schémas d'attachement insécure.

VII. Bibliographie

1. Golse B, Bidault H, Bizot A, Bursztejn C. Le développement affectif et cognitif de l'enfant. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
2. Bowlby J. Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale. La psychiatrie de l'enfant. 2006;49(1):7.
3. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie: modèles internes opérants et narratifs. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 2001. 279 p. (Le Fil rouge).
4. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2015.
5. Harlow HF. The Nature of Love. American Psychologist. 1958;13:573-685.
6. Spitz RA. La perte de la mère par le nourrisson. Enfance. 1948;1(5):373-91.
7. Pinel-Jacquemin S, Savard N. L'attachement parent-enfant. In: La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance. Paris: Observatoire National de l'Enfance en Danger; 2010. p. 9-23.
8. Le Camus J. Attachement et Détachement. Enfance. 1993;46(2):201-11.
9. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 2007;19(2):151.
10. Guédeney N. L'attachement, un lien vital. Paris]; [Bruxelles: Fabert ; Yapaka.be; 2010.
11. Bayle B. Psychiatrie et psychopathologie périnatales: aide-mémoire. Malakoff: Dunod; 2017.
12. Degrave P. Diagnostic différentiel entre trouble du spectre de l'autisme et trouble réactionnel de l'attachement chez l'enfant de moins de 3 ans. Réflexion sur un outil d'aide au diagnostic à partir de l'observation clinique qualitative de deux enfants. [thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Nantes; 2018. 188p.
13. Ainsworth MDS. Infancy In Uganda, Infant Care and the Growth of Love. 1st edition. The Johns Hopkins Press; 1967. 471 p.
14. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Psychology Press; 1979. 410 p.
15. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Affective development in infancy. Westport: Ablex publishing; 1986. p. 95-124.
16. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1985;50:66-104.
17. George C, Solomon J. Attachment and Caregiving: The Caregiving Behavioral System. In: Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application. New York: Guilford Press; 1999. p. 649-70.

18. Delannes S, Doyen C, Cook-Darzens S, Mouren M-C. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. sept 2006;164(7):565-72.
19. Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*. 1998;51(3):13-27.
20. Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;67(3):430-45.
21. Béliveau M-J, Moss E. Le rôle joué par les événements stressants sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. janv 2009;59(1):47-58.
22. Presme N, Delion P, Missonnier S. Quelles transmissions autour des berceaux? [Internet]. Toulouse: Érès; 2010 [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/quelles-transmissions-autour-des-berceaux--9782749212074.htm>
23. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*. mai 1995;117(3):387-403.
24. Fonagy P, Steele M, Moran G, Steele H, Higgitt A. Measuring the Ghost In the Nursery: An Empirical Study of the Relation between Parents' Mental Representations of Childhood Experiences And Their Infants' Security of Attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. nov 1993;41(4):957-89.
25. Gallien E. Le lien d'attachement et son évolution : concepts et incidences psychopathologiques. [thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine d'Angers; 2006. 100p.
26. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran G, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*. 1991;12:201-18.
27. Slade A, Grienenberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A. Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attach Hum Dev*. sept 2005;7(3):283-98.
28. Tereno S, Guédeney N. 6 - Transmission intergénérationnelle de l'attachement. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Théorique (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris ; 2015 [cité 27 oct 2018]. p. 57-72. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745201000067>
29. Bouchet G, Blicharski T, Duthu S, Bourdet-Loubère S. Transmission intergénérationnelle de l'insécurité de l'attachement chez les familles d'enfants âgés entre 23 et 33 mois. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. mai 2011;59(3):140-8.
30. Guédeney N, Tereno S, Tissier J, Guédeney A, Greacen T, Saïas T, et al. Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juill 2012;60(5):362-6.
31. Pinel-Jacquemin S, Zaouche-Gaudron C. Système familial et attachement : revue de la question. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. mai 2009;57(3):167-72.
32. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*. 2009;85(7):611.

