

Quand le déclic entre la mère et le nourrisson tarde. Tabous autour de la naissance

Lyne Douville, T.C.F., Psychoéducatrice, Psychologue, Ph.D., Professeure au département de psychoéducation et travail social, Chercheure régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF), Université du Québec à Trois-Rivières

Lyne.Douville@uqtr.ca

Marie-Josée Martel, Inf., Ph.D., Professeure titulaire en sciences infirmières, Chercheure associée au centre de recherche du CHU Sainte-Justine, Chercheure régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF), Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Josée.Martel@uqtr.ca

RÉSUMÉ :

Dix femmes ayant vécu une expérience difficile à la naissance de leur enfant ont désiré la partager avec nous, dépassant leur timidité. C'est ainsi que nous plongeons dans les récits de vie bouleversants où ces femmes nous livrent l'inattendu. Plusieurs thèmes ont émergé, dont celui du lien d'attachement difficile quand le déclic tarde à se faire. Différents facteurs viennent entraver ce lien, tels que l'expérience de l'accouchement, la naissance et l'impact de l'équipe médicale ainsi que les difficultés d'allaitement. Le manque de soutien, un sentiment de solitude, le fait de ne pas avoir vécu une maternité parfaite et de ne pas se sentir à la hauteur entravent également la construction du lien. La période périnatale vécue très difficilement peut avoir des incidences majeures auprès des mères, jusqu'à l'émergence d'idées noires associées à des états dépressifs. De l'analyse phénoménologique ressort que le lien d'attachement se construit sur une période très variable. Ces récits nous aident à mieux comprendre l'envers du décor de la maternité idéalisée et les enjeux entourant le couple et la famille.

23

MOTS-CLÉS :

Périnatalité, attachement, dépression périnatale, parentalité

INTRODUCTION

Socialement, la naissance d'un enfant est connotée très positivement. Elle répond aussi à des attentes parentales et familiales. Toutefois, certains couples sont confrontés à un clivage entre la vie idyllique et les bouleversements vécus à l'arrivée du bébé. Lorsque l'enfant naît, la relation conjugale devient coparentale et exige une réorganisation de la vie quotidienne. En raison de la pression sociale exercée, les mères, en particulier, peuvent éprouver de la culpabilité de ne pas se sentir nécessairement comblées par la naissance de ce poupon. Elles peinent à partager leurs émotions, même avec leurs partenaires, et s'inquiètent de la difficulté d'être une bonne mère. Lorsqu'elles se sentent trop submergées, l'accordage avec l'enfant ne se crée pas. Cette réciprocité interactionnelle se réalise à condition que la mère puisse être en état de décoder le signal du nourrisson (Stern, 1989).

Cette recherche met donc en lumière le lien entre le vécu de la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et le retour à la maison comme une base (positive ou négative) à l'édification des relations entre le(s) parent(s) et l'enfant. Chose certaine, lorsque ces mères sont éprouvées par des situations inattendues, certaines font face à l'envers du décor d'une maternité idéalisée. Confrontées à des affects intenses, elles se retrouvent en quête de repères et tentent de trouver du soutien et une certaine compréhension de la situation qu'elles ont vécue.

L'objectif de cet article consiste à jeter un regard sur des situations où rien ne se passe comme souhaité, en nous appuyant sur l'analyse des récits de 10 mères relatant leurs expériences au retentissement difficile. À partir de ces récits anonymisés, nous avons décidé de mener une démarche scientifique se basant sur la recherche qualitative phénoménologique (Gaudet et Robert, 2018).

Cet article expose donc un phénomène vécu par des femmes qui ont eu du mal à trouver écho à leur expérience difficile et, par le fait même, à concrétiser leur désir d'aider d'autres femmes ayant expérimenté des expériences similaires. Ainsi dévoilent-elles les mythes, les non-dits et surtout les déceptions d'une maternité fort différente de celle projetée à travers leur vécu de la grossesse, de la naissance et du retour à la maison. Elles abordent également les défis posés par le tempérament de leur enfant, mais aussi certaines conséquences sur leur expérience de la maternité, ainsi que leur recherche de solutions. Une discussion s'ensuit pour tenter de mieux saisir la réalité de ces femmes quand le déclic avec leur nourrisson tarde à se produire, et ce, afin de mieux les accompagner, de concert avec leur entourage.

1. Méthode

24

Des mères à la recherche de soutien se sont rencontrées par l'intermédiaire d'un groupe Facebook lancé par l'une d'entre elles, et ce, sans se connaître préalablement. Devant le manque de soutien informel ou formel à leur portée, elles partagent les difficultés entourant la naissance de leur enfant, dont la nature difficile du lien avec leur enfant. Ayant constaté le peu de ressources et les tabous entourant ces difficultés, la personne initiatrice du regroupement a ensuite entrepris des démarches auprès de chercheuses pour leur livrer cette réalité peu exposée. Ainsi, à partir de leurs échanges sur Facebook, une des participantes en a résumé le contenu par l'intermédiaire de récits avec l'accord des autres participantes. Elle s'est assurée d'obtenir leur autorisation et de bien traduire leur vécu. Sollicitées à plusieurs reprises en tant que chercheuses dans un centre de recherche sur le développement de l'enfant et de la famille, nous avons alors décidé de nous pencher sur la détresse de ces femmes et sur leur besoin de donner sens à leur expérience. La diversité de l'échantillon nous permettait de mieux comprendre un phénomène en fonction des caractéristiques communes à chacun des récits et non de tirer des généralisations à partir d'une seule caractéristique telle que l'âge ou le statut socioéconomique. En effet, les femmes concernées n'avaient pas un profil nécessairement homogène. Elles avaient tous un partenaire au moment de la naissance, détenaient un emploi (dans des secteurs très différents) au moment de prendre la décision d'avoir un enfant et certaines avaient déjà une expérience de maternité.

