

De manière générale, il apparaît que le nombre de grossesses précoces dépend de la politique de santé et des modèles sexuels sociaux dominants. En Suède où, dès 1975, le modèle de l'abstinence sexuelle a été abandonné, on a observé une baisse de 80% des grossesses précoces.

Sur un plan obstétrical et sanitaire, les grossesses adolescentes, si elles sont bien suivies, ne posent pas de problèmes spécifiques, mais dans un contexte de fragilité psychosociale on observe une perpétuation de la précarité. Il semble que le cadre administratif soit peu protecteur pour la mère adolescente, cette situation étant considérée comme inenvisageable.

Quand les grossesses précoces sont associées à des troubles de la personnalité ou sont la conséquence de troubles, il peut s'agir de situations cliniques où la souffrance, le désarroi s'expriment davantage par l'action que par l'expression de ressentis, d'émotions, de plaintes. La grossesse peut être la conséquence d'une manière d'être au monde et de pratiques marquées par le passage à l'acte et les conduites à risques (cela concerne le champ de la sexualité décrite comme « hard » et les pratiques de consommation de produits psychoactifs) associées dans certaines situations à des formes de déconnexion entre le sensoriel et le psychique. On observe parfois une sorte « d'anesthésie » qui pourrait être la conséquence de la mise en place de mécanismes précoces de mise à distance.

Chez de très jeunes mineures, la situation de grossesse peut faire envisager l'existence de violences sexuelles. Enfin dans certaines situations extrêmes, la grossesse peut être analysée comme l'équivalent d'une tentative de suicide.

Grossesses précoces et usage de drogues

Il n'y a pas de lien probant entre maternité précoce et usage de substances psychoactives. Le Rapport Uzan (1994-1998, maternité Jean Verdier-93-) qui est la référence française en la matière, rapporte les données suivantes concernant la consommation

des jeunes filles enceintes concernées par l'étude : 15 % étaient consommatrices de tabac, 1% étaient consommatrices de drogues, aucune ne consommait d'alcool. Le phénomène semble donc extrêmement marginal. Lors de l'enquête, on a pu observer que les deux dimensions maternité/usage de produits psychoactifs semblent généralement antinomiques (techno +) dans l'esprit des professionnels (tous champs confondus). Ceci donne la mesure de la réprobation générale que suscitent les femmes enceintes consommatrices de produits psychoactifs et des jugements moraux en direction des usagers parents. Ces pratiques sont impossibles à assumer, d'où la difficulté à envisager des mesures de réduction des dommages pour les femmes et les parents usagers de drogues, et peut-être à penser le lien entre usage de drogues et périnatalité.

Grossesses non désirées, IVG et usage de drogues

Il n'existe pas de données explorant le lien entre prises de risques sexuels et la consommation de substances psychoactives. Les spécialistes d'un champ ne questionnent que rarement l'autre champ et quand cela est fait, le temps manque pour traiter les données. Il y a cloisonnement des champs et des dispositifs. On évoque alors une gêne des professionnels à aborder des sujets qui sont hors de leurs champs (drogues, alcool, sexualité) et/ou une gêne des publics (la peur de faire fuir).

Cependant, certains dispositifs de prévention (KIOSQUE, EMIPS¹, CRIPS²) prennent davantage en compte les problématiques dans une perspective d'ensemble et dans la continuité, avec une compréhension plus globale des prises de risques. Au niveau de la DASES³ (département de Paris), il existe un intérêt pour une approche transversale.

Le cloisonnement observé chez les professionnels est doublé d'une séparation selon les genres des publics.

Dans les différentes structures contactées, le public reçu appartient à l'un ou l'autre genre. Au Fil santé jeunes, 82% des appels

jeunes viennent des filles, et 91 % des appels parents des mères. Le public du Planning familial est un public féminin, le public du CYBERCRIPS est plutôt masculin. Le secteur de la prévention spécialisée reçoit 2/3 de garçons, 1/3 de filles (sauf Paris Ados Service qui organise une mise à l'abri des mineurs en rupture familiale, qui héberge 2/3 de filles pour 1/3 de garçons).