33. Bazire A. Toxicomanie et maternité : Qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane [Internet] [thèse d'état]. [France]: Faculté de psychologie de Caen; 2017. 817p. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01708267>
34. Venisse J-L. 11 - De la dépendance pathologique à l'addiction : une véritable révolution culturelle. In: Marcelli D, Marty F, éditeurs. Psychopathologie Générale des âges de la Vie [Internet]. Paris ; 2015 [cité 27 oct 2018]. p. 167-80. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294734199000102>
35. Gicquel L, Corcos M. 2 - Addiction : Histoire naturelle d'un concept. In: Corcos M, Flament M, Jeammet P, éditeurs. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003. p. 26-40.
36. Catteeuw M. L'approche psychodynamique des addictions : réflexions épistémologiques et implications méthodologiques. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 avr 2002;67(2):312-25.
37. Bonnet A, Pedinielli J-L. Processus et subjectivité dans l'addiction. *Psychologie Française*. 1 déc 2010;55(4):325-39.
38. Bergeret J. Toxicomanie et personnalité. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.
39. Chassevent A. Maternité et conduites addictives : enjeux et intérêts de l'addictologie de liaison en périnatalité [thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Nantes; 2008. 224p.
40. Venisse J-L, Grall-Bronnec M. Chapitre 5 - Facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions. In: Lejoyeux M, éditeur. Addictologie (Troisième Édition) [Internet]. Paris ; 2017 [cité 22 oct 2018]. p. 53-65. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294751257000057>
41. Miljkovitch R. 16 - Les conduites addictives comme réponse à l'insécurité de l'attachement. In: Corcos M, éditeur. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris: Dunod; 2013. p. 227-36.
42. Atger F, Pierrehumbert B, Perdereau F, Corcos M, Bader M, Mazet P, et al. 11 - attachement et conduites de dépendance. In: Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003. p. 271-87.
43. Corcos M, Loas G, Halfon O, Bizouard P, Atger F, Godart N, et al. 16 - Conclusion : dimensions psychopathologiques communes aux conduites de dépendance. In: Corcos M, Flament M, Jeammet P, éditeurs. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003. p. 401-20.
44. Genet C, Perdereau F, Lamas C, Duquesnoy I. 17 - Psychopathologie de l'adulte et attachement. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique (Quatrième Édition) [Internet]. Paris ; 2016 [cité 27 oct 2018]. p. 237-59. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745195000178>
45. Schindler A, Bröning S. A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Substance Abuse*. 3 juill 2015;36(3):304-13.
46. Nauczyciel C. De la théorie de l'attachement à la neurobiologie de l'addiction [Internet]. 6èmes Journées Régionales de la parentalité et des conduites addictives; 2014 févr; Nantes. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/sj/7nhu78x5pyqy58to528u4s09ddpszp-org.pdf>

47. Flores PJ. Addiction as an Attachment Disorder. Jason Aronson; 2004. 368 p.
48. Thévoz G. Attachement, addictions, quels liens ? Dépendances 50 - Famille et addictions. oct 2014;(50):6-12.
49. Robin D. Cramponnement, attachement et complexe de sevrage. Hermann et Bowlby avec Lacan. L'exemple des addictions. Le Coq-héron. 2007;188(1):81.
50. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol. août 1991;61(2):226-44.
51. Varescon I. Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? Bulletin de psychologie. 2010;Numéro 510(6):441.
52. Jeammet P. Adolescence et dépendance. Psychotropes. 2005;11(3):9.
53. Chauvet É. L'addiction à l'objet : une dépendance passionnelle. Revue française de psychanalyse. 2004;68(2):609.
54. Corcos M, Jeammet P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. Psychotropes. 2006;12(2):71.
55. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. Revue française de psychanalyse. 2004;68(2):511.
56. Fernandez L, Sztulman H. Les modèles psychologiques de l'addiction. Psychotropes. 1998;4(1):47-67.
57. Delage M. Autonomie et conduites addictives. Quelles dépendances dans la famille ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. févr 2004;52(1):17-23.
58. Lotte A. Processus de symbolisation narcissisme et agirs [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.etude-psy.fr/64-Processus_symbolisation_narcissisme_agirs.html
59. Nezelof S, Dodane C. Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité : un climat de turbulences psychiques. Psychotropes. 2010;16(3):9.
60. Bayle B. L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique [Internet]. Toulouse: ERES; 2005. 392 p. (La vie de l'enfant).
61. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson; 2014. 448 p.
62. Antoine C. La révolution intérieure: psychologie de la grossesse et de la maternité. Paris: Larousse; 2007. 221 p.
63. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir. 2001;13(2):41.
64. Mouskhelichvili G. Une étude des représentations maternelles du fœtus basée sur l'analyse des journaux intimes écrits par des femmes enceintes russophones. La fonction de l'écriture durant le temps de la grossesse. [thèse d'état]. [Montréal]: Université de psychologie du Québec; 2009.548p.
65. Bazire A, Proia-Lelouey N. Toxicomanie et grossesse : enjeux des remaniements psychiques de la grossesse sur la problématique addictive. Filigrane: Écoutes psychothérapeutiques. 2016;25(1):147.