Dans cette démarche, nous nous sommes laissés absorber par leurs récits en les relisant à plusieurs reprises, et ce, individuellement. Puis nous avons extrait les verbatim phares, en formulant des significations et en identifiant des thèmes issus de ces récits. Ensuite, à partir de notre compréhension, nous avons proposé une description phénoménologique issue de ces dix récits (Richards et Morse, 2012). Cette description leur a été soumise lors de notre première analyse, dans le but de donner sens à leur histoire et de leur relater ce que nous avons appris de leur expérience. Leur réaction fut très émouvante : enfin, elles pouvaient être entendues en tant que mères, avoir une voix pour être comprises. Considérant la taille de notre échantillon, nous avons fait un retour aux théories et aux

écrits scientifiques pour permettre en quelque sorte une triangulation des données et favoriser une analyse théorisante du phénomène étudié (Gaudet et Robert, 2018).

2. Résultats

2.1 Le vécu de la grossesse

« Être mère, ce n'est pas quelque chose qui vient tout seul, il faut se préparer » (récit 1). Pour certaines mères, des craintes s'installent, telles que la peur de n'être pas capable de bâtir [reproduire] une relation aussi solide que celle avec leur mère (récit 6) ou ne pas être à la hauteur comme mère (récit 5), ou encore de perdre une seconde fois un enfant (récit 5). Pour d'autres, l'enfant est porteur d'espoir : « j'espérais que la naissance de l'enfant allait régler les choses [car elle se sentait extrêmement malheureuse et personne ne semblait percevoir ou même soupçonner la manifestation d'un trouble dépressif persistant] » (récit 3).

La naissance de ce nouveau-né s'inscrit dans une trajectoire de vie qui s'agence avec celles de ses parents et celles de leurs propres parents. La grossesse semble réactiver des histoires personnelles ou des antécédents de vulnérabilité puisque cet état modifie non seulement le corps, mais également les états d'âme. Ces modifications peuvent se révéler pour les unes porteuses d'un bien-être psychologique : « Je me sentais vraiment bien avec le bébé en dedans de moi », « Ça me plaisait » (récits 1, 2), ou à l'opposé faire émerger des troubles affectifs, dont les troubles dépressifs déjà présents avant la grossesse (récits 3, 4). Une mère raconte comment elle a souffert de ses troubles alimentaires, réapparus alors qu'elle était enceinte : « À cheval entre la pulsion et la raison », elle veut éviter « de faire mal » à son enfant en cédant à des excès suivis de restrictions alimentaires (récit 7). Pour une autre mère, ce sont les troubles d'anxiété généralisée qui ont été réactivés (récit 10). À cela s'ajoutent aussi les problèmes reliés aux grossesses à risque qui vulnérabilisent les mères primipares ou multipares [traitement de fertilité, problème génétique, risque de prématurité ou autres (récits 7, 8, 9)]. Dans de tels contextes, une mère avoue « être incapable de se projeter avec son bébé dans ses bras » (récit 8) alors qu'une autre femme murmure à son enfant de s'accrocher (récit 9). Certaines ouvrent sur la peur pour la survie de l'enfant ou la leur (récits 7, 8). Nous pouvons alors comprendre que ces différentes situations comportent des défis supplémentaires pour ces mères et compliquent en quelque sorte les conditions d'accueil du nouveau-né. Car pour les femmes qui vivent des conditions plus facilitantes, le lien avec leur enfant se construit durant la grossesse : « j'étais capable de m'imaginer mon bébé (récit 9) », « j'avais hâte de rencontrer mon enfant, je sentais même une connexion avec cet être grandissant à l'intérieur de moi » (récit 10).

25

2.2 La naissance

Une suite d'événements semble jouer un rôle important dans la construction de l'attachement avec le bébé. Bien que certains événements soient partagés par plusieurs des mères, différents facteurs viennent favoriser ou entraver ce lien et rendre singulière chaque histoire. La naissance de l'enfant et l'expérience de l'accouchement semblent déterminantes. Seule une mère a exprimé la délivrance ressentie lors de l'accouchement :

Quand j'ai tenu ma fille pour la première fois, j'ai tout de suite ressenti l'attachement [sentiment d'affection] envers elle. [...] Elle est montée d'elle-même vers mon sein pour prendre la première tétée [...]. Mais l'état de grâce n'a pas duré longtemps, ma fille est rapidement devenue un bébé aux besoins intenses (récit 9).

