

Laboratoire UTRPP EA 4403
UFR Lettres, langues, sciences humaines et sociétés
École doctorale Érasme ED 493



THÈSE EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS CITÉ
MENTION : PSYCHOLOGIE

ALEXANDRA BOUCHARD

LE FÉMININ À L'ÉPREUVE DE L'ACCOUCHEMENT
LE CAS DES CÉSARIENNES SUR DEMANDE MATERNELLE

Sous la direction du Professeur Aline Cohen de Lara
Présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2018

Devant le jury composé de :

Professeur Solange Carton, Université Montpellier 3
Professeur Aline Cohen de Lara, Université Paris 13 – SPC
Professeur Laurent Mandelbrot, Université Paris 7 – SPC
Professeur Wladimir Marinov, Université Paris 13 – SPC
Professeur Sylvain Missonnier, Université Paris 5 – SPC
Professeur Hélène Riazuelo, Université Paris 10 – Nanterre
Madame Jacqueline Schaeffer, Membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris

REMERCIEMENTS

De nombreuses rencontres sont à l'origine de la conception et de la réalisation de ce travail. Elles ont enrichi et inspiré son élaboration et sa mise en récit. Je ne peux toutes les mentionner mais je tiens pourtant à leur exprimer ici ma reconnaissance et ma gratitude. Je remercie en premier lieu les femmes qui ont accepté de me parler d'elles-mêmes, de leur histoire, de leurs doutes et de leurs espoirs ; pour la richesse de la réflexion qu'elles ont apportée et suscitée.

Aux membres du jury,

Une très grande reconnaissance envers Aline Cohen de Lara qui a eu la patience d'accompagner et de diriger pendant ces années l'élaboration et la mise en place de cette recherche. Je la remercie pour les conseils, les critiques constructives et les encouragements qu'elle m'a prodigués et qui m'ont permis de mener à terme ce travail. J'exprime également tous mes remerciements à Sylvain Missonnier, pour la richesse de ses enseignements, pour sa confiance, et pour nos échanges qui ont guidé ma réflexion. Je remercie chaleureusement Solange Carton et Hélène Riazuelo pour la bienveillance de leur accueil, pour l'attention portée à mes travaux et pour la façon dont elles ont généreusement accepté d'en être les rapporteurs. À Wladimir Marinov mes remerciements pour son intérêt et le temps qu'il a pu consacrer à ma recherche. Je remercie Laurent Mandelbrot d'avoir bien voulu participer à ce jury et prêter son regard d'obstétricien bienveillant à mon travail, nouvelle preuve de son encourageante et respectueuse générosité. J'exprime ma gratitude à Jacqueline Schaeffer qui m'a fait l'honneur de partager son savoir et la richesse de son expérience clinique, qui m'a guidée avec finesse et m'a toujours encouragée chaleureusement.

À mes professeurs,

J'exprime ma gratitude à plusieurs professeurs que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de mon cursus. Je pense tout particulièrement à Marie-Josée Mouras avec laquelle j'ai démarré cette réflexion sur l'émergence des césariennes sur demande maternelle. Puis à

Catherine Chabert qui m'a encouragée sur la voie de l'appréhension de l'expérience de l'accouchement sur son versant économique. Ma gratitude va à Pascale Molinier, à Mi-Kyung Yi, qu'elles soient remerciées pour la confiance qu'elles m'ont portée et pour les échanges fructueux que nous eûmes à propos de nos travaux.

À mes collègues,

Je remercie Christophe Catala, directeur de l'Institut Franco-britannique qui a permis la mise en place de ce projet de recherche, le Dr Joëlle Jansé-Marec, chef de service relayée ensuite par Françoise Issartel qui ont accueilli mon travail avec une très grande bienveillance. Toute ma gratitude à Dorothée Demit et à Aymeric Mantel pour leur participation active aux recrutements des sujets de la recherche. Une pensée particulière pour chacun des membres des équipes avec lesquelles je travaille quotidiennement à la Maternité de l'Institut Hospitalier Franco-britannique, et plus particulièrement Morgane, Karine, Emmanuelle et Julia pour leur soutien et leurs inlassables encouragements, mais aussi pour le plaisir renouvelé du travail en commun. Puisse notre créativité continuer à rencontrer autant de liberté. Je leur exprime ici toute mon amitié qui dépasse largement le cadre de ce travail. Merci également à Florence Charre qui a soutenu et encouragé la mise en place de cette recherche auprès du directeur.

Je tiens tout particulièrement à remercier Liliane Feuillet, sans laquelle tout ceci n'aurait jamais été possible. Sa confiance, sa bienveillance, et ses encouragements renouvelés m'ont accompagnée tout au long de ces années. Merci pour nos échanges théoriques et cliniques passionnés. Je suis particulièrement heureuse et fière aujourd'hui de participer pleinement à la richesse et à la diversité des pratiques qu'elle a instaurées au sein du service en tant que psychologue clinicienne.

Un grand merci à Margaux Riquet pour ses questionnements pertinents et son soutien.

Je remercie les membres du R.A.P. pour leurs critiques constructives, leur intérêt renouvelé et leur bienveillance à l'égard de mes travaux et tout particulièrement Laura Chamouard pour ses relectures critiques, ses encouragements, pour son soutien continu et sans faille.

À mes maîtres de stage,

Sophie, Anne, Jean-Luc, Jean, merci de m'avoir fait confiance, d'avoir éveillé ma sensibilité clinique, développé mon ouverture à l'écoute de l'autre et soutenue tout au long de mon parcours. Puisse moi-même maintenant transmettre ce que j'ai appris de vous.

À mes «marraines du féminin»,

Pascale Rossigneux, Dominique Vernier, Nathalie Presme, Laure Meyer, merci pour l'intelligence de leur propos, la finesse de leurs remarques, la joie qu'elles insufflent au travail clinique et théorique que nous partageons.

À mes proches,

Ce travail n'aurait pu prendre forme si je n'avais été soutenue et secondée avec une chaleur et une disponibilité sans faille de mes proches, parents et amis. Ils ont toute ma gratitude. Qu'ils soient ici remerciés et tout particulièrement Patrick, pour son aide précieuse dans mes recherches bibliographiques, pour le respect et l'intérêt qu'il a manifesté pour mon travail, pour la traversée conjointe de ces années, pour son soutien indéfectible. Un immense merci à Vivi, Jean-Michel et Ingrid pour leurs travaux patients et méticuleux de relecture. Je remercie Ellen Lorenceau qui a été une lectrice privilégiée et critique, et Livia pour ses chaleureux encouragements et son appui logistique.

Enfin, mon immense tendresse va à Marie, Paul, Anna et Jules qui m'ont, chacun à leur manière, éveillée à ce vaste champ de recherche, ainsi que toute ma reconnaissance pour leur bienveillance et leur patience.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Sommaire	5
Liste des illustrations	13
Résumé	15
Abstract	17
Introduction	19
Première partie : Revue de la littérature	25
Chapitre1 : L'émergence des demandes maternelles de césarienne pour accoucher	26
I. Les transformations de l'accouchement	26
A. L'accouchement : étymologie et description	26
1. Étymologie	26
2. Le déroulement de l'accouchement	28
B. Évolution de l'accompagnement des femmes lors de l'accouchement en Occident	29
1. Evolution des personnes présentes pour assister la femme en travail	29
2. Evolution des positions lors de l'accouchement	32
3. Évolution des lieux de naissance	36
C. La difficile remise en cause de la médicalisation de l'accouchement en France	38
1. La réalité des progrès dans la surveillance et la prise en charge de l'accouchement	38
2. La médicalisation de l'accouchement : la norme sociale	40
3. La banalisation de l'opération césarienne dans le monde	41
D. Synthèse	42
II. L'apparition et le développement de la césarienne	44
A. L'origine de l'opération césarienne	44
1. La césarienne dans la mythologie	44
2. La césarienne post mortem	45
3. Césariennes sur femmes vivantes	46

4. Les débuts de la chirurgie et l'avènement de la césarienne	49
B. La césarienne aujourd'hui	51
1. Le déroulement de la césarienne	51
2. Une opération encore en évolution : la césarienne <i>naturelle</i>	52
3. Les principales indications de césarienne	53
4. Les risques médicaux liés à la césarienne	57
C. Les causes non médicales de l'accroissement du recours à la césarienne	59
1. Le poids du médico-légal et la notion de risque	59
2. L'incidence financière sur l'augmentation du nombre de césariennes	59
D. Synthèse	60
III. Les demandes maternelles de césariennes	61
A. Le point de vue des femmes	62
1. La peur	62
2. Le vécu positif de la césarienne	64
B. Le rôle des principaux leaders d'opinion	65
1. Le rôle des collègues	65
2. Le rôle de la Haute Autorité de Santé	65
3. Le rôle des obstétriciens	66
4. Le rôle du législateur	67
5. Le rôle des médias	69
C. Synthèse	69
Chapitre 2 : La mise à l'épreuve du corps et de la psyché dans l'expérience de l'accouchement	71
I. La persistance de la douleur dans l'expérience de l'accouchement	71
A. La douleur de l'accouchement en médecine	72
1. Définition de la douleur	72
2. Le changement de statut de la douleur de l'accouchement	72
3. Qu'est-ce qui a rendu l'accouchement douloureux ?	73
4. Les différentes méthodes d'indolorisation de l'accouchement	74
B. Approches sociologiques et anthropologiques des douleurs de l'accouchement	77
1. Médecine et douleur	77
2. Accouchement et douleur	78
C. La douleur de l'accouchement dans la théorie psychanalytique	80
1. Les différentes caractéristiques de la douleur en psychanalyse	80

2. La douleur de l'accouchement dans la théorie psychanalytique	82
3. Le plaisir lors de l'accouchement	85
D. Synthèse	86
II. La liaison psyché-soma dans l'expérience de l'accouchement	87
A. Les concepts de représentation et de pulsion	87
1. Définition générale de la représentation	87
2. Le concept psychanalytique de représentation	88
3. La représentance psychique de la pulsion	89
4. Le concept psychanalytique de pulsion	90
B. L'importance de la liaison psyché-soma	91
1. La prise de conscience du corps comme prise de conscience de soi	91
2. Intégration de l'expérience de l'accouchement	92
3. Image inconsciente du corps de la femme en travail	93
C. Synthèse	95
III. La mise à l'épreuve de la psyché	96
A. Le versant maternel du traumatisme de la naissance	96
1. La distinction trauma, traumatique, traumatisme	96
2. Le concept de crise pour penser l'accouchement	97
3. La névrose traumatique post-obstétricale	99
B. Les remaniements psychiques de la grossesse et de l'accouchement	100
1. Les remaniements psychiques de la grossesse	100
2. Les remaniements psychiques de l'accouchement	104
C. Les représentations susceptibles de faire effraction dans la psyché	106
1. La confrontation à la mort	106
2. La confrontation à la perte	107
3. La confrontation à la dépendance	108
4. La résurgence des fantasmes œdipiens	109
5. La confrontation au sexuel et à l'incestuel	110
D. Synthèse	111
Chapitre 3 : La psychosexualité féminine et l'accouchement	112
I. Les spécificités de l'Œdipe féminin	112
1. Le déclin du complexe d'Œdipe	112
2. Le rôle essentiel de l'attachement primaire à la mère	116
3. L'envie du pénis	119

4. Le désir d'enfant	121
5. Synthèse	122
II. Le monisme phallique et la question du refoulement du vagin	123
A. Les différents sur le refoulement du vagin	123
1. Le refoulement originaire du vagin	123
2. Le refoulement secondaire du vagin	125
3. La reconnaissance précoce du vagin	127
B. Comment expliquer le refoulement du vagin ?	127
1. Le vagin porteur des angoisses de destruction des organes internes	127
2. Le refoulement du vagin comme déni du vagin maternel	127
3. Le maintien du lien à la mère	128
4. La représentation refoulée d'un désir érotique pour la mère	129
C. Synthèse	129
III. L'évolution du concept de féminin et l'accouchement	130
A. L'évolution du concept de féminin chez Freud	131
1. Le féminin : une caractéristique sexuelle	131
2. Le féminin : une modalité de satisfaction de la pulsion	131
3. Le refus du féminin	132
B. L'évolution du concept de féminin chez les successeurs de Freud	132
1. L'achèvement du féminin dans l'expérience de l'accouchement	132
2. Le féminin : la définition de la jouissance (A)utre	133
3. La transmission du féminin sous couvert de féminité	134
4. Le déni du féminin	136
5. Le féminin : un destin de la pulsion	136
C. Synthèse	140
IV. Synthèse de la revue de la littérature	143
Deuxième partie : Construction de la recherche	147
Chapitre 4 : Objectif général de la recherche, problématique et hypothèses	149
I. Objectif général de la recherche	149
II. Question de recherche et problématique	151
III. Hypothèses de recherche	152
Chapitre 5 : Méthodologie de la recherche	154
I. Terrain de recherche	154

A. Présentation du terrain de recherche	154
B. Inscription de la recherche sur le terrain	156
C. Financement de la recherche	157
II. Présentation de la population de recherche	157
A. Caractéristiques générales de la population	157
B. Constitution de l'échantillon	158
1. Critères de constitution de l'échantillon	158
2. Modalités de recrutement des sujets	159
C. Caractéristiques de l'échantillon	161
D. Aspects éthiques et déontologiques de la recherche	162
1. Principes généraux éthiques et déontologiques	162
2. Application des principes éthiques et déontologiques	164
III. Méthode de recueil des données et outils utilisés	165
A. Déroulement du protocole	165
1. Temporalité du recueil des données	165
2. Population incluse dans le protocole	166
3. Lieu de recueil des données	167
B. Outils de recherche utilisés	167
1. L'entretien clinique de recherche	167
2. Le dessin	173
3. Les auto-questionnaires	176
IV. Méthodes d'analyse des données : opérationnalisation des hypothèses	179
A. Rappel des hypothèses générales et présentations des hypothèses de recherche	179
B. Opérationnalisation des hypothèses et entretien semi-directif de recherche	181
C. Opérationnalisation des hypothèses et analyse des dessins	186
D. Opérationnalisation de la deuxième hypothèse et analyse des auto-questionnaires	188
E. Récapitulatif : présentation des hypothèses et hypothèses opérationnelles	189
F. Analyse et présentation des résultats	195
1. Analyse des résultats	195
2. Présentation des résultats	195

Troisième partie : Résultats	197
Chapitre 6 : Présentation générale de la population	199
I. Constitution des groupes cliniques	199
II. Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon	200
III. Résultats bruts des scores obtenus aux différents auto-questionnaires	201
Chapitre 7 : Présentation des résultats	203
I. Présentations des résultats transversaux	203
A. Différences des représentations suscitées par l'accouchement	204
1. Moindre refoulement des représentations de l'accouchement	204
2. Caractère menaçant des représentations de l'accouchement	212
3. Éprouvé vaginal du passage, support des représentations de la naissance	216
B. Différences des modalités d'investissement des fonctions féminines du corps	222
1. Fonctionnement du corps et étayage du narcissisme	222
2. Besoin de maîtrise du corps	229
3. Impossible maîtrise du débordement pulsionnel	235
C. Différences des formes d'investissement de la maternité	239
1. Désir de maternité	239
2. Investissement de la sphère sociale et professionnelle	243
3. L'imgo maternelle comme support des identifications	246
D. Différentes modalités de (ré)élaboration de la problématique œdipienne	251
1. Investissement ou refus de la passivité	252
2. Maintien de l'illusion du monisme phallique	260
3. Entre séparation et individualisation : les enjeux de la rivalité	267
II. Présentation des résultats longitudinaux : deux cas cliniques	273
A. Une femme issue du groupe «césarienne» : Stéphanie ou l'enfantement immaculé	273
1. Présentation du cas de Stéphanie	273
2. Mise en perspective avec les hypothèses	278
B. Une femme issue du groupe «tout-venant» : Élise, une femme désirante	281
1. Présentation du cas d'Élise	281
2. Mise en perspective avec les hypothèses	286
Chapitre 8 : Synthèse des résultats et validation des hypothèses générales	289
I. Validation de la première hypothèse générale	289
II. Validation partielle de la deuxième hypothèse générale	291
III. Validation de la troisième hypothèse générale	293

IV. Validation de la quatrième hypothèse générale	295
Quatrième partie : Discussion	299
Chapitre 9 : Discussion théorico-clinique	300
I. L'accouchement : un acte sexuel ?	300
1. L'analogie sémantique entre la défloration et l'accouchement	300
2. Le bébé, un partenaire singulier	302
II. L'accouchement par voie vaginale : une expérience indicible et irreprésentable	304
1. Traumatisme ou déliaison pulsionnelle ?	304
2. La fonction pare-excitante de la douleur	306
3. L'extase de la naissance, prélude de la rencontre	308
III. L'accouchement : un travail du féminin	311
1. La mise à l'épreuve du féminin	311
2. L'accouchement : une nouvelle confrontation à la différence des sexes	312
IV. Les spécificités du fonctionnement psychique des femmes qui demandent à accoucher par césarienne	314
1. Le refus de la passivité comme tentative de dégagement du lien à la mère préœdipienne	314
2. Le moindre désir de maternité	316
3. Le défaut du corps dans l'étayage narcissique	318
Chapitre 10 : Discussion méthodologique : limites et perspectives	320
I. Limites	320
1. Limites liées à l'objet de recherche	320
2. Limites liées à la méthodologie de la recherche	322
II. Perspectives	324
1. Perspectives de recherche	324
2. Perspectives cliniques	327
Conclusion	331
Bibliographie	337
Bibliographie complémentaire	357

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Page 1 : La «machine» de Madame Du Coudray (1778)

Reproduction tirée de La «machine » de Madame Du Coudray ou l'art des accouchements au XVIIIe siècle

(Benozio, et al., 2004, p. 28)

Page 1 : La naissance du héros perse Rustam

Le livre des Rois (Firdouzi, 1010)

Reproduction tirée de Leroy, 2002, p. 250

Page 1 : Illustration du livre *La comare o ricoglitrice*

Position allongée

Scipio Mercurio (1595)

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/pare/07-09.htm>

Page 1 : Illustration du livre *La comare o ricoglitrice*

Position assise

Scipio Mercurio (1595)

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/pare/07-09.htm>

RÉSUMÉ

Mots-clés : Accouchement - césarienne sur demande maternelle - féminin - psychosexualité féminine - sexualité infantile - dessin de l'accouchement.

Dans un contexte de médicalisation de la naissance et de banalisation de la césarienne, la littérature et la clinique rendent compte de l'émergence des demandes maternelles de césarienne, sans indication médicale, pour un premier enfant. Cette recherche explore, dans le référentiel psychanalytique, l'expérience somatopsychique singulière de l'accouchement. Elle aborde la question de l'emprunt de la filière génitale sous l'angle de l'effraction pulsionnelle, en référence à la théorie freudienne du trauma, en articulation avec celle du développement psychosexuel féminin. Le recours à la césarienne pourrait-il s'entendre comme une modalité spécifique de traitement de l'excitation sexuelle — génitale et infantile — suscitée par les représentations et l'expérience du corps lors de l'accouchement? **Méthodologie :** Cette recherche-action clinique, qualitative, comparative, et longitudinale, s'est déroulée à trois temps du pré- et du post-partum. Les outils de recherche utilisés sont l'entretien semi-directif clinique de recherche, le dessin et la passation d'auto-questionnaires. L'échantillon est constitué de 22 primipares, 10 femmes ayant demandé à accoucher par césarienne et 12 femmes tout-venant. **Résultats :** Le recours volontaire à la césarienne permettrait de contenir l'intensité pulsionnelle suscitée par les représentations manifestes de l'expérience corporelle de l'accouchement par voie basse ; quand chez les femmes tout-venant, l'appréhension de la douleur semblerait jouer au plan latent ce rôle pare-excitant. La conflictualité entre la réalisation fantasmatique des vœux œdipiens et le nécessaire maintien du lien à l'imago maternelle se rejouerait sur le temps de l'accouchement pour les femmes des deux groupes. Le refus de la position passive et, dans certains cas, l'existence d'un lien fusionnel à l'imago maternelle précœdipienne seraient caractéristiques des femmes ayant demandé à accoucher par césarienne. Pour certaines d'entre elles, le recours à la césarienne semblerait participer du dégagement d'avec l'objet primaire, toujours prévalent ; le recours à la césarienne faisant alors fonction de tiers séparateur. D'autres pistes, telle que la fragilité de l'étayage corporel comme support du narcissisme, sont apparues au cours de la recherche, et nécessiteraient d'être explorées lors de travaux ultérieurs.

ABSTRACT

Keywords : Delivery - c-section on maternal request - feminine - female psychosexuality - infantile sexuality – drawing of delivery

In the context of the medicalization of birth and the banalization of caesarian sections, the literature and clinical experience demonstrate the rise of maternal requests for c-section, without medical indication, for the delivery of a first child. The research explores, within a psychoanalytical frame of reference, the singular somatopsychic experience that constitutes childbirth. It approaches the question of the use of the genital passage from the perspective of instinctive effraction, with reference to the Freudian theory of trauma articulated with that of female psychosexual development. Could the recourse to the caesarian delivery be understood as a specific method for the treatment of sexual excitation — genital and infantile — caused by the representations and the experience of the body during childbirth? **Methodology :** A clinical, qualitative, comparative and longitudinal research conducted in three time periods of pre- and postpartum. The research tools used are clinical semi-directed research interviews, drawings and self-assessment questionnaires. The sample was made up of 22 primiparae, 10 having elected a caesarian delivery and 12 from the general patient population. **Results :** Elective c-section would permit the containment of the instinctive intensity caused by the manifest representations of the corporal experience of vaginal delivery; whereas in the general population group, the fear of pain would appear to play the role of a latent protective shield. The conflict between the fantasmatic realization of the oedipal desires and the necessary maintenance of the link to the maternal imago would be replayed during the time of the delivery for the women of both groups. The refusal of the passive position and, in certain cases, the existence of a fusional link to the preoedipal maternal imago would be characteristic of the women having elected a caesarian delivery. For most of them, the recourse to a c-section would appear to contribute to liberation from the always prevalent primary object; the recourse to the c-section serving the function of third party separator. Other research paths, such as the fragility of the corporal shoring as support of narcissism could translate the emergence, appeared during the course of this research and would need to be explored through further research.

INTRODUCTION

Le temps périnatal, d'abord constitué par l'immédiat post-partum, s'est étendu, allant pour certains auteurs du désir d'enfant à sa première voire à sa deuxième année. Si ses contours ne sont pas tracés de manière déterminée, il semble en revanche que la naissance soit bien au centre de ce temps particulier. Or, il est un contraste curieux entre l'importance des travaux consacrés dans la littérature à la dépression du post-partum, par exemple, en lien avec son éventuel retentissement sur le développement de l'enfant, et le peu d'études portant sur l'expérience de l'accouchement et ses éventuels retentissements. L'intensité de ce que la femme éprouve sur ce temps-là, la place de cet événement inédit au sein de son développement de femme notamment, est peu évoqué dans la littérature.

En revanche, dans notre clinique de psychologue en Maternité, les femmes que nous rencontrons quotidiennement rendent compte de la violence avec laquelle cet événement les frappe. Rien de ce qu'elles avaient pu vivre ou anticiper de vivre auparavant ne se rapproche de l'expérience qu'elles relatent. Et ce en dépit de tout ce qu'elles avaient pu lire ou entendre. Cette violence dont parlent les femmes nous interroge. Nous nous demandons dans quelle mesure elle se fonde, pour partie, sur les phénomènes inconscients mis en jeu au cours d'un accouchement «normal».

La notion de travail est couramment utilisée pour décrire le processus naturel de la mise au monde d'un enfant. Lorsque la future mère ressent les premières contractions, la sage-femme doit déterminer si oui ou non le travail a commencé. Ce processus est plus ou moins long, plus ou moins douloureux, et s'accompagne de modifications physiques et physiologiques considérables chez la femme. En quelques heures, l'utérus va expulser le fœtus parvenu à maturité empruntant pour l'occasion la filière génitale et donc le sexe de la mère. Les sensations et les émotions qui accompagnent ce travail sont considérables. Certains accouchements sont qualifiés de traumatiques. Souvent, il s'agit d'accouchements où les pronostics vitaux de la mère ou de l'enfant ont été engagés : parce que le travail se complique ou que la grossesse s'interrompt prématurément. Quand tout se passe bien, un voile pudique recouvre ce temps de la grossesse et de la vie sexuelle de la femme — «ça s'est passé comme une lettre à la poste...». Et c'est de ça précisément dont il saurait être question dans l'étude

que nous vous proposons. En mettant en perspective les apports de différents auteurs de la revue de la littérature avec les concepts freudiens de représentation, de pulsion, d'effraction et de développement psychosexuel féminin, nous nous sommes demandés : que représente dans l'économie psychique de la femme l'expérience de l'accouchement ? Comment répondre à cette question ? Comment avoir accès à ce temps tout à fait singulier sur lequel il est difficile d'interroger les femmes ?

Nous aurions pu nous intéresser à la façon dont la représentation de l'accouchement met à l'épreuve l'ensemble des protagonistes de la naissance : le père, les soignants, éventuellement les aînés de la fratrie ou pourquoi pas les grands-parents car il nous apparaît bien que la difficulté à se représenter l'événement concerne davantage de personnes que la seule future mère. Mais la femme a ceci de singulier : c'est que pour elle, il ne s'agit pas seulement de se représenter l'expérience, mais de l'éprouver dans son corps, et parfois même, à son corps défendant. Cette difficulté supplémentaire, le fait qu'elle soit avec le bébé, au centre de cet événement, et le peu d'études sur cette question, nous ont conduits à choisir électivement de nous intéresser au point de vue de la parturiente.

En Occident, l'accouchement s'est profondément transformé depuis la seconde moitié du XVIIe siècle avec l'apparition de l'obstétrique et la prise en charge médicale de l'accouchement, puis par le passage de la naissance à domicile à la naissance à l'hôpital dans les années d'après-guerre. Le souhait des femmes d'être soulagées des douleurs de la parturition a également servi ce transfert de l'accouchement de la maison vers l'hôpital. Cette mutation semble toujours en cours et tendrait même à s'accélérer. Le développement et le progrès de la surveillance de l'accouchement se sont accompagnés d'une amélioration des techniques chirurgicales et des techniques anesthésiques amenant en quelques années à la banalisation de la naissance par césarienne rendue plus sûre et plus «confortable». Si les tendances actuelles se confirment, il est vraisemblable qu'un peu partout dans le monde, de nombreuses grandes villes et de nombreux pays auront dans un avenir proche dépassé la barre des 50% de naissance par césarienne. Alors que pour l'OMS¹ un taux de 15% rendrait compte d'une évaluation optimale de la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Le rapport entre «soignant» et «soigné» a connu et connaît encore une profonde mutation. La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a établi la notion juridique de droit des malades. Principalement, elle précise qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être

¹ Chiffres du dernier rapport de l'OMS (2010) en % des naissances

pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne. La possibilité de rédiger un projet de naissance, c'est-à-dire un document écrit dans lequel la femme exprime ses souhaits concernant les modalités d'accompagnement de la naissance (péridurale, épisiotomie, mise au sein précoce etc.) est issue de cette loi. Parallèlement, un mouvement en faveur d'une prise en charge de la naissance en dehors du milieu hospitalier a vu le jour mais peine à prendre son essor. Dans ce contexte, le choix de la femme vis-à-vis des modalités de son accouchement qui était jusqu'alors une donnée à prendre en compte et à respecter sur le plan éthique, l'est maintenant sur le plan juridique.

Or il se trouve que dans notre pratique clinique de psychologue en Maternité et dans l'analyse de la revue de la littérature nous assistons à l'émergence des demandes maternelles de césarienne pour accoucher d'un premier enfant. Pour la majorité des femmes qui demandent à accoucher par césarienne, le droit des femmes à disposer de leur corps est au cœur du débat.

Au regard de notre objet de recherche, à savoir la façon dont l'accouchement mobilise psychologiquement la femme qui en fait l'expérience, l'émergence de ces demandes particulières interroge. Se pourrait-il que l'étude de la demande singulière des femmes qui ont recours à une césarienne sans indication médicale rende manifeste un certain nombre de dimensions qui chez les femmes tout-venant reste au plan latent ? Ceci nous permettrait alors d'accéder à une meilleure compréhension de ce que les femmes tout-venant traversent. C'est la piste que nous avons suivie en mettant en place cette recherche-action, clinique, comparative et longitudinale.

De plus, sur le terrain, ce phénomène récent de l'émergence des demandes maternelles de césarienne semblant s'inscrire dans une modification profonde du rapport à la sexualité et à la procréation interroge en-soi. Et si dans la littérature de nombreux travaux tendent à objectiver et à mieux repérer les raisons manifestes qui sous-tendent ces demandes, peu s'intéressent à leur contenu latent. C'est ainsi que nous sommes parvenus à définir la question de recherche suivante : en quoi les enjeux psychiques autour de l'accouchement chez les femmes qui demandent une césarienne sans indication médicale, pour accoucher d'un premier enfant, sont-ils différents de ceux des femmes tout-venant ?

S'agissant d'une recherche exploratoire, nous avons fait le choix de quatre hypothèses générales assez larges visant à recueillir un matériel clinique riche et varié. Ces hypothèses portent sur l'existence d'une spécificité des femmes qui demandent une césarienne pour

accoucher d'un premier enfant en termes de représentations suscitées par l'expérience de l'accouchement à venir, ou passé, en termes de modalités d'investissement des fonctions féminines du corps, en termes d'investissement de la maternité et enfin en termes de réélaboration de la problématique œdipienne à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement.

À travers quatre parties, nous rendons compte de l'état de la question, de notre démarche, de nos résultats, et des questions et des perspectives qu'ils suscitent. La première partie présente les travaux des auteurs qui ont éclairé notre objet de recherche, fondé notre réflexion, et amené notre problématique. Elle se subdivise en trois chapitres. Le premier rend compte du contexte anthropologique, social, médical, juridique et historique dans lequel s'inscrivent les transformations de l'accouchement, l'émergence de la césarienne et l'apparition des demandes maternelles de césarienne pour un premier enfant sans indication médicale. Le second chapitre rend compte de la dimension désorganisatrice de l'expérience de l'accouchement sous l'angle de l'effraction physique et psychique en référence à la théorie freudienne du trauma et de ses remaniements. La genèse de la psychosexualité féminine en articulation avec les problématiques de la sexualité infantile convoquées par l'accouchement est développée dans le troisième chapitre.

La seconde partie est consacrée à la présentation de la mise en place de la recherche sur le terrain. Elle précise l'objectif général, la problématique soulevée et les hypothèses. Elle développe la mise en place, sur le terrain de la Maternité, du recueil des données, des différents outils, de l'opérationnalisation des hypothèses et de la méthodologie qui a prévalu à l'analyse du matériel recueilli.

Dans une troisième partie, les résultats transversaux sont présentés par hypothèse de recherche afin de permettre une comparaison intra- et intergroupe. Deux cas cliniques contrastés sont développés avant la présentation de la synthèse de nos résultats et la conclusion sur leur validation.

La confrontation de nos résultats à la revue de la littérature ainsi que les limites de cette étude sont discutés dans une quatrième et dernière partie comme le sont les perspectives de recherche et les perspectives cliniques ouvertes par ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

REVUE DE LA LITTÉRATURE

CHAPITRE 1

L'ÉMERGENCE DES DEMANDES MATERNELLES DE CÉSARIENNE POUR ACCOUCHER

Le dictionnaire Larousse définit le verbe accoucher comme *l'action de mettre au monde un enfant*, ou encore comme *l'acte médical par lequel un médecin ou une sage-femme assistent une femme en train d'accoucher* mettant tantôt l'accent sur l'enfant, tantôt sur les personnes qui accompagnent la naissance. Qu'en est-il de la femme elle-même, sujet de l'action ? Dans ce chapitre consacré à l'émergence des césariennes sur demande maternelle, nous nous attacherons à mettre en perspective l'évolution en Occident de l'accompagnement et de la prise en charge des accouchements et l'apparition d'une voie alternative à la voie vaginale, devenue dans certains pays du monde la norme pour donner naissance : la césarienne.

Dans un premier temps, nous présenterons l'apparition de l'obstétrique et l'évolution des pratiques autour de la naissance, afin de montrer comment l'accouchement, d'abord un événement de la sphère privée, intime, est devenu un acte médical nécessitant toujours plus de surveillance et d'interventions extérieures. Dans un second temps, nous nous centrerons sur l'apparition et l'essor de l'opération césarienne comme technique de délivrance dans sa dimension médicale, bien sûr, mais également historique et culturelle. Puis dans une troisième et dernière partie, nous nous attacherons plus particulièrement au phénomène de l'apparition et du développement des demandes maternelles de césariennes en dehors de toute indication médicale et aux raisons manifestes mises en avant dans la littérature qui tendent à l'expliquer.

I. LES TRANSFORMATIONS DE L'ACCOCHEMENT

A. L'ACCOCHEMENT : ÉTYMOLOGIE ET DESCRIPTION

1. Étymologie

a) L'accouchement

Le mot «couche» est attesté dès le XIIe siècle comme provenant du latin *collocare*, «placer» employé au sens de «placer en position horizontale, étendue dans sa longueur»

(This, 1980). La couche est ce sur quoi on se couche, et l'accouchement n'est au XIIe siècle que le fait de se coucher. Ce sens subsistera jusqu'au XVIe siècle. Jusqu'au XVIe siècle, accoucher est synonyme de gésir qui a progressivement disparu. Hommes et femmes pouvaient *être en gésine* ou encore *accoucher malade*. Les couches désignaient les enfantements. D'une femme qui accouche on disait également qu'elle se délivrait d'un enfant. Aujourd'hui on parle encore de délivrance pour désigner le dernier temps de l'accouchement, l'expulsion du placenta et des membranes qui met un terme à l'accouchement. En anglais le terme de *delivery* qui se traduit littéralement en français par livraison est employé pour désigner à la fois l'accouchement dans son entier mais également la délivrance : *placental delivery*. *Child birth* est également employé. Le terme médical pour désigner la femme en train d'accoucher est la parturiente et l'accouchement se dit parturition.

b) Le travail

L'accouchement est aussi appelé travail. Le terme travail dérive du mot latin *tripalium*. Le *tripalium* est un instrument formé de trois pieux. Il désigne à la fois l'outil de contention familial aux éleveurs et un instrument de supplice. Le Dictionnaire historique de la langue française¹ nous rappelle le croisement étymologique avec *trabacula*, petite travée, poutre, désignant un chevalet de torture : *trabaculare* signifie «torturer» et «travailler», au sens, de «faire souffrir». Et c'est bien dans cette acception que s'utilise en ancien français le terme «travailler» et cela jusqu'au XIIe et XIIIe siècles. Il s'applique non seulement aux suppliciés, ou aux femmes en proie aux douleurs de l'enfantement, mais aussi aux agonisants. L'idée de transformation d'une matière première ne prend le pas sur l'idée de souffrance qu'à partir du XVIe siècle, moment où le verbe s'emploie dans le sens «faire un ouvrage» et «rendre plus utilisable». L'association du travail à la souffrance et au châtement, dans la culture occidentale, est certainement plus ancienne et l'on pourrait s'en référer au Livre de la Genèse² où, pour avoir voulu goûter au fruit de l'Arbre de la Connaissance, Adam se voit condamné à produire son pain à la sueur de son front et Ève à enfanter dans la douleur. «J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur (...)» ou encore : «J'augmenterai beaucoup ton travail et ta grossesse ; tu enfanteras en travail les enfants».

Travail est alors employé au sens de douleur. Accouchement et douleur, s'ils ne sont pas *a priori* liés étymologiquement le sont en revanche dès lors qu'on s'intéresse au processus

¹ Dictionnaire historique de la langue française (aux éditions Robert)

² <http://sainte bible.com/genesis/3-16.htm>

qui sous-tend la naissance de l'enfant encore appelé aujourd'hui travail. Nous développerons la complexité et la force du lien qui unit douleur et accouchement au second chapitre.

2. Le déroulement de l'accouchement

Le travail est ordinairement divisé en trois phases (Bailey, 1972 ; Danforth, 1971 cités par l'anthropologue Atwood (1980, p. 105). La première phase, ou période de dilatation, est caractérisée par des contractions utérines qui permettent la dilation progressive du col de l'utérus, et cela jusqu'à dilatation complète. Cette première phase dure approximativement de 12 à 14 heures pour les primipares, et de 6 à 12 heures pour les multipares. La seconde phase est la période d'expulsion : elle commence avec de fortes contractions qui poussent l'enfant à travers le canal vaginal et se termine par la naissance. Cette seconde étape dure approximativement de une demi-heure à une heure et demie pour les primipares¹ et de 5 à 30 minutes pour les multipares. La troisième et dernière étape est placentaire ; elle dure environ 5 à 15 minutes pour les primipares comme pour les multipares. Elle comprend les dernières contractions utérines, la complète expulsion du placenta et des membranes. Le cheminement de l'enfant comprend la traversée d'une partie rigide, le bassin maternel, et d'une partie souple, la partie basse de l'utérus, le vagin et le plancher pelvien.

Si ce «découpage» en trois stades se maintient au fil du temps, en revanche, la durée «normale» du travail, elle, fluctue selon les époques. Au fur et à mesure que la gestion active du travail se généralise, la fenêtre de durée dite «normale» d'accouchement rétrécit. La gestion active du travail désigne l'intervention par des gestes ou des substances actives sur le déroulement du travail en lui-même. La durée moyenne du travail établie à 36 heures en 1950, passe à 24 heures en 1960, à 12 heures en 1972 (Wagner, 1996), et était estimée à 8 heures en 2004 (temps des services *intrapartum* alloués selon les plus récents modèles managériaux hospitaliers (Beech, 2004)).

¹ La parité fait référence aux nombres d'accouchements.
Primipare : se dit d'une femme qui accouche pour la première fois.
Multipare : se dit d'une femme qui a accouché plusieurs fois.

B. ÉVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES LORS DE L'ACCOUCHEMENT EN OCCIDENT

1. Evolution des personnes présentes pour assister la femme en travail

a) La sage-femme

Jusqu'au XVIIe l'accouchement ne se conçoit pas sans l'accoucheuse. Gélis (1988 p. 18) la dépeint comme «venue du fond des âges, héritière des petits secrets et du tour de main de celle qui l'a précédée dans l'entreprise charitable qu'est l'assistance des femmes en couches, la matrone est femme pratique ; guidée avant tout par le soucis de tirer les mères d'un éventuel mauvais pas, confidentes de ses compagnes, dépositaire de la tradition». C'est, écrit-il, «un personnage central de la communauté villageoise et du quartier» (p. 18).

Cependant, à partir du XVIe siècle, les pouvoirs réels et symboliques de l'accoucheuse la rendent suspecte. Le curé l'accuse volontiers d'user de magie, la soupçonne même parfois d'être un peu sorcière. La matrone ne disparaît pas mais elle est placée sous surveillance, tenue de justifier ses interventions et de répondre de ses actes. Dans les villes, depuis le Moyen-Âge, on ne peut exercer une activité professionnelle en dehors du cadre strict des corporations de métiers. Seuls les hommes en font donc partie puisque eux seuls sont autorisés à exercer un «art». Comme les accouchements sont depuis toujours le domaine exclusif des femmes, et que celles-ci ne peuvent former leur propre corporation, on les rattache à celle de Saint Côme, la corporation des chirurgiens à qui elles doivent obéissance.

Jusqu'au XVIIIe siècle la surveillance de la pratique de la sage-femme est essentiellement du ressort de l'Église. Or voici que l'Etat, confronté à la baisse démographique, s'intéresse à elle. Sans négliger la dimension morale du rôle de l'accoucheuse, il souligne de plus en plus fortement que ce qui compte à ses yeux c'est la vie de ses sujets, et que seules ces qualités professionnelles pourraient mettre un terme à la décimation des mères et des nouveaux-nés. Il décide de prendre des mesures : remplacer la matrone, que l'on décrit toujours ignare, sale et grossière par une jeune femme «sage», instruite des règles élémentaires de l'obstétrique et obéissant au corps médical.

Dans les faits, les sages-femmes ont peu de possibilités pour se former. Jusqu'en 1728, date de la création de l'école de Strasbourg, la seule institution de formation des sages-femmes en Europe est «l'Office des accouchées» de l'Hôtel Dieu. Vers le milieu du XVIIIe siècle, cette école ne forme toujours qu'une vingtaine de sages-femmes par an. Cette période coïncide avec l'apparition d'une forte personnalité qui va marquer de son empreinte la

diffusion de l'instruction dans ce domaine. Madame du Coudray (1712-1792), sage-femme, met au point une méthode pratique, originale pour enseigner l'art des accouchements. S'étant rendu compte que les cours dispensés par les accoucheurs étaient souvent trop théoriques, elle instaure un enseignement pratique à l'aide d'un mannequin reproduisant de façon fidèle l'anatomie du petit bassin féminin de façon à pouvoir démontrer le mécanisme de l'accouchement et effectuer les manœuvres obstétricales applicables aux diverses dystocies¹. La mission de Madame du Coudray formera 5000 accoucheuses pendant les 25 années que durera son périple à travers la France (1759-1783).



La «machine» de Madame Du Coudray (1778)
Reproduction tirée de *La «machine» de Madame Du Coudray ou l'art des accouchements au XVIIIe siècle*
(Benozio, et al., 2004, p. 28)

b) L'apparition de l'accoucheur

En province, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, la dépendance des sages-femmes à l'égard du chirurgien ne constitue pas vraiment une gêne. Les accoucheuses sont plus au fait que les hommes de l'art. Le chirurgien appelé en renfort n'est bien souvent qu'un extracteur d'enfants morts. Jusqu'au milieu du XVIe siècle, l'accoucheur n'existe pas encore. «L'arsenal de la chirurgie», comme le nomme Gélis (1988 p. 347), s'enrichit à la fin du XVIe siècle et surtout au XVIIe et au XVIIIe siècles d'une invraisemblable collection d'instruments ne laissant

¹ Les dystocies correspondent à toutes les situations qui entravent le bon déroulement du travail. A l'inverse, un travail qui se déroule sans difficulté est qualifié d'eutocique.

guère de chance au malheureux fœtus : tirs-tête, pinces à dents ou à crochets, tracteurs et perces-crâne. Le XIXe siècle y ajoute des instruments destinés à réduire le volume de la tête fœtale avant l'extraction : céphalotribes, cranioclastes ou basiodribes. Ce n'est que dans la seconde moitié du siècle que l'embryotomie devint une méthode d'exception du fait notamment de l'avènement de l'opération césarienne comme on l'appelle à cette époque.

Le discrédit qui frappe les crochets pousse progressivement les accoucheurs à y renoncer et à les remplacer par des instruments qui ont le label de l'art : les forceps, un instrument visant à extraire les enfants à naître sans les léser. La mise au point et la découverte des forceps sont indissociables de l'histoire de la famille anglaise des Chamberlen qui en garda le secret de fabrication et d'utilisation pendant quatre générations. Vers 1720, avant que le modèle anglais ne soit divulgué, le chirurgien flamand Jan Palfyn en présente un modèle de sa conception devant l'Académie Royale des Sciences de Paris. Puis différentes innovations apportées simultanément et indépendamment aux forceps (courbures, articulation) par le français André Levret et l'écossois William Smellie dans les années 1745-1750 leur donneront toute leur efficacité et entraîneront leur large diffusion.

c) La rivalité entre la sage-femme et l'accoucheur

En faisant en sorte que l'instrument soit considéré indispensable, alors même qu'on interdit son usage aux accoucheuses, on veut accréditer l'idée que les familles ont intérêt à préférer l'accoucheur. Comme l'écrit Gélis (1988) «L'accouchement réussi est toujours dans les esprits celui qui dure peu, pourquoi perdrait-on désormais du temps avec une accoucheuse qui avouerait son impuissance à poursuivre, au cas où la présentation de l'enfant serait contre nature ? Autant s'adresser directement (...) à celui qui détient les clés du bon accouchement et délivre vite de la souffrance et de l'angoisse !» (p. 307) D'une certaine façon, cette logique prévaut encore actuellement : si une technique existe pour faire face à certaines situations difficiles, autant y avoir recours d'emblée.

Le recours à un homme pour accoucher devient rapidement, dans l'aristocratie comme dans la bourgeoisie, le signe d'une aisance financière et d'un statut social supérieur (Leroy, 2002). Louis XIV fit appel à un accoucheur masculin pour délivrer sa maîtresse, Mademoiselle de la Vallières. Plus tard, Julien Clément (1650-1729) reçut du roi le titre d'accoucheur pour avoir assisté Madame de Montespan et la Reine dans leurs couches.

Dans le même temps, en 1668, le français François Mauriceau (1637-1709) publie son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouché* et *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies*, textes fondateurs de

l'obstétrique moderne. Mauriceau n'est pas médecin mais simple chirurgien-juré de la confrérie de Saint Côme. Ce point mérite d'être souligné car la rivalité souvent pointée du doigt entre la sage-femme et le médecin a tendance à masquer la rivalité qui existait entre médecins et chirurgiens. L'apparition et le développement de l'obstétrique semblent avoir été l'opportunité pour ces derniers d'asseoir leur art.