66. Viaux-Savelon S. Recherche clinique en périnatalité : impact du prénatal sur la psychologie du bébé et de la dyade mère-enfant [Internet] [thèse d'état]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2011. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00719467/document>
67. Ammaniti M, Candelori C, Pola M. Maternité et grossesse: étude des représentations maternelles. Paris: Presses universitaires de France; 1999.
68. Lebovici S. Les interactions fantasmatisques. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. janv 1995;8(2):94-8.
69. Devouche E, Apter G. Les représentations maternelles prénatales. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. oct 2012;60(7-8):481-6.
70. Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. Archives of Women's Mental Health. juin 2008;11(2):117-29.
71. Reeves N, Wendland J. Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. juin 2017;65(4):211-8.
72. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res. oct 1981;30(5):281-4.
73. André S. Perceptions et représentations des mouvements actifs foetaux par les mères [Internet] [mémoire de sage-femme]. [France]: Université de Caen, école de sage-femmes; 2014. 62p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070414/document>
74. Muller ME, Mercer RT. Development of the Prenatal Attachment Inventory. Western Journal of Nursing Research. avr 1993;15(2):199-215.
75. Siddiqui A, Hägglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? Early Hum Dev. juill 2000;59(1):13-25.
76. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L. Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque?? Santé Publique. 2014;26(5):603.
77. Bachelet M. Vécu de la grossesse des femmes dépendantes aux opiacés. [thèse d'exercice]. [France] : Faculté de médecine de Rouen ; 2015. 109p.
78. Stocco P. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. Psychotropes. 2007;13(3):251.
79. Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. Déviance et Société. 2002;26(1):105.
80. Cohen-Salmon J, Marty F, Missonnier S. Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. La psychiatrie de l'enfant. 2011;54(2):433.
81. Guelfi J-D, Pham-Scottez A, Brun-Eberentz A, Perez-Diaz F, Rousseau M, Verrier A, et al. 12 - Les facteurs de personnalité dans les conduites de dépendance : approche par le MMPI-2. In: Corcos M, Flament M, Jeammet P, éditeurs. Les conduites de dépendance: dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003. p. 289-309.
82. Nezelof S. 26 - Addiction et périnatalité. In: Bayle B, éditeur. Psychiatrie et psychopathologie périnatales: aide-mémoire. Malakoff: Dunod; 2017.

83. Guyon L, Québec (Province), Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Toxicomanie et maternité: un projet possible : une synthèse des connaissances actuelles. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie; 1998. 118p.
84. Franchitto MC, Peyrefort E, Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. *Toxibase*. 2000;2:1-12.
85. Beck F, Obradovic I, Palle C, Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Diaz-Gomez C, et al. Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? *Tendances OFDT*. mars 2017;117:1-8.
86. Lermenier-Jeannet A, Cadet-Taïrou A, Gautier S. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. *Tendances OFDT*. oct 2017;120:1-6.
87. Hoareau E. Un usage féminin des substances? *Le Sociographe*. sept 2012;39:32-44.
88. Lavergne C, Morissette P. Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratiques d'intervention. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. juin 2013;58-88.
89. Lamy S, Thibaut F. État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. *L'Encéphale*. févr 2010;36(1):33-8.
90. Cottencin O, Danel T. Chapitre 3 - Addictions et grossesse. In: Lejoyeux M, éditeur. *Addictologie (Troisième Édition)* [Internet]. Paris ; 2017 [cité 22 oct 2018]. p. 30-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294751257000033>
91. Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. nov 2014;43(9):649-56.
92. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 ; les naissances et les établissements; situation et évolution depuis 2010. Direction générale de la Santé; 2017 oct. 317p.
93. Lejeune C. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. 1. 15 déc 2007;29(4):443-8.
94. Whittaker A. *The essential guide to problem substance use during pregnancy: a resource book for professionals*. London: DrugScope; 2011.
95. Lejeune C. Substances psychoactives pendant la grossesse ; quels effets chez l'enfant ? *Revue de médecine périnatale*. sept 2014;6(3):163-7.
96. Lamy S, Laqueille X, Thibaut F. Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de littérature. *L'Encéphale*. juin 2015;41:S13-20.
97. Allen JWP, Bennett DS, Carmody DP, Wang Y, Lewis M. Adolescent risk-taking as a function of prenatal cocaine exposure and biological sex. *Neurotoxicology and Teratology*. janv 2014;41:65-70.
98. Courty P, Nacache L. Périnatalité en cas d'addictions. *La Presse Médicale*. 1 déc 2012;41(12, Part 1):1241-7.