Huit mères sur dix nous ont partagé le contexte très difficile de leur accouchement. Ces procédures invasives ou imprévues semblent faire basculer les mères dans une perte de contrôle et éteindre cette étincelle d'amour envers leur enfant (récit 4) : accouchement provoqué (récits 4, 7, 10), césarienne (récits 2, 7, 8), épisiotomie et déchirure du périnée (récits 1, 2, 5), épidurale (récits 2, 3, 4, 7), chorioamniotite (récit 2), rétention placentaire (récits 5, 10), anesthésie traumatisante (récits 4, 8), déclenchement à l'ocytocine vécu comme un traumatisme (récit 10), cathéter épidural déplacé (récit 5), sutures à froid (récits 5, 10).

Trois éléments particuliers ressortent de leur accouchement : les deux mondes parallèles, le rôle de l'équipe médicale et l'intensité de la souffrance. Selon la SOGC (2018), la douleur devient souffrance lorsqu'une femme est incapable d'activer ses propres mécanismes d'adaptation à la douleur, ou lorsque ses mécanismes ne lui permettent pas de faire face à la situation. Un clivage émerge alors entre l'accouchement projeté (idéal) et la rude épreuve que représente l'accouchement (récit 7). En effet, les nombreuses interventions médicales, l'instrumentation de l'accouchement ainsi que l'intensité de la souffrance semblent créer un fossé entre ce qui était espéré et ce qui a été vécu comme accouchement. Une mère nous décrit deux mondes parallèles entre la bulle de son couple et l'intrusion de l'équipe médicale (récit 5), ce qui a eu pour effet de briser le déroulement de l'accouchement et d'anéantir son propre sentiment de contrôler la situation. Une autre mère ira jusqu'à affirmer qu'elle était soumise au corps médical et que celui-ci prenait le contrôle des événements (récit 4) :

À cette époque, j'étais très soumise devant les figures d'autorité. C'est d'ailleurs cette attitude qui m'a poussée à accepter toutes les procédures qu'on allait me proposer par la suite. Soudainement, je n'avais plus l'impression que c'était moi qui accouchais : le corps médical avait pris le contrôle total de la situation (récit 4).

26

De même, une mère revient sur le manque de soutien lors de sa césarienne imprévue : « on n'a pas précisé la procédure péridurale, quatre tentatives infructueuses du médecin résident pour finalement que le superviseur injecte une anesthésie rachidienne », d'où « le sentiment d'être traitée comme une cobaye ». La peur soulevée pendant la césarienne l'a complètement détachée du bébé (récit 8). Cet élément est fort important puisque l'équipe médicale devrait pour la mère s'avérer une source de soutien. Cette équipe doit être sensible à l'importance d'introduire délicatement un rapprochement entre la mère, son enfant et son partenaire.

Il n'y a pas que ces facteurs qui participent à produire un monde parallèle ou dissocié puisque la souffrance semble jouer un rôle prépondérant face à l'arrivée de l'enfant. Plusieurs mères abondent en ce sens : la souffrance devient un frein au contact avec leur enfant. « Quand ils ont mis mon bébé sur mon ventre [...], c'était la douleur » (récit 1). Le mécanisme de dissociation pour contrer la souffrance semble corrélé avec la fréquence et l'intensité des actes médicaux opérés : « Je me souviens de presque plus rien » (récit 1). Cette rupture du contact avec soi a comme conséquence de rendre la mère comme assujettie, témoin externe de son propre processus (récit 4). Les qualificatifs utilisés dans les divers récits témoignent de cette douleur intense non contrôlée : « abattoir » (récit 8); expérience atroce, intenable/aucun bon souvenir/aucune envie de le voir (nourrisson) (récits 1, 4, 7). La souffrance agit comme un prisme qui biaise la rencontre avec le bébé, teinte négativement cette rencontre mutuelle. De plus, ces femmes ne semblent pas préparées à trouver des moyens de soulager ou d'alléger leur douleur (récits 1, 4). La souffrance efface le désir de voir le bébé (récit 4) et indispose à en prendre soin (récit 2). Enfin, il semble que l'accouchement peut réactiver des situations traumatiques comme la perte d'un enfant (récit 8) ou que l'accouchement peut même être vécu comme une expérience traumatique (récit 7). Tous ces facteurs semblent contribuer à une sorte de déconnection lorsque le nouveau-né arrive, comme s'il fallait un certain temps pour assimiler et donner sens aux événements traumatisants.

En somme, l'expérience de l'accouchement, moment charnière pour la rencontre entre le nouveau-né et sa mère, favorise la proximité ou à l'opposé entrave les conditions favorables aux régulations mutuelles et réciproques impliquant la mère et son nourrisson. Lorsque ce moment est ceinturé de moments traumatiques, il laisse des traces indélébiles dans le corps et l'esprit des mères, « mettant en suspens » l'accordage affectif avec leur nouveau-né ou freinant l'état dialogique entre eux (Stern, 1989).

2.3 Le retour à la maison et l'allaitement

Pour certaines mères, la rencontre avec l'enfant les place « dans l'inconnu total ». Une mère nous raconte « qu'elle n'avait aucune idée de ce qu'elle devait faire [...], ne reconnaissant ni la situation, ni ce petit être qu'elle tenait dans ses bras » (récit 1).