L'évolution des personnes présentes auprès de la femme en couches depuis la seconde moitié du XVIIIe siècle en Occident, et plus particulièrement en France, laisse apparaître la manière dont progressivement l'accouchement — qui était jusqu'alors du domaine de l'intime, une affaire entre les femmes de la maison ou du village — est devenu une affaire d'homme, relevant du domaine social et médical. Nous percevons également combien le recours à l'outil, à la technique, et l'interdiction de son usage à la sage-femme, a rendu possible cette évolution. L'analyse de ces transformations met à jour la dimension de rivalité entre hommes et femmes autour de la naissance. En effet, par le nécessaire recours au médecin et à la médecine devenus indispensables car supposés prémunir contre tous les risques, la femme n'est plus seule détentrice du pouvoir de mettre les enfants au monde. Ce mouvement amorcé au XVIIIe siècle semble se prolonger aujourd'hui : ne peut-on pas entendre la demande maternelle de césarienne adressée au médecin aujourd'hui comme le prolongement de la demande de «délivrer vite de la souffrance et de l'angoisse» (Gélis, 1988 p. 307) d'hier ?

2. Evolution des positions lors de l'accouchement

Dans le processus de la venue au monde, le point critique est le passage du fœtus, arrivé à terme, par les voies naturelles. Une des conditions du bon développement de ce processus est la position de la mère au cours du travail. Or, d'après les recherches de Atwood (1980), il n'existe pas une position idéale ou rigoureuse définie une fois pour toutes pour accoucher. La position prise pendant le travail serait spécifique à chaque femme et à chaque accouchement, en fonction de la position de l'enfant et du passage qu'il emprunterait.

a) Les différentes positions prises par la femme pour accoucher

L'anthropologie classe en deux catégories les diverses positions de la délivrance verticales ou non définies. La position verticale ou droite se définit comme «celle en laquelle une ligne imaginaire reliant le centre de la troisième et de la cinquième lombaire serait plus

près de la verticale que de l'horizontale et, qui plus est, se trouverait placée de telle manière que la troisième lombaire serait plus haute que la cinquième plutôt que l'inverse» (Naroll et Howard, 1961, cités par Atwood, 1980, p. 76). Il existe quatre positions droites distinctes : debout, assise, accroupie et à genoux. La position non définie est celle qui ne répond pas aux critères de la position droite, c'est-à-dire la position horizontale et toutes ses variantes.

L'obstétrique moderne actuelle en France utilise de façon privilégiée la position en lithotomie (la femme est étendue sur le dos, mais ses jambes sont soit pliées les pieds placés à plat sur le lit ou la table d'accouchement, soit placés dans des étriers, ou tenus par des assistants, la position en lithotomie exagérée (la femme repose sur son dos, les jambes pliées, les genoux ramenés jusqu'à la poitrine). Il existe un grand nombre de variantes¹ à cette position, leur point commun étant de maintenir la femme en position horizontale avec un accès facile aux parties génitales.

b) L'influence de la médicalisation progressive de la naissance sur les positions d'accouchement

D'une manière générale, jusqu'au milieu du XVIIIe siècle les accoucheurs sont favorables à la liberté des attitudes. Ils acceptent volontiers que la femme prenne ses aises, se lève, marche, s'assoie entre les périodes de contraction, et beaucoup pensent que le changement de position peut être bénéfique, puisqu'il permet au corps de l'enfant de progresser dans la filière pelvienne. Le changement majeur, et le premier en obstétrique, dans le cas de la position prise par la femme lors de l'accouchement, survint lorsque Mauriceau substitua le lit sur lequel la femme s'allonge au tabouret.

La position en décubitus dorsal (à plat dos) facilite à l'obstétricien l'exploration, les manipulations ou les interventions instrumentales. Cette position ne concerne encore que l'expulsion car en réalité Mauriceau recommande de faire marcher la femme en travail : «la pesanteur de l'enfant, quand la femme est debout, fait bien plutôt dilater l'orifice interne de la matrice, que lorsqu'elle est couchée (...)» (Mauriceau, 1668, cité par This, 1980, p. 153). Mauquest de la Motte donne les mêmes conseils dans son traité des accouchements (This, 1980, p. 92). Certains commencent à se plaindre des fatigues réelles qu'il faut endurer,

¹ La position tête en bas ou position de Trendelenburg ou d'Oxford (la femme est étendue sur une table ou sur un lit incliné de sorte que le bassin est surélevé par rapport au buste) ; la position « jambes pendantes » ou position de Walcher (la femme repose à plat dos sur une table, le bassin au bord de celle-ci, afin que ses jambes soient fléchies et pendantes sans que ses pieds ne touchent le sol ; et enfin, la position ventrale, trois quarts latérale, position latérale de Sims (la femme repose sur le côté avec la poitrine tournée vers la table, le bassin plus élevé que l'abdomen).

lorsque la femme donne naissance à son enfant, moitié assise, moitié couchée, près de l'âtre ; il est difficile à l'accoucheur de pratiquer alors le toucher vaginal et de surveiller le périnée.

Si les positions non définies ou encore horizontales ne sont pas le fait de l'obstétrique moderne, en revanche, la généralisation de la position horizontale ou position de lithotomie, ou encore position gynécologique le sont. Privilégiées au XVII^e siècle par les accoucheurs car facilitant leur travail de surveillance et leurs manœuvres, leur usage croissant est une des conséquences de la médicalisation de l'accouchement. Ses avantages sont la facilité et la rapidité de l'extraction instrumentale, parfois nécessaire, la surveillance du périnée et au besoin l'épisiotomie¹ (Husson et Yannoti, 1980). C'est vers la fin du XIX^e siècle lorsque les obstétriciens commencent à professer dans les hôpitaux que les tables d'accouchements remplacent les lits (Cianfrani, 1960). La position habituelle de la parturiente est en lithotomie (Husson et Yannoti, 1980).

c) La remise en cause de la position en décubitus dorsal

Cependant, du point de vue physiologique, la position horizontale est discutable. Le décubitus dorsal peut comprimer la veine cave inférieure, entraînant une hypotension maternelle et une hypoxie fœtale qui cède au passage en décubitus latéral. En contre partie la verticalité offre certes des avantages : pendant la dilatation elle a un effet ocytotique, en augmentant l'intensité des contractions utérines. Il en résulte un travail plus rapide et plus douloureux et une diminution des médicaments, des extractions instrumentales et des césariennes, peut-être par correction de certaines dystocies dynamiques. Mais cette action ocytotique n'est pas contrôlable. En cas de disproportion fœtopelvienne, les taux de ruptures utérines et de morts fœtales sont majorés.

Au cours des années 1977 et 1978, Michel Odent (1980), médecin responsable de la Maternité de l'Hôpital de Pithiviers, a tenté de redonner une liberté de mouvement aux femmes pendant le travail. Il a observé les différentes positions adoptées par les femmes pour mettre au monde leur enfant dans une pièce non médicalisée, dite «sauvage», au plus proche d'un lieu de vie de l'époque : mur marron, rideaux orange, lumière tamisée, estrade avec des coussins, fauteuil, tourne-disque, disques, et surtout : pas d'horloge. «Si, écrit-il, certaines parturientes se sont parfois senties plus en sécurité dans une salle de naissance médicalisée,

¹ Définition Larousse.fr : Intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement.

Le taux global d'épisiotomies en France, rapporté aux accouchements par les voies naturelles, bien qu'en décroissance depuis 1996-1997, était en 2002-2003 de 47 % (68 % chez la primipare et 31 % chez la multipare). GNGOF

l'attrait pour la salle «sauvage» a été grand et la plupart des accouchements y ont eu lieu» (1980, p. 19). Certaines femmes ont trouvé spontanément des positions alternatives à la position gynécologique. D'autres ont finalement terminé leur accouchement sur le dos. Odent considère ce résultat comme le fruit d'un conditionnement culturel qui au regard des considérations ethnologiques est discutable.

Il apparaît surtout que plus qu'une position ou une autre, c'est la possibilité de se mouvoir et de changer de position qui importe. L'intérêt de la remise en cause des positions d'accouchement résiderait selon Husson et Yannoti (1980), dans le fait qu'il devrait inciter l'obstétricien à plus de souplesse et plus d'adaptabilité dans la recherche de l'attitude la plus confortable possible pour la femme tout en étant compatible avec la surveillance et la sécurité.

De la chaise au lit, puis du lit à la table d'accouchement : au fil des siècles la parturiente est passée progressivement de la position verticale à la position horizontale pour accoucher afin de permettre aux médecins de réaliser une meilleure surveillance de ses parties génitales. Mais plus encore, elle a été invitée à s'installer sur une table d'accouchement et à ne plus en bouger au fur et à mesure que l'accouchement s'est médicalisé. Ce faisant, elle est passée d'une position active, debout, érigée à une position passive, allongée, couchée. Cette question de l'activité et de la passivité dans l'accouchement qui apparaît en filigrane de l'histoire de l'accouchement est un des éléments que nous avons retenu pour notre recherche.

Un autre point nous paraît important à relever. C'est la manière dont ce passage du vertical à l'horizontal s'est accompagné d'un autre passage : le passage du sexe caché au sexe montré. Cette transformation a participé à la mise en œuvre de ce que Henslin et Biggs (1971) ont nommé la «déssexualisation dramaturgique» du «théâtre gynécologique», à savoir : le passage de «sujet» à «pelvis». Comme le souligne St-Amant (2013), la démarche entreprise par Henslin et Biggs pour déssexualiser l'examen pelvien en gynécologie met paradoxalement en avant sa dimension sexuelle intrinsèque. Il en est de même pour l'accouchement. Le terme et la description de positions prises pendant l'accouchement n'est pas sans rappeler les différentes positions du coït et l'importance qu'elles occupent dans les fantasmes. C'est précisément ce point que nous retiendrons pour notre travail : la question du sexuel, de l'érogénéité du corps dans le déroulement de l'accouchement sur la scène du théâtre obstétrical.

3. Évolution des lieux de naissance

a) Le passage de la maison à l'hôpital

Dès 1919 en France, l'État, conscient de la dénatalité, intervient par le biais d'aides financières¹ dans le champ de la naissance, et concourt indirectement à orienter les parturientes vers les maternités de mieux en mieux équipées et de plus en plus performantes dans la technicité médicale. Le glissement vers des structures hospitalières s'étend sur plusieurs décennies et l'exemple n'est pas toujours donné par les classes aisées. Dans l'entre-deux-guerres, écrit Marie-France Morel (2008, p. 26), «il n'y a pas de consensus sur le lieu idéal de l'accouchement et, à l'échelle nationale, il n'est pas certain que l'accouchement à domicile soit plus dangereux que l'accouchement à l'hôpital. On observe, en fait, la coexistence des deux pratiques, la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchant plus volontiers à la maison, et les classes populaires urbaines, plutôt en milieu hospitalier.»

Après la Seconde Guerre Mondiale, en France, plus de la moitié des accouchements ont encore lieu à domicile. A partir des années 1960, les accouchements à domicile se reportent sur des structures extérieures privées ou publiques. Aujourd'hui, seulement 3000 sur les 810 000 naissances annuelles ont lieu hors de l'hôpital et concernent principalement des accouchements inopinés : accouchement particulièrement rapide ayant lieu au domicile ou sur le trajet pour rejoindre l'hôpital, déni de grossesse.

Afin de diminuer encore la mortalité infantile périnatale et la mortalité maternelle, l'offre de soins n'a cessé de se concentrer. En quarante ans le nombre de maternités a été divisé par trois. Il est passé de 1 370 en 1975 à 535 en 2010². Ce mouvement de concentration massif ne semble pas être arrivé à son terme.

b) Le mouvement de concentration et de technicisation des maternités et l'apparition de la notion de risque

La loi de 1998 instaurant la classification des maternités en trois catégories selon leur équipement a eu tendance à accélérer le mouvement de concentration et de technicisation des maternités et à attirer les femmes soucieuses d'accoucher dans des structures fournissant *a priori* plus de garantie et de sécurité en obstétrique, en néonatalogie, et en réanimation

¹ En 1919, loi donnant une prime à l'accouchement et, en 1928, mise en place des assurances sociales, maladie, retraite et maternité.

² Proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance http://www.senat.fr/rap/112-368/112-368_mono.html#toc0

néonatale, entraînant la saturation des maternités de niveau 2 et 3¹. Alors qu'en 1996, près de 60 % des maternités accueillait de 300 à 1000 accouchements, ces maternités de taille modeste ne représentent plus que 40 % des établissements dix ans plus tard ; à l'inverse, en 1996, seules un peu plus de 10 % des maternités accueillait plus de 1500 accouchements par an, contre environ 35 % en 2006. Conjugée à une augmentation du nombre des naissances de 10 % sur la période considérée, cette évolution implique que les femmes accouchent aujourd'hui dans des établissements dont l'activité est beaucoup plus importante. Pour Akrich, Bardes et Phan (2010), les deux mouvements, concentration et technicisation, sont liés puisque, écrivent-ils, «les maternités les plus équipées sont aussi celles dans lesquelles le nombre d'accouchements est le plus élevé» (p. 151). Par ailleurs, la part relative des établissements privés diminue puisqu'«ils n'assurent plus qu'environ 30% des accouchements contre 50% il n'y a pas si longtemps» (p. 151). Les lieux dans lesquels les femmes peuvent aujourd'hui donner naissance ont tendance à s'uniformiser : des maternités toujours plus équipées, de taille de plus en plus importante au point qu'elles sont parfois qualifiées «d'usines à bébés», et qui appartiennent au secteur public.

Or comme le montre l'étude de Le Ray, Gaudu, Teboul, Cabrol et Goffinet (2004) comparant les pratiques obstétricales entre une maternité de type 1 et une maternité de type 3 en Ile-de-France, le choix d'un lieu et d'un personnel habitué à la prise en charge des complications de la grossesse à risque n'est pas anodin pour une femme dont la grossesse ne comporte pas de risque particulier. Ces auteurs ont mis en évidence le fait que les femmes ne présentant pas de risque particulier avaient significativement plus de probabilités d'avoir recours à une extraction instrumentale ou à une épisiotomie. Dans cette étude, la recherche d'une plus grande sécurité pour la mère et pour l'enfant se traduit par une plus grande intervention médicale.

Selon les critères de la normalité (Laurendeau, 1987), les accouchements dits normaux représentent entre 65 et 90% des accouchements. Et il semblerait qu'un accouchement ne peut être considéré comme normal qu'*a posteriori*. Une étude de Selvi Dogan, Calmelet, Cottenet,

¹ Classification des maternités :

- les maternités de type 1, ne sont pas dotées de structure pédiatrique et ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques ;
- les maternités de type 2, situées dans un établissement disposant d'un service néonatal et/ou de pédiatrie, suivent les grossesses normales, pathologiques et leurs accouchements ;
- les maternités de type 3, situées dans un établissement (CHU ou non) disposant d'une unité de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale, prennent en charge les grossesses normales, pathologiques et essentiellement celles où le nouveau-né aura une surveillance intensive et des soins lourds.

Sagot et Mace et al. (2013) conclut que l'accouchement est un processus imprévisible et potentiellement à risque. Sur les 259 patientes classées à bas risques en début de travail, 21% ont nécessité l'intervention d'un obstétricien. La notion de risque et le principe de précaution sont la pierre angulaire d'une fuite en avant vers toujours plus d'intervention : risque pour la santé de la mère et de l'enfant ; risque également pour le médecin qui est de plus en plus confronté à la judiciarisation de sa pratique comme nous le développerons dans la partie concernant l'augmentation du recours à la césarienne.

Pour l'anthropologue Roselyne Roth-Hailotte (2011), «accoucher dans une maternité, c'est mettre au monde un enfant dans une structure institutionnelle avec sa politique et ses protocoles propres, selon le statut privé ou public de l'établissement, et la philosophie de l'équipe instaurée, bien souvent, par le chef de service» (p. 156-157). En 2007, écrit-elle, «80 % des femmes ont accouché sous analgésie, et malgré les recommandations de l'OMS, le taux de césariennes a doublé en vingt ans. De nouvelles politiques se profilent où «l'industrialisation» de la naissance prévoit des maternités tournant à six mille accouchements par an avec 80 % de déclenchements, 48 % de césariennes et une augmentation du nombre de péridurales» (p. 157).

La concentration et la médicalisation des lieux de naissance est donc à la fois le résultat du développement de la notion de risque, mais induit par elle-même le recours toujours plus important aux gestes techniques dont on connaît par ailleurs le caractère parfois iatrogène. La notion de risque est déterminante également car c'est elle qui préside aux prises de décision médicales, notamment le recours à la césarienne, par la mise en balance des bénéfiques et des risques pour la mère et pour l'enfant à naître.

C. LA DIFFICILE REMISE EN CAUSE DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT EN FRANCE

1. La réalité des progrès dans la surveillance et la prise en charge de l'accouchement

Les progrès de la médecine et de la science en général ont largement profité à l'obstétrique et au recul de la mortalité des accouchées. Les découvertes scientifiques, technologiques et médicales associées à une volonté politique et à un contexte économique favorable ont permis un recul significatif de la mortalité maternelle et plus encore infantile. La mortalité maternelle sous l'Ancien Régime se situait entre 1 000 et 1 500 décès pour

100 000 naissances. Elle est tombée à 85,5 décès pour 100 000 naissances au sortir de la Seconde Guerre Mondiale (Gutierrez et Houdaille, 1983). Aujourd'hui, le nombre de décès maternels en France se situe autour de 10,5 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Parmi les découvertes médicales déterminantes figurent tout d'abord l'avènement des sulfamides en 1935 et des antibiotiques après la Seconde Guerre Mondiale qui a permis de vaincre la fièvre puerpérale, jusqu'alors sporadique parmi les mères accouchées à domicile, mais qui prend des proportions épidémiques lors des accouchements à l'hôpital. Puis on peut citer la découverte par Henry Dale en 1906 de l'ocytocine, une hormone aux propriétés utéro-toniques dont l'utilisation sous la forme de perfusions intraveineuses sera rendue possible par Théobald et ses collaborateurs en 1948. En 1950 Vignaud parvient à en réaliser la synthèse chimique. Depuis l'ocytocine de synthèse est régulièrement utilisée pour diriger travail. La découverte des groupes sanguins et la pratique de la transfusion sanguine ont contribué à réduire la mortalité maternelle dans les situations d'hémorragie de la délivrance.

La découverte et l'application de nouvelle technologie comme les rayons X puis le CT Scan ont permis de visualiser la forme et de mesurer la taille du bassin osseux de la femme. L'échographie, quant à elle, permet de réaliser diverses mesures, notamment celle du diamètre bipariétal (transversal) de la tête du fœtus, et de préciser ainsi sa morphologie et son rythme de croissance. En effet, jusqu'à l'invention du stéthoscope par Laennec vers 1815, il n'existait pas de possibilité d'apprécier la santé du fœtus. Divers modèles de stéthoscopes obstétricaux voient le jour pour aboutir à la trompette obstétricale d'Adolphe Pinard dans les années 1880-1890 qui restera utilisée jusqu'à la diffusion un siècle plus tard, dans les années 1970-1980, d'appareils destinés à l'enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines, ou «monitorage cardio-tocographique».

Parmi les changements qui caractérisent l'évolution de l'accouchement, l'apparition et le développement de l'opération césarienne sont certainement les plus décisifs. Ils s'inscrivent dans la continuité des évolutions technologiques et des progrès médicaux dont a bénéficié l'obstétrique comme une marque de progrès dans la quête de la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelle et surtout fœtale.

Les techniques d'anesthésie voient également le jour dès la deuxième moitié du XIXe siècle, et leur diffusion participe largement au recours au médecin et à la médicalisation grandissante de l'accouchement. La question de la douleur peut être abordée sous différents aspects médicaux et non médicaux. Elle est centrale dans notre travail. Bien qu'un développement à propos des techniques d'indolorisation et d'anesthésie ait eu toute sa place

ici, nous avons fait le choix de l'inclure dans la partie qui traite de la douleur au début du second chapitre.

2. La médicalisation de l'accouchement : la norme sociale

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a établi la notion juridique de droit des malades. Principalement, elle précise qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et que ce consentement peut être retiré à tout moment. La possibilité de rédiger un projet de naissance, c'est-à-dire un document écrit dans lequel la femme exprime ses souhaits concernant les modalités d'accompagnement de la naissance (péridurale, épisiotomie, mise au sein précoce, etc.) est issue de cette loi.

Une enquête réalisée auprès de plus de cinq mille femmes par le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) montre qu'un nombre croissant de femmes (57 % en 2011 contre 36 % en 2005) émettent le souhait de bénéficier d'une liberté de mouvement pendant le travail, de gérer elles-mêmes leur douleur et ne pas se voir infliger des gestes médicaux invasifs. Dans une enquête de 2010 réalisée auprès de 952 femmes par l'Union nationale des associations familiales (UNAF), 36 % des parturientes déclarent ne pas avoir été libres de bouger ou de se positionner lors de l'accouchement.

Depuis quelques années, en France, des voix s'élèvent pour faire entendre qu'un autre modèle que celui de l'accouchement médicalisé est possible. Un mouvement alternatif en faveur d'une prise en charge de la naissance en dehors du milieu hospitalier a vu le jour mais peine à s'imposer. Le décret autorisant l'ouverture pour une période de mise à l'épreuve de 5 ans de maisons de naissance adjacentes à un centre hospitalier a été voté en novembre 2013. Aujourd'hui il n'en existe que neuf dans toute la France, dont deux en Ile-de-France.

Quand bien même l'offre se développerait-elle, en ce qui concerne la liberté de choix, il convient de prendre en compte la pression sociale exercée sur les parents (Dessureault, 2015). La mère et le père choisissent le lieu de naissance en fonction de la norme sociale et culturelle, de ce que «tout le monde fait». Comme le souligne Quéniard, (1987, cité par Baillargeon, 2004) les femmes font plus que se conformer au modèle dominant, elle l'intègre à leurs propres normes personnelles. Ainsi, plusieurs sont réfractaires lorsqu'il est question d'accoucher hors d'un hôpital puisqu'il s'agit de la pratique la plus commune de nos jours. En effet, la plupart des femmes qu'elles connaissent, y compris leur mère, ont sans doute mis leur

enfant au monde en centre hospitalier et prônent, par exemple, la péridurale comme moyen de soulager la douleur.

3. La banalisation de l'opération césarienne dans le monde

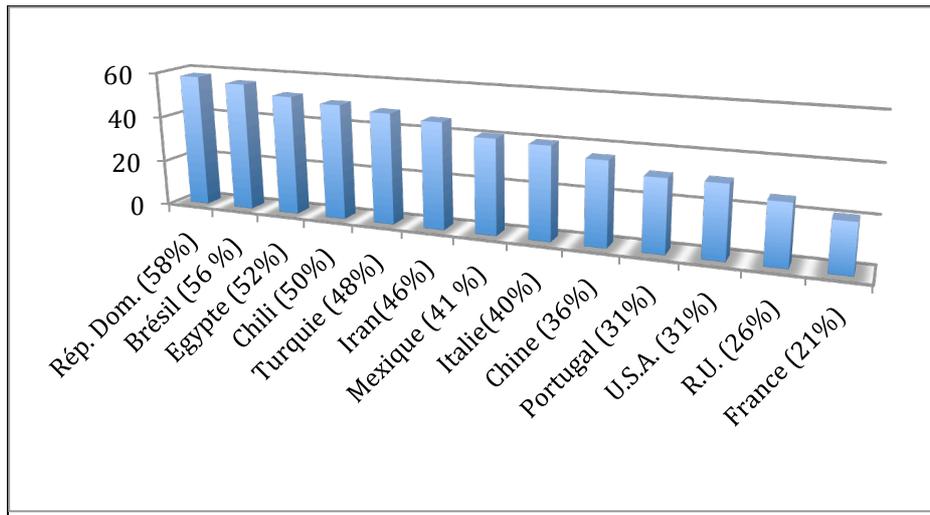
Parmi les transformations considérables qu'a connu l'accouchement, la possibilité de réaliser une césarienne avec survie de la mère et de l'enfant figure au premier plan. En effet, c'est avant tout parce que la césarienne est pratiquée avec toujours plus de sécurité et de confort, que son développement s'est accéléré partout dans le monde. Depuis la deuxième moitié du XXe siècle, et plus particulièrement les vingt dernières années, on assiste dans le monde à une banalisation de la césarienne.

Au Brésil, dont la population équivaut à la somme des populations allemande, française et espagnole, les taux sont au dessus de 50%. Bien sûr, on observe des différences entre les grandes villes et les zones rurales, entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Dans les hôpitaux privés des grandes villes comme Sao Paulo et Rio, quatre bébés sur cinq naissent par voie haute — soit 80% (Waniez, Wurtz et Brustlein, 2006). Dans certaines cliniques, l'accouchement par césarienne est la règle, à moins que la femme n'ait manifesté le désir d'essayer l'accouchement par voie basse. Mais la peur de ne pas bénéficier des meilleurs soins pousse les femmes, même dans les classes pauvres, à préférer la césarienne. Dans les hôpitaux publics, les taux de césariennes sont habituellement de 40% «seulement». Les pratiques et les statistiques ne sont guère différentes dans d'autres grandes villes latino-américaines, telles que Mexico ou Santiago.

Si les tendances actuelles se confirment, il est vraisemblable qu'un peu partout dans le monde, de nombreuses grandes villes et de nombreux pays auront, dans un avenir proche, dépassé la barre des 50%. Aux Etats-Unis le taux avoisine 32%, alors qu'en Europe occidentale, c'est environ un bébé sur cinq qui naît par césarienne (OMS, 2010).

En France, le taux de césarienne a quadruplé en trente ans, passant de 5% en 1970 à 21% en 2014 (Euro-perisat/BJOG). Il semble qu'aujourd'hui la césarienne soit bien l'alternative à la voie vaginale pour venir au monde.

TAUX DE CESARIENNES DANS LE MONDE



Chiffres en % publiés par l'UNICEF mis à jour en décembre 2016¹

D. SYNTHÈSE

Les transformations des pratiques obstétricales, issues des découvertes médicales scientifiques et techniques, ont, sur le long terme, considérablement amélioré la surveillance de l'état de santé de la mère et du fœtus pendant la grossesse et pendant l'accouchement. Elles assurent désormais la sécurité des femmes et des enfants — sécurité au sens de la diminution de la mortalité et morbidité périnatales. La médecine s'est aussi employée à soulager la douleur du travail de l'accouchement. La mise en place de la péridurale, par exemple, principale technique d'indolorisation actuelle, ne peut se faire qu'en milieu hospitalier. Elle présente l'avantage d'être efficace à la fois lors d'un accouchement par voie basse et d'un accouchement par césarienne et permet donc également qu'en cas de césarienne en urgence, la parturiente soit consciente et assiste à la naissance de son enfant. L'accouchement à l'hôpital est ainsi devenu la norme, tendant à faire en retour de l'accouchement un événement médical, au même titre qu'une intervention chirurgicale.

Cependant, et ce dès le début de l'obstétrique, certains progrès ont entraîné l'apparition de difficultés concomitantes nécessitant de nouvelles interventions pour y faire face. Cette iatrogénie est une constante qui alimente bien des débats encore aujourd'hui et conduit à une remise en question du modèle de l'accouchement exclusivement médicalisé et à la recherche d'un modèle alternatif qui parvient difficilement à se mettre en place tant les résistances semblent fortes.

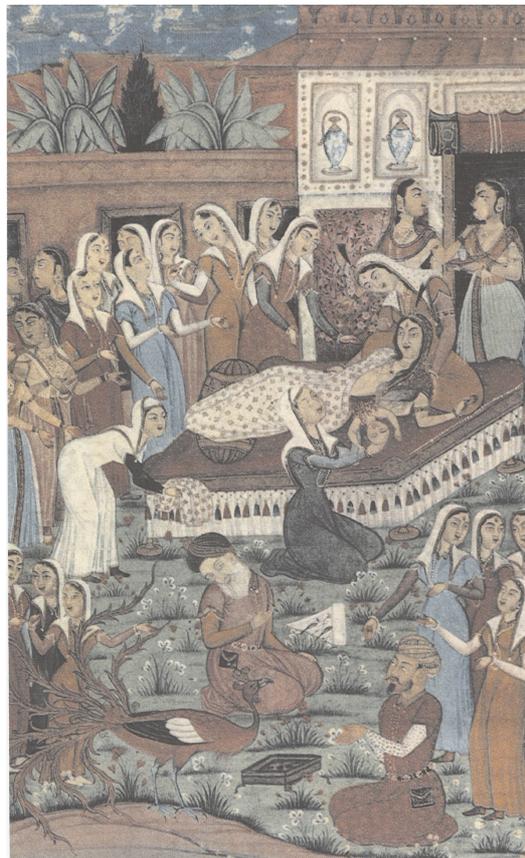
¹ <http://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>

Les transformations des pratiques d'accompagnement de l'accouchement se sont accompagnées, et c'est cela que nous souhaiterions retenir pour notre propos, d'autres transformations non moins importantes telles que l'apparition des hommes dans un domaine jusque-là réservé aux femmes, celui de la mise au monde des enfants. Elles se sont également accompagnées du passage de la femme verticale à la femme horizontale pour reprendre l'expression de This (1980) faisant référence à l'évolution des positions prises pour accoucher en lien avec les transformations des pratiques obstétricales. La dimension de la rivalité féminin/masculin, ou peut-être pour être plus précises féminin/phallique, comme nous le développerons par la suite, nous semble intéressante à relever dès à présent. Il en est de même pour celle de l'antagonisme activité/passivité lors de l'accouchement. Si ces considérations concernent l'accouchement en général, qu'en est-il de ces propositions dans le cas particulier de la césarienne ?

II. L'APPARITION ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA CÉSARIENNE

A. L'ORIGINE DE L'OPERATION CESARIENNE

1) La césarienne dans la mythologie



La naissance du héros perse Rustam
Le livre des Rois (Firdouzi, 1010)
Reproduction tirée de Leroy, 2002, p. 250

La plus ancienne évocation connue de cette opération nous vient du Rig-Veda, fondement de la philosophie et du rituel brahmanique du deuxième millénaire avant notre ère. Au moment d'enfanter, la mère d'Indra, maître suprême des dieux védiques, dit : «Ceci est le chemin connu de tous les temps, par lequel naissent les Dieux, c'est par ce chemin qu'il doit passer pour naître ; il ne faut pas que par voie anormale, il tue sa mère». Ce à quoi l'enfant répond : «Je ne veux pas sortir par ici, c'est un mauvais chemin ; en travers, par le flanc je veux naître.» Bouddha également serait né de façon immaculée par le flanc droit de sa mère Maya, pour être recueilli par Indra. (Leroy, 2002, p. 249).

Esculape, Dieu de la médecine et de la chirurgie fut extrait du ventre de sa mère Coronis par son père Apollon. Jaloux car celle-ci avait pris un amant par crainte d'être abandonnée de lui lorsqu'elle serait plus âgée, il la fit assassiner par sa sœur jumelle Arthémis. Au moment de porter le cadavre de Coronis au bûcher, Apollon tint à sauver son propre enfant et «l'arracha aux flammes et aux entrailles de sa mère». Zeus procéda à l'extraction de son fils Dionysos de l'utérus de sa maîtresse Sémélé en train de périr, et, pour le soustraire à la colère de son épouse Héra, le transplanta dans sa cuisse d'où le bébé émergea par la suite.

D'autres récits mythologiques comme la naissance de Rustam, le héros perse dans le Livre des Rois de Firdouzi, relatent explicitement une première césarienne pratiquée sur femme vivante. « (...) il lui fendit le côté sans qu'elle le sentit et tournant la tête de l'enfant vers l'ouverture, le fit sortir sans faire de mal à sa mère. Personne au monde n'a vu une telle merveille ; c'était un enfant comme un héros qui ressemble au lion, grand de corps et beau de visage» (Leroy, 2002, p. 250).

Dans le récit mythologique, nous repérons le caractère immaculé de la naissance. C'est au fond comme si la voie vaginale, la voie sexuelle était moins désirable pour venir au monde que la plaie, l'incision. Nous notons également *a minima* le désir de l'homme de porter un enfant en son sein.

2. La césarienne post mortem

Au VIII^e siècle avant J-C, Numa Pompilius établit une loi imposant une délivrance *post mortem* dans le cas d'un décès en couches. Cette loi, appelée *Lex Regia*, pris le nom de *Lex Caesarea* sous les empereurs, *caesere* étant le participe passé du verbe latin *caedere*, couper. Toute femme enceinte subitement décédée en fin de grossesse devait être incisée immédiatement pour tenter d'en extraire l'enfant encore vivant. Ce geste avait pour but de conserver à Rome le plus grand nombre possible de citoyens.

Il est peu probable que Jules César ait donné son nom à la césarienne. Les Romains ne pratiquait la césarienne que post mortem et Aurélia, la mère du conquérant, vivait encore lorsqu'il conquiert la Gaule. En revanche, sans doute parce qu'ils étaient rares, les enfants nés vivants par incision étaient considérés comme voués à un destin exceptionnel, d'où l'intérêt de soutenir une telle légende. Au premier siècle, Pline l'Ancien attribue les succès militaires de Scipion l'Africain et du Consul Manilius durant les guerres puniques à leur naissance par

incision, appelées *Caesares aut caesones*.

Dans l'Antiquité, la césarienne avait force de loi non seulement dans le droit romain mais aussi chez d'autres peuples comme les anciens Hébreux par exemple. «Lorsqu'une femme assise sur la chaise d'accouchement meurt, même si c'est pendant le sabbat, on apportera un couteau et l'on incisera son corps pour extraire l'enfant» (Leroy, 2002, p. 255). En Inde antique et jusqu'à une époque récente, la césarienne post mortem est pratiquée dans un but essentiellement religieux. Le fœtus est considéré comme étant impur et doit être extrait de la matrice avant l'incinération. Chez les Arabes, des descriptions très précises de la césarienne post mortem sont consignées jusqu'à l'avènement de l'Islam puisque le Coran interdit l'ouverture d'un cadavre.

En 553, l'Empereur Justinien fait inclure la *Lex Regia* dans son *Corpus Juris Civilis*, code législatif de la civilisation latine qui servira de base jurisprudentielle au Moyen-Âge. La finalité dans le Christianisme est de baptiser l'enfant afin d'assurer l'immortalité de son âme.

Au total, sous couvert de rationalisations différentes selon les cultures et les religions, l'incision du corps de la femme morte en couches se pratique, et même, est rendue obligatoire. L'Église comme le Talmud se trouvent sur ce point en contradiction avec eux-mêmes, pris entre l'interdiction d'inciser la femme morte et l'injonction d'en extraire l'enfant. L'intérêt porté à l'intérieur du corps de la femme, au corps de la mère et à son contenu est donc un puissant moteur d'investigation. C'est en effet sur le corps des femmes qu'ont été réalisées les premières dissections de cadavres sans lesquelles la compréhension du corps humain et les progrès médicaux qui en découlent n'auraient pas eu lieu comme l'a montré Katharine Park (2006). C'est également dans la curiosité portée sur l'intérieur du corps de la mère avec la question : *d'où viennent les enfants ?* que prend racine *l'instinct de connaissance*, dont parle Mélanie Klein (1931), pour qui la curiosité sexuelle peut s'ériger en modèle de toutes les curiosités, comme tout désir de savoir restera un désir d'ordre sexuel.

3. Césariennes sur femmes vivantes

En 1581, François Rousset (1535-1598 ?), chirurgien du Duc de Savoie, publie un *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou Enfancement cæsarien*, premier ouvrage consacré à la césarienne sur des patientes vivantes et premier ouvrage médical sur la césarienne. Rédigé en français, il connaît une large diffusion et une large contestation. Rousset est le premier médecin à faire connaître des faits qui resteront pour beaucoup, et pour longtemps,

incroyables. Dans l'appendice au traité de Rousset, Gaspar Bauphin rapporte qu'en 1500, à Thurgovie, un simple châtreur de porcs suisse, Jacques Nufer incisa le ventre de sa propre femme car elle était en travail depuis plusieurs jours et n'arrivait pas à faire naître l'enfant. Il s'agit de la première césarienne avec survie de la mère à être rapportée. Cependant, l'authenticité de ce récit a été mise en doute car Madame Nufer vécut assez longtemps pour mettre au monde six autres enfants par voie naturelle. L'une des interprétations les plus plausibles c'est que le fœtus se soit développé dans l'abdomen, en dehors de l'utérus (Gélis, 1988).

Un autre récit de césarienne sur femme vivante est celui repris dans la ballade intitulée *The death of Queen Jane*. Jane Seymour, troisième épouse du roi Henri VIII, donna naissance à Edouard VI en 1537 par césarienne. Mais elle mourut huit jours après l'opération, succombant probablement à une complication d'origine infectieuse (Leroy, 2002).

À partir de la parution du traité de Rousset, la polémique à propos de la césarienne fait rage (Pottice-Sperry, 1996). Ambroise Paré, trop âgé pour réaliser lui-même l'opération, s'adresse à un de ses élèves et amis, Guillemeau, pour qu'il tente l'expérience. C'est un échec total : aucune femme ne survit. Paré, qui avait contresigné l'approbation du traité du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, revient sur sa position et prend position contre la césarienne. L'attitude de Paré au regard de l'œuvre de Rousset sera fluctuante, allant du doute quant aux possibilités de réussite à la certitude de l'échec.

Pour Mauriceau, la césarienne est une condamnation à mort de la femme. Fort de son expérience d'accoucheur de l'Hôtel Dieu de Paris, il conclut de la recherche minutieuse de l'origine de toutes les histoires touchant cette opération qu'«on trouverait toujours que ce sont pures fables et que celles que nous rapporte le dit Rousset en son enfantement césarien n'en ont pas eu d'autre que la rêverie, le caprice et l'imposture de leurs auteurs» (Mauriceau, cité par Pottice-Sperry, 1996, p. 266). Dionis n'est pas moins virulent que Mauriceau. Pour lui, cette intervention entraîne inévitablement la mort et il fait intervenir la religion pour condamner cette opération qui tue infailliblement la femme, rejetant sans examen la proposition de Rousset.

A côté de ces adversaires, souvent même de ces détracteurs, se trouvent bien sûr les partisans de Rousset, aussi peu nombreux que discrets. Parmi eux figure Scipio Mercurio. Moine dominicain et accoucheur à l'occasion, il aurait, lors d'un séjour parisien, découvert le traité de l'hystérotomotokie qui l'aurait convaincu, et même enthousiasmé. Il fait paraître en 1595 à Venise, où il exerce, un traité d'accouchement *La comare o ricoglitrice*, dans lequel, quinze ans après Rousset, il recommande la césarienne. Son traité a l'avantage sur celui de

Rousset d'être illustré de deux représentations de l'intervention, l'une sur femme encore vaillante et donc en position demi-assise, l'autre sur femme très affaiblie et alors couchée. Cette absence d'illustrations semble avoir nui au livre de Rousset et, de ce simple fait, celui de Mercurio est parfois considéré comme le premier rapportant une opération césarienne sur la femme vivante.



Illustration du livre *La comare o ricoglitrice*
Position allongée
Scipio Mercurio (1595)
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/pare/07-09.htm>



Illustration du livre *La comare o ricoglitrice*
Position assise
Scipio Mercurio (1595)
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/pare/07-09.htm>

En France, si le livre de Rousset pousse quelques chirurgiens à opérer les parturientes en désespoir de cause, aucune publication ne vient le conforter avant 1704, date de la parution du récit authentifié d'une césarienne pratiquée à Saintes en 1689 avec double succès, c'est-à-dire, avec survie de la mère et de l'enfant, par Jacques Ruleau (Ruleau, 1704).

Les survies de la mère étaient rares sinon exceptionnelles, si l'on exclut les laparotomies pour grossesses extra-utérines après le cinquième mois. Au cours des trois siècles suivants le taux de mortalité resta si effrayant que Charles Pajot, professeur d'accouchements de 1863 à 1886, se permit ce sarcasme : «C'est une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit, c'est un assassinat scientifique» (cité par Pottier-Sperry, 1996).

4. Les débuts de la chirurgie et l'avènement de la césarienne

En 1768, Cavallini en pratiquant l'ablation d'un utérus gravide sur une chienne et une brebis, démontre que l'hystérectomie est salvatrice pour la mère et que l'utérus n'est pas un organe vital. En 1868, à Boston, Storer effectue la première césarienne avec hystérectomie sur

une femme en vie. Dès lors et jusqu'après la Seconde Guerre Mondiale, l'hystérectomie en cas de césarienne est très pratiquée.

Pour ce qui est de suturer l'utérus, à défaut de pratiquer son ablation, Lebas de Mouilleron le préconise dès 1769. Sa patiente survit malgré une infection post-opératoire mais il n'est pas suivi. Il faut attendre 1882, et la suture utérine en deux plans de deux accoucheurs allemands Kehrer et Sängler, amélioration capitale, pour ne plus avoir recours à l'hystérectomie. La suture utérine en deux plans concerne une suture musculaire profonde de l'utérus et une suture du péritoine pour éviter les accidents hémorragiques et surtout infectieux.

La première allusion à une incision extra-péritonéale de l'utérus est attribuée à l'Américain Horner dans sa correspondance avec Physick en 1824. Il y est question de décoller le péritoine du dôme vésical pour aborder l'utérus. Mais ce n'est seulement qu'en 1874 que cette proposition est mise en pratique et c'est Skene qui réalise le premier l'exécution avec succès d'une césarienne sous-péritonéale.

L'incision transversale basse de l'utérus gravide, ou césarienne segmentaire basse, fut proposée par l'Allemand Frank, en 1906. Promu en France par Schickle et Brindeau, le recours à la césarienne segmentaire basse ne fit que progresser et fait encore aujourd'hui l'unanimité. Pfannenstiel, en 1906, exposa comme voie d'abord pariétale une incision transversale de l'abdomen. Brindeau, en 1921, amena la combinaison des deux : la césarienne segmentaire sous-péritonéale dont la pratique se généralisa après la Seconde Guerre Mondiale.

Cette évolution de la technique fut de plus contemporaine des progrès de l'anesthésie, de l'introduction des antibiotiques, du recours possible à la transfusion sanguine et de l'apparition des tubulures en plastique qui élimina les accidents par intolérance au caoutchouc. Ce détour historique nous paraît nécessaire car il met en avant le fait que la césarienne est une intervention ancienne, longtemps équivalente à une condamnation à mort, qui a évolué au fil du temps pour aboutir à l'opération que nous connaissons actuellement. Or la césarienne continue toujours à se transformer et assure plus de sécurité et surtout davantage de confort à la patiente, réduisant ainsi progressivement l'écart entre les représentations profanes d'un accouchement par voie basse ou d'un accouchement par césarienne.

B. LA CESARIENNE AUJOURD'HUI

1. Le déroulement de la césarienne

a) Les différentes techniques d'incision

Il existe deux types d'ouverture de la paroi : transversale ou médiane. La technique d'ouverture de la paroi abdominale dépend des antécédents chirurgicaux de la patiente, de l'adiposité et du degré d'urgence (Racinet, Favier, Meddoun, 2002). La technique d'incision la plus courante est l'incision transversale, ou de Pfannenstiel. Elle permet une cicatrice solide et discrète au dessus du pubis. Ce type d'incision a remplacé la laparotomie médiane dans les pays développés.

Il existe d'autres types d'incision et notamment l'incision de Cohen mise au point au cours des années 1990 par Michael Stark et l'équipe de l'hôpital Misgav Ladach à Jérusalem. Cette méthode présente l'avantage de réduire considérablement l'utilisation du bistouri en donnant la préférence aux manipulations manuelles (Stark, 1994). Cette technique permet de limiter la perte de sang, la durée d'intervention et réduit l'incision. Elle participe donc à l'amélioration de la récupération postopératoire de la patiente.

Ces modifications de la pratique s'accompagnent d'une réduction du délai d'extraction fœtale, du temps et du coût de l'intervention, de la douleur postopératoire et de la morbidité postopératoire maternelle précoce. C'est aujourd'hui la méthode qui est considérée à ce jour par le CNGOF (2000) comme la technique de référence.

b) L'extraction

L'extraction, pour une présentation céphalique (tête en bas), se fait en trois phases successives. Il faut d'abord remonter la présentation jusqu'à l'incision, orienter et guider lentement le dégagement de la tête. Il faut ensuite dégager les épaules du fœtus, puis, lorsque le bébé est sorti, le tenir de manière à éviter une transfusion fœto-maternelle.

Après l'extraction, le cordon est clampé, le nouveau-né est confié à une sage-femme ou à un pédiatre et emmené vers la table de réanimation pour subir une aspiration nasopharyngée quasi systématique. La délivrance doit être effectuée de manière artificielle et accompagnée d'une révision de la cavité utérine. L'utérus est suturé, puis le péritoine viscéral. La paroi abdominale est enfin refermée. (Delotte, Bouaziz, Verger, Bougain, 2010).

Une fois l'acte chirurgical terminé, la patiente va en salle de réveil où son état de conscience, sa tension artérielle, sa fréquence cardiaque et respiratoire, sa diurèse, ainsi que la

tonicité de son globe utérin et ses saignements seront surveillés.

2. Une opération encore en évolution : la césarienne *naturelle*

La *césarienne naturelle* est une technique de césarienne proposée par Smith, Plaat et Fisk (2008) et présentée en français dans un article de Briex (2015). Cette méthode s'adresse à des patientes en bonne santé qui vont avoir recours à une césarienne programmée, pour donner naissance à un fœtus à terme. Elle peut dans certains cas être adaptée à des césariennes «en urgence» sans urgence vitale, dans le cas par exemple d'une stagnation de la dilatation.

