

# **La difficulté d'être mère**



**Jean-Marie DELASSUS**

# **La difficulté d'être mère**

DUNOD

Photo de couverture © Oksana Kuzmina - Fotolia.com

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2014  
ISBN 978-2-10-070713-3

Cet ouvrage reprend, sous une forme revue, corrigée et complétée par l'auteur, la 3<sup>e</sup> partie (chapitres 9 à 15) du livre *Le sens de la maternité*, 3<sup>e</sup> édition, Dunod 2007.

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

---

# Sommaire

<i>Introduction</i>	1
<b>1. Problématiques psychiques de la maternité</b>	3
<b>2. Comment nommer les problématiques de la maternité ?</b>	37
<b>3. Comment aborder les maladies de la maternité ?</b>	51
<b>4. Formes cliniques des maladies maternelles</b>	71
<b>5. Le soin des maladies maternelles</b>	97
<b>6. Effondrement maternel et conduite d'urgence</b>	127
<b>7. La prévention en acte</b>	155
<i>Conclusion</i>	171
<i>Ouvrages de J.-M. Delassus</i>	173
<i>Index</i>	175
<i>Table des matières</i>	181



---

# Introduction

**D**ANS L'ENSEMBLE constitué par les difficultés des mères, il faut individualiser les difficultés à être mère. Il est nécessaire et urgent de les reconnaître et d'identifier leurs manifestations cliniques. Ni délire ni délit, les souffrances et les difficultés maternelles ne peuvent être traitées comme des pathologies mentales ou des déviations morales ; mais elles ne sauraient non plus rester ignorées.

D'abord, parce que les femmes doivent disposer des moyens de comprendre ce qui leur arrive. Il faut qu'elles puissent en parler et se confier avant d'être trop ébranlées et que cela ne retentisse sur l'enfant. Ensuite, parce qu'il convient que soient mis en œuvre le soutien et le soin qui ménagent aussi leur identité et préservent en même temps le bébé.

Le plus souvent, la difficulté maternelle survient sans prévenir, sans signes annonciateurs. La femme ne s'y attendait pas, n'imaginait pas que cela pouvait lui arriver : elle n'attendait que l'enfant et le bonheur d'être mère. Or, subitement, quelque chose en elle s'est arrêté, elle n'a pas le contact avec son enfant et elle en est brisée. Cet événement imprévisible et intolérable devient un secret honteux. La mère n'ose rien en dire et le mal grandit, devient insupportable. Elle, qui devait être tout amour, n'est plus que souffrance. Mais c'est aussi un appel.

Il vaut mieux ne pas attendre qu'il s'exprime par une souffrance trop vive ou des troubles de comportements qui peuvent laisser des marques difficiles à effacer. C'est dire la nécessité de la

prévention précoce qui devrait permettre de devancer le mal en l'anticipant et en évitant au bébé d'en être touché. Ainsi, dans le même mouvement, il s'agit d'une double prévention.

C'est pourquoi les mères peuvent revendiquer qu'on mette à leur disposition les moyens d'être écoutées, soutenues et soignées — elles et leurs enfants — d'une manière qui ne confonde pas leurs difficultés ou une éventuelle maladie maternelle avec de soi-disant anomalies comportementales ou mentales. La maternité ne rend pas folle au sens habituel du terme ; elle ne fait pas autre chose, parfois, que d'affoler le cœur.



## *Chapitre 1*

---

# Problématiques psychiques de la maternité

**L**A SOUFFRANCE maternelle est le plus souvent muette, en tout cas elle est loin d'être évidente ; les femmes la dissimulent par honte de n'être pas comme tout le monde, par crainte qu'on ne les juge, par peur qu'on n'intervienne dans la relation avec leur enfant et qu'on ne l'enlève, et surtout par désespoir de n'être pas à la hauteur de leur idéal de mère.

On n'imagine pas combien cette souffrance est répandue ni comme elle est cruelle. On ne réalise pas davantage comment c'est une douleur méconnue et incomprise. Notre société ne veut pas s'inquiéter des mères autrement que sur le plan des modalités médicales et sociales habituelles, réduisant les problématiques maternelles à la dépression et à la maltraitance. Pourtant, la dimension psychique de la maternité et de sa genèse, nécessite un autre abord et une approche médicale spécifique.