Au début, à la maison, m'occuper du bébé était plutôt une obligation, une tâche, un travail. Je ne ressentais pas de lien avec mon fils. Je pense que cela a dû prendre deux bonnes semaines avant que le déclic se produise. Pour une rare fois, j'étais seule avec lui, tranquille, dans la chaise berçante [...], puis soudainement j'ai senti de l'amour » [...]. Je me sentais coupable et surtout ne comprenais pas (pourquoi) je ne l'avais pas aimé plus tôt. Aujourd'hui je réalise que ce genre de situation est beaucoup plus fréquente qu'on le croit, mais c'est tellement tabou. [...] J'ai abordé la question avec ma mère et elle a vécu la même chose (récit 1).

Une autre maman évoque une situation similaire; elle recherchait sur les forums ou sur internet « si c'était normal et si cela allait passer ». Cette femme a partagé sa peine à ce sujet avec son conjoint, qui l'a consolée et lui a conseillé d'arrêter d'aller lire là-dessus (récit 2). Pour une autre mère qui garde un excellent souvenir de son accouchement et des premiers moments avec son fils, c'est au retour à la maison que la réalité l'a rattrapée (récit 6) : « Mais même en se séparant les tâches de cette manière, même si je pouvais dormir, c'était trop pour moi. Quand je suis retournée au travail, j'ai été réellement soulagée! » (récit 6).

L'allaitement représente une pression sociale (récits 1, 2). Il semble avoir plutôt un effet néfaste sur l'interaction avec le nourrisson lorsqu'il est associé à une performance ou à une mauvaise expérience, selon le récit de neuf mères. Une mère raconte avoir vécu cette expérience comme une prison et fut soulagée quand sa production de lait s'est arrêtée (récit 2). Pour une autre mère, devoir allaiter immédiatement après l'accouchement la pétrifiait (récit 5) :

J'étais pétrifiée. Sur la vidéo que mon amoureux a fait de ce moment, on me voit, complètement perdue, qui répète « je ne comprends pas » en évitant de regarder l'enfant qui s'agite sur moi. On voit que je n'étais pas tout à fait présente (récit 5).

Pour deux autres mères, la poursuite de l'allaitement a été un long chemin de croix qui semble avoir contribué à créer un sentiment d'incompétence maternelle (échec) et l'attribution d'intentions négatives (rejets) de la part de leur enfant :

Il était éveillé 20 heures par jour et il pleurait sans arrêt. Il avait toujours mal au ventre, alors j'ai dû cesser de lui donner mon lait après environ un mois pour passer à une formule prescrite par le pédiatre. J'ai vécu cela comme un échec supplémentaire (récit 8).

Le problème sévère de reflux gastrique, vers l'âge de 4 mois et malgré la médication, les problèmes perdurent. L'allaitement continuait à être difficile [...], j'avais l'impression qu'elle me rejetait, qu'elle ne voulait pas ce que je lui offrais (récit 9).

Une autre mère nous raconte son « véritable combat » causé par une hypoplasie mammaire : « tire-lait, dompéridone »; « Grâce à l'ocytocine naturelle secrétée, j'ai retrouvé le lien que j'avais ressenti durant la grossesse ». Toutefois, cette mère était épuisée lorsque l'enfant a eu 10 mois; une dépression majeure est alors diagnostiquée (récit 10). L'acharnement engendré par la douleur non soulagée semble avoir gâché les moments de rapprochement avec le nourrisson durant l'allaitement (récits 1, 2, 3). Même si l'allaitement est apparu difficile et même problématique à la majorité des participantes, celles-ci ont continué ce mode d'alimentation, mentionnant que peu d'alternatives semblent leur avoir été proposées :

L'allaitement aux seins est une option qu'on discute rarement [...]. Il ne faut pas seulement que cela devienne un impératif [pour être une bonne mère] et qu'on culpabilise les femmes qui décident de ne pas donner le sein [...], ou d'offrir à l'occasion le lait maternisé [...]. Mieux vaut donner un biberon avec amour que le sein avec dédain (récit 1).

Le biberon semblait donc être une bonne décision (récits 1, 2), ou encore l'allaitement mixte (récit 6). Il semble essentiel lors de cette étape d'offrir aux mères l'occasion d'ouvrir la discussion sur le mode d'alimentation qu'elles souhaitent donner, leurs défis ainsi que leur réalité (qui peut changer), et ce, sans les culpabiliser. Nourrir son bébé implique de nouveaux apprentissages, plusieurs essais et erreurs, des défis inédits et un apprivoisement mutuel qui requiert une grande sensibilité parentale. Les tensions vécues par les mères semblent être un obstacle entravant la relation mère-enfant.

L'immaturation physiologique de l'enfant peut se traduire par diverses réactions : reflux, intolérance alimentaire, coliques, hypersensibilité, pleurs, sommeil perturbé, etc. (récits 6, 8, 9, 3). L'enfant a peu de moyens pour exprimer ces inconforts, ces maux. La fatigue sous-jacente des parents rend exaspérante la situation et peut engendrer du ressentiment :

28

Il pleurait toujours avec rage : on dirait qu'il nous détestait, qu'il nous en voulait d'être au monde. C'était un bébé prématuré; mon chum et moi on se demandait pourquoi nous avions fait un troisième enfant. Ni moi, ni mon amoureux, ni les enfants n'éprouvions d'amour pour lui (récit 8).