L'objectif est de rendre les conditions de la césarienne les plus semblables possibles à celles d'un accouchement par voie basse au niveau de sa réalisation et au niveau de la récupération postopératoire. Une des recommandations est de rendre à la patiente et à l'enfant une partie de leur mobilité lors de l'opération. Les auteurs suggèrent par exemple que le tensiomètre (appareil qui sert à prendre la tension) soit mis en place au pied de la patiente pour libérer ses bras.

Après l'incision utérine, le champ stérile est baissé et la tête de la mère est relevée, lui permettant ainsi d'assister à la naissance de son enfant. Lorsque la tête fœtale passe l'incision abdominale, le champ opératoire est nettoyé et le père est alors invité à «regarder son enfant naître». Ensuite, le principe est le non interventionnisme du chirurgien, pendant que l'enfant s'adapte à la vie extra-utérine seul : en respirant l'air par sa bouche et son nez extériorisés, tandis que le reste du corps est toujours relié au placenta par le cordon à l'intérieur de l'utérus. La pression de l'utérus et des tissus mous de la mère va favoriser la chasse du liquide qui est à l'intérieur des poumons.

Une fois que le bébé a crié on dégage ses épaules. Il va alors dégager ses bras par un mouvement spontané. On attend quelques minutes, pendant lesquelles la mère peut observer son enfant. Le reste se fait par une combinaison d'expulsion passive par la contraction de l'utérus et d'assistance active : le bébé se tortille hors de l'utérus et l'obstétricien soutient sa tête et son corps. Le cordon est coupé. La sage-femme, avec des gants stériles, reçoit directement l'enfant des mains du chirurgien pour prévenir toute contamination. Elle le pose ensuite sur la poitrine de sa mère, tout en réévaluant son adaptation à la vie extra-utérine. L'enfant est séché sur la poitrine de la mère avec des champs chauds. Les auteurs suggèrent également de faire couper le restant de cordon au père. Les soins (vitamines K et collyre) sont réalisés avec le bébé toujours en peau à peau.

Cette démarche visant à rendre la césarienne la plus agréable, ou la moins difficile à vivre pour la mère et pour le père au moment de la naissance mais encore plus en post-partum immédiat et en suites de couches est extrêmement intéressante au plan de la qualité de l'expérience vécue, de l'instauration des liens précoces ainsi que de la vitesse de récupération. Le principe de *la césarienne naturelle* étant de rester au plus proche de ce qui se passe lors d'un accouchement par voie basse.

On notera toutefois la passivation extrême dans laquelle se trouvent la femme et son conjoint. Le champ opératoire est baissé, et le couple invité à assister à la naissance de leur enfant. Les auteurs parlent même «d'expulsion passive». Font-ils référence à la seconde phase de l'accouchement l'expulsion et à son caractère actif ? La dimension d'activité est attribuée à l'équipe médicale qui procure une «assistance active». Certes, cette situation est en tout point préférable à la situation où la femme, les bras attachés sur la table d'opération, voit surgir de derrière un champ opératoire un bébé qu'on lui présente comme étant le sien, mais est-ce que la médicalisation de l'accouchement par voie vaginale et la «naturalisation» de l'accouchement par césarienne ne tendraient pas à effacer dans l'esprit des parturientes et peut-être aussi dans celui des obstétriciens ce qui fait la singularité d'une naissance spontanée ?

3. Les principales indications de césarienne

La fréquence de la césarienne n'a cessé d'augmenter depuis 25 ans dans les pays industrialisés. En France aujourd'hui, un enfant sur cinq naît par césarienne. L'anesthésie et la chirurgie sont devenues plus sûres mais le risque de mortalité associé à la césarienne reste cependant sept fois plus élevé que lors d'un accouchement par voie basse (Dessolle et Daraï, 2005).

L'indication de césarienne pendant dix-sept siècles a été le décès de la parturiente. Puis au XVIII^e siècle, le recours à la césarienne s'est fait dans le cas de «bassin barré», ou bassin chirurgical, c'est-à-dire un bassin déformé, rétréci, principalement par le rachitisme qui sévit à cette époque. La césarienne, de nos jours, est décidée soit en cours de travail lorsqu'une complication survient et que l'équipe médicale présente estime qu'elle est nécessaire, soit programmée dès la grossesse.

Il est important de distinguer les indications de césarienne en urgence et de césarienne programmée. Les césariennes en urgence peuvent concerner les femmes en cours de travail, ou en dehors du travail, au cours de la grossesse. Au sein des situations d'urgence, il existe des distinctions importantes entre la situation d'urgence vitale qui nécessite une intervention

immédiate, et les situations pour lesquelles la décision de césarienne a été prise mais sans risque de décompensation imminente. Dans le jargon médical elles sont désignées par des codes couleurs vert, orange ou rouge. Le code rouge désignant la situation la plus urgente dans laquelle le délai d'intervention doit être inférieur à 30 minutes.

Les indications de césariennes, qu'elles soient programmées à l'avance, «à froid», en dehors du travail, ou décidée en urgence, «à chaud», sont toujours le fruit d'un arbitrage fait par le médecin de garde qui reçoit la patiente. Cet arbitrage a lieu soit lors d'une discussion, même brève, avec l'équipe présente, soit après avoir pris connaissance de l'avis du staff, réunion pluridisciplinaire hebdomadaire, lorsque les césariennes sont programmées. Que les indications soient maternelles ou fœtales, les indications de césariennes strictes sont peu fréquentes. Il s'agit donc de prendre au cas par cas la meilleure décision possible, sans faire prendre trop de risques à la patiente et au bébé, sans faire prendre trop de risques à l'équipe, tout en évitant d'intervenir abusivement. La difficulté de la prise de décision réside donc non seulement dans l'appréciation d'une situation et plus encore dans la capacité à supporter l'incertitude sur l'évolution de cette situation.

La césarienne sur demande maternelle est parfois considérée comme une indication de césarienne et certains cliniciens considèrent que les femmes doivent pouvoir choisir leur mode d'accouchement (Nzewi et Penna, 2011).

a) Les indications maternelles

– *La disproportion fœto-pelvienne*

La disproportion fœto-pelvienne, ou l'inadéquation entre la configuration du bassin et la taille du fœtus, entraîne des dystocies, c'est-à-dire des difficultés de la progression du travail. La première est la dystocie mécanique. C'est une difficulté liée à la progression du fœtus dans la filière génitale à des niveaux variables du pelvis. La question qui se pose est de savoir dans quelles mesures les dystocies peuvent être anticipées par une pelvimétrie, c'est-à-dire la mesure du bassin, réalisée par radio, mise en rapport avec les mesures du fœtus lors de l'échographie. Une autre dystocie due à la disproportion fœto-pelvienne est la dystocie des épaules, c'est-à-dire la difficulté au dégagement des épaules du fœtus alors que la tête est dégagée. La dystocie des épaules survient parfois lors de l'accouchement d'un fœtus macrosome (poids supérieur à 4000g).

– *L'utérus cicatriciel*

L'utérus cicatriciel ne constitue pas en lui-même une indication de césarienne (CNGOF, 2000). En revanche, le risque de rupture utérine est accru dans certaines situations

ce qui peut conduire à une décision de césarienne programmée, (indication de la précédente césarienne, type de cicatrice, date de la précédente césarienne, antécédents médicaux de la patiente).

– *Les infections maternelles graves*

Les infections maternelles graves sont des indications d'extraction en urgence du fœtus. Elles sont appelées césariennes prophylactiques et visent à prévenir la contamination de la mère au fœtus. Les infections herpétiques maternelles actives, par exemple, nécessitent une césarienne prophylactique (Racinet, et al., 2002). En revanche, dans le cas du VIH, la césarienne prophylactique avant le début du travail est discutée au cas par cas mais n'est pas systématique (Courbière et Carcopino, 2011).

– *Les pathologies maternelles*

L'hypertension artérielle, antérieure à la grossesse ou d'origine gravidique, nécessite une césarienne lorsque le pronostic maternel et/ou fœtal est en jeu. C'est le cas de l'éclampsie convulsive, c'est-à-dire de l'hypertension artérielle sévère résistante aux traitements, avec un risque d'hématome rétro-placentaire. Les cardiopathies obstructives sévères restent les seules indications de césarienne prophylactique sous anesthésie générale, car il y a un risque d'arrêt cardiaque dû à une vasodilatation généralisée lors de la pose de péridurale. En revanche, le diabète insulino-dépendant ne justifie pas une césarienne systématique et dépend de la taille du fœtus en lien avec le déséquilibre endocrinien. En cas de macrosomie, le travail peut être induit artificiellement. Les autres affections sont les maladies ophtalmologiques, les antécédents vasculaires cérébraux, les affections respiratoires, les affections cancéreuses (Racinet, et al., 2002).

b) Les indications fœtales

– *L'altération du rythme cardiaque fœtal*

De nos jours, on constate une augmentation du taux de césariennes pour altération du rythme cardiaque fœtal pendant le travail. Cette augmentation est en relation avec une généralisation de l'enregistrement cardiaque fœtal en continu pendant le travail visant à surveiller le bien-être fœtal. L'appréciation des anomalies du rythme cardiaque fœtal peut être complétée par d'autres indicateurs tels que la mesure du pH et des lactates au scalp qui renseignent sur la bonne oxygénation du fœtus. La décision d'attendre ou de Césariser est laissée à l'appréciation du médecin de garde en concertation avec l'équipe présente.

– *Le cas de certaines grossesses gémellaires*

La décision de césarienne est prise lorsque la présentation du premier jumeau n'est pas eutocique (cf. paragraphe suivant) ou lorsque le premier jumeau est en siège et a un poids estimé à moins d'1,5 kg. D'après le Collège National des Gynécologue-Obstétriciens Français, lorsque le premier jumeau est en siège, «les données ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (niveau de preuve 4)» (CNGOF, 2000 ; Racinet, et al., 2002).

– *Le cas de certaines présentations*

La présentation par le siège représente 3 à 4% des grossesses à terme. Elle reste une présentation eutocique, bien que la morbidité périnatale soit multipliée par 3 à 4 par rapport à une présentation céphalique (Racinet, et al., 2002). Concernant la présentation du siège, les recommandations du groupe de travail qui s'est tenu lors des XXIV^{ème} Journées du CNGOF en décembre 2000, basées sur la littérature scientifique, étaient les suivantes : «Il n'y a pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne en cas de présentation du siège». Bien qu'il n'existe pas d'étude ayant un niveau de preuve suffisant, des critères optimaux d'acceptabilité de la voie basse ont été définis par des comités d'experts : radiopelvimétrie normale, absence de déflexion de la tête fœtale, estimation pondérale entre 2500 et 3800 grammes, siège décomplété mode des fesses, acceptation de la patiente. «La version par manœuvres externes doit être encouragée car elle permet d'augmenter le pourcentage de fœtus en présentation céphalique au moment de l'accouchement, et de diminuer de pourcentage de césariennes» (CNGOF, 2000).

Concernant les autres présentations telles que la présentation du front, la décision de césarienne s'impose pour éviter un enclavement du mobile fœtal dans le bassin maternel. La présentation de la face est eutocique dans certains cas mais pas dans d'autres en fonction de la position du menton. Enfin, la présentation transversale entraîne une décision de césarienne même s'il est toujours possible de tenter une version en début de travail chez une multipare à membranes intactes avec des antécédents d'eutocie et une estimation du poids fœtal normal (CNGOF, 2000 ; Racinet, et al., 2002).

– *Le cas de certaines malformations fœtales*

Il existe certaines malformations fœtales qui rendent la césarienne indispensable. C'est le cas de certaines anomalies de la paroi abdominale ou du système nerveux central (Racinet, et al., 2002).

c) Les indications annexielles

Il existe des indications de césarienne programmée et des indications de césarienne d'urgence. Lorsque le diagnostic de placenta prævia est confirmé à l'échographie du 2^{ème} trimestre, une césarienne est programmée aux alentours de 38 SA. En revanche, l'hématome rétro-placentaire (décollement prématuré du placenta) entraîne une césarienne en urgence soit pour sauver le fœtus encore vivant, soit pour sauver la mère. La procidence du cordon, c'est-à-dire la sortie du cordon ombilical avant le fœtus avec le risque de compression par la tête de ce dernier, nécessite une césarienne en extrême urgence. L'oligoamnios (trop peu de liquide amniotique) et l'anamnios (plus de liquide amniotique) traduisent soit une malformation fœtale, soit une rupture des membranes passée inaperçue. Une césarienne sera décidée s'il y a une souffrance fœtale ou une infection (Racinet, et al., 2002 ; CNGOF, 2000).

Nous avons entrepris de présenter les indications de césarienne afin de mettre en lumière que s'il existe quelques indications strictes, elles ne sont pas les plus fréquentes. Dans la grande majorité des cas, les indications sont discutables et discutées sur la base des publications scientifiques qui ne tranchent pas toujours. De ce fait, les décisions finales vont largement dépendre des circonstances et des praticiens présents lors du déroulement de l'accouchement et de la prise de décision. La position de la patiente plus ou moins en faveur d'une césarienne va être un élément qui pourra être pris en compte dans certains cas.

4. Les risques médicaux liés à la césarienne

En France, 21% des naissances ont lieu par césarienne. Parmi celles-ci, la moitié est programmée, l'autre moitié est réalisée en urgence pendant le travail. Dans l'esprit de beaucoup, la césarienne programmée avant travail proche du terme est considérée comme un acte assurant un maximum de sécurité pour la mère et pour l'enfant. Or ce point est incomplet ou abusivement évalué. La césarienne comporte des risques pour la mère et pour l'enfant.

a) Les risques maternels

La césarienne augmente cinq à sept fois la mortalité maternelle et périnatale (Lilford, Van Coeverden de Groot, Moore, Bingham, 1990 ; Hickl, 1994), principalement à cause des complications anesthésiques, des infections puerpérales et des thrombolismes veineux (Deneux-Tharoux, Carmona, Bouvier-Colle, Bréart, 2006). Le recours à la césarienne

augmente également la probabilité pour les grossesses suivantes d'une mauvaise insertion du placenta, placenta prævia (1 à 4%) ou accreta (25%) (Wu, Kocherginsky, Hibbard, 2005 ; Usta, Hobeika, Abu Musa, Gabriel, Nassar, 2005). Le risque d'infections nosocomiales est plus important pour une césarienne. Guerraz (2006) a montré qu'à la suite d'un accouchement par voie basse, 2,4 % des femmes contractent une maladie nosocomiale, alors que ce taux atteint 17,14 % après un accouchement par césarienne.

b) Les risques fœtaux

Des études récentes ont mis en évidence que la naissance par césarienne empêche les modifications métaboliques utiles pour l'adaptation à la vie extra-utérine (Miller, Fisk, Modi, Glover, 2005). Par ailleurs, elle prive l'enfant du contact avec la flore vaginale de la mère à l'origine de la colonisation utile de son tube digestif par un microbiote intestinal familial et la maturation de sa réponse immunitaire (Hyde, et al., 2009).

Les admissions des nouveau-nés en unité de soins intensifs sont nettement plus fréquentes après césarienne programmée. Les taux sont respectivement de 9,3 % dans le groupe «césarienne programmée» contre 4,3 % dans le groupe «voie basse» (Kamath, Todd, Glazner, 2009).

Le risque d'hospitalisation de plus de sept jours est également plus important en cas de césarienne programmée (Villar, et al., 2006). La détresse respiratoire mais aussi le sepsis et l'hypoglycémie sont les principales pathologies à l'origine de la morbidité et de l'hospitalisation néonatale liée à la césarienne programmée. Une étude danoise rend compte d'un taux de détresse respiratoire de 4,2% en cas de césarienne programmée contre 1,5% en cas de voie basse (Hansen, Wisborg, Uldbjerg, Henriksen, 2008). C'est ainsi que pour Marret et Marpeau (2010), la césarienne programmée à terme doit être considérée comme une naissance à risque plus élevé de séparation mère-enfant à la naissance ou de maladies pédiatriques ultérieures.

La revue de la littérature met en avant l'évolution constante de la césarienne dans le sens d'une amélioration du confort de la patiente, pendant et après l'opération, dans le sens de la diminution des risques encourus par la mère et par l'enfant. Cependant, la réalisation de la césarienne comportent toujours des risques, y compris lorsqu'elle est programmée. C'est pourquoi nous allons nous intéresser maintenant aux facteurs non médicaux qui pourraient nous aider à appréhender le phénomène de l'accroissement et de la banalisation du recours à la césarienne. Parmi ces derniers figurent les demandes maternelles.

C. LES CAUSES NON MEDICALES DE L'ACCROISSEMENT DU RECOURS A LA CESARIENNE

1. Le poids du médico-légal et la notion de risque

Lansac et Sabouraud (2004), respectivement professeur de gynécologie obstétrique au CHU de Tours et procureur général honoraire auprès de la Cours d'Appel d'Angers, constatent que la judiciarisation de la médecine relayée par la médiatisation des décisions de justice modifie la pratique médicale et plus particulièrement la gynécologie obstétrique. Par exemple, l'arrêt Hédreul du 25 février 1997 a inversé une jurisprudence ancienne en obligeant le médecin à apporter la preuve de son information au patient. Le défaut d'information s'il est prouvé engage la responsabilité civile du médecin. De peur de complications juridiques, certaines indications opératoires ont changé. L'exemple typique qu'ils citent est la césarienne. Personne en France n'ayant encore été condamné pour une césarienne «en trop», «de nombreux praticiens, devant le moindre risque, choisissent cette voie d'accouchement alors qu'elle est plus dangereuse que la voie vaginale» (Lansac et Sabouraud, 2004, p. 52). Ils constatent par ailleurs que «par craintes de procès certains médecins pensent que c'est aux femmes de choisir leur voie d'accouchement et d'en assumer les risques après signature d'un document écrit» (p. 52).

D'autres chercheurs, Dubay, Kaestner et Waidmann (1999) notamment, se sont intéressés aux pratiques dites de *defensive medicine* où le praticien peut être amené à pratiquer une intervention plus intensive (en obstétrique, la césarienne) afin d'éviter toute attaque en justice de la part du patient.

2. L'incidence financière sur l'augmentation du nombre de césariennes

Pour Milcent et Rochut (2009), la pratique médicale est aussi influencée par des facteurs non médicaux, notamment financiers. En France, Naiditch et al., (1997), cités par Milcent et Rochut (2009), constatent que les taux de césariennes sont plus importants dans les établissements privés à but non lucratif (PSPH) et à but lucratif (OQN) que dans les établissements publics. Les auteurs mettent en avant que le mode de garde a un effet sur le

taux de césarienne. L'astreinte¹, plus fréquente dans les établissements privés, augmente la probabilité d'avoir recours à la césarienne.

L'écart de rémunération important entre un accouchement par voie basse et une césarienne expliquerait pour moitié les différences de pratiques aux Etats-Unis (Gruber, Kim, Mayzlin, 1999). Gruber et Owings (1996) ont mis en évidence une augmentation du taux de césariennes suite à une chute de la natalité dans certains états américains. D'après ces auteurs, le niveau de remboursement associé à la césarienne explique en grande partie cette augmentation ; une césarienne étant plus rémunératrice qu'un accouchement par voie basse, la pratique de la césarienne aurait permis aux obstétriciens de garder un revenu stable, tout en pratiquant moins d'accouchements.

Pour Milcent et Rochut (2009), les préférences des patientes elles-mêmes seraient également à prendre en compte pour expliquer le nombre de césariennes. Ce n'est pas le mode de financement qui induirait l'augmentation de la probabilité de recours à la césarienne mais la révélation des préférences en ce qui concerne le mode d'accouchement (Fabbri et Monfardini, 2008, cités par Milcent et Rochut, 2009). D'autres articles vont dans le même sens et montrent que le rôle de la patiente n'est pas marginal. En effet, pour conforter une réputation, ou pour satisfaire les patientes, certains établissements peuvent réaliser des césariennes pour convenance personnelle (MacKenzie, 1999 ; Al-Mufti, McCarthy, Fisk, 1997).

D. SYNTHÈSE

L'étude de l'histoire de la césarienne met en avant plusieurs dimensions. Tout d'abord, elle souligne que la recherche d'une voie alternative à la voie basse est aussi ancienne que l'Histoire elle-même. Elle plonge ses racines dans les récits mythologiques dans lesquels on repère le désir d'une naissance immaculée, hors du sexe de la mère, *par le côté* ou *par le flanc*. Le caractère exceptionnel de cette naissance confère à celui qui naît de cette façon une destinée hors du commun. La participation masculine, via l'incision du ventre de la femme, voir de sa participation active à la gestation, est également présente. Ainsi Zeus procéda à l'extraction de son fils Dionysos du ventre de sa maîtresse et le transplanta dans sa propre cuisse.

¹ L'astreinte nécessite de faire venir l'obstétricien alors que la garde dans les hôpitaux assure la présence du médecin au sein de l'établissement.

Elle interroge ensuite le mouvement actuel, dans lequel certaines de nos sociétés sont engagées. La césarienne s'est d'abord banalisée en tant que technique chirurgicale, avant de devenir, dans certain pays, une modalité de délivrance à part entière. En France, un enfant sur cinq vient au monde de cette façon. Mais dans plusieurs pays du monde, le taux de césariennes dépasse 50%. Parmi ces césariennes, le nombre de césariennes programmées augmente et la demande maternelle de césarienne en dehors de toute indication médicale voit le jour. La tendance serait à considérer la césarienne comme une modalité alternative à la naissance en dehors, ou plutôt au-delà, des indications strictement médicales, dont nous avons vu qu'elles ne suffisent pas à expliquer l'accroissement du recours à la césarienne.

En effet, d'autres facteurs explicatifs existent. Ils sont notamment sociologiques, démographiques mais aussi juridiques et financiers. Ils incluent l'augmentation des demandes maternelles de césarienne. Pour mener notre recherche, nous nous sommes intéressés en particulier aux femmes qui choisissent d'accoucher par césarienne sans indications médicales pour mettre au monde leur premier enfant.

Est-ce que la banalisation de la césarienne programmée tend à faire oublier les risques encourus par la mère et par l'enfant qui lui sont attachés ? Bien qu'informées de ces risques, certaines femmes préfèrent avoir recours à cette intervention pour mettre au monde leur enfant plutôt que faire l'expérience d'un accouchement par voie vaginale. Il existerait donc des motivations importantes qui conduiraient les femmes à recourir à cette opération. La revue de la littérature rend compte d'un certain nombre de raisons manifestes qui motivent une telle demande dont nous allons maintenant rendre compte.

III. LES DEMANDES MATERNELLES DE CÉSARIENNES

La césarienne sur demande maternelle appelée encore césarienne de convenance ou césarienne électorale est une césarienne programmée, en accord avec un obstétricien, sans indication médicale, par une femme enceinte pour donner naissance. La part des césariennes pour accoucher est en constante augmentation et, nous l'avons déjà souligné, dépasse largement les indications médicales.

Selon le National Institute of Health (2006), l'augmentation des demandes maternelles figure parmi les facteurs qui favorisent l'accroissement du recours à la césarienne. Aux Etats-Unis, le taux de césarienne de convenance parmi les césariennes se situerait entre 4% et 18%

avec un taux plus élevé pour les primipares au-dessus de 40 ans (de 18,2% à 25,7%). La prévalence des naissances par césarienne de convenance pour l'ensemble des naissances est passée de 1,56% en 1999 à 1,87% en 2001. En Norvège, un sondage national rend compte du fait que 7,6% des césariennes ont eu lieu à la demande maternelle entre 1998 et 1999. A Taiwan, le taux de naissance par césarienne électorale est passé de 2% en 1997 à 3,5% en 2001, avec une croissance plus élevée chez les femmes au-dessus de 35 ans (3,6% en 1997 à 6,6% en 2001). Un hôpital italien rapporte que le taux de césarienne à la demande est passé de 4,5% en 1996 à 9% des césariennes en 2000. Selon l'étude de Park, Yeoum et Choi (2005), en Italie, le nombre de naissances par césarienne sur demande maternelle représente 4% des naissances. En Iran, où le taux de césarienne atteint 60% des naissances dans le secteur privé et 35% dans le secteur public, seulement 13 à 20% sont réalisées sur indication médicale (Ahmad-Nia, et al., 2009). Au Royaume-Uni, 7% des césariennes programmées sont réalisées sur demande maternelle (Nzewi et Penna, 2011).

A. LE POINT DE VUE DES FEMMES

Du point de vue des femmes, deux axes de compréhension sont mis en avant. Le premier est celui de la peur, ou plutôt des peurs, qui se décline sous différentes formes que nous allons présenter ici. Le second axe est celui de la valorisation de l'acte. La césarienne est perçue positivement par certaines femmes qui y voit un progrès, une «libération» par rapport à «l'aliénation» que constituerait l'accouchement vaginal.

1. La peur

a) La peur de l'accouchement

Au plan manifeste, la revue de la littérature fait une large place à la peur de l'accouchement en écho aux angoisses véhiculées par la médicalisation de l'accouchement comme motif de recours à la césarienne sans indication médicale (Wiklund, Edman, Andolf, 2007 ; Knibiehler, 2007 ; Jiménez, 2010).

De façon plus générale, la peur de l'accouchement concernerait 33% des femmes enceintes (Areskog, Kjessler, Uddenberg, 1982). Pour Alehagen, Wijma K. et Wijma B. (2001), elle serait plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. La peur de l'accouchement décrite par Zar, Wijma K. et Wijma B. (2001) s'inscrit sur un continuum qui va d'une légère crainte de l'accouchement à une peur panique. Il arrive que dans certains cas

la peur de l'accouchement conduise à l'évitement de la grossesse, au recours à l'avortement ou à la césarienne programmée. Zar, Wijma K. et Wijma B. (2002) ont mis en évidence une corrélation importante entre la peur de l'accouchement et la césarienne élective. Cette corrélation concernerait particulièrement les femmes souffrant d'une peur de l'accouchement sévère comme l'ont montré Soderquist, Wijma K., et Wijma B., (2004).

Les principaux facteurs corrélés à la peur de l'accouchement si on se réfère à la littérature sont la peur de mourir pour Sjögren et Thomassen (1997), la peur de la douleur, le faible seuil de tolérance à la douleur, la peur de l'inconnu, la peur de perdre le contrôle ou de devenir folle pendant le travail selon l'étude de Geissbuehler et Eberhard (2002) réalisée sur un échantillon de plus de huit milles femmes. Le manque d'accompagnement familial et social ainsi que l'expression d'une mésentente conjugale sont aussi pour Saisto, Salmela-Aro, Nurmi et Halmesmäki (2001) prédictif de la peur de l'accouchement voie basse.

b) La peur en lien avec le sexe ou la sexualité

Dans une étude de Ryding (1993) citée par Wiklund, et al. (2007), la principale peur mise en avant par les parturientes primipares pour demander une césarienne est la crainte d'un déchirement vaginal pendant l'accouchement. On retrouve également dans la littérature le désir de se prémunir contre la crainte de la déformation du vagin (Hopkins, 2000 ; Osis, Pádua, Duarte, Souza, Faúndes, 2001 ; Diniz et Chacham, 2004 ; Calderon Cabrera, 2006 ; Wiklund, et al., 2007 ; Mendoza-Sassi, Cesar, Rodrigues da Silva, Denardin, Mendes Rodrigues, 2010) et la crainte des conséquences sur la sexualité (Diniz et Chacham, 2004 ; Wiklund, et al., 2007).

c) La peur des conséquences de l'accouchement sur la santé présente et future

Dans l'étude suédoise de Wiklund, et al, (2007), réalisée sur un échantillon de 91 femmes ayant demandé d'accoucher par césarienne pour un premier enfant sans indication médicale, les raisons qui motivent une demande de césarienne concernent également la perception moins bonne que les femmes ont de leur santé, des inquiétudes pour d'éventuelles blessures ou la mort du bébé à venir. On retrouve également des craintes d'incontinences urinaires et anales (Diniz et Chacham, 2004 ; Wiklund, et al., 2007).

d) La peur de perte de contrôle

Le recours à la césarienne offre la possibilité de maîtriser l'accouchement perçu comme un événement douloureux et imprévisible. Il permet d'éviter le risque de la perte de contrôle de soi (Wiklund, et al., 2007, Jiménez, 2010)

e) La peur d'un manque d'accompagnement pendant le travail

On retrouve également parmi les motivations exprimées la peur d'un manque d'accompagnement pendant le travail (Wiklund, et al., 2007) ainsi que la perte de confiance dans un processus naturel (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy, Bayes, 2010).

2. Le vécu positif de la césarienne

Dans la littérature, l'expérience de la césarienne, réalisée en cours de travail, «à chaud» ou encore programmée est souvent corrélée avec un vécu d'insatisfaction. Les femmes expriment parfois le regret de ne pas avoir expérimenté la douleur de l'enfantement. Certaines considèrent que l'accouchement par voie basse fait partie de la construction de l'identité féminine et maternelle (Brugeilles, 2014). Les femmes qui ont expérimenté la césarienne font état de davantage de stress pré- et postopératoire que les femmes ayant accouché voie basse (Lobel et DeLuca, 2007 cités par Brugeilles, 2014). Enfin, elles sont nombreuses à considérer que l'accouchement vaginal est la norme et ont le sentiment de ne pas avoir accouché quand elles n'ont pas accouché par voie basse (Lobel et DeLuca, 2007 ; Gustin, 2010, cités par Brugeilles, 2014).

Cependant, certaines femmes après avoir eu recours à la césarienne alors que celle-ci n'était pas *a priori* désirée gardent au contraire un vécu très positif de leur expérience : La césarienne leur a sauvé la vie ou celle de leur enfant, la césarienne leur a permis de vivre l'accouchement selon leur souhait, sans angoisse et/ou en s'organisant, elles ont la conviction d'avoir eu accès à une médecine moderne valorisée, elles ont le sentiment d'avoir réservé la qualité de la sexualité. Enfin, elles peuvent ressentir de la fierté d'avoir souffert, dans une dimension sacrificielle allant jusqu'à l'exhibition des cicatrices (Calderon Cabrera, 2006 ; Lobel et DeLuca, 2007, cités par Brugeilles, 2014).

Serait-il possible que l'expérience positive de ces femmes ait un certain retentissement sur leurs consœurs et génère de la curiosité et pourquoi pas de l'envie, participant à leur insu à l'accroissement des demandes maternelles de césariennes ? Est-ce que certaines femmes

parmi celles qui ont expérimenté la césarienne auraient souhaité avoir recours à une césarienne de convenance sans oser la demander ?

B. LE ROLE DES PRINCIPAUX LEADERS D'OPINION

1. Le rôle des collègues

Les puissants leaders d'opinion entrent en compte, et particulièrement l'American College of Obstetricians and Gynecologists, qui prend position en disant que la césarienne sur demande maternelle est acceptable, même s'il est aussi acceptable de la refuser.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, CNGOF (2000), n'est pas plus explicite : «L'évolution actuelle de la relation médecin patient s'engage vers un processus d'échanges où la patiente devient un acteur essentiel du choix, une fois qu'elle aurait été dûment et entièrement informée par l'obstétricien. Cette constatation ne doit pas conduire à respecter sans discussion certains choix irrationnels, sans preuve de bénéfice» (p. 5). Le Collège précise toutefois, et ce point est à souligner pour notre travail, que «la demande de césarienne n'est souvent en effet que l'expression implicite d'une peur de l'accouchement. (...) Si les échanges entre le médecin et la patiente ne peuvent aboutir à la situation idéale de «décision partagée», il reste possible pour le médecin de faire état de la «clause de conscience» et d'orienter la patiente vers un de ses confrères» (p. 5).

2. Le rôle de la Haute Autorité de Santé

La brochure de la Haute Autorité de Santé (2013) reprend les recommandations du Collège et suggère à la femme qui souhaite une césarienne programmée de se rapprocher du professionnel qui suit sa grossesse : «Il doit vous proposer un accompagnement personnalisé, en particulier identifier les raisons spécifiques à votre demande (par exemple : peur de l'accouchement par les voies naturelles, crainte de la douleur, ou expériences précédentes traumatisantes) (...) il doit en discuter avec vous en fonction des bénéfices et des risques associés à la césarienne programmée. Ces échanges devraient aboutir à une *décision partagée*. Votre médecin peut refuser la réalisation d'une césarienne sur demande. Il doit alors vous orienter vers un de ses confrères» (p. 5).

Dans les faits, en France, si une femme enceinte souhaite avoir recours à une césarienne pour accoucher, elle devra trouver l'obstétricien qui accèdera à sa demande. En matière de césarienne, la femme propose, le médecin dispose.

3. Le rôle des obstétriciens

Dans une étude menée auprès de gynécologues américains, Bettles, et al., (2007) confirment l'augmentation des demandes de césarienne sans indication médicale. Les obstétriciens considèrent que la césarienne même programmée comporte plus de risques que de bénéfices. Et ils attribuent l'augmentation des demandes aux médias et à la praticité. Cependant, certains obstétriciens participent directement ou indirectement au développement rapide de ces nouvelles tendances. Ils seraient prompts à choisir la césarienne programmée pour la mise au monde de leur propre enfant et davantage enclins à répondre favorablement à une demande de césarienne que par le passé.

Pour Al-Mufti, et al., (1997), il est significatif que 31% des femmes gynécologues accoucheurs de Londres aient répondu à une enquête en précisant que dans le cas d'une grossesse à terme non compliquée, elles choisiraient la césarienne programmée pour la venue au monde de leur propre bébé. Par la suite, Gabbe et Holzman (2001) rapportent que des préférences semblables ont été exprimées parmi les gynécologues accoucheurs d'Amérique du Nord. Michael Klein (2005) relate que 17 % des obstétriciens britanniques choisiraient la césarienne pour eux-mêmes, 88% par crainte de dommages rectaux et 58% par crainte pour leur santé sexuelle. Parmi eux, 31% sont des femmes.

Une étude américaine de Wax, Cartin, Pinette et Blackstone (2005) sur des obstétriciens du Maine a montré que 84,5% des participants seraient prêts à répondre favorablement à une demande de césarienne, et 21,1% choisiraient ce mode d'accouchement pour eux-mêmes ou pour leur conjoint. Les motifs avancés sont les risques d'incontinence urinaire (53,3%), une première expérience négative (41,7%), les risques d'incontinence anale (35%), une inquiétude pour la santé du fœtus (33,3%) et la préservation du fonctionnement des organes sexuels (26,7%).

Les femmes en dessous de 35 ans étaient plus nombreuses à opter pour la césarienne pour elles-mêmes. 42,9 % des praticiens en dessous de 35 ans pensent que la littérature scientifique est en faveur de la césarienne sur demande contre 4,2% chez leurs collègues plus âgés. L'auteur se pose la question de la raison d'un tel écart de position, qui ne s'explique ni par la réalité des traumatismes pelviens, ni par la morbidité des nouveau-nés.

Une étude de Penna et Arulkumaran (2003) conclut que 69% des obstétriciens interrogés répondraient favorablement à une demande maternelle de césarienne. Une autre étude de Habiba et al., (2006) a comparé la propension des obstétriciens de huit pays d'Europe à répondre favorablement à une demande maternelle de césarienne en l'absence d'indication médicale si elle leur était faite. Les taux de réponses favorables les plus élevés concernent le Royaume uni (79%) et l'Allemagne (75%). La France (19%) se situe parmi les pays pour lesquels le taux de réponse favorable est le plus bas avec l'Espagne (15%) et les Pays-Bas (22%). Les réponses apportées par les obstétriciens ne sont pas fondées sur des arguments médicaux mais sur des facteurs culturels, médico-légaux, ainsi que des éléments en lien avec la mise en place et l'organisation du suivi de grossesse dans ces différents pays. Les auteurs concluent en disant qu'une attention plus importante devrait être consacrée aux motivations, aux bénéfices attendus et aux craintes qui sous-tendent les demandes maternelles de césarienne.

Une étude iranienne menée par Bagheri, Masoudi Alavi et Abbaszadeh (2013) auprès d'un échantillon composé de 18 obstétriciens rend compte des résultats suivants : pour les obstétriciens ayant participé à cette étude, la peur de la douleur est la raison principale pour laquelle certaines femmes préfèrent avoir recours à une césarienne élective. Ils ont le sentiment que ces femmes ne considèrent pas la césarienne comme une chirurgie majeure. Certains parmi eux sont convaincus que les femmes devraient avoir la possibilité de choisir leur mode d'accouchement. La durée d'un accouchement voie basse est également un facteur mis en avant par certains participants. Beaucoup de femmes obstétriciens préféreraient ou avaient déjà fait l'expérience de la césarienne pour leur propre accouchement. Selon cette étude, le manque de sage-femme serait un autre facteur qui contribuerait à l'augmentation du taux de césarienne tout comme le fait que les revenus des obstétriciens seraient plus élevés en cas de césarienne. Les participants à l'étude considèrent la césarienne comme plus reconnue et plus valorisée socialement, les patientes et leurs familles seraient plus reconnaissantes après une césarienne. Il y a aussi cette idée répandue que l'accouchement voie basse est pour les pauvres tandis que les riches choisissent la césarienne.

4. Le rôle du législateur

En l'état actuel du droit français, le médecin peut être mis en cause dans l'exercice de sa pratique. Il peut lui être reproché de ne pas avoir pris la décision de faire une césarienne à temps, par exemple, et d'avoir été ainsi à l'origine d'une hypoxie chez le fœtus ayant entraîné

un handicap mental. Mais comment le législateur se positionne-t-il à l'égard de la césarienne sans indication médicale, fruit d'une décision partagée entre la parturiente et son médecin ?

Depuis la loi du 4 mars 2002 la parturiente décide souverainement des soins desquels relève son état de santé, après avoir été informée de l'évaluation des bénéfices et des risques et des alternatives possibles (Article L. 1111-4, CSP)¹. L'obstétricien, quant à lui, après avoir satisfait à son obligation d'information, en avoir soigneusement conservé la trace, et éventuellement orienté la parturiente vers un confrère pour obtenir un second avis, peut refuser de pratiquer une césarienne qui exposerait la femme enceinte à un risque injustifié (Article R. 4127-40, CSP). Il est fondé alors à invoquer sa clause de conscience et refuser d'accoucher la parturiente, à condition de le décider en temps opportun pour permettre, s'il se dégage de sa mission, de transmettre le dossier au médecin désigné par la femme avec les informations utiles à la suite des soins (Article R. 4127-47, CSP).

Pour l'avocate Lucas-Baloup (2013), la jurisprudence sanctionnant le refus fautif de prévoir une césarienne de convenance est plus rare que celle relative aux fautes dans la réalisation de la césarienne, ou le retard à la décider ou à la pratiquer en urgence, lorsque l'accouchement est commencé. «Pour la cour de Nîmes», écrit-elle, «le gynécologue-obstétricien engage sa responsabilité pénale dès lors qu'il a accepté de pratiquer un accouchement» (para. 11). En effet, un médecin s'est vu condamné à 4 mois de prison avec sursis, une amende de 1 000 €, plus 8 000 € à la mère et 6 000 € au père pour préjudice moral, l'enfant étant décédé le lendemain des suites d'une souffrance fœtale aiguë (cf. arrêt du 13 avril 2006, chambre des appels correctionnels, aff. n° 06/00394). L'accouchement ayant été programmé à une date qui avait la convenance des parents pour favoriser la présence du père, il est ressorti de l'expertise médicale que les conditions habituellement requises pour réaliser un accouchement de convenance n'étaient pas réunies en l'espèce.

Lucas-Baloup n'a pas, écrit-elle, «trouvé de décision judiciaire prononcée à la suite d'une action engagée par un enfant, après sa majorité, reprochant au praticien d'avoir accepté, pour sa naissance, à la demande d'un ou des deux parents, une césarienne de convenance, sans contre-indication d'un accouchement par voie basse, laquelle se serait néanmoins compliquée et aurait provoqué un préjudice corporel à l'enfant dont il demanderait — 18 ans

¹ Article L. 1111-4, CSP : «Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] » ; « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] »
Article R. 4127-40, CSP : «Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.»

plus tard — réparation» (para. 12). C'est néanmoins tout à fait possible et elle recommande aux obstétriciens de conserver soigneusement les preuves de l'information qu'ils ont donnée aux parents à distance de l'accouchement, sur le bénéfice/risque en insistant sur les complications éventuelles.

Par ailleurs, il est intéressant de relever que la cour d'appel de Paris a jugé, le 6 décembre 1995, que «la césarienne n'est jamais une opération de confort, puisqu'elle suppose une chirurgie à ventre ouvert, mais une complication pathologique de la grossesse». Il est intéressant de relever qu'aujourd'hui en France, pour le législateur, la césarienne est pathologique et l'accouchement par césarienne n'est pas une modalité de l'accouchement mais une complication de la grossesse.

5. Le rôle des médias

La recherche de Gamble et Creedy (2000), citée dans une publication de Park et al. (2005), confirme que le rôle de la demande des femmes est surévaluée comme facteur explicatif de l'augmentation du nombre de césariennes. Ils mettent en avant le rôle des médias et le conformisme social dans l'accroissement du nombre de demandes de césarienne.

C. SYNTHÈSE

Au total il existe une littérature abondante sur les facteurs explicatifs visant à appréhender les motivations de certaines femmes à se tourner électivement vers la césarienne pour donner naissance. Les raisons manifestes mises en avant sont les peurs suscitées par la façon dont les femmes imaginent leur accouchement à venir et ses conséquences sur leur intégrité physique. La peur de douleur est au premier plan devant la peur de mourir, la peur de perdre le contrôle, la peur de devenir folle, la peur de l'inconnu, la peur d'un manque d'accompagnement pendant le travail, ainsi que des peurs plus spécifiques en lien avec la qualité de sexualité et la crainte d'une atteinte des organes génitaux. La peur des femmes est mise en avant mais elle ne doit pas masquer la façon dont elle peut être générée et véhiculée par une partie des leaders d'opinion comme le sont les gynécologues eux-mêmes, les sociétés savantes, ou encore les médias.

Ces études quantitatives sont tout à fait intéressantes au regard de notre travail car elles vont nous servir de point de départ pour appréhender les dimensions latentes en jeu dans l'accouchement en général et dans les césariennes sur demande maternelle en particulier.

Dans la métapsychologie psychanalytique qui est notre référent théorique, on peut dire que ces différentes peurs s'organisent autour de trois grands axes : la question de l'angoisse (peur de mourir, peur de l'inconnu, peur du manque d'accompagnement pendant le travail), la question de la maîtrise et du contrôle (peur de devenir folle, peur de perdre le contrôle, peur de l'inconnu, peur de l'incontinence), et la question du sexuel (peur pour les organes génitaux, peur pour la sexualité à venir).

Dans le chapitre suivant, nous présenterons comment, dans la littérature, la dimension potentiellement désorganisatrice de l'accouchement a été abordée, d'abord du point de vue de l'intensité des éprouvés avec au premier plan la question de la douleur. Puis, nous définirons les principaux concepts qui nous permettront de penser la singularité de l'articulation somatopsychique de cette expérience. Enfin, nous présenterons en quoi les différents auteurs qui ont traité de la question de l'accouchement ont considéré qu'ils pouvaient constituer une mise à l'épreuve de la psyché.

CHAPITRE 2

LA MISE À L'ÉPREUVE DU CORPS ET DE LA PSYCHÉ DANS L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT

L'élaboration imaginative du fonctionnement corporel s'organise en fantasmes (...) C'est à partir de ce matériel d'élaboration imaginative du fonctionnement corporel que la psyché se forge.

D.W. Winnicott, La nature humaine.

Ce chapitre a pour objectif d'étudier quels sont les concepts qui, dans la revue de la littérature, nous permettent d'appréhender la façon dont l'expérience du corps lors de l'accouchement met à l'épreuve physiquement et psychiquement la femme. Nous avons organisé ce chapitre autour de trois axes : le premier est celui de la douleur, le second concerne le lien psyché/soma et l'importance des éprouvés corporels dans l'intégration psychique de l'expérience. Enfin, la mise à l'épreuve de la psyché et le potentiel d'effraction contenu dans l'accouchement constituent notre troisième axe.

I. LA PERSISTANCE DE LA DOULEUR DANS L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT

Sylvain Missonnier (2000) qualifie la douleur de «fil rouge en périnatalité pour explorer la potentialité et les dérives de nos tentatives culturelles pour apprivoiser séparation, castration et mort» (p. 78). Dans cette partie consacrée à la douleur de l'accouchement et à sa persistance, nous présenterons comment la douleur de l'accouchement a été appréhendée dans la revue de la littérature. Nous interrogerons le statut de la douleur en médecine. Puis nous présenterons ce que les auteurs ayant travaillé sur cette question, que ce soit dans le champ de la sociologie ou l'anthropologie, nous enseignent sur l'origine de ce fait douloureux, et plus encore sur son maintien. Enfin, nous développerons comment, dans la théorie psychanalytique, la douleur et en particulier la douleur de l'accouchement a été abordée.

A. LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT EN MEDECINE

1. Définition de la douleur

Pour le neurophysiologiste Boureau et le neurologue interniste Doubrère de l'Unité de l'Évaluation et du traitement de la Douleur à l'Hôpital Saint Antoine à Paris, la douleur est un «phénomène neuropsychologique, central, modulé par des apprentissages antérieurs, des motivations et des anticipations». Ses composantes, sensori-discriminatives, affectives-émotionnelles, cognitives et comportementales, «sont interactives et se modulent réciproquement» (1988, p. 13, cité par Vuille, 1998, p. 26).