## LES SOUFFRANCES MATERNELLES

Il ne s'agit pas ici d'une tristesse ou d'une douleur, il ne s'agit même pas de la dépression que l'on invoque souvent, mais d'un état bien plus préoccupant et tout à fait particulier.

### **La pire souffrance**

Une femme constate qu'elle n'éprouve pas pour son bébé l'émotion, la tendresse, la sollicitude que tout un chacun manifesterait à sa place. C'est-à-dire que, face à son enfant, au lieu de sentir en elle un mouvement qui la pousse vers lui, elle n'éprouve que froideur et désintérêt. Ou bien, autre exemple, elle est empêchée d'aller vers son enfant car elle est accablée par un tel sentiment d'incapacité, d'impuissance et d'indignité qu'elle reste sidérée devant le bébé au point de ne pouvoir rien faire.

Qu'en serait-il de l'amant qui n'aimerait pas, du soignant qui ne soignerait pas, en tout cas de toute personne qui ne pourrait ni faire ce qu'elle voudrait ni accomplir ce qu'elle devrait ? Y a-t-il un mot dans notre langage qui soit suffisamment explicite pour traduire cette forme de souffrance ?

Car elle touche au point le plus critique. Que penser de nous-mêmes si nous sommes devenus incapables de relation, si nous avons soudain perdu la possibilité d'entrer en contact avec autrui ? Bien plus encore, ici, puisqu'il s'agit d'un bébé, c'est-à-dire d'un être démuné venant de soi, ayant totalement besoin de soi et, à ces titres, l'être le plus émouvant. Certes, la pire souffrance est de se trouver soudain devant son enfant mort, un enfant qui vient de mourir, mais la pire souffrance est encore davantage celle de se trouver insensible, incapable de donner, étant comme morte face à son enfant vivant. La pire souffrance est d'éprouver une paralysie du cœur face au bébé qu'on vient de mettre au monde.

## Une paralysie du cœur

Reprenons. Nous avons dit le « don » ; le don est la question centrale de la maternité, de la possibilité maternelle : il faut pouvoir donner et percevoir le bonheur de celui à qui l'on donne, donner et recevoir ce que l'autre vous en renvoie, ainsi être vivant dans l'échange du don.

Par contre, ne pas pouvoir donner, être refusé — par soi-même au cœur de soi en ressentant une impossibilité de donner, ou par l'autre qui refuse ce que vous lui donnez — c'est éprouver un rejet du rapport possible à l'autre, à la vie et à soi-même. La personne qui ne peut pas donner — et *a fortiori* à son propre enfant, à son propre nouveau-né, à son petit bébé venant de soi, de son ventre, de son accouchement — est projetée dans une rupture de soi, dans une crise de rupture interne de soi, comme de tous ses rapports au monde. *Ne pas pouvoir donner, tue.*

Ne tue pas directement, mais peu à peu, à mesure que l'épreuve se répète, que la certitude s'avère de cette incapacité et de cette exclusion. Au début, on croit s'y être mal prise, on imagine que l'on n'a pas su bien faire. Que c'est une question de méthode, de technique, de conseils. La mère va demander des avis, consulter pour ce qu'elle pense être des problèmes somatiques de l'enfant, qui digère mal, qui s'endort difficilement, qui pleure trop. Cela peut suffire, on peut être rassurée, repartir d'un bon élan vital, arriver à donner. Cela peut aussi ne pas suffire ; les choses se bloquent encore davantage et les efforts autant que les agacements s'enchaînent, se nouent aux réponses négatives, aux oppositions tenaces du bébé, font monter la tension, l'inquiétude, l'angoisse et rongent peu à peu les défenses difficilement maintenues jusqu'ici, la retenue et le reste de prudence que l'on avait encore. La tension monte encore et la violence n'est pas loin. La mère sent qu'elle peut devenir, qu'elle va devenir violente. Ce qu'elle ne dit à personne, même pas à elle-même, qu'elle essaie de se cacher comme elle le cache à son mari, à l'entourage. Il y a un secret qui s'alourdit en soi, il y a cette douleur de plus en plus lourde à porter, il y a la honte qui se rajoute et aggrave encore l'incapacité du don. Car, pour donner, il faut une image de soi suffisamment

bonne, une identité positive minimale. Sinon, on se calfeutre, on se recroqueville, on s'isole dans la déconsidération de soi ; ce qui n'en finit pas de restreindre la capacité du don.