2.4 Les conséquences sur l'expérience de la maternité

La périnatalité, période incluant les événements survenus durant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale, peut avoir des incidences majeures chez la mère, jusqu'à l'émergence d'idées noires ou de pensées homicidaires lorsque celle-ci est affligée (attentes élevées, procédures extrêmement douloureuses, difficulté d'attachement, dépression) : « À un moment, j'ai commencé à avoir des pensées homicidaires à son endroit, à la vouloir morte. Ou alors je me prenais à souhaiter avoir un accident de voiture, pour être hospitalisée, loin d'elle » (récit 9).

La prévalence d'un problème de santé mentale chez nos mères reste importante (huit sur dix évoquent différents troubles, dont l'anxiété, les troubles alimentaires ou une dépression majeure, post-partum ou persistante). Cela met en lumière l'incompréhension vécue par ces mères, nourrie par la croyance (ou le mythe) que cette expérience devrait être toujours positive. Les soins postpartum sont enseignés brièvement dans la formation des divers professionnels de la santé et peu de soutien est offert au retour à la maison (un seul appel ou une seule visite) alors que ces femmes présentaient pour la plupart des facteurs de risque (mais pas ceux ciblés par les programmes gouvernementaux, qui visent davantage les parents en contexte de vulnérabilité socio-économique et d'isolement). Pour ces femmes, leur enfant et leur famille, les coûts sont énormes. Elles vivent souvent un sentiment de culpabilité et nourrissent des doutes sur leurs compétences parentales, et elles peuvent également remettre en question le désir d'avoir un autre enfant. Les récits témoignent de ce sentiment de culpabilité et des conséquences négatives sur la santé mentale de ces nouvelles mères :

Durant les deux premiers mois, je pleurais sans arrêt [...]. C'était de ma faute si je ne me sentais pas une bonne maman et cela me minait. J'étais en dépression (récit 4).

Il y a eu une période, quand elle a eu 10 mois, où j'ai commencé à être impatiente avec elle, me fâcher, alors qu'avant cela n'arrivait pas [...]. À la fin du congé de maternité, mon état a dégringolé, un état d'anxiété insoutenable et aucun soutien du père. J'étais en dépression majeure (récit 10).

Certaines deviennent soucieuses des conséquences sur leur enfant :

Je crains que son début de vie lui occasionne des problèmes à long terme et qu'elle souffre de trouble de l'attachement, tout ça parce que je n'avais pas été capable de répondre à ses besoins (récit 9).

Selon sept mères (récits 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9), le déclic pour le lien d'attachement s'est construit avec le temps et cette période demeure très variable, soit entre la 2^e semaine et 7 mois, allant jusqu'à un an et demi pour l'une de nos participantes. Effectivement, ce lien parent-enfant peut se tisser dès le premier mois de la naissance, mais le bébé commence à distinguer le familier de l'inconnu vers trois mois. Vers 6-7 mois, l'enfant établit un attachement différencié. Ceci concorde avec un récit où l'enfant accepte à 7 mois que sa mère le prenne dans ses bras :

Vers l'âge de 6 mois, il (l'enfant) a commencé à être heureux. C'est à ce moment que le lien d'attachement s'est développé avec chacun de nous, à force de vivre des expériences positives. J'ai commencé à l'aimer le jour où il a accepté que je le prenne dans mes bras à 7 mois. Depuis, c'est l'amour fou (récit 8).

Ainsi, il appert que l'enfant, qui devient de plus en plus interactif, vient en quelque sorte chercher la mère. Quatre mères mentionnent que le lien a été déclenché par les sourires du bébé, les interactions, son air heureux et son acceptation de se faire prendre (récits 5, 7, 8, 9). Bowlby (1969) énumère cinq comportements de l'enfant qui contribuent tôt ou tard à l'attachement de l'enfant de 9 à 18 mois : la succion, les cris, le contact peau à peau ou la recherche de chaleur corporelle, le sourire et l'action de suivre. Zazzo (1979), à cette même époque, cible le sourire comme le principal moteur de l'attachement chez les humains.

29

Pour d'autres mères, le temps a fait son œuvre et a permis d'apprivoiser l'enfant :

Apprendre à le connaître et avoir un espace [pour soi, afin de créer une disponibilité [nécessaire pour favoriser un véritable contact] même par l'intermédiaire de la reprise du travail. Après environ 4 ans, j'ai senti que ça y était : je l'aimais. Il a fallu que je prenne soin de moi, que j'apprenne à le connaître, que je mette beaucoup d'efforts pour construire un pont entre lui et moi (récit 3).