Les prises de risques sont abordées différemment selon les genres : par exemple, plus de réprobation morale et un sentiment de plus grande vulnérabilité pour les filles. Par ailleurs, on s'inquiète des risques sexuels pris par les jeunes femmes (grossesse non désirée notamment), alors que les craintes liées aux usages de drogues sont davantage reliées aux jeunes hommes.

L'association des risques (usage de drogue facilitant les relations sexuelles sans contraception et donc possibilité de grossesses non désirées) est généralement appréhendée comme une menace pour les jeunes femmes alors que l'association des risques concerne les deux sexes.

À noter toutefois la posture originale de l'équipe du CYBERCRIPS qui, à contre-courant, cible les jeunes hommes et considère que les informations sur la contraception, la sexualité et les prises de risques qui peuvent y être associées concernent aussi les hommes.

Conclusion

Même si ce phénomène pourrait être plus important dans les milieux défavorisés, les grossesses précoces sont rares et il n'y a pas de lien probant entre usage de drogues et grossesses précoces.

Concernant les conduites à risques des jeunes (16-24 ans) et en particulier celles du public marginal, la rencontre des professionnels a amené à penser que des actions visant une approche plus globale des problématiques seraient utiles. Ces problématiques restent toutefois très périphériques aux préoccupations du DAPSA.

Rosine Réat,
psychologue clinicienne Réseau DAPSA

Structures contactées

Le Centre Ressources (93), le CYBERCRIPS, DASES, l'Espace Santé Jeunes (Nanterre), le Fil Santé Jeune, Le KIOSQUE, Itinérance, Le Mouvement pour le Planning familial Paris, le réseau Paris Nord-Est Ado, Paris Ados Service, le Planning familial de Gennevilliers, Planning familial et services de la PMI Nanterre, Technoplus, l'Union des clubs de Prévention de Paris.

N° 12 2^{ÈME} SEMESTRE 2010

ÉDITORIAL

Il y a quelques semaines, je suis allée à l'inauguration de l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien (poétiquement siglé en HMEEP mais que je m'obstine à appeler « rue des Bluets » pour que soit bien gardée en mémoire l'histoire de ce lieu, de la maternité des Bluets, des luttes historiques qui y ont été menées pour une meilleure prise en compte des mères et des bébés, certes, mais des femmes aussi).

À cette cérémonie, j'ai retrouvé Madame Peyrole. Madame Peyrole, qui fut notamment directrice générale de l'association Olga Spitzer, a longtemps été présidente de l'association Horizons. Elle était, nous étions contents d'être là, et on se congratulait de voir enfin ce lieu d'accueil ouvert. Elle me demanda alors où en était « le bulletin », ce fameux bulletin dont elle était rédactrice en chef alors que le DAPSA n'était encore qu'une ébauche nichée au sein de l'association Horizons.

Alors, voilà, comme l'HMEEP est un héritier honorable de la maternité des Bluets, le bulletin du DAPSA est la prolongation de nos premières réflexions sur ce que pouvait être un réseau de partenaires entre ces parents et ces enfants.

Cet éditorial se veut un remerciement à Madame Peyrole qui accompagna nos premiers pas avec bienveillance. Il se veut aussi manifeste de notre volonté de pouvoir défendre, soutenir, maintenir tout ce qui fait lien entre nous.

Dr Marijo TABOADA

RESEAU RISQUE ET NAISSANCE

La lettre du réseau de santé DAPSA



Les groupes de travail de cette année étaient constitués de professionnels de la petite enfance, puéricultrices, éducatrices, orthophonistes, psychiatres et psychologues, spécialistes de l'addiction pour certains.

Dans ces ateliers, *Représentation de la grossesse et désir d'enfant en situation d'addiction et Il était si mignon quand il était petit*, des questions se sont recoupées. En effet, les deux groupes se sont notamment interrogés sur la place du professionnel dans son rôle de protection de l'enfant et la délicate question du signalement, risquant de couper tout lien de confiance avec la famille. La nécessité d'un travail d'équipe et la place du désir des professionnels dans le cadre de leur mission ont aussi été largement soulevées dans ces deux ateliers.