Mais le problème reste celui-là : donner. Et la situation devient celle-là : je n'y arrive pas. Et la question se pose : est-ce un mauvais enfant ou est-ce que je suis une mauvaise mère ? Il ne faut pas s'étonner que les situations difficiles laissées à couvrir lentement en dehors de tout dialogue, de toute possibilité de confiance et d'assistance, évoluent, peuvent évoluer jusqu'à provoquer le suicide de la mère ou, à l'inverse, l'infanticide. Mais, pour retarder et éloigner ces échéances, pour résister à leur imminence dont la pression se fait de plus en plus sentir, il ne reste alors que la solution intermédiaire de sombrer, de s'écrouler, de lâcher prise, de s'effondrer<sup>1</sup>, de n'être plus rien qu'une pauvre chose par terre, confuse, perdue, sanglotante, délirante au besoin. Car l'effolement peut conduire à la folie.

## Une fausse folie

Non pas à la vraie folie, mais à l'accès de folie, au coup de vent de folie, à la foudre d'une folie subite mais secrètement attendue et où l'on était abattue avant même que la foudre ne s'abatte. On est morte en désir, on est presque dans le désir de mort, mais retenue par la folie, protégée par le nuage de ne plus rien pouvoir ou devoir savoir. C'est une folie de non-savoir qui avance sous le masque de la dépression. La tristesse l'emporte, elle est réelle, mais elle sera surinvestie : on s'enfonce dans la tristesse, on se voile de dépression pour cacher l'effondrement.

Ce n'est pas la folie, c'est l'évasion dans une folie qui offre une issue, qui permet d'échapper à un monde devenu irrespirable. C'est devenir fou pour ne pas devenir mort. On évite le risque de mort ou de meurtre. On craque parce que l'on est brisée et pour ne pas aller au bout de réactions extrêmes de désespoir qui planent sur soi, qui s'amoncellent sur soi. On tombe pour ne pas

---

1. La question de l'*effondrement*, essentielle tant au niveau du soin que de la prévention, sera traitée au chapitre 6.

aller plus loin, là où il n'y aurait plus de chemin. On tombe avant de s'abîmer. On s'effondre aussi pour que l'on vous relève, pour que l'on vous comprenne sans avoir à s'expliquer, pour que l'on n'ait même pas à se faire comprendre, pour que le fait d'être tombée fasse que l'on vienne vous relever. Mais on ne dira rien de plus, on laissera le diagnostic de folie se faire. Finalement, il protège : on va pouvoir survivre sans avoir rien dit ; on sera folle, mais personne ne saura que c'était parce qu'on risquait de devenir une mauvaise mère. Alors, à celles qui ne peuvent pas donner, on devra donner ; elles attendent, malgré l'indignité, qu'on leur donne quand même et l'indignité se calme, est recouverte par le fait d'être folle, par la sécurité désespérée d'être tombée dans la folie.

La particularité dramatique et secrète de ces situations conduit à réviser les modes d'approche de la difficulté maternelle. Il faut considérer ces souffrances qui évoluent à bas bruit, subrepticement, derrière ce que l'on croit relever du registre ordinaire des dépressions, voire des psychoses, ou plus ordinairement du *baby blues*. C'est dire l'inadaptation des diagnostics psychiatriques classiques, même légèrement modifiés, même retouchés pour s'adapter aux souffrances maternelles. En fait, il faut d'abord comprendre combien le refuge dans la maladie mentale, que les femmes peuvent désirer sans le savoir et sans le vouloir, est un état qui se retourne contre elles. Car, si on les prend à la lettre, à la lettre psychiatrique, alors c'est la fin de la maternité ou tout au moins le début d'une forme durable d'un désespoir maternel qui va se reporter sur le bébé et retarder d'autant la possibilité de sa naissance psychique.