Plusieurs parents vivent une traversée vers la parentalité qui est teintée par les standards sociaux et les idéologies de la maternité. Lorsque la grossesse, l'accouchement et le retour à la maison ne se passent pas comme prévu, cela apporte son lot de déceptions, de dissonances face aux représentations de l'exercice parental, et perturbe ce parcours :

Le problème, c'est le regard de la société : je ne corresponds pas à l'image qu'on se fait d'une mère. Je suis loin, en tout cas, de l'idéal maternel que j'ai pu m'imaginer dans le passé (récit 6).

Quand je suis tombée enceinte, je ne savais pas encore que je souffrais d'un trouble d'anxiété généralisée. J'avais une vie parfaite, selon les standards de la société : un bon travail avec des conditions excellentes, une maison, un conjoint, une voiture neuve (récit 10).

2.5 À la recherche de solutions

Briser la solitude et aller chercher de l'aide ou du soutien deviennent des facteurs de protection pour compenser les difficultés encourues. Par exemple, être avec d'autres mères, ou partager son vécu avec elles (récits 1, 4, 7), consulter un psychologue en individuel ou en couple, ou un psychiatre (récits 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10), ou encore en consultation clinique de planning (récit 8). D'autres mères mentionnent avoir repris des activités telles que la marche avec le bébé (récit 2), le cardio poussette (récit 4) ou la natation (récit 4). Certaines se sont réaménagées des moments en couple en prenant des vacances avec leur conjoint (récit 9) ou elles ont repris le travail (récits 3, 6). Devant ces réalités exposées par ces mères, nous avons voulu vérifier la correspondance de ces phénomènes avec d'autres études.

3. Discussion

L'attachement de l'enfant décrit par Bowlby (1969) reconnaît la nécessité biologique et psychologique, pour le nourrisson, de bénéficier d'un lien d'attachement précoce continu avec sa mère. Cet attachement comporte une fonction adaptative qui teinte ses interactions durant toute sa vie, d'où son importance. La nature du lien avec le nourrisson préoccupe les mères éprouvées dans notre projet. Plusieurs éléments viennent influencer ces relations précoces de la mère avec son enfant et par conséquent ralentir le mouvement de rapprochement entre eux.

L'accouchement s'avère parfois une expérience extrêmement stressante dans la vie d'une femme. Pour un faible pourcentage de femmes, l'accouchement peut même se révéler être une expérience traumatique et, par conséquent, susceptible d'entraîner des séquelles psychologiques et des effets néfastes sur la relation mère-enfant (Ayers et al., 2006; Chabbert et Wendland, 2016; Creedy et al., 2000). Selon Tremblay et al. (2019), la prévalence de l'état de stress post-traumatique pendant la grossesse se situe à 3 % tandis qu'en postnatal, la prévalence est estimée à 4 %.

Chabbert et Wendland (2016) précisent que la perte de contrôle ressentie par la femme lors du travail ou le manque d'information sur les procédures mises en place lors de l'accouchement auraient un lien avec la qualité de ces relations. Les résultats obtenus nous sensibilisent aux « vécus négatifs, voire traumatiques, de l'accouchement dans le post-partum afin de réduire leur impact potentiellement négatif sur les relations précoces mère-bébé » (Chabbert et Wendland, 2016, p. 199). Cette étude va dans le même sens que les récits rapportés par les femmes de notre étude ainsi que d'autres recherches (Ayers et al., 2006; Creedy et al., 2000).

De plus, nos participantes ont rapporté que le recours important aux soins médicaux a été vécu comme un sentiment de perte de contrôle et un manque de considération envers elles. Pourtant, plusieurs de ces mesures ont été administrées pour atténuer leur souffrance, mais l'effet escompté pour faciliter l'accouchement ne semble pas avoir correspondu aux attentes. Dessureault (2015) apporte un autre regard sur l'incidence chez la mère de la médicalisation de l'accouchement (épidurale, épisiotomie, déclenchement du travail, césarienne non prévue, etc.). Elle relate que l'intervention anesthésiante a comme incidence de mener la mère à ne pas ressentir la douleur des contractions et à dépendre alors du personnel. Ceci altérerait sa sensation de pousser pour l'accouchement (Costley et East, 2012). De même, contrairement à l'ocytocine naturelle, qui a pour effet d'augmenter le sentiment de calme et de réduire la douleur, la provocation de l'accouchement avec de l'ocytocine artificielle n'a pas les mêmes effets analgésiques et psychologiques puisqu'elle ne traverse pas la barrière hématoencéphalique en quantité suffisante (SOGC, 2018). Ainsi, si cette hormone principale est inhibée par l'anesthésie, il pourrait s'ensuivre des difficultés d'allaitement, l'augmentation de pleurs et une température plus élevée du nouveau-

né (Ransjö-Arvidson et al., 2001). Les interventions obstétricales, parfois nécessaires, peuvent aussi perturber la physiologie hormonale et entraîner un écart entre l'expérience attendue et l'expérience réellement vécue par la mère et son bébé (SOGC, 2018).

Un autre fait marquant issu de nos résultats est la pression liée à l'allaitement. Bayard (2012), qui a étudié les représentations sociales de l'allaitement au Québec auprès de mères, mentionne que, selon ces dernières, pour être une « bonne » mère, on doit faire passer les besoins de l'enfant avant les siens. D'après ces mères, l'allaitement peut s'avérer une expérience difficile qui demande une grande disponibilité, tant physique que mentale. De même, l'abandon de l'allaitement peut être vécu comme un échec et susciter un sentiment de culpabilité (Bayard, 2012). Ces résultats résument bien les enjeux sociaux rapportés par les mères de notre étude sur les pressions sociales et la poursuite de l'allaitement, peu importe les conséquences sur le lien avec leur bébé.