REPRÉSENTATION DE LA GROSSESSE ET DÉSIR D'ENFANT EN SITUATION D'ADDICTION

Les motivations du groupe étaient de :

- Travailler sur ses propres représentations,
- Se questionner sur la capacité des parents à gérer l'addiction et à assumer son rôle de parent dans le même temps,
- Les accompagner au mieux à partir de signaux d'alertes.

Se risquer à désirer

Tout sujet recherche une demande de confirmation de sa propre valeur à travers le désir d'enfant. Le poids de cette demande est d'autant plus important pour une personne fragilisée prise dans une problématique addictive. Elle pourrait alors se défaire de l'identité de toxicomane à laquelle elle se sent/est bien souvent réduite pour intégrer le statut de père ou de mère. Désirer un enfant, c'est tenter de construire plutôt que de se détruire. Désirer un enfant, c'est aussi oser s'inscrire dans une lignée. En se projetant dans cette nouvelle place, le sujet s'autorise à désirer autre chose que l'effet éphémère d'un produit.

Toute mère connaît des mouvements ambivalents envers son futur enfant, puis la culpabilité de reconnaître ses pensées agressives. Lorsqu'elle

ne parvient pas à cesser toute consommation pendant la grossesse, la mère met en acte cette ambivalence universelle.

Pour l'entourage comme pour les professionnels, cette conduite peut être vécue très violemment et provoquer un malaise voire une attitude de rejet. Ne serait-ce pas justement lorsque les situations interpellent chacun très intimement que les réactions se manifesteront d'autant plus vivement ?

Y aurait-il de bons et de mauvais parents, ceux qui protégeraient et ceux qui mettraient leur enfant en danger ? Si le regard est jugeant, ces femmes, ces couples qui posent un acte de vie risquent de se sentir renvoyés à leur dangerosité pour leur propre enfant.

¹ Équipe mobile d'information et de prévention santé (Paris) / ² Centre régional d'information et de prévention du sida d'Île-de-France
³ Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Paris)



ZOOM SUR LE DAPSA : COORDONNÉES DU RESEAU



Nom : Réseau de santé DAPSA
Adresse : 59 rue Meslay
Ville : PARIS (75003)
Tel : 01 42 09 07 17
Fax : 01 40 27 00 06
Courriel : reseau@dapsa.org
Site internet : www.dapsa.asso.fr
Création : le 1^{er} Juillet 2005 (DRDR)

à propos de la lettre «Réseau, Risque et Naissance»

Lettre éditée par le Réseau de santé DAPSA
Directeur de la Publication :
Jean-Claude GENEST
Lettre financée par : le FICQS
Création-Conception :
l'Adresse créative - Paris
Responsable d'édition :
Agnès Chaniolleau - SC Ecriture(s)



REPRÉSENTATION DE LA GROSSESSE ET DÉSIR D'ENFANT EN SITUATION D'ADDICTION (suite)

Il semblerait en effet hasardeux de stigmatiser tout parent consommateur de produit comme s'il était d'emblée inapte au périlleux métier de parent.

Si chacun est à même de reconnaître l'existence de ses propres mouvements agressifs, un travail d'élaboration pourra s'envisager différemment et favoriser une alliance thérapeutique avec les futurs parents. La culpabilité inhérente pourra être exprimée beaucoup plus librement.

Les ressources de chacun et le regard des professionnels

Addiction ou pas, chaque sujet se construit sur et grâce à ses failles. Lorsque les assises narcissiques sont fragiles, la maternité peut arriver comme un cataclysme dans la vie d'un sujet. Qui pourrait présager des ressources de ce dernier lorsqu'il ne sait pas lui-même de quoi il est capable, et ce, en particulier lorsque ces ressources sont masquées par un fort sentiment de dévalorisation ? Le regard des professionnels pourrait-il être suffisamment bienveillant et soutenant face à une mère ayant déjà deux enfants placés ?