## LA QUESTION DE LA DÉPRESSION MATERNELLE

Commençons par une anecdote assez révélatrice d'un état d'esprit qui, pour n'être pas général, témoigne du climat dans lequel peut se trouver prise la question de la maternité psychique et de ses difficultés. Récemment, un médecin responsable d'un important service d'obstétrique indiquait le besoin d'avoir une

ou deux psychologues attachées à son unité car, disait-il, « il faut faire le ménage, nous n'avons pas à admettre des problématiques susceptibles de nuire à notre activité ». Effectivement, l'expression des souffrances psychiques maternelles peut troubler l'atmosphère des services médicaux et gêner l'organisation des soins somatiques. Mais est-il acceptable de cliver ces deux faces de la maternité sous prétexte de ne pouvoir accepter que des situations maternelles « propres » ? Cependant, et pour ne pas diaboliser ce propos particulier, il faut souligner le souci humain et très vigilant d'autres praticiens, hommes ou femmes, qui accordent une grande importance à l'écoute et au soutien des mères en difficultés. Ces médecins luttent souvent avec obstination pour que la maternité soit comprise autant sur le plan de l'*obstétrique somatique* que celui de l'*obstétrique mentale*. Mais les deux positions se rencontrent : aussi bien le déni et l'évacuation de la dimension psychique de la maternité que le respect et l'attention accordée à celle-ci.

### **Un diagnostic sujet à caution**

Néanmoins, il n'est pas facile de recenser et de caractériser les difficultés maternelles : leurs formes cliniques sont bien plus nombreuses qu'on ne l'imagine et celles-ci se présentent à travers des expressions individuelles, familiales et transgénérationnelles variées.

#### *Une clinique difficile*

La tâche serait plus simple s'il y avait une sorte de profil similaire, à défaut d'être commun, des difficultés maternelles. On pourrait mieux les admettre si elles avaient des formes et des modalités aisément repérables, relevant d'une étiologie plus univoque, susceptible d'un traitement codifié et d'effet rapide.

C'est précisément ce que l'on a voulu faire, plus ou moins consciemment, en utilisant la notion ou le cadre clinique de la « dépression maternelle ». Voilà un diagnostic simple à établir, assez évident, rassemblant des états et des situations variables sous un vocable qui prend une valeur et un sens très généraux et

qui, surtout, permet une thérapeutique assez facile — ce qui ne veut pas forcément dire efficace — et vite uniformisée. Même si on ne manque pas d'évoquer toujours l'importance de la prise en charge individuelle et de la psychothérapie, il est de règle que l'on administre en même temps des antidépresseurs quand ce ne sont pas des neuroleptiques, voire des électrochocs comme cela est proposé par quelques autorités médicales vantant la rapidité et le faible coût de ce traitement. « Soigner et comment s'en débarrasser », tel est un peu le mot d'ordre inavoué et auquel la psychiatrie prête volontiers son concours. Les femmes en difficulté maternelle sont ainsi nécessairement des dépressives, quand ce ne sont pas des psychotiques. Il y a des mots qui servent à caractériser, il y en a d'autres qui servent à éliminer.

### *Une conception nosographique injustifiée*

Mais peut-on accepter que la difficulté maternelle soit qualifiée de dépression et réduite à cette problématique ? Le terme de dépression, même identifié comme dépression du « *post-partum* » — ce qui veut dire, mais en latin, qu'elle survient après l'accouchement ! — ne peut en aucun cas convenir à l'établissement d'un diagnostic.

D'abord, signifier qu'on est en présence d'une dépression, n'est pas autre chose que relever un symptôme, lequel est de constatation banale et du ressort de tout un chacun. Il n'est pas difficile de remarquer que quelqu'un est ou paraît « déprimé ». Sur un plan réellement médical, cela ne saurait suffire. D'autant que la dépression est aux affections mentales ce que l'hypertension ou la fièvre sont aux affections physiques. Accepterait-on qu'un médecin appelé en consultation se contente de noter la fièvre ? Peut-on se satisfaire de cette constatation sommaire et la confondre avec le diagnostic d'une réelle maladie ? Ce serait revenir au Moyen âge. Précisément, en matière de maladie mentale appliquée aux troubles des accouchées, on est encore au Moyen âge.

Ensuite, dans le cas de la difficulté maternelle, le mot dépression gomme tout, évacue la spécificité de la souffrance maternelle