99. Ebert J, Lacrouts-Négrier N, Roux C, Taboada M, Schmelck M-A. Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie [Internet]. Centre Horizon: université Paris Nanterre; 2001 août p. 114. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/matern.pdf>
100. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Conde A, Teixeira C. Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*. 2007;19(3):243.
101. Rosenblum O. Les enfants et leurs parents toxicomanes. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. oct 2000;13(7):405-11.
102. Burns KA, Chethik L, Burns WJ, Clark R. The early relationship of drug abusing mothers and their infants: an assessment at eight to twelve months of age. *J Clin Psychol*. avr 1997;53(3):279-87.
103. Jurgens MA, Levy-Rueff M, Goffinet F, Golse B, Beauquier-Macotta B. Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. Version française de la Prenatal Attachment Inventory (PAI, Müller, 1993). *L'Encéphale*. juin 2010;36(3):219-25.
104. Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *L'Encéphale*. févr 2010;36(1):69-76.
105. Organisation Mondiale de la Santé. Questionnaire ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf
106. Damato EG. Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. août 2004;33(4):436-45.
107. Bäckström M, Holmes BM. Measuring adult attachment: a construct validation of two self-report instruments. *Scand J Psychol*. févr 2001;42(1):79-86.
108. Dassa KS, Lonozou K, Kpelly DEE, Gaba Dovi A. Attachement parental et addiction aux substances psychoactives: Étude transversale comparative au centre hospitalier spécialisé de Zébé (Togo). *Perspectives Psy*. déc 2013;52(4):371-7.
109. Kpelly DEE. Types d'attachement parental et addictions aux drogues [mémoire de sociologie]. [Togo]: Université de Lomé; 2010.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire remis aux patientes de l'étude, comprenant la *PAI* (questions 23 à 43), le *RSQ* (questions 44 à 73) et le questionnaire *ASSIST* (75 à 81).

Transmission des liens d'attachement durant une grossesse suivie en addictologie

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est le terme actuel de votre grossesse (précisez en Semaines d'Aménorrhée si vous le connaissez) ?

3. Quelle est votre situation maritale ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Célibataire | <input type="radio"/> Mariée |
| <input type="radio"/> En concubinage | <input type="radio"/> Divorcée ou séparée |
| <input type="radio"/> Pacsée | <input type="radio"/> Veuve |

4. Quel est votre statut professionnel actuel ?

- En recherche d'emploi
- Etudiante, stagiaire ou en formation
- En arrêt longue maladie (plus de 6 mois)
- En invalidité
- En activité professionnelle
- Autre :

5. Si vous êtes en activité, veuillez préciser (plusieurs réponses possibles):

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> En CDI | <input type="radio"/> A temps complet |
| <input type="radio"/> En CDD | <input type="radio"/> A temps partiel |
| <input type="radio"/> Votre profession : | |

6. Quel est votre niveau d'études ?

- Ecole primaire
- Collège ou lycée (sans le BAC)
- Baccalauréat général ou technique
- Baccalauréat professionnel
- Apprentissage
- CAP
- BEP
- Ecole supérieure ou université
- Autre :