De désir, il en a été question tout au long de ces rencontres. Désir de la mère, du père, mais aussi du professionnel. Chaque regard, chaque désir de professionnel a sa valeur. Les parents peuvent s'appuyer sur ce regard pour s'autoriser à assumer leur fonction de parent. Si les parents se sentent jugés, les projections des professionnels peuvent contribuer à ce que le parent se sente incapable de devenir père ou mère. Ils peuvent alors adopter une attitude de retrait qui peut être interprétée comme un désintérêt vis-à-vis de l'enfant. Les passages à l'acte peuvent aussi confirmer cette inaptitude en demandant à l'Autre de protéger son enfant de sa dangerosité supposée. Assumer son rôle de parent, pour le père comme la mère, revient à reconnaître sa valeur dans une période qui réinterroge le contexte de sa propre naissance.

Quand l'enfant devient réalité, des aménagements s'avèrent nécessaires comme dans tous les couples et la dynamique établie est bouleversée. En fonction du type de consommation, individuelle ou en couple et des ressources de chacun des parents, l'arrivée de l'enfant pourra raccrocher l'un et/ou l'autre des parents à la réalité en leur/lui donnant un point d'ancrage dans l'ici et maintenant. Le père pourra aussi bien être un père fantôme qu'un père particulièrement attentif aux besoins de son enfant

notamment s'il sent la mère fuyante ou fragile. En favorisant un contexte bienveillant et sécurisant pour la mère, les professionnels favorisent une place de tiers possible et aident ainsi la mère à laisser le père occuper sa fonction.

La nécessité de croiser les regards

Dans la grande aventure de la parentalité, est-ce l'addiction qui est au cœur du sujet ou la capacité à reconnaître l'existence propre de l'Autre et donc aussi celle de l'enfant ?

Si certains parents ne peuvent entendre d'autres désirs que les leurs, serait-ce pour autant une spécificité des sujets consommateurs de produit ?

Le propos n'est pas de nier les risques potentiels - autant physiques que psychiques - auxquels l'enfant est soumis lorsque l'état de vigilance du ou des parents est modifié, mais de s'interroger sur les stratégies qu'ils sont capables de mettre en place pour le protéger pendant ces périodes critiques.

Les professionnels se trouvent en effet dans la délicate place d'accompagner la famille, mais aussi de protéger l'enfant de situations à risque.

Quel positionnement adopter lorsqu'il s'agit de décisions aussi controversées que la séparation mère-enfant dès la naissance ?

Quelle culpabilité pour les professionnels que de devoir se prononcer sur les risques potentiels ou avérés qu'encourt un enfant à grandir auprès de ses parents ?

Comment ne pas avoir l'impression de les trahir après avoir tenté de les accompagner ?

C'est bien là que rentre en jeu le travail interinstitutionnel qui permet au patient de ne pas se sentir coincé dans une relation hyperinvestie avec un seul professionnel, mais de naviguer entre plusieurs intervenants. Chaque professionnel aura à entendre les projections des parents. Il pourra tour à tour être soutien ou mauvais objet, l'objectif étant de maintenir une alliance thérapeutique avec la famille.

En favorisant le lien interinstitutionnel, chaque lieu permettra aux parents de se sentir soutenus et respectés dans leurs mouvements d'aller-retour, de ruptures et de retrouvailles envers chaque institution.

Risque de toute-puissance

Si un des professionnels se retrouve seul face à une situation préoccupante, ne risquerait-il pas de tomber dans l'illusion de sauver les parents - et d'en oublier l'enfant -, de les aider à laisser leur passé chaotique derrière eux pour rêver d'une vie de famille équilibrée. Si des avancées restent bien heureusement possibles, les intervenants se garderont de partager les fantasmes des patients afin de mieux les accompagner dans la réalité.

Le groupe de travail a lui-même été animé par de vives réactions, comme si chaque professionnel avait à se positionner soit du côté de la protection des parents, soit du côté de celle de l'enfant.

Ces situations complexes ont eu un fort écho chez chacun des professionnels. Ces ressentis, difficilement dicibles, pour soi comme aux autres, interfèrent dans les relations institutionnelles et dans les relations de soutien aux usagers.