Les exigences du retour à la maison avec un nouvel enfant auront aussi des incidences sur le reste de la fratrie. Selon l'âge de la fratrie, il faut rassurer les enfants sur ce qui se déroule. Déjà, la naissance d'un nouvel enfant exige une réorganisation du fonctionnement familial. Lorsque la naissance s'inscrit comme une expérience très stressante, les très jeunes enfants peuvent avoir de la difficulté à comprendre ce qui se passe et absorber seulement les tensions et l'instabilité des soins exigés par le nourrisson. Une de nos participantes nous disait que ses enfants avaient subi les contrecoups et que c'était « un miracle » d'avoir « passé au travers ».

Enfin, le dernier constat est l'idéalisation de la maternité, l'idée préconçue de la « mère parfaite ». Hays (1996) constate cette pression accrue par la société de correspondre à ces attentes maternelles idéalisées. Cette idéologie du *new momism* véhicule « un ensemble d'idées, de normes, de pratiques, représenté la plupart du temps de façon puissante dans les médias et qui, en surface, semble célébrer la maternité » (Lancelette et Germain, 2018, p. 2). Selon ces chercheuses, cette idéologie préconise des normes de perfection hors de portée. Cette obsession de la perfection pousse les mères à vivre dans une anxiété permanente (Warner, 2005). L'inquiétude de ne pas être en mesure de réagir de façon parfaite durant toute la période périnatale, alliée à l'autocritique à la lumière de ses propres normes de performance, alimente les cognitions ou les inquiétudes typiques associées à l'anxiété de performance (Zephir, 2021).

Cette idéalisation de la maternité cache aussi une réalité peu abordée mais pourtant fréquente, l'état de dépression périnatale en tant que complication obstétricale. Tremblay et al. (2019) établissent des épisodes dépressifs à deux moments : 14 % au début de la grossesse et 10 % lors du troisième trimestre. Dagher et al. (2021) indiquent que de 50 % à 70 % des dépressions périnatales ne sont pas décelées ou diagnostiquées, et environ 85 % d'entre elles ne sont pas traitées. Cela est très inquiétant dans la mesure où la dépression post-partum modifie le contact avec l'enfant. À titre d'exemple, une participante a partagé à son conjoint les pensées homicidaires ou suicidaires qui la hantaient. Heureusement, elle a bénéficié d'un traitement et d'un soutien psychologique. Avec soulagement, mais aussi à la suite d'un grand sentiment de culpabilité (lié à la conscience de ne pas avoir répondu aux besoins de sa fille), le lien a pu se former de nouveau. Par ailleurs, 80 % de nos participantes ont rapporté un épisode de santé mentale de la grossesse au retour à la maison. Or, il semble que les troubles de santé mentale, notamment la dépression post-partum, restent un sujet peu discuté non seulement au sein de la société, mais également parmi les professionnels de la santé et des services sociaux. Cela incite à nous demander si nous sommes suffisamment sensibles à la détresse et à l'épuisement des nouvelles mères. Tenons-nous suffisamment compte des facteurs de risque et de protection prévalant à la naissance de l'enfant? En ce sens, il importe de mieux accompagner ces femmes et leurs partenaires dans cette transition vers la parentalité.

CONCLUSION

Ces femmes ont eu le courage de raconter leur histoire. Certaines ont appris à prendre le temps de s'approprier dans ce nouveau rôle parental, à revoir leur mode de vie déstabilisé par les besoins du nourrisson et à trouver leur place auprès de leur enfant en réinstallant la chaleur, la cohérence et la prévisibilité dont l'enfant a besoin. Cette valse entre le parent et l'enfant construit peu à peu le lien et la conviction d'être important l'un pour l'autre. Leurs témoignages illustrent la fierté de ces mères de s'en être sorties (au regard du déclic de l'attachement avec leur enfant et de la reprise d'un fonctionnement quotidien), de ne pas être seules à vivre des expériences difficiles, de faire le deuil de l'expérience souhaitée, de réaliser que la vie n'est pas parfaite et surtout de faire de leur mieux pour être une mère acceptable à leurs yeux (Winnicott, 2006). Une mère raconte avoir réexaminé soigneusement les photos de son accouchement difficile en y portant un regard différent : elle était dorénavant en mesure de donner un autre sens à cette expérience et d'y percevoir des moments heureux malgré les écueils vécus.