7. Considérez-vous que votre situation professionnelle actuelle est stable?

- Oui
- Non

8. Percevez-vous d'autres revenus que ceux de votre activité professionnelle?

- Non
- Oui (veuillez préciser : AAH, allocation logement ou enfant, autre...) :

9. Actuellement, vous diriez que votre situation financière est :

- Très confortable
- Satisfaisante
- A l'équilibre si vous faites attention
- Très juste, il faut vous priver
- Vous ne vous en sortez pas

10. Combien de grossesses avez-vous connues avant celle-ci ?

11. Précisez si les évènements suivants ont eu lieu dans votre parcours antérieur, et leur nombre :

- Fausse couche précoce (avant 12 SA) :
- Fausse couche tardive (après 12 SA) :
- Interruption Volontaire de Grossesse :
- Interruption Médicale de Grossesse :

12. Combien d'enfant avez-vous actuellement (en plus du bébé attendu) ?

13. De combien d'enfants avez-vous actuellement la garde ? Merci de préciser leur âge.

14. Avez-vous des enfants dans les situations suivantes (si oui, précisez combien) ?

- Placés administrativement (à votre demande, sans intervention judiciaire) :
- Placés judiciairement :
- Habitant majoritairement chez leur père :
- Habitant chez un autre proche (précisez quel proche) :

15. A quel terme (approximatif) avez-vous eu connaissance de la grossesse en cours ?

16. Diriez-vous que cette grossesse a été désirée ?

- Oui
- Non

17. Diriez-vous que cette grossesse a été programmée ?

- Oui
- Non

18. Avez-vous bénéficié d'une Aide Médicale à la Procréation pour cette grossesse, parmi les suivantes ?

- Aucune aide
- Déclenchement d'ovulation
- Stimulation hormonale
- Insémination
- Fécondation In Vitro
- Autre :

19. A quel terme (approximatif, en Semaines d'Aménorrhée) avez-vous eu votre 1er RDV de suivi de grossesse (avec une sage-femme ou un médecin) ?

20. De combien d'échographies avez-vous déjà bénéficié ?

21. Des anomalies ont-elles été détectées à l'échographie ? Si oui, précisez.

- Oui :
- Non

22. Les complications médicales suivantes ont-elles été constatées pour vous-même ou pour le bébé à venir ?

- Prééclampsie
- Diabète gestationnel ou diabète préexistant
- Menace d'Accouchement Préaturé
- Oligoamnios ou hydramnios (pas assez ou trop de liquide amniotique)
- Retard de Croissance Intra-Utérin
- Macrosomie fœtale ("gros bébé")
- Autre :

Les propositions qui suivent décrivent des pensées, sentiments ou situations que les femmes peuvent ressentir pendant leur grossesse.

Nous aimerions savoir ce que vous avez ressenti durant le mois qui vient de s'écouler. Entourez le chiffre qui semble le plus adapté à votre expérience.

	1 = presque jamais	2 = parfois	3 = souvent	4 = presque toujours
23. Je me demande à quoi peut ressembler le bébé maintenant	1	2	3	4
24. Je m'imagine appeler le bébé par son prénom	1	2	3	4
25. Je trouve agréable de sentir le bébé bouger	1	2	3	4
26. Je pense que mon bébé a déjà une personnalité	1	2	3	4
27. Je laisse les autres poser leurs mains sur mon ventre pour sentir le bébé bouger	1	2	3	4
28. Je fais attention aux choses qui pourraient avoir une influence sur le bien-être du bébé	1	2	3	4

	1 = presque jamais	2 = parfois	3 = souvent	4 = presque toujours
29. Je pense aux activités que je ferai avec mon bébé	1	2	3	4
30. Je décris aux autres ce que le bébé fait à l'intérieur de moi	1	2	3	4
31. J'imagine quelle partie du bébé je suis en train de toucher	1	2	3	4
32. Je sais quand le bébé est endormi	1	2	3	4
33. Je peux faire bouger mon bébé	1	2	3	4
34. J'achète ou je fabrique des choses destinées au bébé	1	2	3	4
35. Je ressens de l'amour pour mon bébé	1	2	3	4
36. J'essaie d'imaginer ce que le bébé est en train de faire à l'intérieur de moi	1	2	3	4
37. J'aime être assise avec les bras autour de mon ventre	1	2	3	4
38. Je rêve du bébé	1	2	3	4
39. Je sais pourquoi le bébé est en train de bouger	1	2	3	4
40. Je caresse le bébé à travers mon ventre	1	2	3	4
41. Il m'arrive de partager des confidences avec mon bébé	1	2	3	4
42. Je sais que le bébé peut m'entendre	1	2	3	4
43. Il m'arrive d'être très émue quand je pense au bébé	1	2	3	4

Merci de bien vouloir lire les propositions suivantes et de coter jusqu'à quel point chacune d'elle décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles et répondez en fonction comment, en général, vous vous y sentez.