2. Le changement de statut de la douleur de l'accouchement

a) Les débuts de l'obstétrique

Dans les débuts de l'obstétrique les douleurs de l'accouchement n'avaient pas vocation à être soulagées. La douleur faisait partie du quotidien des populations et ne représentait pas un mal à combattre comme aujourd'hui. Les douleurs, synonymes de travail, étaient considérées comme utiles et permettaient à l'accoucheur de suivre l'avancement de ce dernier. Mauriceau distingue les «plaintes» correspondant aux douleurs «petites et lentes» du début du travail, des «grands cris» qui annoncent la fin de la dilatation. Elles sont mises à profit pour guider la femme dans le travail : «on lui recommandera surtout de faire bien valoir ses douleurs, en retenant son haleine et poussant le plus fortement qu'elle pourra vers le bas, dans le moment qu'elles lui prendront» (Mauriceau, 1694 cité par Morel, 2002, para. 11)

Si on ne savait pas supprimer les douleurs de l'accouchement, on se devait au moins de s'efforcer à les atténuer. Louise Bourgeois, sage-femme du début du XVIIIe siècle, recommande de veiller à la qualité de l'environnement matériel et psychologique autour de la femme en travail. Au XVIIIe siècle, les accoucheurs reprennent les mêmes distinctions entre les petites douleurs du début de travail appelées «mouches» qui donnent des tiraillements ou des coliques, et les grandes douleurs appelées «tranchées», donnant déchirements et contractures, qui annoncent la fin du travail. Au XXe siècle, l'accoucheur Louis Devraigne, affirmant qu'il «est facile de suivre le travail par l'allure et les cris d'une femme», reprend le même tableau clinique des quatre types de douleurs, en fonction de l'état d'avancement du travail : les «mouches» jusqu'à la dilatation à deux francs, les douleurs «préparantes», accompagnées de cris «déchirants» jusqu'à la dilatation complète, les douleurs «explosives»,

avec cris sourds et gutturaux du début de l'expulsion et enfin les douleurs «concassantes», lorsque la tête sort (Devraigne, cité par Morel, 2002, para. 35).

La douleur n'est pas perçue comme quelque chose de mauvais, à combattre, elle joue le rôle d'un signal, elle accompagne le déclenchement du travail ; elle est aussi le signe d'un bon travail, d'un travail qui avance.

b) Les douleurs de l'accouchement aujourd'hui

Aujourd'hui, les douleurs de l'accouchement sont considérées comme les plus importantes qui puissent être éprouvées. «Des spécialistes ont même démontré que la parturition vient en seconde cause des maux aigus juste après l'arrachage de doigt, et avant les fractures et les atteintes cancéreuses» affirme Dagnaud et Mehl (1987, p. 100), se référant aux travaux des professeurs Melzack et Bonica. Selon ces travaux, 15% des parturientes éprouveraient peu ou pas de douleurs, 35% des douleurs modérées, 30% des douleurs sévères, et 20% des douleurs extrêmement sévères. Ces chiffres sont basés sur les descriptions verbales ou les évaluations numériques des patientes elles-mêmes, du questionnaire McGill¹.

3. Qu'est-ce qui a rendu l'accouchement douloureux ?

a) La bipédie

La parturition est perçue comme plus douloureuse chez l'espèce humaine que chez les autres espèces. Une idée répandue est que la femme souffre plus lorsqu'elle accouche parce qu'elle est bipède (Cardin, Moisson Tardieu, Tourraine, 1986). Chez les primates, en particulier l'espèce humaine, il existe un verrou très résistant, le col de l'utérus, dont la finalité serait d'éviter que l'utérus vertical, avec une ouverture dirigée vers le bas, laisse naître l'enfant prématurément. Lors de la naissance, il faudra des forces importantes pour franchir ce

¹ Le questionnaire McGill sur la douleur qu'a fait connaître Melzack fut établi de la manière suivante : ses concepteurs commencèrent par classer cent deux mots tirés de la littérature clinique anglo-saxonne sur la douleur en trois catégories distinctes (dimension sensorielle, dimension affective et évaluation de la douleur subjective globale).

Ils soumièrent ces listes de mots à des groupes de médecins, d'étudiants et de patients en leur demandant d'assigner à chacun d'eux une cote sur une échelle d'intensité variant de 1 (légère) à 5 (atroce). Le questionnaire McGill comprend deux parties : a) dans un premier temps, on demande à la personne souffrante de donner à la douleur du moment une cote sur une échelle à 5 grades ; cette cote fournit l'échelle de la douleur actuelle (IDA) ; dans un second temps, on lit à la personne les termes qui conviennent le mieux pour décrire sa douleur : perforante, sourde, ... ; on additionne alors les scores des mots choisis pour obtenir l'indice d'évaluation de la douleur (IED).

verrou. Le muscle utérin, épais, ne parviendra à ouvrir le col qu'au prix de contractions intenses, donc souvent douloureuses. Cette idée est déjà présente chez Mauriceau qui croit bien sur à la malédiction divine, mais qui ne la considère pas comme l'unique cause de la souffrance : «c'est ce qui fait qu'outre cette volonté précise de Dieu à l'égard de la femme, il y a encore une raison naturelle... » (Mauriceau cité par Morel, 2002, para. 10). Cette raison «naturelle» tient à l'anatomie : «la tête de l'enfant, beaucoup plus grosse que celle des animaux, doit élargir l'orifice étroit de la matrice et ne peut le faire qu'avec violence».

Le travail récent de July Bouhallier (2007), paléoanthropologue, sur le bassin des hominidés a montré que ces difficultés avaient été surestimées et nous distinguaient assez peu des différents anthropoïdes pourtant quadrupèdes.

b) Le degré d'évolution sociale

Dans le «Discours sur la douleur» le Docteur Marc-Antoine Petit, chirurgien au tournant du XVIIIe et XIVE siècles, s'attarde sur l'utilité de la douleur, «privilège des êtres sensibles» qui importe à la vie dont elle est l'un des éléments (cité par Vuille, 1998, p. 36). À l'époque des colonisations, après avoir observé des accouchements de femmes indigènes, quelques Européens ont cru qu'elles ne souffraient pas. George Engelmann, professeur d'obstétrique au Missouri Medical College, publie en 1882 *Labor among Primitive Peoples*. Selon lui, les femmes des peuples primitifs accouchent facilement et rapidement (en une heure, chez les Indiens Madoc, par exemple), alors que les femmes des pays dit «civilisés» ont des accouchements longs et douloureux (cité par Morel, 2002).

Dans la littérature, on retrouve cette idée que plus la femme est proche de la nature, de l'animalité pour ne pas dire de la bestialité, plus son accouchement se déroule de façon simple. Par exemple chez Zola, «cette parenté entre la femme et l'animal varie selon les milieux sociaux» (Revault d'Allones, 1976, p. 100). En revanche, la femme des classes aisées, celle qui fait de son accouchement un événement, souffre plus que la femme des milieux populaires qui prend les choses plus simplement.

4. Les différentes méthodes d'indolorisation de l'accouchement

a) Les débuts de l'anesthésie

Les propriétés sédatives et anesthésiques du chloroforme sont découvertes en 1831-34, et appliquées pour la première fois à l'accouchement en 1847 par James Simpson, professeur d'obstétrique à l'université d'Edimbourg. Le chloroforme est administré simplement sur un

mouchoir plaqué contre le nez et la bouche de la parturiente. En 1853, le reine Victoria demande à accoucher sous chloroforme pour son huitième enfant, créant ainsi la mode de l'accouchement «à la reine». En France, les accoucheurs y sont plutôt réticents et, en 1856, l'impératrice Eugénie, assistée par l'accoucheur Paul Dubois, refuse l'anesthésie pour la naissance du Prince impérial.

Dans les pays anglo-saxons, c'est sous la pression active des femmes que les médecins utilisent le chloroforme : à la fin des années 1840, sitôt connue la nouvelle découverte, des parturientes anglaises font le voyage jusqu'à Edimbourg pour accoucher sous anesthésie. Aux Etats-Unis, les femmes bien informées réclament très tôt l'éther ou le chloroforme. En 1900, 50% des naissances suivies par des médecins se font sous chloroforme ou sous éther, ce qui a pour conséquence une hausse de l'utilisation des forceps.

Pendant toute la première moitié du XXe siècle, aux États-Unis et en Grande-Bretagne, l'accouchement avec anesthésie est très largement pratiqué, y compris à domicile. En milieu hospitalier, où se font la majorité des accouchements, c'est automatique, on ne demande même pas leur avis aux femmes. En France, au contraire, la plupart des médecins, mal formés aux méthodes de l'anesthésie, s'en méfient.

La manière d'appréhender l'anesthésie à la fin du XIXe siècle et au début du XXe n'est pas sans rappeler ce qui se joue aujourd'hui autour du recours à la césarienne sur demande maternelle notamment par le besoin de médicalisation qui l'accompagne.

b) L'accouchement sans douleur

Des méthodes «douces» de soulagement de la douleur obstétricale voient le jour simultanément en Angleterre et en URSS et se propageront dans les années 1950 en Europe et aux Etats-Unis. En Angleterre, la méthode de naissance «sans crainte» ou «sans violence» préconisée par Grantley Dick Read est une réaction au recours généralisé à l'anesthésie obstétricale. Une rencontre avec une parturiente pauvre de Londres est à l'origine de sa découverte. Quand il lui propose du chloroforme, elle refuse et affirme qu'elle ne souffre pas. Read a alors «la révélation qu'aucune loi naturelle ne justifiait la souffrance de l'accouchement» (cité par Morel, 2002, para. 35).

Si les douleurs ne sont pas une fatalité, d'où viennent-elles ? Pour Read, elles proviennent de la peur, engendrée par les récits, les lectures et tout l'environnement culturel autour des femmes enceintes ; cette peur engendre une tension qui entraîne la douleur. Pour rompre le cercle vicieux Peur-Tension-Douleur, il faut expliquer les différentes phases de

l'accouchement et entraîner physiquement les femmes. Read est peu reconnu en Grande Bretagne, où des critiques sévères des pratiques de ses collègues lui causent beaucoup d'inimitiés. En revanche, aux Etats-Unis, son livre est publié en 1944, sous le nouveau vocable de naissance *naturelle*, et il est très bien reçu : de nombreux hôpitaux mettent en pratique sa méthode.

En France, c'est au docteur Fernand Lamaze, accoucheur à Paris à la polyclinique des métallurgistes de la rue des Bluets, qu'on doit la mise en pratique des méthodes développées par les accoucheurs soviétiques des années 1930. Velvoski et Nikolaiev appliquent les résultats des travaux de Pavlov sur les réflexes conditionnés à la préparation physique et psychique de la femme enceinte ; bien éduquée, bien conditionnée à déconnecter les centres de la douleur dans le cerveau, bien accompagnée, toute femme peut arriver à accoucher sans douleur. En 1951, il propose aux Bluets une méthode reposant sur trois principes : un enseignement sur l'accouchement et une éducation physique comportant six séances d'instruction à la relaxation et à la respiration légère, une éducation psychique agissant sur l'anxiété et tendant à supprimer la perception de la douleur par le cerveau. L'accouchement sans douleur (ASD), devenu la méthode psychoprophylactique (PPO), se répand d'abord dans les maternités parisiennes, puis dans toute la France.

c) La péridurale

Au cours des années 1960-1970, l'unanimité concernant les bienfaits de l'ASD commence à se déliter. Certaines voix s'élèvent pour dire le désarroi de celles qui n'ont pas réussi à «indoloriser» et ont été mal notées par les équipes soignantes. C'est précisément à cette époque que l'Accouchement Sans Douleur s'efface devant la péridurale, technique d'indolorisation connue dès les années 1920, qui commence à être utilisée à grande échelle pour les accouchements. Ici encore, les réticences du corps médical, préoccupé par les dangers potentiels de la nouvelle technique, sont balayés assez vite par la demande des femmes et par celle des soignants, que la péridurale vient également soulager (Morel, 2002). En 2010, 81,4 % des accouchements se sont déroulés sous péridurale¹.

¹ <https://www.has-sante.fr/.../c.../donnees-epidemiologiques-generales-liees-a-la-grossesse>

B. APPROCHES SOCIOLOGIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES DES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT

L'anthropologue Claude Lévi-Strauss, dans son introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, souligne à quel point les possibilités dont est susceptible le corps de l'homme varient selon les groupes. «Les seuils d'excitabilité, les limites de résistance sont différents dans chaque culture. L'effort «irréalisable», la douleur «intolérable», le plaisir «inouï» sont moins fonction de particularités individuelles que de critères sanctionnés par l'approbation ou la désapprobation collective» (Lévi-Strauss, 1950, p. xii). Le phénomène douloureux est donc complexe à appréhender.

1. Médecine et douleur

David Le Breton (1955) écrit dans son ouvrage *Anthropologie de la douleur* «la culture médicale a cessé de croire aux vertus de la douleur» (p. 166). Elle n'y attache plus aucune «valeur morale» et l'ensemble de la société est sommé de penser sur le même mode et d'adopter les attitudes requises. Et il ajoute : le «dépouillement de toute signification (à la douleur) démunit l'homme de ses ressources propres en les frappant d'emblée d'anachronisme» (p. 166). Pour lui, la douleur a une fonction de symbolisation faisant jouer la douleur comme signe, signe qui restaure la continuité et éloigne la menace pesant sur le sentiment d'identité. La douleur imposerait donc à la médecine un nouveau paradigme : «le passage d'une médecine du corps à une médecine centrée sur toute l'épaisseur identitaire de l'homme» (p. 166). Or, la douleur aurait une fonction dans la mesure où, écrit-il, «l'anesthésie dans des circonstances où l'individu s'attend à souffrir, suscite parfois des attitudes insolites visant à rétablir malgré tout la scansion douloureuse qui manque à l'expérience» (p. 170).

Pour Roselyne Rey (1993), spécialiste de l'histoire des sciences, «le problème de la douleur touche à quelque chose qui tient à la nature même de l'acte médical, c'est-à-dire à la relation du médecin au malade, elle-même déterminée par le degré de certitude qui est en jeu dans la médecine» (p. 386) Depuis le milieu du XIXe siècle, la médecine a acquis le statut de science, pour ne pas dire science exacte, patients et médecin ayant confiance dans la compréhension des phénomènes si ce n'est dans leurs succès thérapeutiques. Or il se trouve que la douleur est la pierre d'achoppement et de cette confiance, et de ces certitudes. La douleur, écrit Rey (1993), est «une remise en cause des rôles traditionnellement dévolus à

chacun» (p. 386). La douleur serait une sorte d'expérience limite dont il ne serait possible de sortir que dans la réappropriation individuelle (ou la conquête) par chacun de son statut de sujet, au péril de sa vie.

2. Accouchement et douleur

La sociologue Marilène Vuille a tenté de comprendre pourquoi certaines douleurs suscitaient plus d'animosité ou au contraire plus de bienveillance que d'autres. Elle a travaillé sur la singularité de la douleur de l'accouchement et s'est interrogé sur son maintien dans une société algophobe comme la notre. À partir de la deuxième moitié des années 1980, le thème de la douleur physique comme une pathologie en-soi devient très en vogue. Le Docteur Escoffier-Lambiotte (1985), journaliste, médecin, responsable de la rubrique médicale du journal *Le Monde* conclut ainsi son article sur la douleur : «Il semble que tous les moyens sont réunis en 1985 pour que la douleur soit enfin considérée comme nocive, pour que son combat justifie de profonds changements, tant dans l'enseignement de la médecine que dans le comportement des soignants, et pour que les justes revendications de ceux qui souffrent indûment soient prises en considération» (p. 15-16). Pour le pharmacien, neuro-biologiste et pharmacologue Jean-Marie Besson «la douleur est une maladie que l'on peut et donc que l'on doit traiter. Aussi faut-il se donner tous les moyens pour l'éradiquer demain et l'apaiser aujourd'hui» (Besson, 1992, p. 20).

En ce qui concerne plus particulièrement la douleur de l'accouchement, Marilène Vuille constate que le discours social dominant sur la douleur qui lui est attachée est véhiculé par les personnes qui n'ont pas vécu l'expérience, à savoir les obstétriciens qui, écrit-elle, «sont des acteurs qui de tout évidence, jouissent de plus de crédit que les mères et qui, écrit-elle, contribuent à construire l'accouchement comme dangereux et risqué» (Vuille, 1998, p. 86). Elle fait l'hypothèse que les douleurs de l'accouchement non seulement perdurent mais en plus ne sont pas valorisées socialement car elles ne concernent qu'un seul sexe, et que l'accouchement constitue en lui-même un événement marquant la différence des sexes : «une explication partielle réside sans doute dans le fait que ces douleurs sont l'apanage d'un seul sexe et adviennent dans le cadre de l'événement qui différencierait le plus les sexes» (p. 49). Enfin, elle s'interroge sur l'origine du maintien de la douleur de l'accouchement en dépit des possibilités d'anesthésie et s'étonne du paradoxe qui l'entoure. D'un côté, il est mal vu de se glorifier des souffrances endurées lors d'un accouchement et de l'autre, souffrir lors de l'accouchement est encore perçu comme une nécessité.

Rendant compte des résultats de sa recherche elle émet trois hypothèses concernant le maintien, l'attachement de certaines femmes à la douleur de l'accouchement. La première est que la douleur serait le dernier «élément naturel» dont les femmes pourraient se prévaloir dans le processus de l'accouchement. Les femmes se fiant aux compétences des accoucheurs auraient accepté la mainmise des accoucheurs sur l'enfantement : «On assiste à une éviction des femmes en tant qu'actrices et sujets de leurs accouchements. (...) les parturientes ne sont plus que les objets de l'accouchement, et leur corps un lieu d'action conduite par autrui. Elles n'en restent cependant pas moins le sujet... de la douleur» (Vuille, 1998, p. 129).

La seconde hypothèse est que ressentir la douleur aiderait à marquer un passage : «les douleurs de l'accouchement ne sont peut-être pas une nécessité absolue mais elle aide à *marquer le passage*» (Vuille, 1998 p. 115). De quel passage s'agit-il ? Pour Vuille tout se passe comme si la souffrance faisait accéder les femmes à la communauté des mères, des vraies mères, c'est-à-dire de celles «qui l'on senti passer».

La douleur de l'accouchement viendrait, et c'est la troisième hypothèse, non pas de «l'expiation d'une faute originelle commise (...) non pas contre Dieu mais contre les hommes : celle de détenir le pouvoir de porter et de donner la vie. La douleur serait alors la rançon du pouvoir biologique» (Vuille, 1998 p. 121). Il y aurait donc l'idée d'un prix à payer.

Il existe également des recherches en psychologie sociale qui dénoncent le fait que certaines femmes, à propos de l'accouchement sous péridurale, demeurent attachées à une idée de la souffrance nécessaire au moment de l'accouchement (Paumé, 1993). Ces recherches stigmatisent ce qu'elles considèrent être un attachement régressif au discours biblique. Courtial et Le Dreff (2004) se démarquent de cette position et considèrent qu'il faut prendre l'accouchement comme un tout anthropologique et qu'à ce compte-là, il y a forcément du don et une souffrance consentis. Les femmes qu'ils ont interrogées rendent compte du fait que mettre au monde un enfant «a un prix», le prix d'une prise de responsabilité irréversible, du renoncement à la vie de jeune femme et du pas vers la mort que représente toute naissance. Mettre au monde serait aussi un geste de séparation physique fort, à caractère parfois sexuel.

C. LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT DANS LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE

1. Les différentes caractéristiques de la douleur en psychanalyse

a) Les caractéristiques de la douleur chez Freud

Dans l'*Esquisse pour une psychologie scientifique*, la première bipolarité posée par Freud (1895) à partir de deux expériences corporelles de satisfaction et de douleur n'est pas plaisir et déplaisir mais plaisir-déplaisir d'un côté et douleur de l'autre. Cet antagonisme est dès le départ inscrit dans le corps. La douleur est qualitativement différenciée du déplaisir mais cette distinction ne sera pas toujours maintenue. Présentée comme un phénomène susceptible de mettre en échec une organisation biologique, la douleur est définie par ses résultats, à savoir l'irruption de grandes quantités d'excitation, excessives, qui produisent un frayage. La première caractéristique de la douleur est donc *l'effraction*, effraction des limites du corps ou du moi.

À la toute fin d'*Inhibition, symptôme et angoisse*, Freud (1926) aborde de nouveau la question de la douleur. Il reprend ce qu'il avait explicité dans l'*Esquisse* et cherche à différencier la douleur de l'angoisse. Ainsi la douleur serait la réaction propre à la perte d'objet, l'angoisse étant la réaction au danger que comporte cette perte. La douleur émanant de la périphérie est la conséquence d'une effraction du pare-excitation, qui agit comme un stimulus pulsionnel continue, d'où la dénomination de *pseudo pulsion* proposé dans l'article de 1915 *Le refoulement*. La douleur peut être qualifiée de pseudo-pulsion au sens où cette dernière s'intériorise et fournit ainsi «une nouvelle source d'excitation constante et d'augmentation de tension» (p. 191).

La douleur occupe une position médiane entre l'angoisse et la souffrance du deuil, entre l'investissement narcissique et l'investissement d'objet, entre le moi et le corps. Le même modèle sert à Freud pour décrire la douleur physique et la douleur psychique. Freud ne tranche pas entre investissement narcissique selon le modèle du traumatisme et investissement objectal secondaire à la perte selon le modèle du deuil.

L'investissement de la représentation de l'objet manquant et l'investissement de la zone corporelle lésée créent les mêmes conditions économiques. Dans les deux cas, continuité du stimulus et inhibition impossible produisent la même détresse psychique. Dans les deux cas le point d'effraction du pare-excitation appelle vers lui toutes les énergies d'investissement et tend à vider le moi de son énergie. C'est le modèle du contre-investissement dirigé vers la périphérie. «Le passage de la douleur du corps à la douleur de

l'âme», écrit Freud, «correspond au changement de l'investissement narcissique en investissement d'objet. La représentation d'objet hautement investie par le besoin, joue le rôle de l'endroit du corps investi par l'accroissement du stimulus» (Freud, 1926, p. 286).

b) Les caractéristiques de la douleur chez les successeurs de Freud

Le phénomène d'effraction engendré par la douleur entraîne une décharge interne que Pontalis a qualifiée *d'effet d'implosion*. Pour McDougall (1978), la douleur est un *pont privilégié* qui assure la liaison entre soma et psyché. De sorte que la distinction entre douleur physique et douleur psychique est aussi problématique que celle entre corps érogène et corps biologique. Green (1979) propose de son côté une conception originale de la douleur qu'il rapproche de la névrose traumatique. Elle serait provoquée par une déception reçue dans un état d'impréparation. Enriquez (1980) insiste sur le fait que la souffrance revêt plusieurs visages et assure plusieurs fonctions. Elle peut être pour le sujet «un de ses biens les plus précieux et un de ses liens les plus solides à la vie» ce qui l'a conduit à parler de la *fonction identifiante* de la souffrance.

Jacques André (2014) revient sur la proximité entre douleur et traumatisme chez Freud. Douleur et trauma, écrit-il, «disparaissent ensemble de la théorie pour resurgir, sinon tout à fait en même temps, mais dans des temporalités proches. Le trauma qui quitte le devant de la scène en 1897 est un abus sexuel, mais celui qui fait retour en 1920 est une expérience de douleur, qu'il s'agisse du trauma intraitable de la névrose traumatique, ou du trauma symbolisable et transformable de l'absence-perte de la mère pour l'enfant à la bobine» (p. 36). Douleur et trauma concernent tous les deux l'empiètement des frontières et peuvent être endogène ou exogène : «Le langage doit avoir raison qui n'a qu'un seul mot pour dire la douleur, qu'elle soit physique ou psychique, que l'empiètement des frontières vienne du dehors ou du dedans» (Freud, cité par André, 2014, p. 36).

Pour André, «la douleur, l'expérience de douleur, plus encore que celle du plaisir sans doute, impose au moi l'épreuve de ses propres limites, jauge sa capacité à intégrer ce qui lui fait mal, ou au contraire à se déliter quand l'attaque de douleur dépasse les bornes» (p. 35). Par ailleurs tout trauma consiste en une effraction, une brèche ouverte dans les frontières du moi, que la violence soit physique ou psychique. Sans doute est-il aussi exact de dire, écrit-il, «que tout trauma est douleur, mais une douleur qui est alors conséquent à l'effraction.» Cependant ajoute-t-il, «ce que cherche à saisir *l'expérience de douleur*, c'est davantage la douleur comme source, ou origine du trauma. La valeur paradigmatique de la douleur organique pour saisir ce qu'il en est de l'expérience vécue de douleur, écrit André (2014), se

retrouve d'une certaine façon dans une définition beaucoup plus tardive du moi : «Le moi est avant tout corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface» Freud (1923, p. 270). Le moi dériverait ainsi de sensations corporelles, principalement celles qui ont leur source à la surface du corps.

La définition par Anzieu du premier moi comme moi-peau est directement issue de cette hypothèse très condensée de Freud. À propos de la douleur de l'accouchement, Anzieu (1985) écrira que l'enfantement symbolise la déchirure de la peau imaginaire supposée commune à la mère et à l'enfant, image de la souffrance émotionnelle éveillée par l'angoisse de séparation reliée à la naissance de l'enfant.

2. La douleur de l'accouchement dans la théorie psychanalytique

La clinique nous renseigne sur le fait qu'en dépit de la péridurale, certaines femmes souffrent lors de leur accouchement. D'autres éprouvent un sentiment de déception, de vide, comme si quelque chose leur avait manqué lors d'un accouchement «réussi» sur le plan analgésique et obstétrical. Comme si l'expérience attendue n'avait pas eu lieu. Il existe aussi des femmes qui tout simplement ne souhaitent pas avoir recours à une technique d'indolorisation soit parce qu'elles ne souffrent pas, soit parce qu'elles supportent bien la douleur, soit parce qu'elles éprouvent le besoin ou la curiosité de ressentir ce qui se passe dans leur corps. Dans son travail de thèse, Hélène Riazuelo-Deschamps (2007) rend compte du fait que parmi l'échantillon de deuxièmepares qui constitue sa recherche, 15% des femmes souhaiteraient accoucher sans péridurale alors que toutes avaient accouché avec lors de leur premier accouchement. Elles disent vouloir «savoir comment ça se passe un véritable accouchement», le «vivre pleinement», et s'y confronter (p. 445).

a) Surmonter la douleur procure un sentiment d'activité

Hélène Deutsch (1945) avait déjà montré l'influence favorable de l'accouchement sans anesthésie au chloroforme : «il y aurait avant tout un effet cathartique inhérent à surmonter activement une expérience effrayante, pourvu que la participation active de la femme y soit suffisamment importante». Elle insiste sur la dimension de transformation psychique engendrée par la capacité de la femme à surmonter la souffrance : «ce n'est pas le seul fait de la souffrance qui a une si grande importance dans l'économie psychique de la femme, mais plutôt l'activité qui l'accompagne, l'activité qui va vers son but, en dépit de la souffrance. Bien que cette activité soit en dehors du domaine de la volonté, elle est éprouvée

subjectivement comme un acte de volonté. On a parfois l'impression que la souffrance elle-même, et la victoire remportée sur elle, agit comme un ferment de la vie émotionnelle» (p. 212).

b) La douleur permet de juguler l'angoisse

Parmi les auteurs qui ont travaillé sur la douleur de l'accouchement, Chertok, Bonnaud, Borelli et Donnet (1966) considèrent que le fait douloureux «objectivé» tend à masquer des problèmes concomitants. La douleur cristallise toutes les menaces suspendues sur la naissance. Elle devient le support de la projection des angoisses profondes qui y sont liées. Tout se passe comme si la douleur incarne purement et simplement le «mauvais» de l'accouchement qui devient ainsi, en quelque sorte, un événement extérieur à la parturiente.

La douleur viendrait comme une tentative de juguler l'angoisse. Pour Claude Revault d'Allonnes (1991), souffrir dans son corps, notamment dans ce qui concerne les fonctions féminines et surtout l'accouchement, pourrait être une tentative pour ouvrir le cercle, du moins pour alléger des angoisses autrement insupportables que la douleur. «Nous sommes très probablement ici devant l'une des raisons les plus profondes de la résistance et de la rémanence de la douleur des accouchements, en dépit des efforts consacrés psychologique, psychophysique, physiologique à son traitement : là où elle s'ancre, elle est difficile à déloger, annuler, remplacer, cela d'autant qu'elle y remplit des fonctions momentanément ou durablement irremplaçables» (p. 90). C'est pourquoi supprimer la douleur ne parviendrait pas à supprimer l'angoisse dont les racines seraient ailleurs et dont le traitement supposerait d'autres modes d'approche qu'analgésique.

Il est en effet surprenant de constater que malgré les efforts déployés pour faire disparaître ce que Revault d'Allonnes nomme «l'énigme toujours renouvelée de la douleur de l'enfantement» (1996, p. 21) celle-ci se maintient. Revault d'Allonnes fait l'hypothèse que la femme ne ferait pas seulement se conformer à l'ordre social en accouchant dans la douleur mais que quelque chose à l'intérieur d'elle-même sous-tend ce besoin de souffrir. Pour Revault d'Allonnes, la douleur prendrait le sens d'un «tribut payé à la mère» (1991, p. 90).

Sylvain Missonnier (2003a) s'appuie sur la proposition de Freud selon laquelle c'est la douleur corporelle, résolument non objectale, qui est la meilleure métaphore de l'angoisse automatique de la naissance et qui permet de penser l'articulation, le passage de l'angoisse automatique à l'angoisse signal. «Avec l'expérience qu'un objet extérieur, perceptible est susceptible de mettre fin à la situation dangereuse qui évoque celle de la naissance, le contenu du danger se déplace de la situation économique à ce qui en est la condition déterminante : la

perte de l'objet. L'absence de la mère est désormais le danger à l'occasion duquel le nourrisson donne le signal d'angoisse avant même que la situation économique redoutée ne soit instaurée. Cette transformation a la valeur d'un premier et important progrès dans les dispositions prises en vue d'assurer l'autoconservation ; elle implique en même temps le passage d'une angoisse produite comme manifestation chaque fois nouvelle, involontairement, automatiquement à sa reproduction intentionnelle comme signal de danger» (Freud, 1926, cité par Missonnier, 2003a, p. 145). Il propose l'idée selon laquelle la crise périnatale, par la réactualisation de la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet de l'enfant à venir, s'accompagne d'une réédition du passage de la douleur corporelle à la douleur psychique qui culmine avec l'accouchement. Cette réactualisation permettrait la mise à jour des conflits de séparation des plus archaïques aux plus élaborés.

c) La douleur permet de masquer les représentations incestueuses

Bydlowski (1997) formule l'hypothèse tout à fait intéressante selon laquelle la douleur de l'accouchement aurait comme fonction de masquer des représentations incestueuses liées à la grossesse. L'enfant serait le fruit d'un désir incestueux envers le père, sa naissance serait sa matérialisation : «Tout se passe comme si la femme enceinte avait transgressé l'interdit de l'inceste, l'avait mis en acte dans son corps» (p. 40) (...) «Tout accouchement même le plus normal, risque de mettre en scène, dans la réalité du corps maternel, ces représentations de l'inceste et du meurtre de son fruit, mais elles restent habituellement refoulées» (p. 41). Aussi, la douleur permettrait de masquer une autre scène, une scène de plaisir. «D'autres faits témoignent indirectement de la présence de ces représentations incestueuses et de leur universalité : ainsi la gêne qu'éprouvent souvent les accoucheurs devant les plaintes et les cris des accouchées, comme si la douleur masquait une autre scène, une scène orgasmique» (p. 42). Concernant le père et l'effroi dont il peut être saisi s'il assiste à l'accouchement, Bydlowski le relie au fait que pour lui, aucune douleur ne vient camoufler là cette représentation incestueuse à laquelle il risque d'être confronté. Bydlowski, enfin, propose de considérer la malédiction biblique punissant le péché originel et instaurant la condition humaine, «tu enfanteras dans la douleur», comme la première formulation de l'inceste (p. 43).

d) La douleur signe une expérience

Pour Szasz (1986), l'accouchement peut être vécu comme une expérience initiatique, c'est-à-dire transformatrice, et la figure centrale de cette sublimation est précisément la douleur. Tentative d'appropriation d'une expérience qui serait vaine pour Leguil (2009) tant

le poids du réel de la science «tend à effacer, à destituer le sujet». «Laiques ou religieuses, les significations de la douleur ne dépendent que de la promotion des idéaux qui les ordonnent. Cette promotion de l'idéal a peu de chance de faire le poids face aux impératifs de savoir du réel d'une science qui, elle, comme la douleur qu'elle veut éradiquer, destitue le sujet.» (p. 143)

3. Le plaisir lors de l'accouchement

Aujourd'hui, les discours ont pris le contre-pied de ceux tenus à l'époque où l'Accouchement Sans Douleur avait le vent en poupe et les accouchements indolores sont regardés comme des exceptions confirmant la règle. On va presque suspecter les parturientes qui ne souffrent pas de déviance. Il en est de même concernant les femmes qui souhaitent une alternative à la proposition dominante d'accouchement à l'hôpital si on se réfère au difficile parcours de l'ouverture des maisons de naissance.

Dans son travail de thèse en Sémiologie, Stéphanie St-Amant (2013) écrit qu'une expérience recherchée par les unes apparaît encore aujourd'hui suspect lorsqu'il s'agit de réclamer un «accouchement naturel», sans hormones ni anesthésiques artificiels. Soit les femmes font par abnégation le choix rétrograde de souffrir «au bénéfice du bébé», victimes d'un nouvel écologisme aliénant (Badinter) – et sont accusées d'antiféminisme – soit elles n'ont que faire du bien-être du bébé et, en mal de sensations fortes, privilégient des expériences dangereuses (tel l'accouchement naturel à domicile) par pur «machisme féministe¹», afin de se prouver leur supériorité. Dans tous les cas, elles sont suspectes.

St-Amant s'interroge : «Mais s'il en était simplement de ne pas vouloir faire le sacrifice d'une expérience intensément sensuelle ?» (p. 365). S'il y en a qui sont touchées et trouvent cela beau, l'exubérante sexualité de l'enfantement et la possibilité d'y éprouver du plaisir suscitent souvent des réactions virulentes. Le récent «spécial bébés» de la revue *Urbania* consacrait ainsi un court article à l'accouchement orgasmique (Bergeron, 2011). L'auteur relève des commentaires et propos tenus sur des blogues «maternité» par les internautes. Pour certains l'idée qu'une femme puisse éprouver du plaisir en accouchant suffit

¹ Une expression utilisée par un médecin dans un article repris d'Associated Press par *Yahoo! News*, commentant la hausse importante du nombre des naissances à domicile aux États-Unis entre 2004 et 2008 : Leanne Italie, « Home birth on the rise by a dramatic 20 percent », 5 juil. 2011 (en ligne : <<http://news.yahoo.com/home-birth-rise-dramatic-20-percent-184157307.html>>), et commenté ici : « And the Misogynist Wins », *Birthing Beautiful Ideas ...Somewhere between reverence and irreverence (blog)*, entrée de 6 juil. 2011 (en ligne : <<http://birthingbeautifulideas.com/?p=3654>>) cité par Stéphanie Saint Amant dans son travail de thèse : *Déconstruire l'accouchement*, 2013, Québec.

à «déprimer sur la nature humaine». D'autres s'offusquent à l'idée que leur mère ait pu avoir du plaisir en les mettant au monde. Ils affirment que cette idée leur donne le «goût de vomir». Un autre a «froid dans le dos à imaginer sa mère à avoir du plaisir à sa naissance». Certains croient même que l'enfant né dans la jouissance «aura besoin d'un psychologue à l'adolescence.» D'autres encore tiennent un discours du type «il y a un temps pour jouir, il y a un temps pour accoucher», reprenant la dichotomie seins érotiques, seins nourriciers.

St-Amant se fait la réflexion suivante : «Un commentaire nous vient immédiatement à l'esprit (très proche de celui de Debra Pascali-Bonaro, réalisatrice du documentaire *Orgasmic Birth : The Best-Kept Secret* (2008)¹ : pourquoi serait-on plus à l'aise avec l'idée que notre mère ait enfanté dans la douleur plutôt que dans le plaisir? Surtout que la douleur n'est pas une nécessité physiologique ou un impératif biologique qui en ferait une composante de la naissance. La jouissance de la mère – dans le continuum grossesse, enfantement, allaitement – reste taboue, irreprésentable et suspecte.»

D. SYNTHÈSE

Douleur et accouchement sont indissociablement liés dans les représentations de la naissance en référence aux douleurs des contractions lors du travail et de l'expulsion. Et ce, en dépit de la variabilité des expériences vécues, des époques, des méthodes d'indolorisation employées. Parmi les facteurs qui ont contribué à la transformation des personnes présentes auprès de la parturiente et transformations des lieux de l'accouchement, figure la mise en pratique des procédés d'anesthésie. Aujourd'hui, contrairement au chloroforme qui était employé lors des accouchements à domicile, l'anesthésie péridurale n'est mise en œuvre que lors des accouchements qui se déroulent en milieu hospitalier. Les femmes qui accouchent en maison de naissance n'en bénéficient pas.

Quelque chose de l'ordre d'une résistance individuelle et collective à envisager l'accouchement sans la douleur nous semble ici à l'œuvre. Plusieurs hypothèses ont été formulées pour tenter d'appréhender ce qui, chez les femmes sur le temps de l'accouchement,

¹ Ce documentaire aborde l'enfantement «naturel» comme une expérience transcendante, de dépassement, jouissive dans un sens large, non exclusivement sexuel. On y voit quelques femmes qui éprouvent du plaisir au moment d'enfanter, mais le film n'est pas uniquement consacré à ces rares expériences. Par ailleurs, d'après un sondage mené par la sage-femme étatsunienne Ina May Gaskin auprès de 151 amies, 32 d'entre elles ont affirmé avoir connu du plaisir sexuel au cours d'au moins un enfantement, soit 21 %. La plupart de ces femmes ont donné naissance dans des conditions peu perturbées (au centre de naissance appelé *The Farm*), mais certaines ont vécu leur accouchement orgasmique à l'hôpital (Gaskin, 2003, citée par St-Amant (2013).

pouvaient expliquer ce phénomène. Parmi les diverses propositions, celles de Claude Revault d'Allonnes qui envisagent la douleur de l'accouchement comme une tentative pour juguler l'angoisse et de Monique Bydlowski, qui considère la douleur comme un moyen de mettre à distance les représentations sexuelles infantiles incestueuses, voire comme la première formulation de l'inceste, ont le plus retenu notre attention.

Une autre idée nous paraît tout à fait pertinente au regard de la suite de notre travail : le caractère insupportable de la représentation de l'éprouvé de plaisir sur le temps de l'accouchement. La femme qui souffre lors de l'accouchement serait sensible, plus raffinée et distinguée, en un sens plus «évolué». La femme qui ne souffre pas, c'est la sauvage, la fille du peuple, ou encore la folle, la perverse. Cette dichotomie n'est pas sans rappeler celle des deux figures de «la madone et de la putain».

II. LA LIAISON PSYCHÉ-SOMA DANS L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT

La recherche et l'échec de la suppression des sensations douloureuses par la mise en place de techniques anesthésiques de l'accouchement nous invitent à examiner comment, dans la littérature, la question des éprouvés corporels, en lien avec l'intégration de l'expérience vécue dans la construction du sentiment continu d'exister au sens de Winnicott, a été abordée. Dans cette partie, nous proposons d'étudier comment les concepts psychanalytiques de pulsion et de représentation et leur articulation avec la constitution de l'image du corps de la femme en travail se montrent pertinents pour la compréhension de notre sujet.

A. LES CONCEPTS DE REPRESENTATION ET DE PULSION

1. Définition générale de la représentation

Selon le *Dictionnaire historique de la langue française*, le terme de représentation est dérivé du latin *repraesentatio-onis* «action de mettre sous les yeux» avant de devenir en moyen français le substantif de représenter, désignant l'action de rendre présent ou sensible quelque chose à l'esprit, à la mémoire, au moyen d'une image, d'une figure, ou d'un signe (image, symbole ou allégorie). Le mot représentation suit le sémantisme de représenter en signifiant tenir la place de quelqu'un. Dans la terminologie philosophique, il désigne l'image fournie à l'entendement par les sens ou la mémoire.

2. Le concept psychanalytique de représentation

Contrairement à la tradition philosophique à laquelle Freud emprunte le terme de représentation, dans la métapsychologie freudienne, la représentation peut être soit de nature consciente, soit de nature inconsciente. A chaque représentation est lié un quantum d'affect ; «dans les fonctions psychiques, quelque chose est à différencier (montant d'affect, somme d'excitation) qui a toutes les propriétés d'une quantité — bien que nous ne possédions aucun moyen de mesurer celle-ci» (Freud, 1894 p. 17). Le concept de représentation est antérieur au concept de pulsion et vient s'articuler à ce dernier. «Une pulsion ne peut jamais devenir objet de la conscience, seul le peut la représentation qui la représente. Mais, même dans l'inconscient, elle ne peut se trouver représentée par rien d'autre que par la représentation» (Freud, 1915b p. 218). La représentation, en psychanalyse, a deux sources : une source endogène : la pulsion qui se fait représenter dans la psyché sous la forme d'un représentant psychique ; et une source endogène et exogène : la trace mnésique, l'inscription psychique de l'événement perceptif dans la mémoire réinvestie libidinalement.

Par ailleurs le travail de liaison entre des représentations conscientes et inconscientes sous-tend les processus de pensée. Freud distingue la représentation de chose et la représentation de mot. Dans le système inconscient, il n'y a que des représentations de chose, alors que dans le système préconscient-conscient, la représentation de chose est associée à la représentation de mot. La représentation consciente et la représentation inconsciente «ne sont pas (...) des inscriptions distinctes du même contenu en des lieux psychiques distincts (...), mais la représentation consciente comprend la représentation de chose plus la représentation de mot afférente, l'inconsciente est la représentation de chose seule» (p. 242). Le système *Pcs* apparaît du fait que cette représentation de chose est surinvestie de par la connexion avec les représentations de mot lui correspondant. Ce sont (...) ces surinvestissements qui entraînent une organisation psychique supérieure, et qui rendent possible le relais du processus primaire par le processus secondaire régnant dans le *Pcs* (...)» (p. 242). La pensée ne devient consciente que par la liaison avec les restes verbaux.

Les représentations de mots sont des restes mnésiques, et surtout auditifs qui furent un jour des perceptions et peuvent, comme tous les restes mnésiques devenir conscients. Le terme de représentation renvoie donc à la fois à la notion de traces mnésiques conscientes ou inconscientes, les traces mnésiques inconscientes composées de représentation de chose étant une des composantes du système inconscient. Dans notre travail de recherche, nous nous

attacherons à la fois aux représentations conscientes et aux représentations inconscientes puisque toutes les deux sont des représentants pulsionnels.

3. La représentance psychique de la pulsion

«La pulsion», écrit-Freud, «est la représentance psychique d'une source de stimulus intrasomatique à l'écoulement continu» (1905, p. 101). Comment comprendre cette notion de représentance psychique ? Comment éclairer cette relation du somatique au psychique ? Dans l'article *Le refoulement*, Freud (1915a), conçoit la pulsion comme un pôle somatique, la pulsion ne se manifesterait pas de façon directe mais trouverait son expression psychique à travers un représentant pulsionnel, constitué de deux composants : la représentation proprement dite : la représentation-représentant de la pulsion et une charge affective, le quantum d'affect. Il faudra distinguer deux destins, deux représentants psychiques de la pulsion : le représentant-représentation (traduit de l'Allemand *Vorstellungsrepräsentanz* par Laplanche et Pontalis en 1967) et le représentant-affect (terme proposé par Green en 1973). La pulsion n'est donc pas en elle-même la traduction psychique d'un stimulus somatique mais elle se fait représenter. Le terme allemand *Vorstellungsrepräsentanz* rend compte de ce processus : composé de deux substantifs *Repräsentanz* au sens de délégation et *Vorstellung* au sens de représentation, il implique l'idée d'une représentation conçue à la fois comme une image et comme une délégation (Saiet 2015, p. 797).

Puisque la pulsion s'inscrit au carrefour du somatique et du psychique, elle reste en tant que telle hors d'action du refoulement. Celui-ci porte uniquement sur les représentants pulsionnels, et plus spécifiquement, sur les représentants-représentations. Contrairement aux représentants-représentations, les affects ne sont pas refoulés mais supprimés de la conscience par le processus de *répression*. Ils peuvent être également maintenus en se déplaçant sur une autre représentation ou encore convertie en angoisse : «ou bien l'affect subsiste — totalement ou en partie — tel quel, ou bien il subit une transformation en un montant d'affect qualitativement autre, principalement en angoisse, ou bien il est réprimé» (1915b, p. 219).