Les insuffisances constatées en regard de l'accompagnement, du soutien et du traitement des soins ne sont pas sans conséquence sur la mère, sur l'enfant, voire sur le père et sur la société (Bauer, 2021). Les difficultés vécues, dont la dépression périnatale, affaiblissent la qualité des interactions entre le parent et l'enfant et altèrent le fonctionnement familial. Pour un thérapeute conjugal et familial ou tout autre soignant, cela pose le défi d'accompagner la mère ou son couple à chacune des étapes (en amont, pendant et après l'arrivée de l'enfant) puisque les défis que soulève la période périnatale englobent la relation de la mère avec son nourrisson, l'établissement de l'attachement, la transition vers la parentalité, les défis développementaux liés au cycle de la vie familiale ainsi que la narration entourant la naissance des enfants et les transmissions intergénérationnelles. En ce sens, connaître les enjeux associés à la période périnatale aide les intervenants psychosociaux ou de la santé à mieux prévenir les troubles psychologiques et à assurer un meilleur développement chez l'enfant. En abordant sans tarder la souffrance vécue par ces mères, il est possible de réduire l'isolement de ces dernières et, par conséquent, la détérioration de la qualité de vie de la mère, voire de la famille. Entre l'idéalisation et la réalité, nous pouvons déculpabiliser les mères et leur offrir un espace pour parler de leur vécu. Cette approche les aide à trouver des alternatives et favorise des interactions bienveillantes. D'une situation difficile, voire catastrophique pour certaines, pourra ainsi émerger la résilience de la mère et de l'enfant, qui inscriront une autre page de leur histoire. Raconter une naissance témoigne de la reconnaissance du nouveau-né et des parents dans une histoire familiale, une trajectoire commune de vie qui s'inscrit dans une succession de générations.

ABSTRACT:

Ten women, who lived through a difficult experience upon the birth of their child, wanted to share it with us, overcoming their shyness. This is how we immersed ourselves in the moving life stories of these women who shared the unexpected with us. Several themes emerged, including the difficult attachment bond when the connection is long in coming. Various factors hinder this bond, such as the experience of childbirth, the birth itself and the impact of the medical team, as well as breastfeeding difficulties. The lack of support, a feeling of loneliness, not having lived a perfect motherhood and not feeling up to the task also hinder the establishment of the bond. A very difficult perinatal period can have major effects on mothers, including the emergence of dark thoughts associated with depressive states. The phenomenological analysis revealed that the attachment bond is built over a period of time that may vary greatly. These stories help us better understand the flip side of idealized motherhood and the issues surrounding the couple and the family.

KEYWORDS:

Perinatal period, attachment, perinatal depression, parenthood

RÉFÉRENCES

- Abergel, M. et Blicharski, T. (2013). Naissance prématurée et lien mère-enfant : attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel. *Médecine & Hygiène*, 1(25), 49-64. <https://doi.org/10.3917/dev.131.0049>
- Ayers, S., Eagle, A. et Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology Health and Medicine*, 11(4), 389-398. DOI:10.1080/13548500600708409
- Bauer, M. (2021, décembre). La dépression périnatale : un trouble sous-estimé. *Psychologie Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-d%C3%A9pression-p%C3%A9rinatale-un-trouble-sous-estim%C3%A9>
- Bayard, C. (2012). Les représentations sociales de l'allaitement maternel : points de vue des femmes québécoises rencontrées durant leur grossesse. Dans S. Lapierre et D. Damant (dir.), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (p. 47-71). Presses de l'Université du Québec.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Basic Books.
- Chabbert, M. et Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé? *Revue de médecine périnatale*, 4(8), 199-206. <https://doi.org/DOI 10.1007/s12611-016-0380-x>
- Costley, P. L. et East, C. (2012). Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database System Review*, 7. <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD009241.pub3>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M. et Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E. et White, D. B. (2021). Perinatal depression: Challenges and opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154-159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Médecine & Hygiène*, 1(27), 53-68. <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Gaudet, S. et Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative. Du questionnement à la rédaction scientifique*. Presses de l'Université d'Ottawa.
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. Yale Press.
- Laganier, J., Tessier, R. et Nadeau, L. (2003). Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, 55, 101-117. <https://doi.org/10.3917/enf.552.0101>
- Lalancette, M. et Germain, P. (2018). Être une bonne mère. Représentation de la maternité dans deux magazines canadiens sur l'art d'être parent. *Les Cahiers du CEIDEF*, 6, CEIDEF/UQTR.
- Ransjö-Arvidson, A. B., Matthiesen, A. S., Lilja, G. et al. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: Effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1), 5-12. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00005.x>
- Richards, L. et Morse, J. M. (2012). *Read me First for a User's Guide to Qualitative Methods* (3^e éd.). Sage.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2018). Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 246-266.
- Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF.
- Tremblay, P. et Côté, E. (2019). *Santé mentale et troubles mentaux*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale-pour-accompagner-les-parents.pdf>
- Warner, J. (2005). *Perfect Madness: Motherhood in the Age of Anxiety*. Riverhead Books.
- Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Petite Bibliothèque Payot.

Weiss, S. J., Wilson, P., Hertenstein, M. J. et Campos, R. (2000). The tactile context of a mother's caregiving: Implications for attachment of low birth weight infants. *Infant Behavior & Development*, 23, 91-111. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(00\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(00)00030-8)

Zazzo, R. (1979). *Le colloque sur l'attachement*. Delachaux, Niestlé Spes.

Zephyr, L. (2021, décembre). Être parent à l'ère de la parentalité de performance. *Psychologie Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/etre-parent-a-l-ere-de-la-parentalite-de-performance>