Pour chaque proposition, entourez d'un cercle le chiffre qui vous correspond le mieux. Donner une seule réponse pour chaque proposition et merci de répondre à toutes sans en oublier une seule.

	pas du tout		un peu comme		tout à fait comme moi
44. Je trouve difficile de dépendre des autres	1	2	3	4	5
45. C'est très important pour moi de me sentir indépendante	1	2	3	4	5
46. C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions	1	2	3	4	5
47. Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne	1	2	3	4	5
48. Je crains d'être blessée si je me permets de devenir trop proche des autres	1	2	3	4	5
49. Je me sens bien sans relation affective proche	1	2	3	4	5
50. Je ne suis pas sûre de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin	1	2	3	4	5
51. Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions	1	2	3	4	5
52. Je suis inquiète de me retrouver seule	1	2	3	4	5
53. Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens	1	2	3	4	5
54. Je crains souvent que mes partenaires amoureux(es) ne m'aient pas vraiment	1	2	3	4	5
55. Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens	1	2	3	4	5

	pas du tout comme moi		un peu comme moi		tout à fait comme moi	
56. Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi	1	2	3	4	5	
57. Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions	1	2	3	4	5	
58. Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi	1	2	3	4	5	
59. J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne	1	2	3	4	5	
60. Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux	1	2	3	4	5	
61. Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir	1	2	3	4	5	
62. C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même	1	2	3	4	5	
63. Je suis mal à l'aise quand quelqu'un se rapproche trop de moi	1	2	3	4	5	
64. J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux(es) ne veuillent pas rester avec moi	1	2	3	4	5	
65. Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi	1	2	3	4	5	
66. J'ai peur d'être abandonnée	1	2	3	4	5	
67. Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens	1	2	3	4	5	
68. Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais	1	2	3	4	5	
69. Je préfère ne pas dépendre des autres	1	2	3	4	5	
70. Je sais que les autres seront là quand j'en aurai besoin	1	2	3	4	5	

71. J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas	1	2	3	4	5
72. Mes partenaires amoureux(es) veulent souvent que je sois plus proche d'eux/d'elle que je ne le supporte	1	2	3	4	5
73. Je trouve relativement facile d'être proche des gens	1	2	3	4	5

74.

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous déjà consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)		
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)		
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)		
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)		
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)		
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)		
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)		
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)		
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)		
j. Autres – spécifiez:		

Pour répondre aux questions suivantes (tableaux de 75 à 81), pensez à la situation dans laquelle vous vous trouviez avant la découverte de la grossesse, c'est à dire avant que vous ne vous sachiez enceinte. Les questions concernent vos consommations dans les 3 mois qui ont précédés la découverte de la grossesse.

75.

Au cours des 3 mois précédant la découverte de la grossesse (avant que vous ne vous sachiez enceinte), combien de fois avez-vous consommé les substances suivantes ?	jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois/mois	1 à 4 fois/semaine	Tous les jours ou presque
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)					
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)					
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)					
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)					
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)					
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)					
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum _, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)					
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)					
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)					
j. Autres – spécifiez:					

76.

Au cours des 3 mois précédant la découverte de la grossesse (avant que vous ne vous sachiez enceinte), combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer les substances suivantes ?	jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois/mois	1 à 4 fois/semaine	Tous les jours ou presque
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)					
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)					
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)					
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)					
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)					

f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)					
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum _, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)					
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)					
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)					
j. Autres – spécifiez:					

77.