4. Le concept psychanalytique de pulsion

Dès 1899, Freud parle des deux plus puissants ressorts pulsionnels, la faim et l'amour, mais il faut attendre 1905 et les *Trois essais sur la théorie sexuelle*, pour qu'il définisse le terme de pulsion et précise la nature de la pulsion sexuelle, la libido. Il lui apparaît qu'il n'y a plus lieu de la partager entre les versants somatique et psychique. Au contraire, il lui semble qu'elle se répartit sur ces deux versants et que c'est cette position frontière qui la définit au mieux. Sur le plan sexuel, n'importe quel point du corps peut aussi bien être à l'origine d'une pulsion qu'à son aboutissement, comme en témoignent à l'occasion les perversions d'objet. En d'autres termes, n'importe quel lieu du corps peut être ou devenir zone érogène, du moment qu'une pulsion l'investit. Ainsi, Freud définit les pulsions comme étant à l'interface du somatique et du psychique, il souligne leur diversité, leur manque d'unification, indique la fréquence de leur inachèvement et postule dans la première théorie pulsionnelle deux types principaux et opposés de pulsions : les pulsions sexuelles et les pulsions du moi.

Dans *Pulsions et destins des pulsions* (1915c), Freud précise les caractéristiques de la pulsion. Il réaffirme la pulsion comme étant «un concept-frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps et parvenant à l'âme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée à l'animique par suite de sa corrélation avec le corporel» (p. 169).

Puisque la poussée est constante, le but de la pulsion ne peut être atteint que de manière provisoire, la satisfaction n'est jamais complète puisque la tension renaît très vite et que, en fin de compte, l'objet est toujours en partie inadéquat et sa fonction jamais définitivement remplie. C'est ainsi que le destin des pulsions est de ne jamais être satisfaites. La pulsion peut connaître différents destins :

- Le refoulement
- La sublimation
- Le renversement dans le contraire
- Le retournement sur la personne propre
- Le passage de l'activité à la passivité

En 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, à partir des indices fournis par la répétition, Freud fait l'hypothèse d'une pulsion de mort. Il l'oppose à la pulsion de vie et fait de cette dualité le couple fondamental sur lequel repose la seconde théorie pulsionnelle. Les pulsions sexuelles, du moi ou d'objet, viennent alors se ranger, suivant leur fonction, dans

l'une ou l'autre de ces deux catégories, avec cette notion importante que la survie de l'espèce peut être antagoniste de celle de l'individu. À partir de là, le principe général du fonctionnement psychique est réaffirmé, à savoir que l'appareil psychique a pour tâche de réduire au minimum la tension qui croît en lui, notamment du fait des pulsions.

B. L'IMPORTANCE DE LA LIAISON PSYCHE-SOMA

1. La prise de conscience du corps comme prise de conscience de soi

a) L'image de soi

Dès 1959, Wallon souligne l'importance du mouvement et de la vue dans la prise de conscience du corps propre par l'enfant. Après avoir formulé très tôt le concept du stade du miroir, Lacan (1949) a retravaillé toute sa vie sur ce concept. Dans le cadre de ses travaux ultérieurs, il a corrigé certains biais de sa conception d'origine, envisageant moins le stade du miroir comme une étape nécessaire dans le développement de l'enfant, que comme la base de la constitution d'un sujet, divisé entre le je, le sujet de l'inconscient, et le moi, l'instance qui relève de l'image et du social. Zazzo (1973) met en avant la question de l'image spéculaire dans la question de la reconnaissance de soi, prenant ainsi en compte le concept de Lacan sur le stade du miroir.

b) L'image du corps et le schéma corporel

Schildler (1968) propose l'expression *image du corps* en désignant par là une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps. Il définit l'articulation de la réalité biologique du corps avec sa réalité érogène et fantasmatique. Puis Ajuriaguerra (1970, cité par Golse et Simas, 2008, p. 130) définit le schéma corporel : «Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification».

c) L'image inconsciente du corps

Dolto (1984), qualifie l'image inconsciente du corps d'incarnation symbolique inconsciente du *sujet désirant*. L'image du corps serait celle du désir toujours en marche et non l'image que l'autre peut voir. Pour Dolto, le narcissisme véridique lié à l'image du corps

n'est pas d'abord lié à l'image de notre apparence. Cette apparence, que le sujet donne à voir dans certaines situations relationnelles, doit faire plus ou moins fi de son identité désirante sous-jacente (image inconsciente du corps), pour ne pas s'exposer à des risques de rétorsion.

2. Intégration de l'expérience de l'accouchement

Winnicott (1958) décrit le processus de *personnalisation*, face positive de la dépersonnalisation pathologique, comme l'établissement des liens entre le soma et la psyché. Il souligne ainsi l'importance pour les pulsions d'être liées à l'accomplissement corporel. En complémentarité avec ce processus de personnalisation, et à partir de sa pratique auprès d'enfants autistes et d'observations de bébés, Geneviève Haag (1990) évoque le phénomène de *corporéisation*, où les perceptions et les sensations corporelles se constituent en éprouvés qui apportent à l'enfant les ébauches corporelles du sentiment de soi.

Dans la clinique, Revault d'Allonnes (1996) repère des situations dans lesquelles certaines femmes éprouvent une frustration, une déception à la suite d'une naissance qui leur a en partie échappée, une naissance pendant laquelle leur corps n'a pas été totalement impliqué. Ce qu'elle qualifie de «déficit d'inscription somato-psychique de l'expérience» peut être à l'origine de la difficulté de certaines femmes à accepter la séparation à la suite de naissance sous péridurale réussie sur le plan analgésique. Wolf (1998) également retrouve un défaut d'intégration somato-psychique, dans les étapes qui contribuent au développement de psychose puerpérale. Elle met en évidence une forme de violence psychotique vécue au cours de l'accouchement, même si celui-ci s'est passé «normalement», qui est du registre de la dépossession corporelle et se manifesterait sous la forme d'angoisse de morcellement mais aussi par des sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation.

Pour Alberto Konicheckis (2010) ce sont bien ces deux processus, la *personnalisation* et la *corporéisation*, qui permettraient d'intégrer l'expérience de l'accouchement. Les éprouvés corporel de la mère rendraient possible les éprouvés relationnels avec son enfant. Si l'expérience de l'accouchement n'est pas suffisamment intégrée «les sentiments d'irréalité et de dépersonnalisation risquent (...) de se manifester aussi lors des premiers liens avec son enfant» (p. 103).

3. Image inconsciente du corps de la femme en travail

La notion d'image inconsciente du corps de Dolto (1984) nous permet d'éclairer celle d'élaboration corporelle de Revault d'Allones (1991). «Il faut nous rappeler que si le corps est une réalité, l'image du corps en est une autre» (p. 97). Il y a le corps en apparence d'une part et il y a le corps vécu de l'autre, qui n'est pas fait seulement de chair mais aussi d'émotions. Claude Revault d'Allones propose trois niveaux d'élaboration du corps : apparent, imaginaire et symbolique. Et elle ajoute : «sans le rôle des fantasmes, de l'imaginaire, de l'archaïque, comment comprendre les significations pour une femme de la piqûre (effraction sadique), de l'épisiotomie (couper et coudre), de la césarienne (ouvrir le ventre-armoire comme on le fit pour le méchant loup, ouverture dont le nombril reste la cicatrice ou la clé) ?» (p. 98).

Si la transformation du corps a été rapide pendant la grossesse, celle qui intervient au moment de la mise au monde de l'enfant est bien plus brutale encore. Pour Prieur-Richard (2010), ce moment de l'accouchement est travaillé par ce qu'elle qualifie d'une «dilatation de la vie psychique» et qui correspond à l'afflux d'une multitude d'images, réveillées aux abords de l'épreuve. Prieur-Richard le rappelle : le sexe anatomique féminin comprend les petites lèvres, la vulve, le clitoris, l'hymen (avant une première pénétration), le vagin, le col de l'utérus, l'utérus, les trompes et les ovaires. Chaque élément de ce sexe anatomique dont on a l'habitude de signaler essentiellement vagin, clitoris et utérus est investi de multiples manières au fil de la maturation sexuelle féminine, et selon la culture dans laquelle une personne évolue. «Toute la génitalité à venir, écrit-elle, est en germe dans les images inconscientes du corps de la petite fille». Ses sensations intimes mêlées à d'innombrables fantasmes maillent dès son tout jeune âge et étoffent son identité sexuelle et sexuée. Sa sexualité génitale future s'étaye sur ces premières sensations, émotions et fantasmes, à travers les innombrables images du corps dans sa psyché.

Chez la femme, l'imaginaire corporel infantile concernant l'accouchement est très vif dans le souvenir et peut grandement imprégner, s'il a été peu remanié, son expérience de l'accouchement à l'âge adulte. Pour Prieur-Richard, les images du corps dans la vie psychique féminine concernant l'accouchement sont extrêmement travaillées par cette fantasmagorie de la violence, de l'épreuve et de la douleur. Prieur-Richard écrit «les éléments consubstantiels à la génitalité féminine qui sont l'effraction et un minimum de violence subie et érotiquement transformée dans l'échange avec un partenaire se retrouvent dans l'expérience de l'accouchement et garantissent de la capacité psychique de la femme à supporter cette épreuve» (Prieur-Richard, 2010, p. 20).

Pour Prieur-Richard, «toujours la traversée du sexe maternel sera questionnée, par les traces dans l'inconscient de l'enfant, et par l'expérience de jouissance du côté de la mère» (Prieur-Richard, 2010, p. 25). Prieur-Richard évoque également dans son article les situations d'un certain nombre de femmes qui témoignent comment, lors de leur accouchement, la douleur très violente et insupportable s'est, au moment de l'expulsion, soudainement muée en plaisir sexuel intense. Cette traversée par l'enfant du sexe maternel et l'afflux de sensations vaginales extrêmement vives est, écrit-elle, «une des raisons qui conduit la psyché humaine, ainsi que les mythes fondateurs de nos civilisations, à mettre en place refoulement, tabous, ainsi que divers mécanismes de défense tels que clivage et idéalisation pour penser la mise au monde d'un enfant» (Prieur-Richard, 2010, p. 41).

De son côté, Brun (2011) interroge les traces que laisse, chez la petite fille cette fois, sa proximité avec le corps de sa mère ; petite fille à la fois déçue et comblée par l'aptitude à la maternité de la mère, l'élasticité de son corps qui grossit, qui s'arrondit au fil des grossesses. Chaque enfant est en grande proximité avec le corps de la mère. Les filles y ont un accès différent puisqu'elles sont faites comme leur mère et elles portent en elles pour toujours les traces de ces premiers échanges. Pour Brun, cette identification à la mère passe par le corps, elle se focalise sur le corps et sur l'aptitude de la mère à la maternité. Il ne s'agit pas d'une obsession, mais d'une idée durable avec des traces dont maintes femmes voudraient se débarrasser sans y parvenir. Le corps de la mère, écrit-elle, «est pour la petite fille un lieu d'envie comme de répugnance. Mais il la fascine tout de même comme un vêtement trop grand pour elle qu'elle voudrait quand même porter, ce qui ne lui est pas possible à ce moment précoce de sa vie» (Brun, 2011, p. 12).

Belot (2014) enfin, s'est interrogée sur l'impact de l'expérience de l'accouchement et l'accueil d'un bébé et sa résonance sur l'image de soi, l'image du corps et sa représentation. Elle a mené une recherche portant sur les protocoles Rorschach chez une population de 26 femmes «tout-venant» dépourvues de troubles psychopathologiques en période postnatale. Elle a observé des contenus de réponse tout à fait particuliers, exprimant une préoccupation corporelle, la prééminence de l'événement naissance, et son impact au plan psychique. Elle a pu également mettre en avant d'autres aspects tels que des déstabilisations psychiques, parfois identitaires, et l'émergence de nombreux processus primaires.

C. SYNTHÈSE

Freud définit la pulsion comme «concept limite» entre le somatique et le psychique. La pulsion est ce mouvement qui représente, mandate, traduit, délègue les excitations somatiques dans le psychique qui se constitue du fait même de cette opération. Les représentations de nature conscientes et inconscientes seraient à la fois traitées par l'appareil psychique et le résultat d'un traitement antérieur.

Par ailleurs, l'expérience de l'accouchement constitue une mise à l'épreuve des limites du corps par l'ouverture du sexe ou la traversée du sexe par le corps de l'enfant. L'intégration psychique de ces diverses étapes serait nécessaire pour que la femme puisse représenter elle-même comme ayant accouché d'une part et comme étant toujours la même d'autre part. L'existence des éprouvés et des sensations serait le fondement du sentiment continu d'exister, au sens de Winnicott, de la femme sur le temps de l'accouchement. Mais les éprouvés ne seraient pas des éléments bruts. Ils seraient secondaires à l'existence de représentations préexistantes, elles-mêmes résultant des pulsions qu'elles viendraient représenter.

Sur le temps de l'accouchement, l'appareil psychique serait contraint de traiter l'afflux pulsionnel endogène, tendant vers la satisfaction de désirs inconscients par la mise en place de mécanismes de défense au service de la préservation du sentiment continu d'exister. Il ne pourrait pas s'y soustraire. Dans le même temps, il aurait à traiter l'afflux d'excitation provoqué par les contractions utérines et le passage de l'enfant par la filière génitale perçu le plus souvent comme très douloureux, et comme provenant de source endogène et exogène.

L'étude de la dimension pulsionnelle en tant que liaison du somatique et du psychique nous ouvre une possibilité d'appréhender l'expérience de l'accouchement sur son versant économique, c'est-à-dire sur sa potentialité désorganisatrice lors de son déroulement «normal». La femme qui accouche se retrouverait aux prises entre d'une part la nécessité d'éprouver l'expérience pour l'intégrer et d'autre part le risque d'être débordée économiquement par les sensations et des émotions éprouvées qu'elles figurent sur le versant du plaisir ou du déplaisir.

III. LA MISE À L'ÉPREUVE DE LA PSYCHÉ

A. LE VERSANT MATERNEL DU TRAUMATISME DE LA NAISSANCE

1. La distinction trauma, traumatique, traumatisme

Rank propose l'idée que la naissance est un traumatisme, prototype de toutes les angoisses ultérieures, ce que Freud récuse absolument. Comme le rappelle Missonnier (2005), c'est Winnicott qui «emporte la mise» en proposant l'idée que la naissance peut être traumatique si l'amplitude de l'empiètement produit à cette occasion dépasse celle que peut supporter le bébé, si le fœtus/bébé éprouve une rupture de sa continuité d'exister : «Avec Winnicott, nous refusons donc l'équation naissance = traumatisme». Il y a, selon les situations, des naissances traumatiques pour le bébé soumis à cette occasion à un empiètement synonyme de discontinuité de son soi périnatal et d'autres sources d'agonies primitives» (p. 42).

Qu'en est-il de la question de l'effraction, de l'empiètement, des limites, du sentiment continu d'exister chez la femme devenant mère lors de l'accouchement ?

La notion de trauma est à l'origine de la psychanalyse car Freud voit dans le trauma d'une séduction sexuelle infantile l'étiologie des névroses et s'oppose en cela au tenant d'une étiologie héréditaire ou organique. La théorie de la séduction renvoie à l'idée d'un traumatisme dans l'après-coup et en deux temps. Le premier temps est constitué par une scène sexuelle vécue ou fantasmée dans l'enfance : séduction par un adulte mais qui n'a pas alors pour l'enfant de signification sexuelle. Le second temps présente certaines analogies avec le premier ; mais cette fois du fait que la puberté est advenue, l'émotion sexuelle est possible, émotion que le sujet rattache consciemment à ce second événement alors qu'elle est en réalité provoquée par le souvenir du premier. Dans cette perspective c'est la seconde scène qui donne à la première sa valeur pathogène. Lorsque Freud abandonne en 1897 sa *Neurotica* et fait l'hypothèse que le fantasme de séduction est formé par l'hystérique, il donne au trauma une nouvelle lecture : celle d'un trauma psychique d'origine interne. C'est la confrontation réelle ou fantasmée au sexuel qui fait effraction et la production de symptômes qui en découle est une tentative pour maîtriser l'afflux d'excitation qu'elle entraîne.

Dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), la définition économique du traumatisme comme effraction est reprise : c'est l'incapacité de l'appareil psychique à liquider la surcharge

pulsionnelle qui fait le traumatisme. Freud insiste sur le rôle protecteur de l'angoisse et l'idée que c'est l'impréparation qui serait à l'origine du trauma : «Angoisse désigne un certain état, tel que attente du danger et préparation à celui-ci, fût-il inconnu ; peur réclame un objet déterminé dont on a peur ; effroi, pour sa part, dénomme l'état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé, mettant l'accent sur le facteur de surprise» (1920a, p. 282).

La force du choc et l'impréparation de l'appareil psychique par l'angoisse seraient à l'origine de l'apparition des névroses traumatiques. La notion de traumatisme vient finalement prendre dans la théorie de l'angoisse tel qu'*Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) la renouvelle, et plus généralement dans la seconde topique, une valeur accrue, hors de toute référence à la névrose traumatique proprement dite. Le moi déclenchant le signal d'angoisse cherche à éviter d'être débordé par le surgissement de l'angoisse automatique qui définit la situation traumatique dans laquelle le moi est sans recours. Le moi est alors attaqué du dedans, c'est-à-dire par les excitations pulsionnelles, comme il l'est du dehors. Dans la seconde théorie des pulsions, «le moi est obligé de se mettre sur la défensive contre certaines motions pulsionnelles du ça, de les traiter comme des dangers. (...) Il ne peut écarter défensivement le danger de pulsion qu'en restreignant sa propre organisation et en s'accommodant de la formation d'un symptôme comme substitut du préjudice porté par lui-même à la pulsion» (p. 270).

La dimension traumatique de l'accouchement pourrait être envisagée de deux façons complémentaires. Selon la première théorie des pulsions, une confrontation fantasmée au sexuel ferait effraction entraînant une production de symptômes. Au regard de la seconde théorie des pulsions, la dimension économique du trauma serait constituée par un afflux massif, un débordement pulsionnel du ça favorisé par la levée partielle du refoulement caractéristique de la fin de la grossesse, ce que Monique Bydlowski (1997) a conceptualisé sous le terme de *transparence psychique*.

2. Le concept de crise pour penser l'accouchement

Selon Daniel Stern (1997), cité par Marie-Josée Mouras (2003, p. 48), la maternité serait une crise dont l'accouchement représenterait le paroxysme : «Il s'agit d'une expérience existentielle unique pour la femme : devenir mère dans son corps et dans sa psyché.» René Kaës (2004) définit la crise comme un «changement brusque et décisif dans le cours d'un

processus». Pour lui, le vécu de la crise introduit la notion de rupture : il s'agit là d'une séparation, d'un arrachement. L'idée de crise est associée à celle d'une attaque mortifère, d'une attaque vitale. La crise serait la manifestation d'un conflit qui appellerait l'urgence d'un traitement. Conflit, menace vitale, séparation, sont des notions qui sont toutes convoquées dans le travail d'accouchement.

Pour Jacqueline Schaeffer (2005), la crise est une sortie du moi, une ekstasis. Elle est un moment de rupture, un débordement du moi par un excès d'excitations ou un envahissement pulsionnel, un ébranlement des moyens défensifs habituellement mis en œuvre par l'individu, et une urgence de réorganisation. Le facteur quantitatif, économique y est prévalent. La crise peut avoir un potentiel désorganisateur, si les assises narcissiques sont fragiles et si les traumatismes antérieurs mal élaborés se réactivent sans possibilité de réorganisation en après-coup. Mais la crise est surtout une chance de mise au travail psychique, de mise à l'épreuve des capacités de séparation et de deuil, une chance pour la psyché de se nourrir de l'envahissement pulsionnel, de tester la qualité du noyau de masochisme primaire, gardien de vie et de jouissance, une chance de vivre des expériences de vie et de rencontre, de confrontation à la destinée humaine. L'absence de crise, lors de la traversée des épreuves de la vie : celles de la perception de la différence des sexes, du conflit œdipien, de la puberté, de la relation sexuelle, ou de la ménopause, peut renvoyer, écrit Schaeffer, à un évitement de la conflictualité et à des difficultés de remaniement psychique.

René Roussillon (2010) écrit : «il n'y a pas de développement sans que le sujet ne rencontre des problématiques intrapsychiques et intersubjectives» (p. 238). Il cite les problématiques liées à l'intégration des différences : différence moi/non-moi, différences des sexes, différences des générations, différence entre sexualité infantile et sexualité adulte. Ces problématiques «mettent en crise» la psyché ; c'est-à-dire, l'oblige à des réorganisations, à des remaniements. Ce travail de réorganisation repose sur des capacités internes du sujet, mais aussi sur des conditions d'environnement. Quand celles-ci, au-dedans et/ou au-dehors, sont entravées, la crise ne peut être traitée, la psyché ne peut métaboliser les expériences liées à la crise et celle-ci prend une valeur traumatique. C'est alors, nous dit-il, que sont «éprouvés des mécanismes de défense post-traumatiques» (p. 238).

Différence moi/non-moi, différences des sexes, différences des générations, différence entre sexualité infantile et sexualité adulte : ne sont-elles pas, ces différences, convoquées par l'expérience de l'accouchement ? Une crise certes, à l'issue incertaine, une opportunité, une chance, comme le dit Jacqueline Schaeffer pour la psyché de se nourrir de l'envahissement pulsionnel.

3. La névrose traumatique post-obstétricale

Régine Prat (1996), propose de considérer les réactions de la mère — psychopathologiques ou non — après la naissance comme la traduction du bouleversement et de l'impossibilité, ou la difficulté du psychisme à se réorganiser pour faire face au nouvel aspect de la réalité. Elle soutient l'idée que ces «réactions pourraient être envisagées comme la traduction d'un bouleversement de l'organisation psychique» signant alors les effets d'un traumatisme (p. 20).

Concernant l'expérience de l'accouchement, Bydlowski (1997) a mis en évidence une névrose post-traumatique d'un genre particulier : la névrose traumatique post-obstétricale. Elle correspond à l'apparition de symptômes de névroses post-traumatiques de femmes enceintes dans l'après-coup d'une grossesse précédente menée à terme mais dramatiquement achevée. Ce qui est caractéristique c'est que le premier accouchement a été appréhendé sans angoisse. En revanche, dans tous les cas, l'accouchement antérieur a été long et difficile ; qu'il ait ou non justifié des manœuvres obstétricales, il a laissé à la patiente un souvenir très traumatique. Bydlowski rapporte l'émergence de symptôme de névrose traumatique, notamment vers le huitième mois de grossesse, lorsque l'accouchement approche inéluctablement. Celle-ci se traduit par des rêves qui ont la particularité d'être répétitifs et stéréotypés chez chacune. Le même texte onirique et sa tonalité affective terrifiante ramènent constamment la femme à l'événement traumatique initial, constitué par l'accouchement antérieur. «Cet accouchement fonctionne donc comme un trauma, au sens fort de ce terme : effraction dans l'économie psychique, rupture de la barrière des défenses du Moi» (p. 33).

La névrose traumatique post-obstétricale soulève alors deux questions : celle de la fonction protectrice du moi de l'apparition de l'angoisse signal et celle des mécanismes qui entravent son apparition. Monique Bydlowski a mis en évidence un état psychique particulier de la fin de grossesse, un état de transparence, d'une grande perméabilité aux représentations inconscientes, conceptualisé sous le terme de *transparence psychique*. Cette levée partielle du refoulement, écrit-elle, «entraîne la femme, attaquée à la fois par les excitations endosomatiques liées à la présence de l'enfant et par les représentations incestueuses qui s'y attachent, à déclencher ce signal d'angoisse : l'appréhension, la peur d'accoucher, pour éviter d'être débordée» (p. 42).

La névrose traumatique post-obstétricale fait écho à un important courant de recherche en psychologie cognitive sur le syndrome de stress post-traumatique post-obstétrical. De

nombreuses études ont été menées dans ce champ afin de mettre en lien des événements de vie traumatique ou non, le déroulement de l'accouchement, l'existence éventuelle d'une psychopathologie maternelle et la survenue des symptômes. Ces études, montrant une prévalence allant de 1,9% à 5,6%, concluent sur le fait que la manifestation d'épisode de stress post-traumatique est majoritairement liée à une perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information sur les procédures mises en place (Wijma, K., Söderquist, Wijma, B., 1997 ; Ayers et Pickering, 2001 ; Soet, Brack, DiIorio, 2003 ; Söderquist, Wijma, B., Thorbert, Wijma, K., 2009 ; Czarnocka et Slade, 2000 ; Creedy, Shochet, Horsfall, 2000 ; Zaers, Waschke, Ehlert, 2008).

Ces expériences qui mettent la psyché en crise ne seraient pas en elles-mêmes traumatiques et seule l'issue de la crise permettrait de définir si elle a été traumatique ou si elle a été structurante, et ceci en fonction de ce que le sujet aura pu en faire et de la manière dont il se la sera appropriée. Le concept de crise nous permet de faire la distinction entre trauma, l'expérience qui met la psyché en crise, le choc violent, désorganisateur, et traumatisme, l'échec de la réorganisation pour y faire face. Il ouvre également sur une compréhension multifactorielle du processus. Dans cette optique, l'accouchement, crise dans la crise que constitue la grossesse, ne serait pas traumatique en-soi mais contiendrait tous les éléments susceptibles pour qu'ils le deviennent si la réorganisation psychique pour y faire face échouait.

B. LES REMANIEMENTS PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

1. Les remaniements psychiques de la grossesse

La plupart des psychanalystes qui se sont intéressés à la période de la grossesse s'accordent pour la qualifier de crise psychique conduisant soit à une régression aux stades précœdipiens, soit à un nouveau niveau d'organisation (à l'image d'une phase de développement). Ils conviennent aussi que l'expérience de la grossesse se caractérise par une série de remaniements psychiques. La période prénatale est source d'intenses bouleversements psychiques et émotionnels constituant chez la femme devenant mère une période de crise identitaire.

a) Une étape du développement psychosexuel

Deutsch est l'une des premières à s'intéresser aux modifications psychiques que provoque la grossesse et soutient l'idée que la femme est soumise, au cours de sa vie, à diverses blessures narcissiques, notamment par l'arrivée des menstruations et par l'acte de défloration. L'enfant serait alors vécu comme une compensation face à ces traumatismes. De plus, la grossesse raviverait des fantasmes infantiles, notamment le fantasme de fécondation orale ou anale ; l'enfant serait un objet introjecté, il entrerait dans le moi de la femme qui se trouverait ainsi enrichi. L'enfant deviendrait alors d'une part, une composante du moi et d'autre part, il resterait en partie en dehors du moi puisqu'il représenterait une partie extérieure. Deutsch rappelle alors que l'Œdipe est toujours présent, il est même réanimé : «la constellation œdipienne fait que l'enfant devient l'objet de l'amour que sa mère porte à son père à elle» (1925, p. 77). Mais, des tendances hostiles peuvent aussi émerger et se diriger contre l'enfant et différentes manifestations somatiques témoigneraient de cette ambivalence. Ainsi, elle prend pour exemple les manifestations orales tels que les nausées et les vomissements. Pour Deutsch une grande partie de la libido narcissique est investie sur l'enfant à venir, et celle-ci s'atténue lorsque la grossesse est bien avancée et que la femme commence à sentir son bébé bouger. La composante narcissique de la libido atteint alors un niveau supérieur : elle se trouve génitalisée, l'enfant devient une incarnation de l'idéal du moi, elle se fonde à partir de l'introjection du père. Deutsch décrit deux types de femmes qui correspondent à des réactions psychiques caractéristiques lors de la grossesse. Les premières réagissent à la grossesse par un mouvement dépressif tandis que les secondes seraient très épanouies durant la grossesse et se trouveraient dans une sorte de «perfection physique et psychique» (p. 83).

Bibring (1959), compare les profonds changements de la première grossesse aux modifications relatives aux deux autres phases critiques du développement psychosexuel de la femme : la puberté et la ménopause. La période périnatale est ainsi l'occasion de rencontres de femmes aux «structures psychiques aussi labiles, mouvantes et fragiles que dans l'adolescence», évocatrices de la psychose ou de la prépsychose, mais réagissant très favorablement à des mesures psychothérapeutiques limitées. Les amples virements d'investissements de l'état puerpéral, les déplacements qui s'y opèrent du centre de gravité de la personnalité, la plongée régressive font effectivement de la période périnatale un moment où l'organisation du moi et de la personnalité peut ressembler très transitoirement à celle qui se cristallise dans les états psychotiques : le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défense élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel, le sens de

l'identité personnelle devient fluctuant et fragile, et la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. Bibring (Bibring, 1959 ; Bibring, Dwyer, Huntington, Valenstein, 1961) considère deux périodes de la gestation qui chacune font l'objet de «tâches adaptatives» particulières. La première de ces tâches concerne l'acceptation de l'embryon, puis du fœtus en tant que partie intégrante du soi. La femme vit une expérience psychologique de fusion avec le fœtus pendant les premiers mois de la grossesse jusqu'à la perception des mouvements fœtaux. Ces derniers représentent un événement qui s'impose à la femme et l'oblige à reconnaître l'existence d'un enfant à l'intérieur de son corps, qui devient de plus en plus autonome. A partir de là, la femme affronte la deuxième tâche adaptative qui lui permet de réorganiser ses relations objectales et de se préparer à la naissance-séparation de l'enfant.

Pines (1972, 1982) fait également de la grossesse une étape fondamentale de la construction de l'identité féminine, dans la mesure où elle représente un espace de vérification pour la femme, qui lui donne la possibilité d'élaborer de façon substantielle le processus de séparation-individuation (Mahler, Pine, Bergman, 1975), notamment par rapport à sa propre mère. Dans les cas les plus favorables, la femme parvient par la maternité à une individuation d'elle-même plus grande et mieux articulée en tant que femme et mère, grâce à une différenciation de ses propres limites et de son espace intérieur par rapport à sa mère, à son partenaire et aux autres figures significatives.

b) Un état psychique temporaire

En 1956, dans son article intitulé *La préoccupation maternelle primaire*, Winnicott décrit cet état particulier de la mère qui «se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin» ; cet état «dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant» (1956, p. 287). Il le compare à un état de repli, de dissociation qui permet à la mère de s'adapter et de répondre aux besoins de son enfant. Cette préoccupation maternelle primaire offre un cadre à l'enfant permettant à celui-ci l'établissement de son moi.

Stern définit par le terme *constellation maternelle* un état psychique temporaire de la mère qui apparaîtrait pendant la grossesse et demeurerait quelques mois après la naissance de l'enfant. Cet état se caractériserait par une série de comportements, fantasmes, peurs, désirs et pensées spécifiques et relatives à l'expérience de la maternité. L'auteur précise que la constellation maternelle devient «l'axe d'organisation dominant de la vie psychique de la mère» (1997, p. 223). Celle-ci s'organise autour de trois préoccupations constituant alors une triade psychique et portant sur le thème «de la croissance de la vie», «de la relation primaire »

et «de la réorganisation identitaire» (p. 225). Le monde représentationnel des parents est décrit en termes de «schémas d'être avec», ces schémas étant constitués sur la base d'interactions, secondairement remaniées sur le plan imaginaire et fantasmatique...

c) Un processus psycho-affectif

Racamier (1961) propose le terme de *maternalité* pour caractériser l'ensemble des remaniements concomitants à l'accession à la maternité et en marquer l'aspect dynamique, puisqu'elle constitue, pour lui aussi, une authentique phase de développement psycho-affectif de la personnalité féminine. «On définira la *maternalité* comme l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité (...) c'est une crise d'identité». «Elle se situe dans le prolongement des phases antérieures, et son destin en dépend d'une façon étroite. Les assises pulsionnelles et conflictuelles de la personnalité trouvent toutes à s'exprimer dans l'expérience de la maternité. Elles s'y remanient, et normalement, y prennent une forme et une solution nouvelle : c'est ce pouvoir réintégrateur de la *maternalité* qui lui vaut sa qualité de phase de développement.» Comparable à celle de l'adolescence, cette «crise maturative» associe des mouvements hormonaux de grande envergure, une remise en cause des conflits infantiles, des investissements libidinaux antérieurs et des identifications précoces, de grandes variations des états du moi et de la représentation de soi, des positions relationnelles nouvelles et des réalisations concrètes socialement importantes. Pour lui, cependant, les «processus de la *maternalité* dépassent sur bien des points en ampleur ceux de l'adolescence, sans compter que la réalisation concrète afférente est de bien plus de poids». A partir de son travail sur les psychoses du post-partum, Racamier (1979) affirme que les «psychoses puerpérales» se développent aussitôt ou peu de temps après l'accouchement. Il présente les psychoses du post-partum comme des accidents ou des ratés du processus de crise propre à la maternité : il s'agit de maternités avortées dans leur processus même. La désidérialisation, l'inadéquation entre «bébé réel» et «bébé imaginaire» serait l'une des causes majeures de la décompensation, et ce d'autant plus qu'aucune image n'a été produite lors de la grossesse.

Pour Bydlowski le refoulement est en crise. Pendant la grossesse, il laisse passer toutes sortes de motions qui normalement ne filtreraient pas et resteraient complètement inconscientes (1990, p. 20). Ce faisant, Bydlowski décrit ce qu'elle nomme une période de *transparence psychique*, qui apparaîtrait autour du 7^{ème} mois, moment où des fragments de l'inconscient viendraient à la conscience. Elle compare d'ailleurs la grossesse au rêve : c'est une circonstance de la vie où intervient un remaniement psychique très important, avec une

certain levée du refoulement normal qui préside à la vie psychique habituelle, quotidienne (p. 20).

Missonnier (2003b) préfère parler de *fonctionnement psychique maternel placentaire* pour décrire ce phénomène psychique. Il tient ainsi à souligner la fonction nourricière et créatrice de cet investissement psychique : «Je propose pour ma part, la métaphore de fonctionnement psychique placentaire pour bien mettre en exergue sa finalité fonctionnelle de gestation psychique de la contenance et de l'interaction avec l'enfant à venir aux prix d'une renégociation du narcissisme primaire maternel dont le fœtus est, au départ, une incarnation» (p. 45).

Différents stades du processus de grossesse ont été décrits. Mais peu de choses ont été écrites sur l'accouchement à proprement parler. Cependant c'est un phénomène qui a sa temporalité propre en raison de sa durée, bien sûr, mais également de l'état de conscience très particulier dans lequel se trouve la femme en travail.

2. Les remaniements psychiques de l'accouchement

a) Négociation entre activité et passivité

Pour Hélène Deutsch (1945), l'accouchement est le siège d'une négociation potentiellement conflictuelle entre deux forces opposées que sont la contraction et le relâchement musculaire de l'utérus et des muscles périnéaux. Contraction et relâchement sont tous les deux indépendants de la volonté de la parturiente et cependant contribuent ensemble au bon déroulement du travail. Afin d'appréhender les phénomènes psychologiques de la naissance proprement dite, Deutsch (1945) propose de s'intéresser particulièrement chez l'accouchée aux penchants pour la passivité et aux penchants pour l'activité, à la dimension quantitative de ses penchants, et à la modalité selon laquelle ils se manifestent. Elle propose d'articuler ces derniers avec les deux phases de l'accouchement. La dilatation qui fait appel au penchant pour la passivité de la femme et la phase d'expulsion qui renvoie au penchant pour l'activité. «Durant la première phase de l'accouchement (la dilatation), la femme la plus active elle-même devra se soumettre entièrement aux forces intérieures ; endurer le processus passivement, patiemment, en y collaborant, telle est sa seule tâche. Il est des femmes qui ne peuvent accepter cette attitude. (...) La situation est différente au cours de la phase d'expulsion» (p. 197-198).

b) Réactivation du stade urétral

Selon Judith Kestenberg (1956), la grossesse est composée de trois phases : l'incorporation, la rétention et l'expulsion. Les représentations du vagin lors des différents stades développementaux contribuent aux différentes fonctions du rôle de mère. La représentation orale est à la source du désir d'incorporation vaginale nécessaire à l'initiation de la grossesse. La représentation anale contribue aux aspects de rétention de la grossesse et, avec les images urétrales, elle sert de modèle pour l'expulsion lors de l'accouchement. La séquence des régressions orale, anale et urétrale de chacune des trois phases de la grossesse correspond à celle des phases développementales de l'enfance. A l'approche de l'accouchement, des tendances régressives urétrales combinées à l'anticipation de la perte des eaux peuvent s'exprimer par la crainte d'accoucher prématurément en urinant.

c) Résurgences d'angoisses spécifiques en fonction des phases du travail

David Friedman (1975) décrit trois phases de stress durant le travail et l'accouchement. Premièrement, la séparation imminente du fœtus fait renaître l'angoisse de séparation et la peur des étrangers pouvant s'exprimer par la crainte de l'hôpital. La deuxième phase de stress, qui survient durant la dilatation maximale du col, est marquée par la peur d'être blessée par les mouvements du fœtus. La troisième phase de stress prédomine durant l'expulsion et concerne la perte des organes génitaux qui pourraient sortir avec le bébé.

d) Réactivation du fonctionnement névrotique et psychotique de la personnalité

Enfin, pour Régine Prat (2008) il existerait deux phases, deux étapes différenciées sur le plan des processus psychiques en jeu : la période de travail et la période d'expulsion. La période de travail renvoie aux aspects de contrôle sur soi alors que la phase d'expulsion sera vécue comme faisant perdre tout sens, confrontant à un vécu brut d'explosion, de mise à mort, de mise en morceaux. Les vécus très différents de ces deux phases par les femmes témoignent de leur ancrage dans des zones de fonctionnement psychique différentes, où sont en jeu la perte ou le maintien possible d'un sens. Prat propose de distinguer la phase de travail qui serait en lien avec la partie névrotico-normale de la personnalité, et la phase d'expulsion qui serait au contraire en lien avec la partie psychotique. «Les deux coexistent en chacun de nous», écrit-elle, et «sont susceptibles d'être *réveillées* par la nature de l'expérience vécue» (p. 156).

C. LES REPRESENTATIONS SUSCEPTIBLES DE FAIRE EFFRACTION DANS LA PSYCHE

Bibring (1961) considère que le moment de l'accouchement, par l'effraction corporelle qu'il comporte, est à l'origine de l'émergence de représentations spécifiques plus ou moins méconnues et refoulées mais généralisables d'un cas à l'autre. Bydlowski (1997) postule l'existence de représentations mentales activées par l'épreuve somatique du travail utérin. Elles restent inconscientes la plupart des cas, écrit-elle, mais lorsque, rarement, «ces représentations font irruption au conscient, l'accouchement risque de basculer dans la pathologie et devenir traumatique au plan psychique» (p. 30). Comment ces dimensions ont-elles été explorées dans la littérature ?

1. La confrontation à la mort

A chaque nouvelle grossesse, le risque demeure et les vœux de déroulement d'une bonne grossesse, adressés hier à Dieu ou aux dieux sont adressés aujourd'hui à la médecine. L'offre d'assistance à la femme qui accouche n'a pas décliné — au contraire — et le nombre des intervenants en salle de travail en témoigne, rendant l'expérience à la fois paradoxalement plus sûre et plus angoissante. Hélène Deutsch (1945) affirme que toutes les peurs autour de l'accouchement renvoient à la peur de la mort même quand les dangers réels sont écartés. «La peur que la femme a de la mort n'a pourtant pas été éliminée avec les dangers réels. Elle n'a fait que transférer ses raisons de la réalité sur la vie psychique» (p. 188). Elle affirme que «toutes ces peurs ne sont que des déclenchements ou des intensifications d'une peur profonde et héréditaire de la mort qui accompagne la vie nouvelle s'éveillant dans le corps de la mère». Elle rappelle que la femme, qu'elle le veuille ou non, «elle qui aura créé cette vie nouvelle devra subir sa force» (p. 192). Cette force est en elle et pourtant inconnue et irrésistible. Elle met en avant la similitude entre mort et naissance : «Cette certitude d'un événement qui arrivera à une date précise, dont on dépend et qu'on ne peut néanmoins influencer, ce mélange de puissance et de soumission, tout cela a quelque chose de fatal, d'inévitable, comme la mort» (p. 192). Aussi, pour Hélène Deutsch une source importante de la peur de mourir dans l'accouchement résiderait dans une relation de la femme avec sa mère non résolue et chargée de culpabilité. C'est ainsi qu'elle explique l'importance de la présence de la mère de la patiente, présence qui a longtemps été de règle.

Bydlowski (1997) s'appuie sur cette idée développée chez Deutsch que les femmes pressentent qu'en produisant une vie nouvelle elles s'exposent à une menace qui fait partie

d'un destin humain irréductible. «Elles le sentent d'autant plus que le prix de cette sécurité émotionnelle est lourd : tous les examens du cortège de la prévention moderne (échographie, monitoring, etc.) font surgir l'idée de la mort intercurrente, de l'anomalie, du handicap néonatal» (p. 14). Elle considère avec justesse que les praticiens de la naissance polarisent ainsi leur activité vers la protection de la vie, tant est puissante leur intuition d'un danger de mort omniprésent.

Drina Candilis-Huisman (2011) s'intéresse au temps de la délivrance pour approcher au plus près ce qu'elle nomme «le versant maternel du trauma» (p. 35). A propos de l'accouchement elle écrit : «Ce passage ne peut pas faire l'économie de l'angoisse de mort, représentée dans les hémorragies de la délivrance par l'horreur de la sensation de vidage» (p. 38). Les hémorragies de la délivrance seraient, pour Candilis-Huisman, une situation paradigmatique pour aborder les éprouvés de vidage concomitants à la mise au monde d'un enfant : la perte des eaux, l'expulsion du fœtus, l'expulsion du placenta et enfin le sang des couches.

2. La confrontation à la perte

Il nous semble que l'accouchement, du fait qu'il vient matérialiser la séparation, va mobiliser très fortement chez la femme la capacité de traitement de la perte et réactualiser des pertes antérieures dans toutes leurs dimensions : castration, perte d'objet et perte d'amour de l'objet. Dans la littérature, Deutsch (1945) souligne que la peur de la séparation ne s'exprime pas seulement par «je suis en train de perdre l'enfant» mais aussi par «l'enfant est en train de me perdre» (p. 188). Les questions de la réactualisation de la version infantile du traumatisme de la naissance et de l'identification à l'enfant sont ici convoquées.

Pour Régine Prat (1996), «l'accouchement, quelles que soient les conditions réelles de la naissance, est toujours d'une extrême violence : même sans douleur, même *normal*, c'est physiquement un arrachement violent et brutal, s'apparentant à une amputation». Le terme d'amputation renvoie implicitement à la perte d'une partie de soi, à la perte d'un membre, à la castration.

La maternité amènerait, écrit Konicheckis (2010), «à alterner entre le plein et le vide». Elle permettrait de réaliser des fantasmes infantiles mais imposerait également une sorte de vide psychique et corporel. Elle permettrait d'accomplir le désir d'avoir un enfant, mais la femme devrait aussitôt renoncer à le garder comme une partie d'elle-même : «La réalisation d'une puissance fécondante s'échange aussitôt par l'acceptation d'une perte» (p. 104).

La clinique de la périnatalité montre souvent combien l'identification de la mère à *l'enfant du dedans*, pour reprendre l'expression de Sylvain Missonnier, qui lui est perdu quoi qu'il arrive, va entraver l'investissement de *l'enfant du dehors* dans une identification mélancolique à l'objet perdu. Cette dimension de la perte a été particulièrement éclairée par les travaux de Marie-José Soubieux (2009) sur le deuil périnatal.

L'accouchement, enfin, confronte à une autre dimension de la perte. Pour Régine Prat (1996), il s'agit d'une expérience éminemment traumatique de perte des limites du soi. Il va s'agir d'expulser une partie de soi, qui est un autre, un étranger qui a pris possession de l'intérieur et dont il faut se débarrasser sous peine de mort. Cette partie de soi autre, ce familier étranger à la fois double narcissique et objet différencié, met au travail le concept freudien d'inquiétante étrangeté en référence à ces expériences susceptibles de créer de l'effroi.

3. La confrontation à la dépendance

La crainte de perdre le bébé de chair une fois la naissance advenue confronte la mère à une nouvelle réalité : la dépendance totale du nouveau-né aux soins maternels non pas pour son bien-être mais pour sa survie. Le traumatisme de la naissance sur le versant maternel serait constitué pour Régine Prat (1996) par la rencontre avec le bébé. Cette expérience tout à fait singulière nécessiterait un réaménagement fondamental et immédiat de tout le fonctionnement psychique de la mère. « Cette découverte de la dépendance est brutale, il n'y a pas de gradation, d'apprentissage, d'évolution : au moment de l'arrivée du bébé, le monde de la mère bascule, elle devient celle dont toute la vie du bébé dépend ». Régine Prat caractérise cette situation de traumatique : « Faire face à cette situation entièrement nouvelle et singulière suppose une mutation profonde du psychisme parental, et psychiquement un changement d'état : il n'y a pas de préparation possible, pas d'adaptation, du fait de cette transformation par l'expérience il deviendra radicalement différent de ce qu'il était auparavant, et par conséquent, différent de celui des non-parents ». Pour Régine Prat, dans le temps de la grossesse et de l'accouchement, la mère revit à travers son corps une forme d'incorporation de sa propre mère et en même temps, et quand tout se passe bien, elle élabore la question de la séparation et de la différence. C'est dans cette séparation rendue possible que s'inscrirait la place de l'enfant.