La dynamique qui a traversé le groupe de cette année a interrogé les participants sur la charge émotionnelle inhérente à ces situations et la nécessité d'en comprendre les enjeux. Le DAPSA propose de prolonger ce travail de réflexion l'année prochaine dans un groupe animé par deux intervenants. En effet, c'est en se décollant de ce qui se vit dans le groupe comme sur le terrain que l'analyse peut s'affiner et aider chacun à mieux saisir ce qui se passe pour lui.



IL ÉTAIT SI MIGNON QUAND IL ÉTAIT PETIT

Le groupe s'est questionné sur plusieurs axes de travail¹ :

- Comment transmettre son inquiétude à l'ensemble de l'équipe lorsque l'enfant semble souffrir en silence sans pour autant présenter de symptômes ?
- Comment travailler le lien mère-enfant lorsque la mère ne formule pas de demande ?

Comment détecter les symptômes « passifs » de l'enfant ?

Nombreuses sont les situations anxiogènes qui alertent voire paniquent les équipes. Ces mêmes situations mobilisent un nombre important d'intervenants, souvent de différentes institutions. Et puis, il arrive que quelques tout-petits brillent par leur discrétion, leur faculté à se faire oublier.

L'émotion est un précieux indicateur de ce que peut ressentir l'enfant. Lorsque de la frayeur ou de l'angoisse se dégage d'une mère, comment supposer que l'enfant puisse y être hermétique ?

Comment un professionnel peut-il alors communiquer son inquiétude à l'ensemble de l'équipe lorsque celui-ci parvient à entendre le mal-être silencieux de ces enfants ?

Il apparaît que lorsqu'un intervenant se fie à son ressenti mais ne parvient à l'exprimer, ses alertes risquent de rester lettre morte. En effet, face à un état de sidération de la mère, il n'est pas rare que l'équipe réagisse en miroir et ne soit pas en mesure d'entendre les difficultés de la mère et de l'enfant.

Le ressenti du professionnel peut être jugé trop subjectif par l'ensemble de l'équipe. Transmettre par exemple des observations comme une absence de réaction, de suivi de regard, un sourire sans émotion ou une hypotonie chez l'enfant permet de s'appuyer sur des comportements identifiables et d'en suivre l'évolution.

De même, un professionnel peut, bien entendu, projeter ses propres angoisses sur une personne et perdre son objectivité. C'est alors que le travail en équipe prend tout son sens.

Quels dispositifs pour travailler le lien mère-enfant ?

Les orientations « forcées » peuvent-elles porter leurs fruits ? Quel dispositif thérapeutique semble le plus approprié ? Est-ce nécessaire de voir la mère accompagnée de son enfant pour travailler le lien mère-enfant ?

Un travail de soutien avec la mère - en présence ou non de l'enfant - semble indispensable pour espérer voir leur relation s'améliorer. En effet, si des

¹ Le groupe a principalement élaboré ces réflexions à partir d'accompagnements de mères rencontrées dans le cadre d'un foyer maternel, en PMI ou en CMPP. Peu de pères ont rencontré les équipes.



Comme souvent, c'est lors d'échanges informels qu'une question surgit, inédite ou parfois incongrue, présentant en tout cas toutes les apparences de l'inconnu. Ainsi, grâce à une après-midi passée auprès de l'équipe de Paris Nord-Est Ados, on a pu se demander quels étaient les liens entre l'usage, même occasionnel, de produits psychotropes ou d'alcool et les grossesses chez les très jeunes filles.

Ce n'était qu'une idée en l'air, encore fallait-il vérifier si cette question avait un intérêt. Un travail d'identification fut ainsi mené par Rosine Réat en 2009.

GROSSESSES PRÉCOCES

Tout semble indiquer que les grossesses précoces ne représentent pas une problématique majeure au niveau national.

Les dernières données montrent une baisse du nombre de grossesses non désirées. Et le nombre des IVG reste stable (11 500) et concerne 1 % des jeunes filles de 15-17 ans.