Au cours des 3 mois précédant la découverte de la grossesse (avant que vous ne vous sachiez enceinte), combien de fois votre consommation des substances suivantes a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois/mois	1 à 4 fois/semaine	Tous les jours ou presque
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)					
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)					
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)					
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)					
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)					
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)					
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum _, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)					
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)					
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)					
j. Autres – spécifiez:					

78.

Au cours des 3 mois précédant la découverte de la grossesse (avant que vous ne vous sachiez enceinte), combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation des substances suivantes ?	jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois/mois	1 à 4 fois/semaine	Tous les jours ou presque
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)					
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)					
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)					
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)					
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)					
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)					
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum _, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)					
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)					
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)					
j. Autres – spécifiez:					

79.

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation des substances suivantes ?	Non, Jamais	Oui, dans les 3 mois avant la découverte de la grossesse	Oui, mais plus de 3 mois avant la découverte de la grossesse
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)			
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)			
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)			
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)			
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)			
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)			
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum _, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)			

h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)			
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)			
j. Autres – spécifiez:			

80.

Aviez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation des substances suivantes ?	Non, Jamais	Oui, dans les 3 mois avant la découverte de la grossesse	Oui, mais plus de 3 mois avant la découverte de la grossesse
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)			
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)			
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)			
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)			
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)			
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)			
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum_, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)			
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)			
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)			
j. Autres – spécifiez:			

81.

	Non, jamais	Oui, dans les 3 mois avant la découverte de la grossesse	Oui, mais plus de 3 mois avant la découverte de la grossesse
Aviez-vous déjà pris de la drogue en injection ?			

Pour répondre aux questions suivantes (tableaux de 82 et 83), pensez à la situation dans laquelle vous vous trouvez depuis la découverte de la grossesse, c'est à dire depuis que vous vous savez enceinte. Les questions concernent vos consommations actuelles, limitées aux 3 derniers mois si la découverte de la grossesse remonte à plus de 3 mois.

82.

Depuis la découverte de la grossesse, combien de fois avez-vous consommé les substances suivantes ?	jamais	1 ou 2 fois	1 à 3 fois/mois	1 à 4 fois/semaine	Tous les jours ou presque
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)					
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)					
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)					
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)					
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)					
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)					
g. Calmants ou somnifères (Valium_, Seresta_, Dormicum _, Rohypnol_, Stilnox_, etc.)					
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)					
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)					
j. Autres – spécifiez:					

83.

	Non, Jamais	Oui, depuis la découverte de la grossesse	Oui, mais avant la découverte de la grossesse
Aviez-vous déjà pris de la drogue en injection ?			

84. A quel terme (approximatif, en Semaines d'Aménorrhée) avez-vous eu recours à des soins addictologiques durant cette grossesse ?

85. De quel type de soins addictologiques bénéficiez-vous actuellement (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun
- Consultations ponctuelles
- Consultations régulières
- Hôpital de jour d'addictologie
- Hospitalisation complète en addictologie ou psychiatrie
- Structure d'hébergement spécialisée (post-cure, foyer...)
- Traitement médicamenteux d'aide au sevrage (Tercian®, Valium®, Seresta® ...)
- Traitement médicamenteux de substitution (buprénorphine, méthadone...)
- Autre :

86. De quel type de soins addictologiques avez-vous déjà bénéficié dans votre parcours, avant la grossesse actuelle (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun
- Consultations ponctuelles
- Consultations régulières
- Hôpital de jour d'addictologie
- Hospitalisation complète en addictologie ou psychiatrie
- Structure d'hébergement spécialisée (post-cure, foyer...)
- Traitement médicamenteux d'aide au sevrage (Tercian®, Valium®, Seresta® ...)
- Traitement médicamenteux de substitution (buprénorphine, méthadone...)
- Autre :

87. Diriez-vous que les soins addictologiques dont vous bénéficiez actuellement vous aident à diminuer vos consommations ?

- Oui
- Non

88. Diriez-vous que le fait de vous savoir enceinte vous aide à diminuer vos consommations ?

- Oui
- Non

89. Si vous avez des informations à ajouter, à compléter, merci de les noter ici. Si vous avez des interrogations concernant ce questionnaire, n'hésitez pas à en parler à votre consultant.