4. La résurgence des fantasmes œdipiens

Dans la littérature, le désir d'enfant, la grossesse et la maternité ont été étudiés sous l'angle de la réactivation du conflit œdipien. Pour Freud (1924) «la fille glisse — on aimerait dire : le long d'une équation symbolique — du pénis à l'enfant, son complexe d'Œdipe culmine dans le souhait longtemps maintenu d'obtenir du père un enfant comme cadeau, de lui mettre au monde un enfant (p. 32)»

La mise au monde d'un enfant serait l'équivalent pour Monique Bydlowski (1997) de la réalisation d'un désir incestueux. «Tout se passe comme si la femme avait transgressé l'interdit de l'inceste, l'avait mis en acte dans son corps» (p. 40). «L'enfant serait alors le corps de ce délit. Il constituerait la preuve flagrante de la réalité du délit de l'inceste» (p. 41). Un désir d'appropriation incestueuse interviendrait dans toute grossesse, et l'appréhension de l'accouchement serait le seul signe de l'émergence de la représentation de l'inceste, du meurtre et de son fruit : le désir matricide se trouverait convoqué de nouveau par le fait que la femme en accouchant modifie l'ordre des générations. Elle devient mère et fait sa mère grand-mère. «En enfantant, la femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle» (p. 76). La femme serait alors simultanément porteuse et objet du conflit œdipien et les vœux de mort à l'égard de sa propre mère pourraient se transformer en angoisse de mort pour elle-même devenue mère.

Dans l'introduction au numéro de la revue *Champ Psychosomatique* consacré à l'accouchement, Dominique Cupa (1997) souligne la façon dont la scène primitive se rejoue sur le temps de l'accouchement.

Pour Alberto Konicheckis : (2010) «Toute naissance est accompagnée, voire même suscitée, par des fantasmes, infantiles et adultes» (p. 101). Mais, comme à l'adolescence, la rencontre entre les fantasmes infantiles et la réalité corporelle lors d'un accouchement crée des situations à haut risque psychopathologique. La grossesse et la naissance arrivent comme des après-coups des fantasmes qui les précèdent. Les risques vitaux en périnatalité comporteraient une potentialité traumatique par la mise en correspondance possible avec les fantasmes de mort, toujours présents chez la mère. «L'effet traumatique ultérieur (...) ne se produit pas seulement par l'occurrence d'un événement extérieur, une grossesse ou un accouchement difficiles, aussi intenses soient-ils, mais surtout par la collusion entre ceux-ci et les fantasmes de la réalité psychique interne» (p. 101). Cette coïncidence entre réalité externe et réalité psychique interne provoque une sidération et une impossibilité à apporter des réponses adéquates qui caractérisent le traumatisme, ce que Claude Janin (1996) a désigné

comme le collapsus de la topique interne, où «le sujet ne sait plus quelle est la source de son excitation, si elle est d'origine interne ou externe» (p. 24, cité par Konicheckis, 2010, p. 101).

5. La confrontation au sexuel et à l'incestuel

Pour Hélène Deutsch «l'enfant», écrit-elle, «comme prolongement physique du partenaire sexuel à travers le processus de l'introjection, est devenu pour ainsi dire, le partenaire lui-même». (Deutsch, 1924, p. 77). Deutsch (1945) propose l'idée selon laquelle «L'accouchement est en analogie plus étroite avec le coït qu'avec les autres fonctions du corps» (p. 210). Le coït et l'accouchement forment un processus unique qui commence par l'admission et la rétention et se termine par le don et l'expulsion, ce qui s'accorde bien avec les faits biologiques. L'acte biologique commencerait au moment de la fécondation, se poursuivrait par la grossesse, et arriverait peu à peu à sa fin dans l'accouchement. Cette progression des événements, le fait que l'un soit conditionné par l'autre, cette continuité dans le développement, ne sont pas seulement biologiques mais aussi psychiques. Aussi nous apprend-elle que dans sa clinique elle retrouve constamment l'identité du plaisir du coït et de la douleur de l'accouchement dans les associations, les rêves, et les symptômes névrotiques.

Dominique Cupa (1997a) décrit l'accouchement comme le temps où «un corps de femme se dévoile au regard des autres dans son aspect le plus pulsionnel : sexe nu ouvert laissant apparaître le fruit de l'accouplement, violence des pertes corporelles et des douleurs, plaisir de l'écoulement, de l'exhibition, de la création, cris, souffles et chuchotements» (p. 11). La violence ici concerne bien sûr la femme qui accouche, mais aussi, on le pressent, les témoins de la naissance. La violence du choc, le nécessaire travail psychique qui en découle, n'épargne ni les soignants, ni le père quand il est présent.

Pour Bydlowski (1997), «chez la plupart des femmes, ce qui est refoulé avant comme après, c'est la voie génitale, c'est le lieu de la sexualité par lequel est passé l'enfant. Il y a séparation de la représentation des voies de la jouissance et de celle de l'enfantement» (p. 88).

Jacques André (1994) le souligne : «Le franchissement du sexe par l'enfant est une représentation insupportable. Dans l'inconscient, il n'est pas rare que l'accouchement représente un coït incestueux par simple inversion du mouvement et déplacement de la partie pour le tout» (p. 22). Dès le travail accompli, dès la mère délivrée, le refoulement se mettrait au travail mais la psyché maternelle resterait à jamais marquée du sceau de cette expérience.

C'est ce que Guy Cabrol (2011) nomme *l'inceste primordial* et qu'il définit comme un inceste mère-enfant, imposé par la nature, et refusé par la culture. L'expérience de

l'accouchement, impensé radical transgressif, tomberait sous le double interdit à penser : la conception d'un fantasme agi de l'inceste primordial associé au refoulé originaire du vagin.

D. SYNTHÈSE

L'expérience de l'accouchement, par son intensité, par sa potentialité extrêmement douloureuse, par l'activité fantasmatique qu'elle suscite, peut être considérée comme le paroxysme de la crise développementale que constitue pour une femme, la grossesse. Une crise dans la crise. Le concept d'effraction, qui caractérise le trauma corporel et psychique est un des fils rouges de notre réflexion.

Dans la métapsychologie freudienne, la dimension traumatique de l'accouchement peut être envisagée de deux façons complémentaires. Selon la première théorie des pulsions, une confrontation fantasmée au sexuel ferait effraction entraînant une production de symptômes et de défenses. Au regard de la seconde théorie des pulsions, la dimension économique du trauma serait constituée par un afflux massif, un débordement pulsionnel du ça favorisé par la levée partielle du refoulement caractéristique de la fin de la grossesse. Pour notre travail, nous retiendrons plus particulièrement la confrontation au sexuel génitale et infantile parmi les différentes représentations susceptibles de faire effraction dans la psyché.

L'accouchement a une haute potentialité traumatique, mais ne fait pas toujours traumatisme. Le succès du travail de réorganisation qu'il impose dépend des capacités internes du sujet, mais aussi de son environnement. C'est seulement lorsque celles-ci sont entravées, écrit Roussillon, que la crise ne peut être traitée, que la psyché ne peut métaboliser les expériences liées à la crise, et que celle-ci prend une valeur traumatique. En nous fondant sur les développements de Jacqueline Schaeffer à propos du concept de crise, nous retiendrons l'idée que l'expérience de l'accouchement puisse être une opportunité de mise au travail psychique, une chance pour la psyché de se nourrir de l'envahissement pulsionnel.

Les notions de crise développementale, d'effraction et d'envahissement pulsionnel en tant que confrontation au sexuel nous renvoient, de façon implicite, à la trajectoire psycho-sexuelle féminine. C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser, dans le chapitre suivant, à la façon dont le développement psycho-sexuel de la femme a été appréhendé dans la revue de la littérature, en articulation avec l'expérience de l'accouchement.

CHAPITRE 3

LA PSYCHOSEXUALITÉ FÉMININE ET L'ACCOUCHEMENT

Dans son analyse des controverses sur la sexualité féminine, Kaswin-Bonnefond (2013) rappelle que depuis Freud les propositions relatives à la psychosexualité féminine, qu'elles s'y conforment ou la contestent, se réfèrent à la théorie du monisme phallique soutenue jusqu'au bout par Freud. Le seul organe sexuel reconnu par l'enfant dans les deux sexes est le pénis pour le petit garçon et son correspondant le clitoris chez la fille. Ce qui fait dire à Freud dans *Les Trois Essais* (1905) que «l'hypothèse du même organe génital (masculin) chez tous les êtres humains est la première des théories sexuelles infantiles» (p. 131), et que «la sexualité des petites filles a un caractère entièrement mâle» (p. 158). L'étude du développement psychosexuel de la femme telle que l'a proposée Freud vise à éclairer la mise en place et le développement de la sexualité de la femme depuis la sexualité infantile jusqu'à la sexualité génitale adulte en termes de relation d'objet et de satisfaction libidinale grâce au concept de pulsion.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de rendre compte de la façon dont les différents concepts psychanalytiques ayant trait à la genèse de la psychosexualité féminine nous permettent de penser l'expérience de l'accouchement, en particulier au regard de la réalisation du désir d'enfant et de l'emprunt du vagin par l'enfant lors de la naissance. Ce chapitre est organisé autour de trois axes : les spécificités de l'Œdipe féminin, les controverses autour de la reconnaissance du vagin et le concept de féminin.

I. LES SPÉCIFICITÉS DE L'ŒDIPE FÉMININ

1. Le déclin du complexe d'Œdipe

a) Sous l'effet du complexe de castration pour le garçon

Proposé comme corolaire du monisme phallique, le complexe de castration est mis à jour et développé d'abord chez le garçon dans *Les Trois Essais* (1905) puis complété dans «L'organisation génitale infantile de la libido» (1923b). À un moment donné, l'enfant mâle s'aperçoit que les filles ne sont pas faites comme lui, qu'elles ne possèdent pas de pénis, tandis que la fille s'aperçoit qu'il lui manque quelque chose. Le garçon s'effraiera de

constater qu'il existe des êtres sans pénis, interprètera cette absence comme une castration, et en redoutera l'éventualité pour lui-même. Au stade phallique, le petit garçon sait bien qu'il existe des hommes et des femmes mais il ne rattache pas cette connaissance à une différence au niveau de l'appareil sexuel. Lorsqu'il constate l'absence chez la fillette de son entourage, il commence à nier l'évidence, puis, obligé de se rendre aux faits, il pense que cette absence est le résultat d'une castration qui l'amène à craindre cette éventualité pour lui-même. Ainsi s'instaure le complexe de castration qui ne peut être compris qu'en relation avec la primauté phallique. C'est ainsi que Freud (1923b) fait le constat que les processus qui découlent de ce fait ne peuvent être décrits que chez le garçon et que «l'intelligence des processus correspondants chez la petite fille nous manque» (p. 306).

Le complexe de castration est repris dans l'article de 1924 «La disparition du complexe d'Œdipe» et est articulé cette fois au déclin du complexe d'Œdipe chez le garçon. Pour le garçon le déclin du complexe d'Œdipe s'accomplit sous l'action du complexe de castration, dont la menace est prononcée par la mère, et devient actif à la vue des organes génitaux de la fille. Cette éventualité est d'autant plus concrète qu'elle est soutenue par l'existence de pertes antérieures : sein, selles. L'enfant mâle vit alors un conflit entre ses désirs libidinaux, qui dans le cas de l'Œdipe positif vont à la mère, et l'intérêt narcissique qui va à son pénis. En 1925, Freud introduit une nuance : si la mère reste objet de ses désirs aussi bien lorsqu'il est nourrisson que dans les phases ultérieures de son développement : «le garçon veut également remplacer la mère en tant qu'objet d'amour du père, ce que nous désignons comme position féminine» (1925, p. 193) ; pour la fille les choses sont plus complexes.

b) Et pour la fille ?

L'enfant fille se détourne de sa mère et s'adresse à son père pour obtenir de lui un pénis au nom de l'équation symbolique pénis-enfant et «son complexe d'Œdipe culmine dans le souhait longtemps maintenu d'obtenir du père un enfant comme cadeau, de lui mettre au monde un enfant» (1924b, p. 32). Progressivement, la fille se détourne du père du fait du non accomplissement de ce désir. Cette affirmation est maintenue dans «Quelques conséquences psychiques de la différence anatomiques entre les sexes» (1925) : le moment crucial pour l'évolution de la petite fille reste la découverte chez un petit garçon d'un organe sexuel supérieur au sien. La fille souffre d'une blessure narcissique et développe un sentiment d'infériorité. Elle pense d'abord qu'elle a été punie puis elle s'aperçoit qu'elle partage sa condition avec toutes les femmes et veut devenir un homme. Freud pose la question

fondamentale de savoir comment la fillette abandonne-t-elle son attachement primaire à la mère ? Freud fait part d'une différence fondamentale entre les deux sexes : tandis que chez le garçon le complexe d'Œdipe périclît sous l'effet du complexe de castration, celui de la fille est, lui, rendu possible grâce au complexe de castration. Du fait de l'attachement primaire à la mère pour les enfants des deux sexes, l'Œdipe chez le garçon est une formation primaire alors que chez la fille c'est une formation secondaire : la fille désire d'abord sa mère, ensuite un pénis, l'attachement au père n'est que conséquence de l'envie du pénis comme nous le développerons plus loin. «Chez la fille», écrit Freud (1925), «le complexe d'Œdipe est une formation secondaire. Les répercussions du complexe de castration le précèdent et le préparent» (p. 199).

Freud reprend, dans l'article qu'il écrit sur la féminité (1932) toutes ses vues antérieures sur le développement psychosexuel de la femme en accentuant encore davantage le rôle du complexe de castration. Le complexe de castration, commun aux deux sexes, est le corolaire du monisme phallique. Pour la fille il est à l'origine de l'envie du pénis et permet d'amorcer le changement d'objet de la mère vers le père, et il induit la mise en place de la situation œdipienne, là où pour le garçon il y met fin. La découverte de la castration constitue pour la fillette un tournant qui déterminera son destin, soit vers la névrose (inhibition sexuelle) soit vers un trouble caractériel (complexe de virilité), soit vers la sexualité normale. Elle déterminera également le renoncement à son attachement à la mère car son amour s'adressait à une mère phallique.

Comme Freud, Janine Lampl-de-Groot (1927) pense que la vision du pénis du petit garçon à ce stade provoque chez la fille des sentiments d'infériorité. La fillette pense alors qu'elle a eu autrefois un pénis et qu'elle en a été dépossédée en raison de ses désirs prohibés envers la mère. Le complexe de castration a sur elle, à ce stade, les mêmes effets que sur le garçon car non seulement elle ressent une blessure narcissique en raison de son infériorité physique mais elle est forcée de renoncer à l'accomplissement de ses désirs envers sa mère. Lampl-de-Groot est d'accord avec Freud pour penser que le complexe de castration pousse la fille dans le complexe d'Œdipe, mais elle pense qu'il est une formation secondaire, car il est précédé par le complexe d'Œdipe négatif, en tout point analogue à celui du garçon quant à sa source (excitation clitoridienne), son objet (la mère), son but (sexuel actif).

c) La castration au féminin

Pour Ernest Jones (1927), derrière la crainte de la castration se profile, dans les deux sexes, la crainte de l'abolition totale et définitive de la sexualité : «l'aphanisis». L'idée de la perte du pénis n'étant qu'un avatar de cette crainte fondamentale. Mais la peur de l'aphanisis se manifestera de façon différente selon les sexes. Devant l'insupportable frustration œdipienne qui éveille la peur de l'anaphasis, la petite fille peut tenter deux solutions : ou bien elle doit changer d'objet, ou bien de désir. Elle doit renoncer soit au père, soit au vagin.

Contrairement à Freud, Karen Horney considère que l'enfant de sexe féminin est d'emblée femme et non, comme le pense Freud, seulement à la puberté. Dans l'article «La négation du vagin» (1933), elle essaie de mettre en évidence les craintes de la femme liées à son propre organe sexuel. Ces craintes sont proches de celles du garçon mais il en existe d'autres plus spécifiquement féminines comme celle de la crainte de la disproportion entre le grand pénis du père et le petit organe de la fillette. Le garçon a peur d'être ridicule devant la mère avec son petit pénis, la fillette a peur d'être détruite dans le coït œdipien. La fillette ne peut se réassurer de la vanité de ses craintes en raison du caractère invisible de son organe.

Mélanie Klein (1932), quant à elle, axe son étude sur le problème de l'équivalent féminin à l'angoisse de castration. La crainte fondamentale de la fille concerne l'intérieur de son propre corps. Après les premières frustrations orales par la mère, la fillette se détourne du sein et désire recevoir la satisfaction par le pénis paternel sur le mode de l'incorporation orale. En même temps les pulsions génitales à l'égard du pénis paternel entrent en jeu. Mais le pénis du père est alors vécu comme étant détenu par la mère et à l'intérieur de son corps. Aussi la petite fille dirige-t-elle ses attaques sadiques sur le corps de la mère pour lui ravir l'objet convoité. Elle craindra la rétorsion de ses attaques par la mère qui détruira ses organes internes.

d) L'accouchement comme réalisation de la menace de castration

Cournut-Janin (1998) propose que l'angoisse de castration, dont la menace est proférée par la mère à l'encontre du petit garçon, se joue sur et dans le corps de la femme, aussi, et c'est ce point qui a retenu notre attention, lors de l'accouchement : «ne peut-on imaginer que c'est précisément cet impensable des pertes féminines, règles et accouchement, qui se trouve imaginairement reporté, inscrit sur le corps masculin par le garçon, là où son corps est le plus investi ? (...) Ainsi, quand Freud parle de l'angoisse de castration dans les deux sexes, on peut penser que cette angoisse «découpe» sur le sexe du petit garçon ce qui se joue, dans la vie psychique, sur et dans le corps de la femme» (p. 68).

2. Le rôle essentiel de l'attachement primaire à la mère

a) Chez Freud

Freud constate que l'attachement précœdipien à la mère joue un rôle essentiel dans le développement de la fille au point qu'il a imaginé revenir sur l'universalité du complexe d'Œdipe comme étant le noyau des névroses si cette phase d'attachement primaire à la mère n'était pas prise en compte. La question de l'attachement primaire à la mère sera reprise et développée en 1931 dans l'article «De la sexualité féminine». «Il semble requis», écrit Freud, «de retirer sa généralité à la proposition selon laquelle le complexe d'Œdipe serait le noyau de la névrose. Mais quiconque ressent une aversion pour cette correction n'est pas obligé de la faire. D'une part, on peut élargir le contenu du complexe d'Œdipe de sorte qu'il englobe toutes les relations de l'enfant aux deux parents, d'autre part, on peut également tenir compte des nouvelles expériences acquises, en disant que la femme ne parvient à la situation œdipienne positive normale qu'après avoir surmonté une période antérieure dominée par le complexe négatif» (p. 10). Freud refuse de donner le nom de complexe d'Electre à l'Œdipe féminin car il n'y a pas d'analogie entre l'Œdipe féminin et l'œdipe masculin.

Il remarque également que «la possibilité qu'un certain nombre de sujets féminins restent pris dans la liaison originelle à la mère» (p. 10). De la même façon il souligne que le clitoris peut continuer à fonctionner au cours de la vie sexuelle féminine et que, de ce fait, il n'y a pas non plus de changement d'organe : le vagin n'est jamais découvert. L'attachement à la mère est puissant car la menace de castration n'est pas opérante chez la fille comme elle l'est chez le garçon. La femme se détourne de sa mère tout en y restant attachée dans une relation teintée d'ambivalence. Elle ne pourra y voir seulement une rivale comme c'est le cas du petit garçon pour son père en raison de son attachement originel. Pour Freud, la femme se détourne de sa mère plus pour plusieurs raisons : elle est jalouse de ceux à qui la mère donne son amour, cette relation n'a pas de but réel et ne peut être satisfaite. Au moment du complexe de castration la fille méprise la mère châtrée et la féminité en général. Elle reproche également à sa mère de l'avoir séduite et faite fille.

La mise en place du complexe d'Œdipe chez la fille est moins évidente que chez le garçon et sa résolution plus longue et plus incertaine. La fillette qui reconnaît le fait de sa castration et la supériorité de l'homme proteste contre cet état des choses. Il s'offre alors à elle trois issues : renoncer à la sexualité, revendiquer le pénis ou accepter sa féminité : «ce n'est qu'un troisième développement, avec bien des détours, qui débouche sur la configuration normale pour la femme, configuration qui prend le père pour objet et trouve

ainsi sa forme féminine du complexe d'Œdipe. Le complexe d'Œdipe est donc chez la femme le résultat final d'un développement plus long, il n'est pas détruit par l'influence de la castration, mais créé par cette influence, il échappe aux fortes influences hostiles qui chez l'homme exercent sur lui une action destructrice, et trop fréquemment même, il n'est pas surmonté par la femme» (1931, p. 14).

Cette idée que la fixation préœdipienne joue un rôle capital dans le développement de la petite fille est reprise et développée dans la conférence sur la féminité de 1932. La fixation libidinale préœdipienne à la mère peut s'étendre au-delà de la quatrième année. Elle emprunte les stades qu'elle traverse : oraux, anaux, phalliques ; et elle trouve sa satisfaction selon des motions aussi bien actives que passives. Elle se caractérise par une forte ambivalence. Comme pour le garçon, le premier objet d'amour est la mère. Et le père est d'abord un rival pour la fille. Freud nie le caractère instinctuel de l'attrance pour le sexe opposé : «nous ne savons guère si nous pouvons croire sérieusement à cette puissance mystérieuse, non décomposable plus avant par l'analyse» (1932, p. 202). Au début, le désir du père est lié à l'envie du pénis, c'est-à-dire au désir de recevoir le pénis de celui qui le détient, mais la situation œdipienne normale ne s'établit vraiment que lorsque le désir du pénis a été remplacé par le désir d'avoir un enfant... substitut du pénis : «Avec le transfert sur le père du souhait d'un pénis-enfant, la fille est entrée dans la situation du complexe d'Œdipe» (p. 212). Pour Freud, la fillette dont la castration est un fait accompli ne connaît pas la peur de la castration, motivation essentielle, pour le garçon, du déclin du complexe d'Œdipe. Elle restera longtemps, voire toujours, fixée à la situation œdipienne et n'édifiera donc pas de surmoi puissant et indépendant : «il ne peut pas atteindre à la force et à l'indépendance que lui confère sa significativité culturelle» (p. 213).

b) Chez ses successeurs

Pour Ruth Mack Brunswick (1940), comme pour Freud, la phase préœdipienne est dans les deux sexes la période d'attachement à la mère, avant que le père ait été constitué en rival : «Par complexe d'Œdipe nous entendons non seulement l'attachement bien connu de l'enfant à l'égard du parent de sexe opposé, mais surtout la situation triangulaire : l'enfant fermement attaché à l'un des parents et en rivalité avec l'autre. La phase préœdipienne, d'autre part, est pour les deux sexes, cette toute première période d'attachement au premier objet d'amour, la mère, avant l'apparition du père comme rival. C'est la période pendant laquelle une relation exclusive se noue entre la mère et l'enfant» (p. 298). Chez le garçon, la phase préœdipienne est de très courte durée. L'attachement à la mère se constitue sur le mode

œdipien avec le père comme rival. Puis le complexe de castration survient et détruit l'Œdipe. Chez la fille, la phase préœdipienne se transforme en attachement à la mère avec le père comme rival tout comme chez le garçon. Mais la découverte de la castration conduit la fillette vers l'Œdipe positif passif envers le père, la mère étant constituée comme rivale.

Pour Mélanie Klein (1932), l'Œdipe de la fillette est précoce. Il s'installe dès la phase orale par déplacement du sein au pénis du père (désir du pénis). Après les premières frustrations orales par la mère, la fillette se détourne du sein et désire recevoir la satisfaction par le pénis paternel sur le mode de l'incorporation orale. En même temps les pulsions génitales à l'égard du pénis paternel entrent en jeu. Ce passage de l'investissement du sein frustrant au pénis constitue le noyau du conflit œdipien précoce : «l'Œdipe de la fille ne s'installe donc pas indirectement, à la faveur de ses tendances masculines et de son envie de pénis, mais directement, sous l'action dominante de ses éléments instinctuels féminins» (p. 211).

Ernest Jones pense avec Mélanie Klein qu'il existe un passage direct de l'oralité à l'Œdipe. La petite fille passe de sa relation orale au sein à une relation orale fantasmatique au pénis (fantasme de fellation) et à la masturbation clitoridienne, mode de satisfaction auto érotique substitutif. L'investissement de la zone érogène buccale se déplace ensuite sur l'orifice anal conformément à la théorie freudienne. A ce stade «bouche-anus-vagin», la petite fille s'identifie à la mère. Au début la relation orale au pénis est purement positive. Mais bientôt l'envie du pénis fait son apparition. L'Œdipe de la fillette entre en jeu au moment où elle s'aperçoit que ce qu'elle désire, à savoir le pénis du père, est détenu par la mère qui devient alors sa rivale.

Pour Jacqueline Schaeffer (2005), l'Œdipe féminin comporte, comme chez Freud, deux temps. Le premier temps, celui de l'entrée dans l'Œdipe, se fait pour la fille, lors du détachement de la mère préœdipienne. Pour Schaeffer, celui-ci s'opère lorsque la fille pense pour la première fois sa mère en tant que femme, lorsqu'elle prend conscience du *féminin maternel* c'est-à-dire du féminin de sa mère : «Le changement d'objet a donc lieu tout d'abord sur le corps de la mère, qui vire de la mère à la femme» (p. 8) «se séparer de la mère, la perdre, c'est la penser en tant que femme» (p. 8). C'est pour cette raison que Schaeffer considère que la petite fille ne peut devenir femme que *contre* le féminin maternel de sa mère. C'est le fantasme de la maman et de la putain au féminin. Elle cite l'exemple d'une fillette de 9 ans qui jusque-là se laissait tapoter les fesses tendrement par sa mère et qui se retourne un jour brutalement contre elle, en la traitant de «gouine», désignant ainsi en après-coup la séduction maternelle, la relation pré-génitale comme incestueuse.

La résolution du complexe d'Œdipe, est pour Schaeffer le deuxième temps de l'Œdipe. Au premier changement d'objet d'amour de la mère pré-génital au père œdipien succède celui du père œdipien à l'homme qui intervient lorsque la femme découvre son féminin, dans la relation sexuelle de jouissance. C'est la relation génitale, lorsque la jouissance sexuelle est arrachée à la femme par l'amant, qui permet d'accomplir le degré le plus évolué du changement d'objet, «arrachant la femme à sa relation auto-érotique et à sa mère archaïque et réalisant, grâce à un nouvel objet, les promesses du père œdipien» (p. 15). Il y a donc pour la fille un double changement d'objet à accomplir : celui de la mère pré-génitale au père œdipien, c'est-à-dire à la mère génitale, et celui du père œdipien à l'amant de jouissance. Ce serait donc le passage du père œdipien (équivalent de la mère génitale), à l'amant de jouissance, qui permettrait la résolution du complexe d'Œdipe.

3. L'envie du pénis

a) Les valences narcissiques, objectales et libidinales de l'envie du pénis

L'envie du pénis découle pour Freud (1905) de la vue des organes génitaux du garçon par la fille. La petite fille pensera qu'elle a été châtrée et aura le désir d'être un garçon et celui d'avoir un pénis. Le complexe de castration est éveillé par la vue du pénis du garçon qui l'amène à se sentir inférieure et à vouloir compenser son manque par l'envie du pénis (complexe de virilité). L'envie du pénis se maintiendra tout au long de l'œuvre freudienne. La fille en un éclair «l'a vu, sait qu'elle ne l'a pas et veut l'avoir» (1925, p. 196). Elle souffre d'une blessure narcissique et développe un sentiment d'infériorité. Elle pense d'abord qu'elle a été punie puis elle s'aperçoit qu'elle partage sa condition avec toutes les femmes et veut devenir un homme. Dès lors, plusieurs possibilités s'offrent à elle : elle peut conserver l'espoir d'avoir un jour un pénis ou elle peut nier sa castration et se persuader qu'elle possède un pénis.

Ruth Mack Brunswick (1940) apporte à ces développements un éclairage nouveau. Elle considère que l'envie du pénis a une racine objectale en même temps qu'une racine narcissique. En effet, la petite fille désire aussi avoir un pénis pour posséder sa mère. Elle abandonne son attachement à sa mère quand elle s'aperçoit que sans pénis elle ne peut la féconder.

Pour Mélanie Klein (1932), l'envie du pénis est secondaire. La réceptivité orale et vaginale, féminine, est primaire. Alors que pour Freud la fillette a envie d'un pénis pour son propre compte (à des fins essentiellement narcissiques), pour Mélanie Klein, elle désire le

pénis libidinalement. Le pénis ainsi convoité est investi de qualités magiques capables d'assouvir toutes les pulsions éveillées par la frustration orale maternelle. Mais le pénis peut être aussi l'objet d'une agression intense en raison de la frustration qu'il inflige à la fillette et cette agressivité projetée sur le pénis rend celui-ci dangereux car cruel et menaçant. L'envie du pénis apparaît alors comme motivée par deux raisons essentielles : la fille désire avoir un organe sexuel pouvant être soumis à l'épreuve de la réalité et l'insatisfaction liée à son désir d'incorporation du pénis du père l'oblige à opérer une identification paternelle phallique sadique afin de détruire la mère frustratrice, et par son sein maternel qu'elle refuse et par le pénis paternel qu'elle détient.

Ernest Jones (1927) pense avec Mélanie Klein, Karen Horney et Hélène Deutsch qu'il faut distinguer l'envie du pénis auto-érotique préœdipienne et l'envie du pénis érotique œdipienne, (Chasseguet-Smirgel propose de dire envie du pénis et désir du pénis). L'envie du pénis érotique se manifestant dans le désir de partager la possession du pénis dans un coït oral, anal ou vaginal. Il pense que l'envie du pénis (d'un pénis personnel) n'est rien d'autre qu'une défense par régression devant le désir du pénis dans un coït avec le père œdipien.

Schaeffer (2005) ne considère pas la promesse œdipienne comme l'attente d'un enfant du père en réparation du préjudice de n'avoir pas reçu de la mère un pénis, pour se combler narcissiquement. Pour Schaeffer il s'agirait davantage d'en attendre la jouissance pour être aimé érotiquement. Ce à quoi la mère, messagère de l'attente, répondra par : «Attends, tu verras, un jour ton prince viendra !» (p.7).

b) L'envie du pénis comme dégagement de l'emprise maternelle primitive

Janine Chasseguet-Smirgel (1964) met en évidence que l'envie du pénis ne prend sens que si on l'inscrit dans le mouvement qui permet à la fille de se dégager de l'emprise de la mère primitive. En cherchant à s'approprier le pénis, le dessein de la fille est de s'approprier quelque chose qui manque à sa mère et de la défaire ainsi de la toute-puissance exercée par son imago. Il devient alors évident que le développement psychosexuel, dans les deux sexes, ne peut se comprendre qu'en partant de l'impuissance originaire du petit d'homme, de la blessure narcissique infligée par la prématurité et de ce qu'elle implique de dépendance absolue à la mère. Dès lors, c'est dans cette perspective que l'envie du pénis est prise en compte.

Pour Schaeffer (2005), le surinvestissement narcissique du pénis est un passage obligé pour la fille comme pour le garçon. En effet, la phase phallique permet à l'enfant, fille ou

garçon de tenter de «s'arracher à l'emprise de l'imgo maternelle (...). Cette phase, celle du surinvestissement narcissique du pénis, est un passage obligé, pour la fille comme pour le garçon, car c'est un des moyens de se dégager de l'imgo pré-génitale et de l'emprise maternelle» (p. 9). Dans ce travail de dégagement, le garçon est favorisé par le fait qu'il possède un pénis que la mère n'a pas. Il peut donc négocier, via l'angoisse de castration, la symbolisation de la partie pour le tout. Chez la fille la négociation est plus difficile, car comment symboliser un intérieur, qui est un tout, et comment séparer le sien de celui de sa mère ?

4. Le désir d'enfant

a) Le désir d'avoir un enfant du père comme substitut du pénis manquant est premier

Freud (1924a) dans «La disparition du complexe d'Œdipe» réaffirme que le complexe d'Œdipe chez la fille, loin de la pousser à l'abandon de ses désirs œdipiens comme chez le garçon, la conduit à se tourner vers le père pour tenter de remplacer le pénis qui lui manque par un enfant ; le désir d'avoir un enfant du père, en tant que substitut du pénis est donc le moteur de l'Œdipe féminin. «Les deux souhaits visant à la possession d'un pénis et d'un enfant», écrit-il, «subsistent dans l'inconscient fortement investis et aident à rendre l'être féminin prêt pour son rôle sexué ultérieur» (p. 32). Dans l'article «La phase préœdipienne du développement libidinal» (1940), fruit d'une collaboration avec Freud, Ruth Mack Brunswick rend compte de certaines différences d'avec les vues de Freud que nous connaissons : le désir d'un enfant «contrairement à nos idées antérieures», précède depuis longtemps l'envie du pénis. Il s'agit, dans les deux sexes, du désir de posséder ce que possède la mère omnipotente, c'est-à-dire, avant tout, un bébé. Pour Jones (1927) également, le désir d'avoir un enfant est primaire et objectal. La fillette désire avant tout incorporer un pénis et en faire un enfant. Le désir d'un enfant ne vient pas se substituer au désir impossible d'avoir un pénis à des fins narcissiques.

b) Le désir de faire un enfant à la mère est premier

Bydlowski s'est intéressée à la psychopathologie maternelle, et plus particulièrement à la question du désir d'enfant, en travaillant auprès de Serge Lébovici. Elle constate que derrière ce projet d'enfant conscient, des désirs inconscients commanditent ce désir : «ce projet conscient est toujours infiltré de significations inconscientes qui viendront faire retour dans cet étranger-familier : l'enfant» (Bydlowski et Dayan-Lintzer, 1985, p. 25). Elle

remarque ainsi que le choix du prénom, le moment de la conception et la date d'accouchement sont autant de signes révélant l'implication de l'inconscient dans ce désir d'enfant. Pour Bydlowski (2000), le désir d'enfant se caractérise chez la petite fille par l'association de trois composants qu'elle raconte sous forme de charade : «Mon premier est le désir d'être comme ma mère du début de la vie, et mon second est un autre vœu, celui d'avoir, comme elle, un enfant du père ; quant à mon troisième, il est constitué par la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme» (p. 34).

Le désir d'enfant s'inscrit donc, pour une part, dans un registre narcissique, à travers un mouvement identificatoire qui lie la fille et sa mère dès la période préœdipienne. «En s'identifiant à cette image, la petite fille désirera son tout premier enfant de sa propre mère» (Bydlowski, 2000, p. 34). «Sur ce versant homosexuel de la maternité, enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi» (1997, p. 76). De plus, l'auteur met en lien le désir d'enfant avec le désir de régler sa dette de vie. En effet, elle stipule que toute femme porte en elle une dette de vie à l'égard de sa propre mère. En donnant naissance à son enfant, la mère met ce dernier en situation de lui devoir la vie : une «dette d'existence» (2008, p. 66), un «devoir de gratitude» (2008, p. 92) lie la femme à sa propre mère et c'est par l'enfantement du premier enfant qu'elle s'acquittera de cette dette. Le désir d'enfant est donc en partie sous-tendu par cette dette de vie qui exige de rembourser ce cadeau que représente la vie, «ce don de vie» (2000, p. 46).

5. Synthèse

La résolution du complexe d'Œdipe serait dans la théorie freudienne plus problématique pour la fille que pour le garçon du fait d'un double renoncement d'objet à accomplir : le renoncement à la mère préœdipienne et le renoncement au père œdipien. Freud insiste sur la différence fondamentale induite par la différence du complexe de castration chez la fille et chez le garçon. Le complexe de castration marque le renoncement à la mère pour le garçon et donc la résolution du complexe d'Œdipe quand pour la fille il est le signe de l'entrée dans l'Œdipe par l'attachement de la fillette au père et la rivalité à la mère. En effet, chez la fille, l'envie du pénis est à l'origine du complexe de castration. Freud propose que le désir d'enfant adressé au père traduise le désir du pénis manquant. Si tel est le cas, la mise au monde d'un enfant renverrait au plan fantasmatique à la réalisation d'un vœu œdipien et non à la résolution du complexe d'Œdipe. La résolution du complexe d'Œdipe étant le renoncement au père œdipien.

Pour les successeurs de Freud, l'attachement primaire à la mère n'est pas remis en question. En revanche le complexe de castration prend un sens plus large pour permettre d'éclairer le renoncement œdipien au père : celui de la destruction des organes internes comme chez Mélanie Klein (1932) ou par la crainte de la petite fille d'être détruite dans le coït œdipien pour Karen Horney (1933). Cette dernière idée nous paraît tout à fait pertinente au regard de l'expérience de l'accouchement et des angoisses de destruction du vagin suscitées par les représentations du corps de l'enfant perçu comme trop grand pour un vagin trop petit. La question du vagin dans la genèse de la sexualité féminine sur laquelle nous allons maintenant nous pencher sera le second axe de ce chapitre.

II. LE MONISME PHALLIQUE ET LA QUESTION DU REFOULEMENT DU VAGIN

A. LES DIFFERENTS SUR LE REFOULEMENT DU VAGIN

1. Le refoulement originaire du vagin

a) La puberté révèle à la femme son vagin

Dans *Les Trois Essais* (1905). Freud pose les bases de sa conception de la sexualité, à savoir l'existence jusqu'à la puberté d'un monisme sexuel : «l'hypothèse du même organe génital (masculin) chez tous les êtres humains est la première des théories sexuelles infantiles» (p. 131). Le seul organe sexuel reconnu par l'enfant dans les deux sexes est le pénis pour le petit garçon et son correspondant chez la fille le clitoris. Cette idée qu'un seul organe génital est connu, l'organe male, est réaffirmée jusqu'au bout par Freud «le clitoris qui est analogue au membre masculin» (1931 p. 12), écrit-il. Cette proposition est maintenue tout au long de son œuvre.

Dans «L'organisation génitale infantile de la libido» (1923b), Freud distingue la sexualité infantile qui est phallique, c'est-à-dire organisée autour des sensations du pénis et du clitoris, de la sexualité adulte qui est génitale, organisée autour de la différence des sexes un pénis et un vagin. Toutes deux cependant impliquent un choix d'objet et la direction des pulsions vers cet objet. Dans «La disparition du complexe d'Œdipe» (1924a), l'existence de la phase d'organisation phallique de la libido avec exclusion du vagin dans les deux sexes est réaffirmée et sa coïncidence avec le complexe d'Œdipe est soulignée. La conception d'après

laquelle l'organisation génitale vraie est absente jusqu'à la puberté est maintenue. Cette idée que le vagin «n'est pour ainsi dire par présent pendant de longues années ne donnant peut-être des sensations qu'à l'époque de la puberté» (1931, p. 12) se trouve à nouveau présente dans l'article «De la sexualité féminine». Freud voit comme une complication au changement de sexe que la femme a à accomplir le fait que «la fonction du clitoris viril se poursuit jusque dans la vie sexuée féminine ultérieure (...)» (p. 12).

Pour Freud, la psyché de l'enfant ne connaît que le pénis et ignore le vagin jusqu'à la puberté. À différents moments, cependant, une autre manière de voir se dessine. Freud semble en effet poser que l'enfant dispose d'une sorte de présomption représentative du vagin de la mère et de la pénétration qui se traduit chez Hans par le désir de pénétration génitale et le souhait de disposer d'un grand fait-pipi. Dans *l'Homme aux loups* (1918), lors du commentaire du rêve qui met en scène un coït *a tergo*, Freud est amené à construire deux hypothèses centrales : le patient semble avoir la conviction que la castration est une réalité d'une part et d'autre part que *l'Homme aux loups* a fait la découverte du vagin maternel. De même, pour Dora, Freud est amené à faire l'hypothèse de sensations génitales précoces. Enfin, la lecture approfondie d'*Un enfant est battu* (1919) donne à penser que la sexualité fantasmatique de la petite fille repose sur la préconception de la pénétration et l'éveil d'une volupté génitale masochiste.

b) Le vagin réceptacle de l'enfant lors de l'accouchement

Hélène Deutsch partage les conceptions de Freud sur la sexualité féminine et la non reconnaissance du vagin jusqu'à la puberté. Mais par la suite ses apports s'écartent de la route tracée. Pour Deutsch c'est le premier rapport sexuel qui révèle le vagin à la femme, et non la puberté, d'une part, et d'autre part elle remet en cause la fonction sexuelle du vagin à qui elle dévolue une fonction de reproduction. Pour Deutsch (1925) encore, l'homme «atteint le stade final de son développement lorsqu'il découvre le vagin en dehors du corps propre et en prend possession sadiquement» (p. 77). La femme, elle, doit découvrir le vagin dans sa propre personne, découverte qui «s'effectue par la sujétion fait masochiste au pénis, qui la guide vers cette nouvelle source de plaisir» (p. 77). Mais la bisexualité féminine entrave le passage et le clitoris retient la libido et le passage du phallique au vaginal est rendu très ardu. En réalité, le vagin n'a aucun rôle érogène jusqu'au premier rapport sexuel. Le promoteur du passage de l'investissement libidinal du corps tout entier, et du clitoris en particulier, au vagin, est le pénis qui, tel le sein de la mère dans la bouche de l'enfant, fixe la libido sur le vagin. Le vagin prend le relais de la bouche dans sa fonction orale-passive de succion. Quant au clitoris, il

délègue son activité au pénis et la femme (son vagin) et récupère cette activité par identification au pénis de son partenaire. Pour Deutsch, cette identification du vagin au pénis du partenaire permet de surmonter le trauma de la castration.

Discutant la conception de Ferenczi selon laquelle l'homme réalise par le coït le souhait de retour à l'utérus maternel, Deutsch soutient que ce retour est également réalisé par la femme par identification fusionnelle avec l'enfant qu'elle porte en elle. De ce fait, l'accouchement est pour la femme la maîtrise active du trauma de la naissance. Le vagin devient alors le réceptacle non du pénis mais de l'enfant, il représente dans l'inconscient l'enfant lui-même. «Une femme qui a réussi à établir la fonction maternelle du vagin et à abandonner les revendications du clitoris a atteint le but du développement féminin, est devenue femme».

Dans le compte rendu d'un symposium sur la frigidité tenu à New York en décembre 1960 et présidé par Deutsch (cité par Moore, 1961), cette dernière fait part de son expérience et de ses réflexions qui ont suivi la parution de son livre *La Psychologie des femmes* en 1944. Elle se demande si le vagin a été créé par la nature pour la fonction sexuelle... Le clitoris serait alors l'organe sexuel et le vagin, avant tout, l'organe de la reproduction.

2. Le refoulement secondaire du vagin

Karl Abraham (1924) interroge la théorie freudienne de la psychogenèse de la frigidité et du vaginisme que Freud explique par un non renoncement à l'investissement clitoridien au cours de la puberté (et donc au non renoncement d'une sexualité masculine). Il trouve que cette théorie du refus de désinvestir le clitoris pour céder la place à l'investissement du vagin est trop élémentaire pour expliquer l'étiologie de ces symptômes. «Je me suis pris à me demander récemment s'il n'y aurait pas déjà, au moment de la prime enfance, une première éclosion vaginale de la libido féminine, qui serait destinée au refoulement, et à laquelle succéderait ensuite la prédominance du clitoris comme expression de la phase phallique» (p. 381).

Ernest Jones (1927) pense que la description par Freud d'un stade phallique identique chez la fille et le garçon avec ignorance du vagin est probablement une construction défensive secondaire plutôt qu'un vrai stade de développement. Dans l'article «Le stade phallique» de 1932, Jones complète sa réflexion. L'existence d'un moment de l'évolution où l'opposition phallique châtré est à l'avant plan n'est pas à mettre en doute. Mais il propose de subdiviser la phase phallique telle qu'elle est décrite par Freud en deux phases : l'une qu'il nomme

protophallique serait caractérisée par la conception de l'unité d'organe génital avec l'exclusion du vagin, le petit garçon pensant que tout le monde possède un pénis, et la petite fille pensant que tout le monde possède un clitoris. Cette croyance n'éveillerait aucun conflit à ce stade. Dans une deuxième phase que Jones nomme deutérophallique, le garçon et la fille pensent que le monde est divisé non en féminin masculin mais en phallique et châtré. Le passage d'une phase à l'autre est lié à la peur de la castration provoquée par la vision réelle des organes sexuels du sexe opposé. Chez l'adulte comme chez le petit garçon de la phase deutérophallique, l'intérêt est centré sur le pénis avec des doutes concernant sa taille ou sa qualité ou des surcompensations narcissiques exagérées. Le moment où toute l'attention du sujet est drainée vers son organe est précisément le moment où le désir de pénétration — fonction essentielle de cet organe — est absent. Jones ne croit pas qu'il s'agisse là d'un manque dû à l'ignorance de l'existence du vagin, car les analyses précoces des tout-petits montrent que le garçonnet a des désirs et des fantasmes de pénétration actifs et sadiques, qu'il exprime dans les jeux en particulier. Jones est d'accord avec Horney pour qui «le vagin non découvert est un vagin nié».

Pour Karen Horney (1933), le petit garçon que ses impulsions phalliques poussent à la pénétration d'un organe creux devine l'existence chez son objet, la mère, d'un organe sexuel complémentaire au sien. Il est cependant humilié de se sentir petit, impuissant et faible devant la mère et incapable de la pénétrer. Il ressent alors une vive blessure narcissique qui provoque en lui de forts sentiments d'infériorité et de violents désirs agressifs de revanche, en même temps que la projection de son hostilité sur la mère et son vagin éveille sa peur. C'est alors qu'il retire sa libido du vagin, opère un retrait narcissique-phallique. L'organisation phallique, avec exclusion du vagin, est donc secondaire.