Néanmoins, cette question pourrait être particulièrement aiguë dans certains territoires. La maternité à l'adolescence, si elle concerne peu la population générale, est significativement plus fréquente dans certains groupes sociaux. Mme Echevarria, du centre Ressources 93, a effectué un travail de recherche sur cette question. Son approche, ethnologique, concerne un quartier d'une commune de la Seine St Denis. Ses interrogations portaient sur « le sens d'une maternité qui se produit dans un contexte de rupture de confiance : en-soi, dans l'autre et dans l'avenir, à un âge en soi vulnérable ». Dans le cadre de ce travail, elle rend compte notamment d'un groupe de

entretiens de soutien réservés à l'enfant comportent l'intérêt de lui préserver un espace de symbolisation et d'expression, il paraît difficile de faire l'économie d'un soutien dirigé vers la mère.

Accompagner des mères en grande difficulté suppose une capacité d'aménagement de cadre de la part des professionnels. En effet, pour certaines mères, les entretiens en face à face ne feront que renforcer l'angoisse que provoque la relation duelle, tandis que la parole se libérera plus aisément dans un cadre informel avec un autre professionnel.

Tout sujet a la possibilité de dire ou ne pas dévoiler des éléments intimes de son histoire à un interlocuteur donné. La respecter, c'est aussi lui reconnaître ce droit et ne pas l'en déposséder. En effet, les familles trouvent un réel soutien thérapeutique auprès des équipes éducatives qui se positionnent en tiers éayant. Par ailleurs, l'évaluation des interactions mère-enfant s'appuie sur une observation fine au quotidien - et non à partir d'une situation d'entretien -.

C'est grâce à ce soutien dans l'ici et maintenant que les mères seront plus à même d'effectuer un travail d'élaboration avec les psychiatres et psychologues. Sans réel travail d'équipe, ces suivis ne feraient que se juxtaposer, répétant ainsi le clivage que peut connaître la mère dans son fonctionnement. La possibilité de relais précérait aussi du risque d'usure

et de découragement auquel chaque professionnel est confronté face à ces situations.

Si le travail d'équipe paraît indispensable pour une prise en charge cohérente des familles, le groupe s'est interrogé sur la nécessité de transmettre des éléments choisis et non l'ensemble d'un dossier aux collègues et autres institutions. En effet, à trop en dire sur le parcours de la personne, laisse-t-on encore une chance aux protagonistes de se rencontrer ?

Plus qu'une attitude de soutien envers la mère, c'est bien la question du désir du professionnel, non objectivable, qui est au cœur du dispositif thérapeutique. Il permet de redonner de la valeur à la mère comme à l'enfant lorsque le désir de la mère est en veille. En effet, l'absence de regard vers l'enfant peut le résigner à ne pas formuler de demande ou exprimer de symptôme. L'équipe éducative, grâce à l'intérêt qu'elle porte à l'enfant, pourra l'aider à s'autoriser à manifester davantage son désir...quitte à faire un peu plus de bruit.

Il permet de redonner de la valeur à la mère comme à l'enfant lorsque le désir de la mère est en veille. En effet, l'absence de regard vers l'enfant peut le résigner à ne pas formuler de demandes ou exprimer de symptômes. Lorsqu'un enfant semble lisse, sans histoire, ne serait-ce pas justement là que les équipes devraient s'alerter ?

Caroline LAMBERT
Psychologue clinicienne-psychanalyste

- à une volonté de changement de vie, à une nouvelle étape : « maintenant, je m'occupe de moi et de mon enfant » qui peut réussir ou non à se mettre en place,
- à une tentative d'accéder à une identité de femme (parfois, ce sont les pires « garçons manqués » qui tombent enceintes),
- à une recherche d'amour : « avoir un enfant pour aimer et être aimé » (mais est-ce bien spécifique à l'adolescence ?).

Pour certains professionnels, les causes favorisant les grossesses précoces ne sont pas obligatoirement à relier à des problématiques individuelles. Pour certaines jeunes filles, la grossesse se produit dans un contexte où manquent les ressources internes et externes permettant de s'approprier les méthodes de contraception. Dans certains milieux, l'absence d'espace pour s'exercer au jeu de la séduction raccourcit le temps de l'expérimentation des jeux de séduction, et précipite le temps de la relation sexuelle, de la grossesse voire de la maternité.