Annexe 2 : Résultats du score ASSIST classés selon les scores du RSQ

	évitement	anxiété	sécurité	usage	addiction modérée	addiction sévère	IV
Femme 4	2,4	1,4	1,4		tabac, alcool, cannabis	opiacés	non
Femme 1	2,6	1,8	3,4	alcool	tabac, cannabis		non
Femme 7	2,6	1	2,2	alcool	cannabis		non
Femme 8	3,3	3,2	4,2	cocaïne	tabac	3 substances	non
Femme 2	3,6	3,2	2		tabac, calmants	cocaïne	oui
Femme 5	4	2,2	2,8		tabac	opiacés	oui
Femme 3	4,1	2,6	3,4	cocaïne	tabac, cannabis, stimulants		non
Femme 6	4,3	2,4	3,6	alcool	tabac, cannabis, cocaïne, stimulants, calmants	opiacés	non

Tableau 6 : Classement selon l'ordre croissant au score évitement

	évitement	anxiété	sécurité	usage	addiction modérée	addiction sévère	IV
Femme 7	2,6	1	2,2	alcool	cannabis		non
Femme 4	2,4	1,4	1,4		tabac, alcool, cannabis	opiacés	non
Femme 1	2,6	1,8	3,4	alcool	tabac, cannabis		non
Femme 5	4	2,2	2,8		tabac	opiacés	oui
Femme 6	4,3	2,4	3,6	alcool	tabac, cannabis, cocaïne, stimulants, calmants	opiacés	non
Femme 3	4,1	2,6	3,4	cocaïne	tabac, cannabis, stimulants		non
Femme 2	3,6	3,2	2		tabac, calmants	cocaïne	oui
Femme 8	3,3	3,2	4,2	cocaïne	tabac	3 substances	non

Tableau 7 : Classement selon l'ordre croissant au score anxiété

	évitement	anxiété	sécurité	usage	addiction modérée	addiction sévère	IV
Femme 4	2,4	1,4	1,4		tabac, alcool, cannabis	opiacés	non
Femme 2	3,6	3,2	2		tabac, calmants	cocaïne	oui
Femme 7	2,6	1	2,2	alcool	cannabis		non
Femme 5	4	2,2	2,8		tabac	opiacés	oui
Femme 1	2,6	1,8	3,4	alcool	tabac, cannabis		non
Femme 3	4,1	2,6	3,4	cocaïne	tabac, cannabis, stimulants		non
Femme 6	4,3	2,4	3,6	alcool	tabac, cannabis, cocaïne, stimulants, calmants	opiacés	non
Femme 8	3,3	3,2	4,2	cocaïne	tabac	3 substances	non

Tableau 8 : Classement selon l'ordre croissant au score sécurité

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Professeur Olivier BONNOT

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Docteur Anne CHASSEVENT

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : HODY

PRENOM : Marion

Titre de Thèse : SCHEMA D'ATTACHEMENT ET REPRESENTATIONS DE L'ENFANT A VENIR CHEZ DES FEMMES ENCEINTES PRESENTANT UNE CONDUITE ADDICTIVE.

RESUME

L'indisponibilité des adultes ou leur difficulté à répondre adéquatement aux besoins d'un bébé favorisent l'établissement chez l'enfant de schémas d'attachement insécures. A l'âge adulte, ces schémas vont le rendre vulnérable face au risque de recours aux substances psychoactives pour apaiser des conflits internes majorés par l'insécurité. Lors de la survenue d'une grossesse, la consommation de substances psychoactives comporte des risques pour le déroulement de la grossesse, le fœtus et les relations mère-bébé. Le processus de maternité, la réactualisation de conflits infantiles et le développement des représentations fœtales sont alors mis en souffrance. La capacité des femmes enceintes addictes à se représenter leur maternité et à préparer des relations adaptées avec leur bébé en est entravée, favorisant de nouveau la création d'un attachement insécure chez l'enfant, et donc la transmission de l'insécurité. Nous avons souhaité illustrer cela par une étude clinique qualitative menée auprès de femmes enceintes dépendantes aux produits.

MOTS-CLES

ATTACHEMENT – TRANSMISSION TRANSGENERATIONNELLE –

ADDICTIONS AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES–

GROSSESSE –MATERNALITE – REPRESENTATIONS FCETALES – ETUDE QUALITATIVE