Marie Bonaparte (1951), contrairement à Freud, pense que l'ébauche psychique de ce qui deviendra l'érotisme vaginal naît assez tôt chez la petite fille. En effet, elle pense qu'au stade anal la petite fille investit passivement le cloaque, c'est-à-dire l'anus et le vagin confondus cœnesthétiquement. Le vagin n'entrera véritablement en jeu qu'à la puberté mais l'érotisme cloacal passif en constitue le prototype. La fille au début de sa vie est avant tout passive, tout comme le garçon. Le clitoris est donc primairement investi passivement. Bientôt cet érotisme change de signe, l'attachement de la petite fille devient actif et pénétrant. Mais cette phase succombe rapidement au complexe de castration. Celui-ci induit une deuxième phase passive cloacale envers le père avec exclusion du clitoris : c'est l'Œdipe positif. Enfin, à la puberté le vagin est investi érotiquement et non plus comme trou cloacal.

3. La reconnaissance précoce du vagin

Contrairement à Freud, Josine Müller (1932) pense que le vagin est investi libidinalement très tôt et qu'il constitue pour la fillette la zone érogène la plus importante. Elle pense que cet investissement précoce est réprimé au profit du clitoris. L'investissement du clitoris est donc secondaire et défensif. L'envie du pénis est liée à la blessure narcissique résultant de l'insatisfaction des pulsions génitales refoulées. C'est également la position de Mélanie Klein (1932) pour laquelle toutes les fillettes ont une connaissance très précoce, au moins inconsciente, du vagin. Le clitoris, organe visible, est d'emblée investi de façon féminine, les fantasmes qui accompagnent la masturbation clitoridienne traduisant des désirs d'incorporation du pénis paternel et entraînant des sensations vaginales. Winnicott également soutient l'idée que le vagin est actif et excitable dès la petite enfance, notamment au cours des moments de nutrition et des expériences anales. Pour Winnicott, les fonctions féminines ont résolument plus de racines pré-génitales : «la catégorie femme est sans doute plus prête à la confusion avec l'individu petite fille que ne l'est la catégorie homme pour les garçons» (1988, p. 66-67).

B. COMMENT EXPLIQUER LE REFOULEMENT DU VAGIN ?

1. Le vagin porteur des angoisses de destruction des organes internes

Selon Mélanie Klein (1932), le vagin est refoulé par la petite fille au profit du clitoris car il est investi de toutes ses craintes concernant l'intérieur du corps.

2. Le refoulement du vagin comme déni du vagin maternel

Janine Chasseguet-Smirgel (1986) propose une hypothèse sur la méconnaissance du vagin chez le garçon : la soi-disant ignorance du garçon de l'existence du vagin maternel (et féminin en général), le déni de la présence du vagin est celui d'un organe que le petit Œdipe est incapable de pénétrer, de combler et de féconder. (p. 20). « (...) si l'enfant mâle n'avait aucun désir de pénétrer sa mère pendant l'Œdipe, puisqu'il ignore totalement l'existence de son vagin, il n'aurait rien à envier à son père ; celui-ci n'exercerait sur sa mère que les attouchements dont il est lui-même capable, si sa mère voulait bien s'y prêter et si son père ne s'y opposait pas. L'Œdipe du garçon ainsi conçu préserve en partie son narcissisme (p. 60).

De plus, Chasseguet-Smirgel décrit comment dans la théorie de Freud, l'aspect complémentaire des organes génitaux des parents ainsi que les pouvoirs génitaux et procréateurs du pénis paternel sont déniés et avec eux, la scène primitive. L'auteur pense que le désir de s'affranchir de la mère primitive va pousser les enfants des deux sexes à projeter la puissance sur le père et son pénis et à désinvestir plus ou moins les capacités et les organes spécifiquement maternels.

Pour Faure-Pragier (1997), la théorie freudienne rend compte d'un déni du féminin révélant d'un clivage entre maternel et féminin : si le vagin est ignoré dans les deux sexes chez l'enfant, la jouissance féminine l'est également dans la théorie de Freud sur la féminité. La femme ne peut que «subir le coït». «Si le vagin et la jouissance féminine se trouvent ainsi déniés, c'est (...) au profit d'une idéalisation de la maternité, seule voie d'épanouissement réussi. La femme n'aurait qu'un utérus, un gros ventre enviable, reconnu et mis en scène par tous les jeux infantiles» (p. 128).

3. Le maintien du lien à la mère

Dans son ouvrage *Féminin et féminité*, Monique Cournut-Janin (1998) distingue le féminin de la féminité et précise même qu'il existe un «féminin dedans caché» et une «féminité dehors montrée». Le féminin serait une qualité psychologique présente aussi bien chez la femme que chez l'homme et la féminité serait «ce que donne à voir la femme (parure, bijoux) et détourne le regard des organes génitaux» (p. 68). Ainsi, le refoulement du vagin serait un moyen de ne pas entrer en rivalité avec la mère et le masculin se retrouve donc surinvesti. Pour Cournut-Janin, le souci de ne pas raviver l'angoisse de castration des hommes est l'organisateur structurant de la sexualité féminine. «Non, je n'ai pas (ne désire pas avoir) de vagin qui me mettrait en position de rivalité avec toi, ma mère, je préfère croire qu'il n'y a qu'un sexe — éminemment enviable — le masculin» (p. 71). Cournut-Janin complète la notion de double méconnaissance du vagin avec celle de double méconnaissance de l'utérus.

Pour Schaeffer (2005), la petite fille à l'origine n'a pas de sexe parce qu'elle n'a pas de féminin. Le silence sur l'érogénéité vaginale est prescrit par la mère et s'impose comme le refoulement primaire. Ce qui est à refouler c'est le fantasme incestueux que la mère puisse jouir avec son amant *dans le même lieu* où elle a joui avec son enfant, et que ce sexe soit semblable à celui de sa petite fille. La mère soumet alors celle-ci à la logique phallique, à la loi du père, dans le but d'endormir également toute menace de castration vis-à-vis de lui. En

raison de ce refoulement primaire du vagin, le corps de la fillette développera des «capacités érotiques diffuses» (p. 7), et sera préparé à l'éveil du désir par *l'amant de jouissance*.

Enfin, pour Braunschweig et Fain (1971), il existerait également un refoulement primaire du vagin au profit de l'envie du pénis résultant du désir de la fillette de maintenir le lien à sa mère. Pour ces auteurs, le refoulement du vagin a un impact organisateur essentiel. En effet, la revendication foncière de la fillette est que sa mère la reconnaisse elle-même comme pourvue d'un vagin. Le refoulement secondaire relèverait de la mise en jeu du surmoi paternel.

4. La représentation refoulée d'un désir érotique pour la mère

Pour Braunschweig et Fain (1971), la représentation refoulée de la naissance aurait une place essentielle dans la psychosexualité de la fille. Le vagin plein de la tête d'un nouveau-né serait la première représentation refoulée d'un désir érotique pour la mère qui ne trouverait à se représenter que par l'image de la naissance : «la tête du nouveau-né remplissant le vagin de sa mère est la seule représentation possible d'une satisfaction homosexuelle, sans lendemain d'ailleurs, puisqu'aussitôt refoulée» (p. 268).

C. SYNTHÈSE

La voie vaginale est celle qu'emprunte l'enfant lors d'une naissance par voie basse. C'est aussi celle qui est évitée lors du recours à la césarienne. C'est pourquoi il nous a paru pertinent de revenir sur les débats portant sur les circonstances de la reconnaissance et du refoulement du vagin par la fille dans le développement psychosexuel féminin.

Pour Freud, la psyché de l'enfant ne connaît que le pénis et ignore le vagin jusqu'à la puberté. La reconnaissance de la différence des sexes marque l'achèvement de la phase phallique qui caractérise le développement psychosexuel chez les enfants des deux sexes. Par la suite, Deutsch se distingue progressivement de cette position et propose l'idée selon laquelle le vagin est découvert non pas à la puberté mais lors du premier rapport sexuel. Contrairement à Freud, Deutsch considère que le vagin n'est pas le réceptacle du pénis mais de l'enfant, le pénis représentant dans l'inconscient l'enfant lui-même. À la fin de son œuvre, Deutsch, à la fin de son œuvre considère que le clitoris est l'organe sexuel et le vagin, avant tout, l'organe de la reproduction.

L'analyse de la revue de la littérature fait apparaître que le refoulement du vagin serait une forme de nécessité développementale psychosexuelle qui permettrait à la fille de maintenir le lien à sa mère. Pour Klein, qui postule une reconnaissance très précoce et inconsciente du vagin, le vagin serait fortement refoulé car porteur de toutes les craintes liées à la destruction de l'intérieur du corps en réponse à l'envie suscitée par l'intérieur du corps de la mère pour la fillette. Pour Cournut-Janin le refoulement du vagin permettrait de ne pas entrer en rivalité avec la mère, ni avec les hommes. De la même manière, pour Braunschweig et Fain, il existerait un refoulement primaire du vagin résultant du désir de la fillette de maintenir le lien à sa mère.

Pour Chasseguet-Smirgel c'est au contraire le désir de s'affranchir de la mère primitive qui soutiendrait non pas le refoulement mais le déni du vagin maternel. Le refoulement du vagin renverrait donc non pas au vagin de la petite fille mais au vagin de la mère et à la proximité avec ce dernier. En effet, ce qui est également à refouler, c'est le fantasme incestueux : pour Schaeffer que la mère puisse jouir avec son amant «dans le même lieu» où elle a joui avec son enfant ; pour Braunschweig et Fain, le désir érotique pour la mère dont le vagin plein de la tête d'un nouveau-né serait la première représentation refoulée.

Dans le cadre de notre recherche, nous retiendrons particulièrement l'articulation entre le refoulement du vagin et le maintien du lien à la mère ainsi que la question de l'érogénéité du vagin, notamment lors de l'accouchement, qui est ici posée de façon implicite.

III. L'ÉVOLUTION DU CONCEPT DE FÉMININ ET L'ACCOUCHEMENT

Les réflexions à propos de la psychosexualité féminine ne concernent pas uniquement la sexualité féminine mais aussi et surtout la question de la reconnaissance de la différence des sexes. Comment le bébé fille devient une femme, comment filles et garçons, hommes et femmes, s'organisent-ils par rapport à la différence des sexes ? Au fil des élaborations théoriques de Freud et de ses successeurs, les concepts de féminin et féminité et leur éventuel antagonisme avec celui de maternel ont évolué au gré des apports des différents auteurs. Nous allons, pour la clarté de notre propos, tenter de rendre compte de cette évolution afin de définir au plus près le féminin tel que nous nous y référerons dans notre travail de recherche.

A. L'ÉVOLUTION DU CONCEPT DE FÉMININ CHEZ FREUD

1. Le féminin : une caractéristique sexuelle

Le féminin chez Freud (1924b) est d'abord pensé comme ce qui caractérise la femme dans une équivalence avec féminité. Dans «Le problème économique du masochisme», féminin renvoie aux situations caractéristiques de la féminité, à savoir : «être castré, être coïté ou enfanter» (p. 14). Freud (1925) emploie féminin au sens biologique, c'est-à-dire comme caractéristique sexuelle : sexe féminin par opposition au sexe masculin. Et, dans une acception plus large, le féminin désigne les traits de personnalité, les traits de caractère caractéristiques de la femme. Freud cite en exemple un trait de caractère féminin — la jalousie — et la relie au développement psychosexuel féminin. Le féminin désigne encore ce qui est propre à la femme, même lorsqu'il est employé par le garçon (par exemple, une position féminine «le garçon veut également remplacer la mère en tant qu'objet d'amour du père, ce que nous désignons comme position féminine» (p. 193). En termes de polarité, féminin ici s'oppose à masculin.

2. Le féminin : une modalité de satisfaction de la pulsion

Pour Freud (1931), il n'existe qu'une seule libido que les buts soient actifs ou passifs : «la psychanalyse», écrit-il, «nous enseigne à nous en sortir avec une libido unique qui, il est vrai, connaît des buts, donc des modes de satisfaction, actifs et passifs. C'est dans cette opposition, et avant tout dans l'existence de tendances libidinales à buts passifs, qu'est inclus le reste du problème» (p. 25). La sexualité féminine traverse deux phases : l'une masculine, l'autre féminine. La fillette reconnaît le fait de sa castration et la supériorité de l'homme mais proteste contre cet état des choses. Il s'offre alors à elle trois issues : renoncer à la sexualité, revendiquer le pénis, accepter sa féminité. Accepter sa féminité signifie ici accepter la castration. La passivité renvoie aux satisfactions libidinales des premiers temps de la vie lorsque l'enfant reçoit les premiers soins de la mère. La mère qui prend soin de son enfant est donc active. L'activité de la femme se manifeste dans la maternité.

Le couple actif-passif ne traduirait donc pas une opposition masculin-féminin mais davantage une opposition maternel-féminin où féminin renvoie à une conduite passive et maternel à une conduite active. C'est surtout dans le jeu de la poupée que les tendances féminines actives pourraient être observées. «C'est l'activité de la féminité qui se manifeste

ici», écrit Freud (p. 22). Parmi les destins de la pulsion existe celui que l'on désigne «renversement en son contraire», c'est-à-dire le retournement d'une pulsion de passivité en activité. Freud écrit : «une impression reçue passivement chez l'enfant suscite la tendance à une réaction active. Il essaie de faire lui-même ce qui auparavant a été fait sur lui» ; «Chez l'enfant, les premières expériences vécues sexuelles et teintées de sexualité auprès de la mère sont naturellement de nature passive» (p. 21).

Dans la conférence «La féminité», Freud (1932) pose le problème de la bisexualité. Contrairement à la bisexualité proposée par Fliess, la bisexualité chez Freud est articulée au concept de pulsion qui permet de distinguer le féminin du masculin, mais cette fois-ci, le féminin ne désigne plus ce qui caractérise la femme, mais ce qui caractérise la passivité, c'est-à-dire un mode particulier de satisfaction de la pulsion. Alors que jusqu'à présent, masculinité allait de pair avec «sujet, activité, pénis» et féminité avec «objet et passivité», Freud déconseille de faire coïncider actif avec masculin, passif avec féminin. «Cela n'apporte aucune connaissance nouvelle» écrit-il (p. 198). Féminité dès lors recouvrirait les attributs de la femme en termes d'apparence et de fonction sociale, en lien avec une plus grande prédisposition que l'homme à la bisexualité et donc à la satisfaction féminine de la pulsion, c'est-à-dire à la passivité.

3. Le refus du féminin

Jusqu'à l'un de ses derniers textes, «L'Analyse finie et analyse infinie», Freud (1937) décrit une butée de l'analyse, un roc indépassable. Ces deux thèmes qui, écrit Freud, donnent bien du travail à l'analyste sont «pour la femme l'*envie du pénis* — l'aspiration positive à la possession d'un organe génital masculin —, pour l'homme la rébellion contre sa position passive ou féminine» (p. 266) qu'il nomme refus du féminin.

B. L'ÉVOLUTION DU CONCEPT DE FÉMININ CHEZ LES SUCCESSEURS DE FREUD

1. L'achèvement du féminin dans l'expérience de l'accouchement

Chez Hélène Deutsch (1924), les pôles maternel et féminin du développement libidinal ne s'opposent pas, mais au contraire concourent à une génitalité achevée. «La caractéristique dominante de l'extase orgastique de la femme est cette qualité d'absorption en elle, le besoin pressant de ne faire qu'un avec le partenaire dans l'incorporation, en

l'incorporant à soi» (p. 62). Il s'agit «de ne faire qu'un avec l'enfant-homme» (p. 62). Deutsch (1924) conçoit la grossesse et l'accouchement comme le prolongement direct de l'acte sexuel, non seulement somatiquement mais fantasmatiquement : «de même que le premier acte contient un élément du second (avec la séparation du *germen* et du *soma*), le second est imprégné des mécanismes du plaisir du premier» (p. 73). Ainsi, en un saut du biologique au psychique assez direct et radical, elle en vient à affirmer que l'acte de naissance «représente l'acmé du plaisir sexuel (...)» et que «l'acte de la parturition est pour la femelle une débauche de plaisir masochiste» (p.73). De plus, l'accouchement représente une gratification érotique. Il serait, pour Deutsch, «la plus grande et la plus enrichissante expérience de la femme» (1945, p. 215).

Pour Braunschweig et Fain (1971), il faut attendre la mise au monde d'un enfant pour que la pleine reconnaissance du féminin puisse advenir.

2. Le féminin : la définition de la jouissance (A)utre

«La femme n'existe pas» écrit Lacan en barrant le La. «Une femme n'entre en fonction dans le rapport sexuel qu'en tant que *la mère*» (Lacan, 1975, p.14). Lacan en tire la conséquence qu'il n'existe pas de représentation de la femme dans l'inconscient, la mère serait une image possible pour capter une représentation de la femme, d'où son fameux aphorisme. Elle n'existe pas, «pas toute» au titre de l'universalité. Lacan, s'appuyant sur le mythe freudien de *Totem et Tabou*, soutient que les hommes sont soumis à l'universel : tous les hommes sont soumis à la castration, or il y a «au moins *un*» qui n'y fut pas soumis, le père-tyran de la horde primitive qui possédait toutes les femmes. Après l'avoir tué et mangé, les fils instituèrent la loi de l'interdit de l'inceste. Pour Lacan, l'universel se soutient d'un réel qui fait exception. Les femmes, au contraire, ne sont pas soumises *tout* à la castration et à la Loi. Il manque à l'origine au moins *une* femme qui y aurait échappé. La femme n'existe donc *pas toute* au titre de l'universalité.

De ce *pas toute*, s'origine pour Lacan (1974), une autre jouissance que phallique, différente, «au-delà du phallus, une jouissance qu'on éprouve et dont on ne sait rien» (p.71). Elle n'est pas phallique, elle n'est pas de l'ordre du fantasme. C'est une (A)utre jouissance, celle du corps, en tant qu'Autre, secrète, ineffable, hors langage, rebelle au signifiant, qui échappe à l'image et au nom. Une femme n'est pas toute dans la jouissance phallique quand le désir s'égaré, quand l'ordre phallique s'affole. Le phallus n'a pas le dernier mot. La parole est empêchée, «rejetée». Cette jouissance n'est ni complémentaire, ni analogue à la jouissance

masculine, mais indépendante et supplémentaire. Elle constitue la plus irréductible des extraterritorialités, un lieu d'absence, qui rend une femme étrangère à elle-même, de non-être dans le semblant, sous le masque de l'apparence. De cette (A)utre jouissance, certains hommes ne sont pas exempts. Le féminin selon Lacan renverrait à la jouissance féminine. Or, selon Lacan, pour une femme, cet objet qu'est l'enfant sert à boucher, non pas le manque phallique qui est la version freudienne, mais un au-delà du manque phallique, spécifique de la jouissance féminine.

3. La transmission du féminin sous couvert de féminité

Joan Rivière (1929), dans son article «La féminité en tant que mascarade» écrit «les femmes qui aspirent à une certaine masculinité peuvent revêtir le masque de la féminité pour éloigner l'angoisse et éviter la vengeance qu'elles redoutent de la part de l'homme» (p. 198). Se déguiser en femme, prendre l'apparence d'une femme, pourrait dissimuler une position masculine, une position phallique, et faire écran à l'angoisse. (Cette attitude est décrite par Freud comme le complexe de masculinité, qui emprunte ce terme à Van Ophuijsen (1924)).

Monique Cournut-Janin (1998) s'intéresse particulièrement au rôle de la mère dans la construction et la transmission de la féminité et du féminin chez la fille. La féminité se construirait par rapport au père. Reprenant la conceptualisation de *mascarade* proposée par Joan Rivière, la féminité, serait ce qu'une femme donne à voir : «y en a, y en a pas» ; «un caché-montré apte à déjouer le risque d'éveil de l'angoisse de castration masculine», mais qui en même temps «suggérerait suffisamment de féminin» pour susciter le désir de l'autre sexe (p. 82). La féminité serait un accrochage proposé au regard masculin, pour qu'il puisse éviter, déplacer sur ce qui recouvre, habille, voile ; brillant du fard, du vêtement, des bijoux, ils évoquent, montrent et cachent. Pour Cournut-Janin, la transmission de la féminité serait un leurre phallique protecteur. Et c'est en laissant à sa fille la possibilité de s'identifier à elle que la mère transmettrait son féminin.

En effet, elle rappelle que le refus du féminin, c'est-à-dire le refus d'une position passive dont parle Freud en 1937, se rencontre non seulement chez les hommes mais aussi chez les femmes. Dès lors se poserait la question de ce que Cournut-Janin qualifie de stratégie pour que, dans l'acceptation de la psychosexualité de la femme, ce féminin soit tolérable, pour la femme elle-même, et dans ses relations avec les objets. Ce serait par un jeu identificatoire à la mère, suscité par celle-ci, que cette féminité serait transmise, investie, introjectée. Cournut-Janin suppose un double jeu maternel, préconscient, incitant sa fille au

contre-investissement du vagin et du désir de pénétration, alors qu'elle-même, la mère, se réserve de pouvoir jouir du père. Sous couvert de féminité, l'identification au féminin de la mère pourrait alors s'accomplir, mais plus secrètement. «Nous sommes dans un mécanisme psychique féminin induisant un comportement et remplissant probablement un programme inconscient complexe, ambigu» écrit Cournut-Janin (p. 84). Ce mécanisme consiste à :

- Rassurer le désir masculin en éloignant ce qui évoquerait la menace, mécanisme qui s'apparente à celui de la mise en scène de la castration par le fétichiste,
- Mais aussi, grâce au caché-montré, attirer le regard, signalant ainsi le désir féminin de plaisir, d'être aimée,
- Se procurer une réassurance narcissique (à un niveau phallique dont il y a toutes les raisons de croire que, dans l'inconscient, il existe toujours),
- Partager ce jeu narcissique avec d'autres femmes à la suite de la mère.

Si Cournut-Janin (1998) parvient à opérer une distinction entre féminité et féminin, elle ne distingue pas, en revanche, ce qui est du féminin et du maternel. «C'est la féminité qui se donne à voir, qui s'érige, défense inconsciente destinée à traiter les angoisses des deux sexes. Le féminin paraît se constituer plus secrètement sous couvert de féminité : ceci donne à l'identité féminine un aspect complexe, au moins double : si la féminité est une affaire de surface, de regard, de référence phallique, le féminin est une histoire de creux, de zone érogènes génitale, anale et buccale, de pulsion à but centripète, prendre à l'intérieur à la Mélanie Klein, tout ce qui est enviable, venant du père ou de la mère ; il n'est pas évident de départager facilement ce qui est de l'ordre du féminin de ce qui serait de l'ordre du maternel dans ce qui se construit ainsi chez l'enfant fille» (p. 88). Pour Cournut-Janin enfin, le féminin désignerait «l'excès, l'absence de raison et de loi» (p. 77). Il serait «proche de l'inconscient» (p. 88).

Par ailleurs, Monique Cournut-Janin qualifie l'accouchement d'expérience impensable, excédant les possibilités de contenance dont l'être humain est capable : «Cette expérience de la grossesse et de l'accouchement comme vue, imaginée, réinsérée dans le mythe de sa propre origine et celui de la perpétuation de l'espèce, me paraît se situer en-deçà de la pensée.» ; «La force passivement subie par la mère de l'active poussée du fœtus ne vient qu'appuyer d'une autre manière ce caractère non maîtrisable, non négociable, excédant les possibilités de contenance psychique dont l'être humain est capable» (p. 61).

4. Le déni du féminin

Sylvie Faure-Pragier (1999) propose une relecture critique de la théorie freudienne se rapportant à la féminité, notamment concernant sa conception du désir d'enfant considéré comme substitut du pénis manquant. Elle décrit la théorie freudienne comme étant l'expression d'une série de dénis qu'elle met en lien avec le fonctionnement psychique des femmes infertiles : «partageraient-ils un même déni du féminin ?» (p. 44). Pour Faure-Pragier (1997), la théorie freudienne témoigne d'un déni du féminin en instaurant un clivage entre maternel et féminin : Si le vagin «est ignoré dans les deux sexes» chez l'enfant, la jouissance féminine l'est également dans la théorie de Freud sur la féminité. La femme ne peut que «subir le coït». «Si le vagin et la jouissance féminine se trouvent ainsi déniés, c'est (...) au profit d'une idéalisation de la maternité, seule voie d'épanouissement réussi. La femme n'aurait qu'un *utérus*, un gros ventre enviable, reconnu et mis en scène par tous les jeux infantiles» (p. 128).

Enfin, Faure-Pragier (1999) se demande si le féminin doit nécessairement s'opposer au maternel. D'après elle, ces deux versants de la femme ne doivent pas être dissociés, puisque, dans le meilleur des cas, ils s'intriquent: «Lorsque l'amoureuse, au comble de la jouissance, demande à son amant «fais-moi un enfant» n'y a-t-il pas alors intrication du maternel et du féminin ?» «Le désir d'enfant serait alors, non pas la cause comme le décrit Freud mais la conséquence même de l'amour de l'amante. Donner une descendance serait la preuve de cet amour» (p. 54).

5. Le féminin : un destin de la pulsion

a) Le travail du féminin

Le féminin tel que le conceptualise Jacqueline Schaeffer (1997), prolonge et complète le féminin tel que Freud l'a conceptualisé en termes de modalité de satisfaction de la pulsion. Schaeffer part de la théorie pulsionnelle freudienne et théorise ce qui était resté en suspens jusqu'alors, à savoir ce qu'il advient des grandes quantités d'excitation non liées lorsqu'elles sont admises dans le moi sans effraction traumatique, sans sidération du moi, c'est-à-dire avec ce qu'elle nomme une *effraction nourricière*. Schaeffer considère que c'est la difficulté de théoriser le sexuel féminin, par l'inévitable poussée constante de grandes quantités libidinales, qui inspire à Freud la notion d'un *refus du féminin* indépassable, sous l'aspect de l'envie du pénis ou du refus de la passivité homosexuelle. En effet, pour Schaeffer le concept de *féminin*

permet de penser *l'introjection nourricière* de grandes quantités d'énergie libidinale par le moi. Elle écrit : «Notre thèse est que plus le moi admet de pulsion sexuelle en son sein, plus il a accès à la jouissance sexuelle, et plus il est riche, mieux il vit, mieux il aime, moins il est malade et mieux il pense» (p. 22). Le terme de nourricier se réfère à l'action par laquelle la psyché, sous l'effet de la pulsion, se constitue.

Pour Schaeffer (1997), la construction de la psychosexualité passe par trois *effracteurs nourriciers* qui «constituent trois épreuves de réalité, majeures, inévitables et structurantes. Ils ne se négocient pas, et exigent coûte que coûte la soumission du moi à la poussée constante». (p. 24). Dans la métapsychologie freudienne, le moi, qui «n'est pas maître en sa demeure», est envahi par la libido qu'il ressent comme un «corps étranger interne» (Freud, cité par Schaeffer p. 24). Le premier effracteur nourricier coûte que coûte est le «corps étranger interne que constitue la poussée constante de la libido». Dès les origines de la vie, le moi est obligé à l'angoisse, parce qu'il n'a pas le choix. De plus, du fait que la pulsion pousse constamment, alors que le moi est périodisé, lui impose une «exigence de travail». «C'est ainsi», écrit Schaeffer, «que le moi se différencie du ça, que l'excitation devient pulsion» (p. 46), que la génitalité humaine se différencie de la sexualité animale, soumise au rut et à l'*æstrus* et se transforme en psychosexualité à poussée constante, fait humain majeur. «Le second effracteur nourricier est l'épreuve de la différence des sexes, et ses exigences de réalité. «Le troisième effracteur nourricier est l'amant de la relation sexuelle de jouissance : celui qui crée le *féminin* de la femme, frayé par les deux précédentes épreuves, et qui réélabore en après-coup toutes les figures antérieures de l'étranger effracteur et nourricier, pulsionnel et objectal» (p. 25).

A chacune de ses épreuves de réalité se remet au travail la lutte inévitable, *nourricière et constituante*, entre le moi et la pulsion. Pour Schaeffer, «le moi peut se laisser ouvrir un peu, beaucoup, à la folie ou pas du tout à la pulsion selon une triple solution, toujours combinée» (p. 25). Les trois solutions du moi face à la poussée constante de la pulsion et au risque d'invasion pulsionnel sont la solution *névrotique* : le moi accepte une partie et négocie ; la solution *répressive*, le moi se ferme à l'invasion pulsionnelle, c'est le pôle que Schaeffer nomme «fécal du moi» ; et enfin la solution *pulsionnelle* dans laquelle le moi s'ouvre et se soumet. Ainsi, pour Schaeffer, le *refus du féminin* serait «le contre-investissement par le moi de sa dépendance libidinale» à l'effraction nourricière de la pulsion. Et le féminin de la femme résiderait dans «le dépassement, toujours à reconquérir, de ce conflit constitutif, qu'elle le dénie ou non, de la sexualité féminine : son sexe exige la défaite, son moi la hait » (p. 26).

Pour Schaeffer la dimension positive de l'Œdipe féminin, à savoir le changement d'objet sur un père porteur de pénis et séparateur de la mère prégénitale, permet à la fille d'investir le pénis du père et l'enfant qu'il lui donnera. Mais elle souligne cependant que l'enfant du père reste dans la lignée phallique-anale, en tant que cadeau, objet de substitution. Il reste que l'intérieur, avec tout ce qui y entre, doit également se symboliser. C'est un *travail de féminin* à accomplir, et ce, tout au long de la vie de la femme, parallèlement à l'élaboration symbolique de pertes d'objets partiels, s'effectuant, comme pour l'homme, sur ce qui est visible et «sur le corps de l'autre». C'est là que se différencie la féminité de surface du féminin tout intérieur. Ainsi, ce que Schaeffer nomme le féminin est un *travail du féminin*, à savoir : l'élaboration des angoisses d'intrusion prégénitale en angoisses de pénétration génitale d'une part et l'érotisation de *l'effraction nourricière* de la pénétration. Le féminin est révélé à la femme *l'amant de jouissance* qui est à la sexualité de la femme ce que la pulsion a été pour le moi : l'exigence d'accepter l'étranger, à la fois inquiétant et familier. Schaeffer considère que l'amant de jouissance vient, comme la nécessaire fonction phallique paternelle, symbolique, qui instaure la loi et permet au père de séparer l'enfant de sa mère et de le faire entrer dans le monde social, en position de tiers séparateur pour arracher la femme à sa relation archaïque à sa mère.

Schaeffer (2005) enfin dissocie le féminin du maternel : «le maternel est soumis à une horloge, le féminin est une poussée sans fin» (p. 5). L'auteur insiste sur la nécessité d'opposer ce double courant, celui du féminin érotique et celui du maternel, tout en précisant qu'il est souhaitable que cet antagonisme ne vire pas au clivage et qu'une certaine réconciliation ait lieu dans le corps et dans le psychisme de la petite fille pour qu'elle puisse devenir femme et mère.

b) Le féminin ou l'échec de la pulsionnalisation

Jean Cournut (2006), à sa façon, interroge le refus du féminin en se plaçant du côté de ce qui chez les femmes fait peur aux hommes et peut-être également, de ce qui leur fait envie — «et si un Schreber sommeillait en tout homme ?» (p. 89) — à savoir être passif, battu, dévirilisé, coïté, accoucher et le tout avec plaisir, dans une jouissance ... infinie. Classiquement, il présente le féminin comme «du différent auquel on ne comprend rien, si ce n'est qu'il lui manque quelque chose d'essentiel, qui se laisse faire et même qui y prend goût : autrement dit : «du châtré, du passif, du maso» (p. 208). Du maternel qui donne tout, règne

sur tout, et vous trahit tous les soirs. Et, toujours vu du côté des hommes, de la jouissance... «qu'on croirait» qu'elle est inépuisable comme une mort qu'on dirait «petite» pour se rassurer» (p. 206). Le féminin est aussi du côté de la jouissance : plaisir secret, intensité irreprésentable, orgasme supposé infini, «béatitudes féminines» ressenties par Schreber (p. 100).

Il s'intéresse d'abord à ce qui est de l'ordre de la sexualité féminine, maternelle incluse. Puis il distingue la mère et la femme. A propos de la femme, il sépare la féminité et ses atours qui rassurent les hommes, et les femmes par rapport à leur angoisse de castration : «les femmes ont ce qu'il faut, éventuellement, on les pare, on les munit, on les complète, avec, au besoin, un en plus du côté du maternel, voire de la maternité» (p. 99). Dès lors, il propose une quatrième distinction : «À l'encontre de cette féminité voyante et affichée, le quatrième élément à distinguer est le féminin. (...) Mais quel féminin ? Le féminin érotico-maternel» (p. 99).

Jean Cournut propose de considérer le féminin comme un échec de la pulsionnalisation, de la mise en représentation ; le facteur de non liaison, voire de déliaison, un reste ingérable, la carence foncière du travail de liaison. Or, le féminin érotico-maternel est celui qui est irreprésentable.

Ce qui vient du corps, sensations internes et externes, perceptions du monde extérieur, se représente, se pulsionnalise, se lie dans la psyché. Cournut (2006) propose que certaines de ces sensations et perceptions, endogènes et exogènes, ne parviennent pas à se pulsionnaliser c'est-à-dire, ne se laisse pas mettre en «représentations affectées, refoulables et symbolisables». «Se représenter» signifie ici «se lier par des représentations et les intégrer psychiquement en affrontant les conséquences de cette éventuelle et précaire adhésion intime» (p. 206).

Les motifs de cette non liaison pourraient à première vue s'avérer divers et variables comme des sensations trop fortes qui débordent les capacités d'élaboration, cela en cas de douleur physique ou morale, dans l'aigu de la passion, ou encore dans les situations de surprise saisissante et de réalité écrasante. Mais pour Cournut, ce qui plus que tout est de l'ordre de l'irreprésentable, de l'impensable, de l'insupportable, c'est le fait qu'un enfant puissent se former, croître et sortir du sexe d'une femme. «Ce que l'homme (...) est incapable de concevoir psychiquement», écrit-il, «c'est qu'à partir d'un spermatozoïde et d'un ovule, un enfant se forme, s'accroît et naît du ventre d'une femme. Il faut bien reconnaître avec un minimum de bonne foi que, parmi les phénomènes de la vie fréquents et banals, c'est l'un des plus extraordinaires, d'autant que tout homme, en dépit de toutes les couvades et

identifications, est bien obligé d'admettre que, dans son corps à lui, il ne saura jamais ce que c'est !» (p. 207).

Ce qui est également irreprésentable, pour les deux sexes, c'est la proximité du sexe de la mère dont ils sont issus. Ainsi, «comme à l'adolescence, l'éveil de la puberté réactive des angoisses de confusion avec le corps maternel, la possibilité de relation sexuelle réveille la menace de réalisation fantasmatique incestueuse» (p. 210). Pourrions-nous alors envisager que l'imminence de l'accouchement, par la menace de la réalisation de la fantasmatique incestueuse, à savoir, mettre au monde un enfant du père et prendre la place de la mère, de la même façon, réactive les mêmes angoisses ? Car, si comme l'écrit Cournut (2006) : «l'avidité de la poussée pulsionnelle en elle-même, toujours insatisfaite», alors elle «ne peut que terrifier si elle renvoie à la dévoration, à l'engloutissement dans le corps de la mère, objet de terreur et paradis perdu de la fusion-confusion» (p. 210).

C. SYNTHÈSE

Au total, comment entendre le concept de féminin et penser sa dialectisation avec l'accouchement? Dans l'œuvre de Freud, le sens du mot féminin a évolué. Au commencement, féminin a un sens biologique et renvoie aux caractéristiques sexuelles de la femme par opposition à celles de l'homme. Puis féminin fait référence aux caractéristiques des femmes dans une équivalence avec féminité qui sont dans la métapsychologie freudienne : être châtré, être coïté et accoucher. Enfin féminin se distingue de féminité. Féminité renvoie dès lors à ce qui caractérise la femme, ses attributs et féminin ou plus exactement, refus du féminin définit le refus d'une situation passive en tant que modalité de satisfaction pulsionnelle.

Parmi les différentes théorisations de Freud et de ses successeurs, celles qui ont particulièrement retenues notre attention sont les suivantes : nous retiendrons tout d'abord celle d'Hélène Deutsch qui ne parle pas de féminin mais de fonction féminine. Pour cet auteur, l'accouchement représente la conclusion de l'acte sexuel amorcé quand *soma* et *germen* se séparent et la gratification érotique qui y est associée. Nous retiendrons également le caractère impensable et non représentable de l'accouchement mis en avant par Monique Cournut-Janin d'une part et Michel Fain et Denise Braunschweig d'autre part en lien avec les désirs incestueux à l'égard du père pour la première et de la mère pour les seconds. Nous n'oublierons pas que Jean Cournut qualifie de féminin l'érotique maternel, à savoir l'érotique

de la mère, parce que, précisément, il serait l'irreprésentable et caractériserait l'échec de la pulsionnalisation.

La définition du féminin à laquelle nous nous référons dans l'intitulé de notre travail à savoir la mise à l'épreuve du féminin dans l'expérience de l'accouchement fait référence plus particulièrement au féminin tel que le conceptualise Jacqueline Schaeffer à savoir : la capacité du moi à admettre en son sein une grande quantité d'excitation non liée et à en être à la fois effracté et nourri.

IV. SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Au cours de cette première partie consacrée à la revue de la littérature, nous nous sommes intéressés, dans un premier chapitre, aux transformations de l'accouchement en général, puis à l'émergence de la césarienne et, enfin, à l'apparition des demandes maternelles de césarienne pour un premier enfant sans indication médicale. Notre réflexion sur la mise à l'épreuve du féminin lors de l'expérience de l'accouchement — à partir du cas des femmes qui demandent, de façon explicite, à accoucher par césarienne — s'inscrit dans un contexte à la fois anthropologique, social, médical, juridique et historique dont nous avons souhaité rendre compte.

Nous avons insisté sur la participation toujours plus active des personnes accompagnant la parturiente, rendue de plus en plus passive, et sur l'apparition des hommes dans une sphère jusque-là exclusivement féminine. Ce double mouvement, la participation masculine à l'accouchement et la gestion active du travail, s'est amorcé au XVIII^e siècle avec le passage de la sage-femme à l'accoucheur, de la maison à l'hôpital, du lit à la table d'opération. Il semble se poursuivre aujourd'hui avec le recours aux hormones de synthèse pour déclencher ou diriger le travail, les déclenchements et la programmation des césariennes. Nous avons montré comment, grâce aux progrès médicaux, scientifiques et techniques réalisés afin d'améliorer la sécurité et le confort des parturientes, nous sommes parvenus à une situation dans laquelle la prise en charge d'un accouchement par voie basse et la mise au monde d'un enfant par césarienne tendent à se rapprocher. Césarienne et voie basse sont devenues deux modalités d'accouchement à part entière ; pour certaines femmes, la césarienne est même considérée comme plus désirable que la voie basse. Nous avons rendu compte des éléments qui, dans la littérature, explicitent cette préférence. Ils s'organisent autour de trois axes : la peur de l'accouchement, la peur de perdre le contrôle lors de l'accouchement ou après, et la peur d'une atteinte à l'intégrité sexuelle.

Afin d'aller au-delà de la compréhension manifeste de ce phénomène et de mettre à jour, à travers le référentiel psychanalytique, les raisons implicites pour lesquelles certaines femmes évitent, de façon tout à fait consciente, l'accouchement par voie basse, nous avons présenté, dans un second chapitre, l'expérience de l'accouchement sous l'angle de l'effraction physique et psychique en référence à la théorie freudienne du trauma et de ses remaniements. Aborder la question incontournable de la douleur, de son évitement, et de son maintien lorsque l'on traite de l'accouchement nous invite à aller plus avant dans la compréhension des

modalités du phénomène de la liaison entre soma et psyché, entre l'inscription psychique de l'expérience du corps, des éprouvés corporels et l'expérience psychique. C'est ce que nous avons fait en abordant les concepts de représentation et de pulsion. C'est également l'objectif que nous avons poursuivi en rapportant comment différents auteurs ont appréhendé la constitution de la psyché basée sur l'intégration progressive des éprouvés corporels. Nous nous sommes arrêtés également sur le versant maternel du traumatisme de la naissance afin d'étudier les dimensions susceptibles de faire effraction, au plan psychique, pour la mère : la confrontation à la mort, à la perte, à la dépendance, mais également, et c'est celles que nous avons retenus pour la suite de notre travail, la confrontation au sexuel et à l'incestuel ainsi que la résurgence des conflits œdipiens. L'horreur potentiellement suscitée par la représentation du passage de l'enfant dans la voie vaginale nécessiterait des aménagements spécifiques pour y faire face.

Dans le troisième et dernier chapitre de notre revue de la littérature nous nous sommes concentrés de façon élective sur les concepts psychanalytiques sous-tendant la genèse de la psychosexualité féminine et sa possible dialectisation avec les problématiques soulevées par l'accouchement. En premier lieu figurent les spécificités de l'Œdipe féminin. Nous avons présenté la congruence des travaux psychanalytiques en faveur de la persistance de l'attachement à la mère préœdipienne, parfois tout au long de la vie. La résolution du complexe d'Œdipe ne s'achevant chez la fille que lorsque le renoncement à l'objet d'amour œdipien, la mère d'abord, puis le père, s'accomplit. Nous avons retenu que pour la fille, l'expression de l'angoisse de castration se manifeste non seulement sous la forme d'angoisse de perte, mais également sous la forme d'angoisse de destruction de l'intérieur du corps relié aux désirs œdipiens incestueux. Parmi ceux-ci figure chez la fillette la crainte que le vagin soit endommagé dans la réalisation fantasmatique d'un coït avec le père.

C'est pourquoi nous nous sommes ensuite attachés à l'analyse des différentes positions exprimées dans la revue de la littérature concernant le refoulement du vagin et la levée de ce refoulement. La levée du refoulement se traduisant par la reconnaissance de la différence des sexes. Pour certains auteurs, le refoulement du vagin viserait la soumission à la loi phallique : il n'y a qu'un seul sexe enviable, le sexe masculin ; quand pour d'autres, le refoulement du vagin serait une façon pour la fille d'éviter la rivalité avec la mère. Le vagin serait dans cette logique l'organe sexuel de la mère susceptible non seulement de relation sexuelle avec le père mais également de lui mettre au monde des enfants. Les filles refouleraient l'existence du vagin afin de ne pas entrer en rivalité avec leur mère, les mères

soumettraient le vagin de leur fille au refoulement afin de maintenir l'ordre phallique à savoir : seuls les hommes ont un sexe enviable.

La question de la reconnaissance de la différence des sexes — masculin et féminin — est donc un des fils rouges de notre investigation et nous a conduit à analyser les différentes acceptions du terme féminin dans la littérature psychanalytique. La définition du féminin à laquelle nous nous réfèrerons dans notre travail est celle de Jacqueline Schaeffer. Le féminin tel que le définit Jacqueline Schaeffer est la capacité du moi à admettre en son sein une grande quantité d'excitation non liée, sans sidération, et d'en tirer de la jouissance. Dans cette approche, le féminin correspond à l'érotisation de l'effraction, de la pénétration, qu'elle soit corporelle ou psychique. L'effraction étant pensée comme *nourricière* du moi. C'est la double valence somatique et psychique d'une part, et l'érotisation de l'effraction d'autre part, qui nous ont particulièrement intéressé au regard de notre travail sur l'expérience de l'accouchement.

DEUXIÈME PARTIE

CONSTRUCTION DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 4

OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE, PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

I. OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE

La clinique en Maternité rend compte de la variabilité très importante avec laquelle les femmes abordent et traversent l'expérience de l'accouchement. Toutes relatent le sentiment d'avoir vécu un événement exceptionnel, au caractère unique, intime et intense à la fois, dont finalement on ne parle pas, ou très peu. Certaines femmes auraient eu besoin de ce passage pour se sentir devenir mère et vivent le recours nécessaire à la césarienne comme une défaillance, comme un échec, avec le sentiment, disent-elles, de ne pas avoir accouché. D'autres accouchent par «les voies naturelles» avec plus ou moins de difficulté, et de satisfaction. Certaines enfin demandent explicitement, souvent dès le début de la grossesse, à accoucher par césarienne. Toutes les femmes enceintes ont à faire face à cette expérience de premier ordre qu'est l'accouchement, mais chacune s'y confronte d'une manière singulière.

Les soignants, et particulièrement les sages-femmes qui les accompagnent à ce moment-là, témoignent du mystère renouvelé de la naissance lorsque sur un plan médical tout semble permettre que l'accouchement se déroule sans difficulté et que «ça bloque». Il semblerait qu'il existe des femmes pour lesquelles l'accouchement par les voies naturelles soit impossible au plan psychique, pour des raisons diverses et le plus souvent inconscientes, mettant en œuvre dans leur corps ce qui semble être une impossibilité d'accoucher, aboutissant à une stagnation ou à un arrêt du travail et à une césarienne en urgence sans explication médicale satisfaisante.

Les remaniements psychiques suscités par cette expérience de premier ordre qu'est la mise au monde d'un enfant ont été peu étudiés. Du point de vue comportemental, des études quantitatives s'intéressent à la fréquence d'apparition d'un syndrome post-traumatique en post-partum ainsi qu'à l'intensité et à la fréquence de la peur de l'accouchement en lien éventuellement avec le recours à la césarienne programmée sur demande maternelle. Les résultats de ces études vont dans le sens, que, en effet, quelque chose de l'ordre d'une anxiété importante, voire d'une effraction traumatique, est parfois observable. Ces études visent à décrire le phénomène, à rendre compte de sa fréquence d'apparition et à le mettre en lien avec

d'autres phénomènes observables. Du point de vue intersubjectif, l'arrivée d'un enfant est abordée, dans la littérature, à partir de la mise en place du lien à l'enfant, selon un axe narcissico-objetal : du bébé imaginé au bébé réel. Sur le plan intrapsychique, les travaux récents concernent essentiellement les remaniements identificatoires de la femme devenant mère. Ils concernent d'ailleurs davantage la dynamique psychique de la grossesse que l'accouchement proprement dit, ce dernier étant assez peu pris en compte lorsqu'il se déroule «normalement». La normalité du déroulement serait certainement à questionner mais nous considérerons ici qu'un accouchement «normal» renvoie à un accouchement tel qu'il se déroule en 2017 pour la moyenne des femmes en France, c'est-à-dire, en milieu hospitalier, par voie basse, sous monitoring fœtal, avec une anesthésie péridurale, en une douzaine d'heures environ.

Cependant, la normalité, la banalité pourrait-on oser, avec laquelle la femme accouche, masque mal le caractère tout à fait exceptionnel de l'affaire. En effet, au sein des expériences humaines, la grossesse mais aussi l'accouchement, en plus de participer au maintien de l'espèce et du groupe, sont le fait d'un seul sexe. Contrairement à la conception, à l'attente, à l'accueil ou à l'éducation, la mise au monde de l'enfant est le fait d'une femme, sa mère. Et ce, malgré l'accroissement du nombre des intervenants autour de la femme enceinte qui tendrait à nous faire penser l'inverse. Qui plus est, cette incroyable aventure met à contribution de façon tout à fait majeure une partie spécifique de l'anatomie de la femme : son sexe, dans sa totalité, interne et externe, visible et caché. Le fait que l'accouchement soit le fait d'un seul sexe qui plus est, dans la dimension sexuée de celui-ci, pourrait-il participer au fait qu'il échappe en tant qu'objet d'étude ?

L'accouchement n'est pas une donnée naturelle. Comme l'écrit Claude Revault d'Allonnes (1976) «chaque société a sa manière traditionnelle, apprise et transmise de se moucher, d'uriner, de se laver, d'être malade et de se soigner, de pratiquer des rapports sexuels, de mourir et de naître» (p. 79). De la même manière, l'accouchement se déroule en lien avec d'autres et est une expérience intersubjective à part entière. Cependant, c'est à la dimension intrapsychique que nous avons choisi de nous intéresser dans cette étude en nous fondant sur le cadre psychanalytique. La métapsychologie psychanalytique sera dans ce travail non seulement notre référentiel théorique et le fondement avec lequel nous traiterons le matériel clinique que nous aurons recueilli, mais également, pour partie, l'objet de notre recherche.

L'accouchement, plus encore que la sexualité génitale, nous confronte, de manière radicale, brutale et peut-être parfois difficilement supportable, à la problématique œdipienne originelle de la différence des sexes et des générations : seules les femmes accouchent. En d'autres termes, si j'accouche, c'est que je ne suis pas un homme ; si j'accouche, c'est que je suis comme ma mère. Et cela ne va pas toujours de soi. C'est pourquoi nous nous interrogerons sur la façon dont la confrontation avec la réalité somatique de l'expérience de l'accouchement (re)met au travail la dynamique psychosexuelle féminine articulée dans la théorie freudienne à la théorie du monisme phallique et à la (mé)connaissance du vagin.

L'objectif général de cette recherche clinique, qualitative, comparative et longitudinale est de mettre en lumière comment cette expérience, le passage de l'enfant par la filière génitale, met à l'épreuve psychiquement la femme qui la traverse. Quels sont les processus psychiques qui la sous-tendent, l'accompagnent et lui succèdent ? Comment cette expérience s'inscrit-elle dans le développement psychosexuel de la femme ?

II. QUESTION DE RECHERCHE ET PROBLÉMATIQUE

Afin d'étudier la place singulière de l'expérience somatopsychique de l'accouchement pour la femme au sein de sa trajectoire psychosexuelle, nous avons eu l'idée de nous intéresser à un groupe de femmes en particulier, les femmes qui demandent une césarienne pour accoucher de leur premier enfant, en dehors de toute indication médicale, c'est-à-dire des femmes qui de manière tout à fait consciente ne souhaitent pas s'engager corporellement et psychiquement dans l'expérience d'un accouchement par la voie génitale, quelles que soient les raisons manifestes qui les motivent ; et de comparer ce groupe à un groupe de femmes dit «tout-venant», c'est-à-dire à des femmes accouchant également pour la première fois mais n'ayant pas formulé de demande particulière pour leur accouchement.

La demande de césarienne maternelle sans indication médicale, bien qu'étant en augmentation, reste marginale en France. Notre raisonnement est que d'une part, l'étude de la demande singulière des femmes qui ont recours à une césarienne sans indication médicale rend manifeste un certain nombre de dimensions qui chez les autres femmes restent au plan latent et que d'autre part, la partie manifeste des demandes de césarienne recouvre elle-même

un contenu latent qui reste à mettre à jour. Nous postulons que l'étude des motivations qui sous-tendent leurs démarches nous permettra l'accès à ce qui se passe chez les femmes pour lesquelles l'accouchement se déroule avec difficulté, sans cause médicale évidente et nous permettra d'approfondir la connaissance des enjeux psychiques, le plus souvent inconscients, de l'accouchement tout-venant.

Nous avons formulé notre question de recherche sous la forme suivante : en quoi les enjeux psychiques autour de l'accouchement chez les femmes qui demandent une césarienne sans indication médicale, pour accoucher d'un premier enfant, sont-ils différents de ceux des femmes tout-venant ? Et nous proposons de problématiser cette question comme suit :

La demande maternelle de césarienne est-elle une modalité spécifique de traitement de l'excitation sexuelle — génitale et infantile — suscitée par les représentations et l'expérience du corps lors de l'accouchement?

III. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Nous proposons quatre hypothèses générales afin d'analyser et de comparer les différentes modalités de fonctionnement psychique suscitées par la confrontation à l'expérience de l'accouchement auprès de deux groupes de femmes : un groupe de femmes ayant choisi d'accoucher par césarienne et un groupe de femmes tout-venant.

Nous avons fait le choix de quatre hypothèses générales assez larges car il s'agit d'une recherche exploratoire. Les dimensions du maternel et du féminin articulées au sexuel génital et infantile œdipien et préœdipien sous-tendent ces quatre hypothèses. La première porte sur les représentations conscientes et inconscientes suscitées par l'accouchement par voie basse. La seconde explore la façon dont la femme investit son corps. La troisième s'intéresse à l'investissement de la maternité et à l'imgo maternelle comme support identificatoire possible. La quatrième, enfin, aborde la potentielle spécificité de la dimension œdipienne féminine et la relation à la mère préœdipienne des femmes qui choisissent la césarienne pour accoucher. Chaque hypothèse se décompose en trois hypothèses de recherche visant à préciser les hypothèses générales.

HYPOTHESE 1

H1. Les représentations suscitées par l'accouchement diffèrent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

HYPOTHESE 2

H2. Les modalités d'investissement des fonctions féminines du corps diffèrent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

HYPOTHESE 3

H3. L'investissement de la maternité diffère chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

HYPOTHESE 4

H4. La réactualisation de la problématique œdipienne féminine à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement s'élabore différemment chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

CHAPITRE 5

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. TERRAIN DE RECHERCHE

A. PRESENTATION DU TERRAIN DE RECHERCHE

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Institut Hospitalier Franco-Britannique (IHFB) de Levallois-Perret (92) dirigé par le Docteur Joëlle Jansé-Marec. Il s'agit d'une Maternité de type II¹ comprenant 57 lits d'hospitalisation dont 40 lits en suites de couches et réalisant en moyenne 2600 accouchements par an.

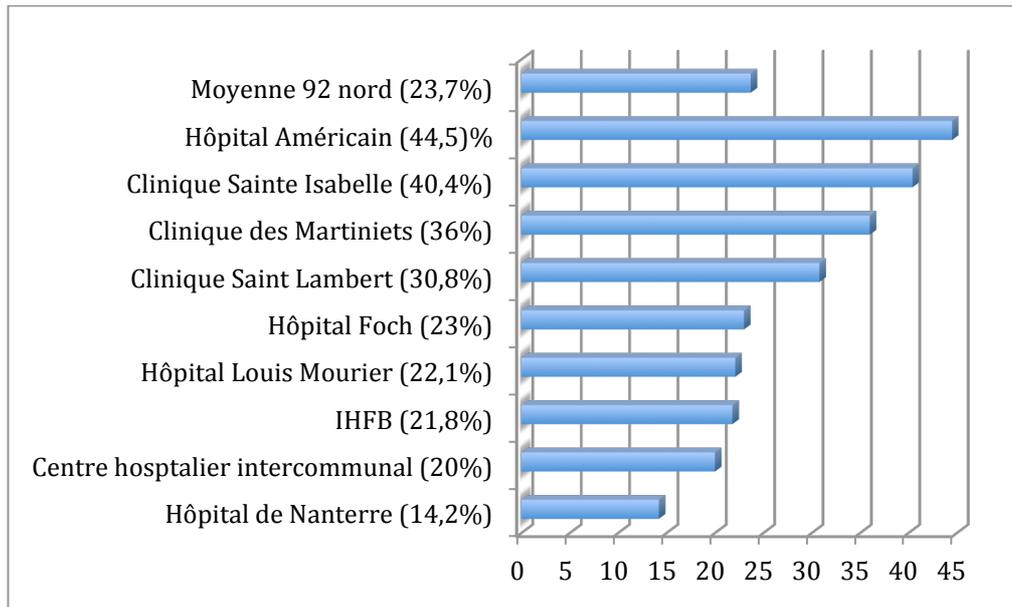
L'IHFB est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Cela signifie qu'il fonctionne comme un hôpital public au plan de la permanence des soins et de la prise en charge financière des accouchements par la sécurité sociale. Il n'a pas vocation à réaliser des profits.

Par ailleurs, le taux de césarienne se situe dans la moyenne basse des hôpitaux du département, bien en deçà des cliniques privées dans lesquelles il peut atteindre 44,5%². Mais, contrairement aux hôpitaux publics du secteur, il accueille une population plutôt plus âgée et plus favorisée sur le plan socio-économique. Ces trois points, statut de l'établissement, âge et CSP, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre de la partie théorique, sont susceptibles d'avoir un effet sur le nombre de césariennes dans le sens d'une augmentation.

¹ C'est-à-dire associée à un service de néonatalogie permettant de prendre en charge certains enfants prématurés

² Source : www.perinat-ars-idf.org Périnat ARS IDF 2014 d'après les données du PMSI 2013

TAUX DE CESARIENNE (CS) PAR MATERNITE DANS LE NORD DU 92



Source : www.perinat-ars-idf.org Périnat ARS IDF 2014 d'après les données du PMSI 2013 : total 14829 accouchements et 3538 CS

De plus, le Chef de service de l'IHFB a explicitement pris position en faveur de l'acceptation des demandes maternelles de césarienne, sous certaines conditions, au nom du droit des femmes à disposer de leur corps. Les conditions en question sont : une consultation préalable avec le Chef de service pour que soient explicités à la femme les bénéfices et les risques liés à ce choix et un entretien avec une psychologue du service. Si la femme maintient sa décision, elle sera césarisée au cours d'une césarienne programmée à 39 S.A¹, soit deux semaines avant terme.

Au total, l'IHFB réalise chaque année en moyenne cinq césariennes sur demande maternelle *strictes* pour un premier enfant. Comme nous le verrons dans les modalités de recrutement de notre population, il y a en fait davantage de césariennes sur demande maternelle mais qui ne sont pas présentées comme telle. En effet, il semblerait que demander une césarienne — appelée également césarienne pour convenance personnelle — n'aille pas de soi. Une certaine forme de culpabilité étant souvent présente chez les parturientes qui ne formulent pas explicitement cette demande comme, peut-être, chez les obstétriciens qui les acceptent.

¹ Semaines d'aménorrhées – le terme de la grossesse étant fixée à 41 S.A.

Le service de gynécologie obstétrique de l'IHFB présente donc l'intérêt pour cette étude, en plus de se montrer favorable au projet d'une recherche sur les enjeux psychiques de l'accouchement, d'être un lieu ouvert à la question de la demande des femmes, de réaliser un grand nombre d'accouchements, de fonctionner sur le modèle du service public et d'en partager les valeurs et les principes à savoir : la permanence des soins, l'égal accès à des soins de qualité pour tous, l'offre de soins préventifs curatifs et palliatifs, la continuité des soins lors de l'hospitalisation et après, ainsi que le caractère non lucratif de l'activité. Dans une clinique privée, les césariennes sur demande maternelles n'auraient peut-être pas été questionnées, dans un hôpital public, elles n'auraient peut-être pas été entendues.

B. INSCRIPTION DE LA RECHERCHE SUR LE TERRAIN

Notre recherche a été proposée à la psychologue en poste dans le service de gynécologie-obstétrique auprès de laquelle nous avons sollicité la possibilité de mettre en place une recherche dans le cadre d'un stage à raison de deux jours par semaine. Cette dernière a immédiatement perçu le bénéfice que pourraient tirer les patientes du service, ainsi que les équipes soignantes, d'une recherche portant sur l'expérience de l'accouchement. Elle s'est montrée extrêmement enthousiaste dès notre première rencontre et nous avons pu bénéficier de son soutien sans faille tout au long de la réalisation de notre étude.

En Maternité, l'accouchement est central et la dimension médicale est prééminente. Or accoucher, même dans des conditions de sécurité obstétricale maximale, est un événement d'une autre nature que médicale. Assister (à) la mise au monde d'un enfant n'est pas une médecine comme les autres. La femme enceinte n'est pas malade. L'accouchement n'est pas, *a priori*, un acte chirurgical et les soignants de la naissance sont confrontés régulièrement à la question de leur place, de leur rôle, de l'effet de leurs pratiques auprès des couples qu'ils accompagnent et ce, tout en subissant des pressions très fortes en termes de responsabilité médico-légale, d'amélioration du rendement et de la rentabilité financière des soins.

La proposition de la mise en place d'une recherche au sein du service sur cette question nodale de l'articulation entre les somaticiens et les psychologues du service autour de la naissance a reçu un accueil très favorable de la part de la Sage-femme Cadre, du Chef de service, des médecins et des sages-femmes. Restait à convaincre le Directeur afin d'inscrire ce projet dans une certaine pérennité.

Nous avons eu l'idée de proposer à l'IHFB la signature d'une convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE). La CIFRE permet à un organisme privé d'embaucher des chercheurs dans des conditions financières avantageuses. Après avoir entrepris les (très nombreuses) démarches administratives nécessaires auprès de l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT), et avec l'aide de la psychologue du service et celle de la Cadre, nous avons obtenu un rendez-vous avec le Directeur de l'hôpital afin de proposer la mise en place de l'étude et la signature éventuelle d'une convention.

C. FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

A l'issue de ce rendez-vous, le Directeur a convenu de la signature d'un contrat de travail, fixant les bases de notre collaboration comme suit :

La signature d'un contrat de travail à durée déterminée de 3 ans (adossé à la durée de la thèse) qui répartit le temps de travail du psychologue entre un temps clinique au sein du service de gynécologie-obstétrique (60%) et un temps de recherche (40%). Le temps de recherche consiste en la recherche proprement dite ainsi qu'en la préparation de communications, la rédaction de publications, ou encore la participation à des séminaires, des colloques ou des formations. Parallèlement à ces négociations, notre projet de thèse a été validé par notre Directrice de thèse, par le laboratoire de recherche et par l'Ecole Doctorale.

Au final, il aura fallu six mois pour que se concrétise la mise en place matérielle de ce projet qui nous aura permis d'asseoir notre recherche sur un terrain solide et pérenne tant du point de vue clinique que du point de vue financier par une prise de fonction en tant que psychologue clinicienne-chercheuse au sein d'un service de gynécologie-obstétrique.

II. PRÉSENTATION DE LA POPULATION DE RECHERCHE

A. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

La population de l'étude concerne l'ensemble des femmes inscrites à la Maternité de l'IHFB pour accoucher entre le 1^{er} novembre 2014 et le 1^{er} novembre 2015. Elle se caractérise, (selon les données de Périnat-ARS-IDF 2013 établies à partir des données enregistrées du PMSI en 2012) à l'instar de la population des Maternités parisiennes et des autres Maternités des Hauts-de-Seine, par une sur-représentation des classes d'âge

supérieures. La moyenne de l'âge maternel à l'accouchement toute parité confondue est de 31,5 ans, les trois classes d'âge les plus représentées étant, par ordre décroissant les 30-34 ans (39,11%), suivis des 25-29 ans (26,16%) puis des 35-39 ans (21,32%).

Concernant la population générale de la France, (selon les données publiées par d'Eurostat de 2013) l'âge moyen de la première naissance était en 2013 de 28,1 ans et la classe d'âge la plus représentée pour les naissances de premier rang est celle des 20-29 ans (60,3%) devant les 30-39 (32,8%).¹

B. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

1. Critères de constitution de l'échantillon

Notre échantillon est constitué de 22 femmes enceintes de leur premier enfant, francophones et âgées de 29 à 42 ans. Il se décompose en deux sous-groupes. Un groupe de 12 femmes dit «tout-venant» et un groupe de 10 femmes dit «césarienne».

a) Concernant le groupe «tout-venant»

- Les critères d'inclusion sont : être une femme majeure, primipare et francophone.
- Le critère de non-inclusion est la grossesse multiple.
- Les critères d'exclusion sont : la décompensation d'un trouble psychiatrique, la découverte d'une malformation fœtale ou d'une mort fœtale *in utero*, la prématurité, l'apparition d'une pathologie en lien ou non avec la grossesse et le désir d'arrêter la recherche.

b) Concernant le groupe «césarienne»

Les critères sont identiques sauf un : avoir manifesté le souhait d'accoucher par césarienne au cours du suivi de grossesse en dehors d'une indication médicale.

- Les critères d'inclusion sont donc : être une femme majeure, primipare, francophone et ayant manifesté le souhait d'accoucher par césarienne au cours de leur suivi de grossesse.
- Le critère de non-inclusion est la grossesse multiple.

¹ Communiqué de presse Eurostat 15 mai 2015 <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6829232/3-13052015-CP-FR.pdf/9ee64f6c-de15-4db1-a295-501353202023>

- Les critères d'exclusion sont : la décompensation d'un trouble psychiatrique, la découverte d'une malformation fœtale ou d'une mort fœtale *in utero*, la prématurité, l'apparition d'une pathologie en lien ou non avec la grossesse et le désir d'arrêter la recherche.

2. Modalités de recrutement des sujets

a) Concernant le groupe «tout-venant»

Le recrutement des sujets s'est fait selon la modalité suivante :

Les sages-femmes et les médecins ont été informés de notre recherche par le biais d'une annonce faite lors d'un staff médical et par le biais d'une lettre d'information rédigée à leur intention (cf. doc. en annexe p. 18).

Grâce à la collaboration précieuse d'une des sages-femmes de consultation de suivi de grossesse, la participation à une recherche a été proposée systématiquement oralement lors du premier entretien de suivi à l'hôpital qui a lieu en général entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse. Si les patientes donnaient leur accord pour être contactées dans le cadre de la recherche, une lettre d'information leur était remise au cours de la consultation. La sage-femme de consultation nous communiquait la liste des patientes d'accord pour être recontactées. Parmi les 21 primipares reçues en première consultation de suivi à qui la recherche a été présentée, 19 ont accepté d'être recontactées, 13 ont accepté de participer à la recherche. Parmi les 13, 1 a abandonné la recherche en raison d'une menace d'accouchement prématuré avant notre première rencontre, 2 n'ont pas pu être recontactées pour fixer la date du dernier entretien, 1 nous a appris qu'elle avait perdu son enfant de la mort subite du nourrisson alors que nous tentions de reprendre contact.

b) Concernant le groupe «césarienne»

Le recrutement des sujets s'est fait selon la modalité suivante :

Les sages-femmes et les médecins ont été informés de notre recherche par le biais d'une annonce faite lors d'un staff médical et par le biais d'une lettre d'information rédigée à leur intention (cf. doc. en annexe p. 19).

Par ailleurs, l'entretien avec la psychologue faisant partie du «passage obligé» pour que la demande de césarienne soit acceptée, notre collègue et nous-même étions de toute façon averties lorsqu'une femme émettait le souhait d'accoucher par césarienne, et ce d'autant

plus qu'au bout de quelques mois, nous avons pris notre place au sein du service et étions repérées comme psychologue chercheuse.

Au plan éthique, la question s'est posée quant à la façon de mener, auprès de la même population de femmes désireuses d'accoucher par césarienne, des entretiens cliniques de recherche et de mener un entretien clinique tel qu'il est prévu dans le service en cas de demande de césarienne. Les patientes qui nous contactaient afin de finaliser leur demande de césarienne se sont vues proposées au choix : soit un entretien clinique de recherche avec la psychologue chercheuse, soit un entretien clinique avec la psychologue clinicienne, étant entendu que si l'entretien clinique de recherche mettait à jour le besoin de poursuivre les entretiens, cela se ferait avec la psychologue clinicienne.

Parmi les 12 femmes ayant demandé une césarienne pour accoucher de leur premier enfant sans indication médicale, 6 ont été adressées par un gynécologue-obstétricien, 1 par une sage-femme, 1 par notre collègue psychologue qui accompagnait cette patiente autour de sa difficulté à choisir une modalité d'accouchement. Enfin, 4 ont été contactées directement par nos soins à l'issue des staffs médicaux au cours desquels leur dossier avait été discuté car elles avaient manifesté le désir d'accoucher par césarienne alors que leur bébé était en siège et que les médecins étaient, eux, favorables à un accouchement par voie basse du fait que tous les éléments étaient réunis pour que l'accouchement par voie basse de leur fœtus en siège se déroule dans les meilleures conditions, à savoir : les mesures de leur bassin à la radio étaient très favorables, que leur fœtus présentait une estimation de poids et de taille optimales ainsi qu'une position adéquate. Ces patientes avaient par ailleurs refusé la proposition de version manuelle sous échographie de leur fœtus.

A l'IHFB, les décisions d'accouchement par césarienne programmée ou d'accouchement par voie basse en cas de présentation par le siège sont systématiquement prises lors des staffs mais le souhait des patientes est recueilli avant, lors d'une consultation avec un obstétricien. Les demandes de césarienne sont systématiquement acceptées et, dans ce cas-là, les femmes n'ont pas à rencontrer de psychologue. Rappelons que la présentation par le siège ne constitue pas, à elle seule, une indication médicale de césarienne.

Les patientes concernées ont été contactées par nos soins par téléphone et une lettre d'information leur a été adressée par messagerie électronique en même temps qu'une proposition de rendez-vous.

Parmi toutes les femmes ayant demandé une césarienne pour accoucher, toutes ont accepté de participer à la recherche. Parmi elles, 10 ont été incluses dans le protocole. 2 ne remplissaient pas les critères d'inclusion : la première car elle attendait des jumeaux, et la seconde car elle était dans un état de grande vulnérabilité psychique suite à une agression antérieure à sa grossesse mais qui avait laissé d'importantes séquelles physiques et psychologiques. Parmi les 10, 1 a quitté la recherche après le deuxième entretien mais donné son accord pour que les données recueillies aux cours des deux premières rencontres soient utilisées.

C. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Au total, nous avons obtenu un échantillon de 22 sujets primipares parlant le français et suivis à la Maternité de l'IHFB pour une grossesse unique de déroulement normal, répartis dans deux groupes : un groupe «tout-venant» de 12 sujets et un groupe césarienne de 10 sujets. A l'issue de la recherche, nous avons rencontré 8 femmes aux trois temps prévus par le protocole dans le groupe «tout-venant» et 9 dans le groupe «césarienne». Si on tient compte de la passation et de la remise de tous les auto-questionnaires, nous avons obtenus 5 protocoles complets dans le groupe tout-venant et 5 protocoles complets dans le groupe césarienne. Les caractéristiques de l'échantillon en termes d'âge et de catégorie socio-professionnelle sont similaires à celles de la population générale du département.

TABLEAU RECAPITULATIF DE L'ECHANTILLON

Groupe	Prénom	Age	Profession	Situation de famille	Pays d'origine
C	Théodora	32	Cadre/Finance	Mariée	Lituanie
C	Charlotte	33	Cadre/Cosmétiques	En couple	France
C	Maria	31	Cadre/Assurance	Mariée	Brésil
C	Diane	30	Sans emploi	Mariée	Venezuela
C	Samia	31	Notariat	En couple	France
C	Céline	30	Cadre/Industrie pharma	Mariée	Allemagne
C	Stéphanie	35	Consultante/Finance	Mariée	France
C	Violette	37	Cadre/RH	En couple	France
C	Cynthia	42	Cadre/Commercial	Célibataire	France
C	Aline	38	Cadre/Juridique	Mariée	France
		33,9			
TV	Laure	28	Cuisinière	En couple	France
TV	Aïssatou	33	Consultante/RH	Mariée	Sénégal
TV	Elise	29	Consultante/Com.	Mariée	France
TV	Aurélie	29	Informatique	Pacsée	France
TV	Sandra	34	Sans emploi	Mariée	Pologne
TV	Corinne	31	Cadre/Marketing	Mariée	France
TV	Anna	28	Consultante/Marketing	Mariée	France
TV	Sophie	30	Cadre/Banque	Mariée	France
TV	Lylia	32	Sans emploi	Mariée	Algérie
TV	Julie	30	Avocate	Mariée	France
TV	Catherine	34	Professeur des écoles	Mariée	France
TV	Clara	40	Consultante en stratégie	Mariée	France
		31,5			

D. ASPECTS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES DE LA RECHERCHE

1. Principes généraux éthiques et déontologiques

Comme l'écrit Rouveau (2013) dans son travail de thèse : «choisir un thème, l'affiner pour arriver à fixer des objectifs et poser des hypothèses est déjà en-soi une démarche éthique si le chercheur se soucie de l'intérêt de la recherche et des conséquences qu'elle peut aussi avoir sur les personnes qui y participent. La phase initiale de l'élaboration d'un protocole de recherche implique des choix éthiques et des décisions à prendre» (p. 217). L'éthique du chercheur est donc engagée *a priori*.

a) Règles éthiques et déontologiques

Samacher (1998) propose de distinguer éthique et déontologie ainsi : «La déontologie est la théorie des savoirs professionnels, elle répond à un impératif kantien du devoir qui est de l'ordre moral et l'éthique que l'on peut définir comme l'art de diriger sa conduite, ce qui suppose une prise de position du sujet dans sa singularité, réalisant un acte au plus près de la vérité de ce qui paraît le plus juste» (p. 38). C'est à partir des fondements éthiques que s'édifie la déontologie.

Dans son ouvrage consacré à la déontologie des psychologues, Bourguignon (2007), écrit que l'éthique renvoie au respect de la personne humaine : «En tant que système normatif, l'éthique est l'ensemble de principes exprimant des valeurs liées à des exigences morales (faire le bien, éviter de nuire) ou à des choix culturels qui ont une dimension morale (les Droits de l'Homme). De ces principes découlent des recommandations et des règles s'adressant à un groupe social déterminé par exemple les membres d'une profession pour la déontologie» (p. 64).

b) Recherche en psychologie

Pour Varescon (Bourguignon, 2007) la recherche en psychologie «se donne des objectifs, doit répondre à des hypothèses, propose une méthodologie adaptée à son objet d'étude, tire des conclusions qui permettront de contribuer à l'amélioration des connaissances dans le domaine étudié» (p. 65). Nous nous devons donc de nous préoccuper des conséquences inhérentes aux objectifs que nous nous sommes fixés et aux moyens de les atteindre.

L'éthique et la déontologie sont au cœur du travail des psychologues cliniciens, comme elles sont au cœur de celui des psychologues cliniciens-chercheurs. Parmi l'ensemble des aspects éthiques, il convient de prendre en compte les frontières parfois ténues entre «le lien clinique» et le «lien de recherche» (Bourguignon, 2003), afin de garantir le cohérence du cadre de recherche tout en tenant compte de la dimension clinique et parfois thérapeutique des entretiens de recherche.

Dans le cadre de notre recherche auprès de femmes enceintes, en période périnatale, nous avons été particulièrement vigilants sur ces questions.

c) Réflexions éthiques et déontologiques en amont de notre recherche

En pratique, veiller à la déontologie et à l'éthique lors d'une recherche clinique signifie garantir l'anonymat de la personne qui participe à l'entretien et veiller à la possibilité pour le sujet de refuser l'entretien ou de renoncer à tout moment à poursuivre le déroulement du protocole.

Lors des entretiens, il convient de dire au sujet ce qu'on attend de lui, que ce qui nous intéresse c'est son point de vue sur la question, qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il est important de répondre aux questions que peut se poser le sujet avant l'entretien. Ces éléments sont mentionnés dans la lettre d'information.

Le cadre de la rencontre participe également de l'éthique et de la déontologie du psychologue-chercheur : la rencontre doit avoir lieu dans un endroit calme et dans lequel la confidentialité est préservée. La nature des outils mis en place comme l'enregistrement au magnétophone par exemple doit être explicitée et les sujets doivent donner leur accord. Le temps dont on dispose doit être énoncé.

Enfin, il faut s'assurer du cadre légal et posséder les autorisations requises pour mener les entretiens. Nous allons maintenant rendre compte de la façon dont nous avons mis en place de façon pratique ces différents points.

2. Application des principes éthiques et déontologiques

a) Notices d'information à l'attention des femmes ayant demandé à accoucher par césarienne et à l'attention des femmes tout-venant

Une lettre d'information présentant l'objectif et le but de l'étude, et rappelant le droit à l'information, à la confidentialité et à la rétractation sera remise à chaque participante. Un modèle figure en annexe p. 12 pour les femmes tout-venant et p. 15 pour les femmes ayant demandé à accoucher par césarienne.

b) Formulaire de consentement

Un formulaire de consentement a été signé par les participantes à cette étude lors du premier entretien clinique. Un modèle vierge de consentement figure en annexe p. 11.

c) Comité de Protection des Personnes d'Ile-de-France

La recherche a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes d'Ile-de-France qui s'est réuni le 27 novembre 2014. Une copie de cet avis figure en annexe p. 10.

d) Déclaration à la CNIL

Une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté a été faite avec le numéro de récépissé 1813052V0. La déclaration d'une recherche à la CNIL engage le chercheur à respecter :

- La définition et le respect de la finalité du traitement
- La pertinence des données traitées
- La conservation pendant une durée limitée des données
- La sécurité et la confidentialité des données
- Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition

Une copie du récépissé figure en annexe p. 9.

III. MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES ET OUTILS UTILISÉS

A. DEROULEMENT DU PROTOCOLE

1. Temporalité du recueil des données

Désirant étudier la façon dont l'expérience de l'accouchement mobilise psychiquement la femme enceinte dans l'anticipation de l'événement à venir et dans l'expérience vécue de celui-ci, il nous a paru opportun de mettre en place une étude longitudinale répartie en trois temps de rencontre. Un temps avant l'accouchement, un temps dans l'immédiat après-coup de celui-ci et un temps plus à distance de ce dernier.

Le premier temps a lieu à la fin du 3^{ème} trimestre de grossesse lorsque l'accouchement se fait plus concret dans les préoccupations des futures mères. Il dure environ une heure et comprend un entretien clinique semi-directif de recherche d'une durée de trois quarts d'heure environ, la réalisation d'un dessin, et la passation de deux auto-questionnaires.

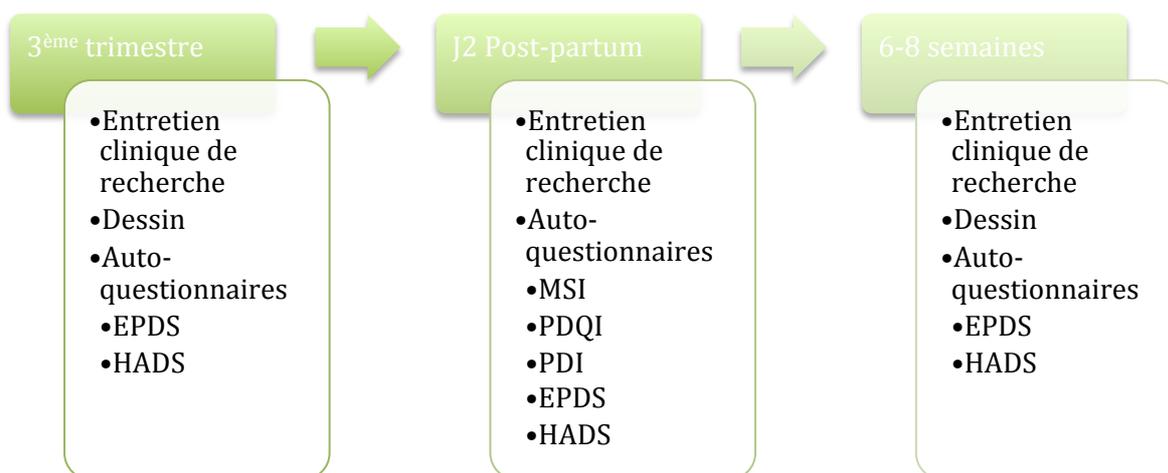
Le deuxième temps a lieu le deuxième jour de post-partum lors du séjour à la Maternité. A la Maternité de l'IHFB, le séjour moyen des accouchées par voie basse est de 3 jours et de 4 jours pour les femmes césarisées. L'objectif ici est de rencontrer les femmes

dans l'immédiat après-coup de leur accouchement, tout en respectant un délai suffisant qui leur permette d'avoir eu un temps de rencontre à deux et à trois avec leur bébé et leur conjoint. Il se compose d'un deuxième entretien qui est volontairement plus court que le premier afin de tenir compte de l'état de fatigue des accouchées. Il dure une vingtaine de minutes environ. Cinq auto-questionnaires sont déposés dans la chambre et récupérés à distance, à la convenance de la patiente.

Le troisième temps a lieu, quand c'est possible, à deux mois de post-partum, lors de la visite de suite de couches. Il se déroule selon les mêmes modalités que le premier, parfois en présence du bébé.

TABLEAU RECAPITULATIF DU DEROULEMENT

DU RECUEIL DES DONNEES



2. Population incluse dans le protocole

Cette étude longitudinale et comparative concerne deux groupes d'individus distincts : un groupe de femmes dit «tout-venant» (TV) et un groupe de femmes dit «césarienne» (C). Le protocole s'applique de la même façon aux femmes des deux groupes. Nous avons recueilli auprès des patientes des données épidémiologiques telles que leur âge, leur pays de naissance, leur nombre de frères et sœurs, leur profession. Nous leur avons proposé la passation d'un auto-questionnaire visant à objectiver les symptômes dépressifs afin de comparer notre

échantillon avec la population générale et le cas échéant d'envisager une prise en charge spécifique.

3. Lieu de recueil des données

Au temps 1, les entretiens se sont déroulés, à une exception près, dans le bureau de consultations des psychologues situé dans le service de Maternité de l'IHFB. Un entretien a eu lieu au domicile de la parturiente.

Au temps 2, les entretiens se sont déroulés au chevet des accouchées à l'IHFB, ou dans d'autres Maternités quand, à deux reprises, les parturientes après s'être inscrites à l'IHFB pour accoucher, avaient finalement fait le choix d'une clinique privée.

Au temps 3, les entretiens se sont déroulés principalement dans le bureau de consultation des psychologues. 6 d'entre eux ont lieu à domicile et 4 ont été réalisés par téléphone, à la suite d'un déménagement par exemple, ou lorsque la mère ne souhaitait ni se déplacer, ni que nous allions à son domicile. Dans ce cas, les entretiens ont été enregistrés de la même façon, et les dessins et les questionnaires ont été envoyés par mail.

B. OUTILS DE RECHERCHE UTILISES

1. L'entretien clinique de recherche

La recherche clinique se caractérise, écrit Odile Bourguignon (1995), par le fait qu'elle « vise à produire des connaissances nouvelles à partir de l'étude approfondie du sujet humain, considéré dans sa singularité ». Elle ajoute que « l'idée de conduire une recherche clinique en psychopathologie surgit au contact de la particularité d'un cas, en présence d'une problématique nouvelle ou lorsqu'on s'interroge sur une dynamique psychique organisatrice de comportements particuliers » (p. 35). C'est tout à fait la dynamique dans laquelle nous nous inscrivons. Parmi les outils de la recherche clinique figurent les différents types d'entretiens cliniques à visée de recherche.

L'entretien clinique de recherche est une méthode de collecte qui tend à recueillir des données (informations, ressentis, sentiments, récits...) appelées aussi matériel clinique, dans le but de les analyser. L'entretien clinique de recherche se distingue de l'entretien thérapeutique : la demande se situe alors du côté du chercheur. L'entretien de recherche a

pour objectif d'explorer les thèmes de recherche préalablement définis en fonction des hypothèses.

Dans le cadre de la recherche clinique, on distingue habituellement trois types d'entretiens en fonction de leur degré de structuration. Le premier est l'entretien non-directif dans lequel le sujet développe un thème qui lui est proposé. Le but est de favoriser le discours du patient. Le psychologue peut utiliser des relances, mais n'introduit aucune information ou orientation particulière. Le second est l'entretien semi-directif. Comme son nom l'indique, il est partiellement structuré. La consigne de départ est fixe, puis les divers thèmes du guide d'entretien seront introduits en fonction du déroulement de celui-ci, s'ils ne sont pas abordés spontanément par le sujet. Enfin, l'entretien directif standardisé qui s'apparente à la méthode du questionnaire, puisqu'il consiste en une série de questions, mais s'en distingue dans le sens où le sujet peut répondre comme il le souhaite, dans la forme et la longueur, à la question posée et où le psychologue prend en considération les réactions du sujet aux questions posées.

a) Le choix de l'entretien semi-directif de recherche

Pour Castarède (1983) la forme de l'entretien est fonction du niveau d'information recherché, des visées de l'étude et du référent théorique. Nous pourrions ajouter : du niveau et de la nature des informations recherchées. L'entretien semi-directif de recherche est constitué de questions ouvertes, par opposition aux questions fermées pour lesquelles les réponses possibles ont été prédéterminées. Les réponses sont libres dans leur contenu comme dans leur longueur. Elles peuvent également s'enchaîner entre elles lorsque dans le discours le sujet amène spontanément, par association d'idées, d'autres questions auxquelles il répond de façon spontanée. Les questions ouvertes permettent également les relances de la part du chercheur. La façon dont le sujet se saisit des différentes questions, la richesse des réponses, l'enchaînement des idées, le besoin de relance ou au contraire la nécessité de contenir certaines réponses sont en-soi autant de matériel clinique précieux pour le chercheur.

Le nombre de questions, la manière dont elles sont formulées et leurs enchaînements entre elles sont définis sur la base d'entretiens préalables qui permettent d'identifier les thèmes récurrents émergents à propos du sujet étudié. Ces thèmes sont ensuite catégorisés et formulés sous formes de questions ouvertes.

La forme sous laquelle se déroule l'entretien semi-directif de recherche se rapproche également de celle de l'entretien clinique, c'est-à-dire un entretien d'une durée de 45 minutes environ, dans le bureau de consultation des psychologues ou au chevet du sujet. La structuration de l'entretien est réduite au minimum et le chercheur est à l'écoute du sujet

autant que de ses réponses. Lorsque le chercheur s'intéresse aux motivations du sujet, son rôle, écrit Castarède (1983), est de l'amener, par des recoupements qu'il ne perçoit pas forcément, à se livrer. «Il s'agit alors de le laisser parler avec une liberté qui va faire émerger l'inconnu, le caché, l'inconscient» (p.121).

Contrairement à l'entretien clinique de recherche simple, l'entretien clinique semi-directif de recherche facilite la comparaison entre les individus, éventuellement entre des groupes d'individus sans toutefois perdre de vue la singularité de chaque sujet. Il est propice à réunir à la fois les conditions d'association libre qui fonde la méthode psychanalytique, et la nécessité de recueillir du matériel clinique en rapport avec des questions de recherches données. Le cadre dans lequel il se déroule est aussi à même de mettre au travail les questions de transfert et de contre-transfert. Pour toutes ces raisons, nous avons fait le choix d'utiliser cet outil précieux pour mettre en place une part importante du recueil de nos données.

b) La dimension du transfert et du contre-transfert

Le transfert se définit comme étant la relation que le patient établit avec le clinicien ou le psychanalyste, en fonction du contexte de la rencontre, de la structure de la personnalité du patient, de son histoire personnelle, et du type de lien établi avec l'entourage. Dans l'entretien clinique, comme dans toute situation de rencontre, *a fortiori* de rencontre clinique, le patient transpose sur le chercheur les modalités relationnelles inconscientes prenant source dans les expériences infantiles. La nature de ce transfert fait partie intégrante du matériel clinique à analyser.

Le contre-transfert désigne l'ensemble des réactions inconscientes du psychanalyste ou du clinicien au transfert de son patient. Dans *La technique psychanalytique*, Freud (1913) décrit le contre-transfert comme le résultat de l'influence du sujet sur les sentiments inconscients de l'analyste et pense que ce dernier ne peut aller plus loin que ses complexes et résistances internes ne le lui permettent.

Lors de nos entretiens et lors de l'analyse des résultats, nous avons prêté une attention particulière aux dimensions de transfert et de contre-transfert en veillant à prendre en compte les aspects défensifs présents dans cette dynamique transféro-contre-transférentielle chez le sujet et chez le clinicien chercheur. En effet, l'entretien de recherche implique une demande du côté du chercheur et non du côté du patient, ce qui introduit une dynamique spécifique

dans la rencontre. L'écoute n'est pas tout à fait neutre puisqu'elle sélectionne et construit les éléments de l'entretien en fonction du modèle théorique et des hypothèses de recherche (Fernandez et Catteuw, 2001).

c) Les guides d'entretien

A chacun des trois temps de la recherche, nous avons mené un entretien clinique semi-directif de recherche. Chaque entretien semi-directif de recherche a été spécifiquement élaboré pour cette étude sur la base de nos travaux préalables de Master 1 et 2 au cours desquels nous avons rencontré des femmes ayant choisi la césarienne pour accoucher d'un premier enfant sans indication médicale (Master 1) et des femmes tout-venant (Master 2). Les entretiens semi-directifs de recherche permettent aux femmes à la fois de s'exprimer librement tout en abordant les thèmes que nous cherchons à explorer en lien avec notre sujet de recherche, à savoir : que nous apprennent de spécifique sur l'expérience de l'accouchement, les femmes qui demandent pour accoucher de leur premier enfant une césarienne sans indication médicale ?

Au temps 1 :

Pour l'ensemble de l'étude, les fils directeurs de l'entretien sont communs aux entretiens des femmes dans les deux groupes et concernent : l'histoire de la grossesse en cours, l'histoire de la naissance de la femme enceinte elle-même, les représentations de l'accouchement en général et de l'accouchement à venir en particulier, la puberté et l'apparition des premières règles, la sexualité actuelle et passée, la façon dont la femme enceinte se représente son bébé à venir, la façon dont la femme enceinte se figurait mère lorsqu'elle était enfant, les rêves qui ont ou non accompagné la grossesse.

Les grilles d'entretien sont identiques pour les entretiens des femmes des deux groupes à une question près et comportent 12 items chacune. Dans la grille d'entretien destinée aux femmes qui ont choisi la césarienne, la question «Envisagez-vous l'éventualité d'une césarienne ?» est remplacée par la question «Comment vous est venu le désir d'accoucher par césarienne ?». Ces grilles d'entretien figurent en annexe p. 20 et p. 21.

Au temps 2 :

Pour l'ensemble des femmes, il s'agit de recueillir de la façon la plus ouverte possible la manière dont la femme a vécu le déroulement de son accouchement. L'entretien démarre par une question ouverte : Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?

La grille d'entretien est identique pour les femmes des deux groupes et comporte cinq items visant plus particulièrement à susciter le rappel des émotions en lien avec l'événement qu'elles viennent de vivre.

Cette grille d'entretien figure en annexe p. 22.

Au temps 3 :

Pour l'ensemble des femmes, les fils directeurs de l'entretien sont de nouveau communs aux entretiens des femmes dans les deux groupes à un item près. Aux femmes qui ont choisi la césarienne, nous posons, si elles ne l'abordent pas spontanément, la question de savoir si elles recommanderaient à une amie la césarienne pour accoucher.

Au cours de cet entretien nous explorons les dimensions suivantes : la remémoration de leur accouchement passé et l'écart éventuel entre l'expérience telle qu'elle a été vécue et telle qu'elle avait été envisagée, la façon dont éventuellement l'expérience a modifié ou non leur point de vue sur l'accouchement, la sexualité, les liens conjugaux et familiaux.

Les grilles d'entretien comporte 10 items pour le groupe des femmes TV et 11 items pour le groupe des femmes C.

Ces grilles d'entretien figurent en annexe p. 22 et 23.

Les entretiens ont été enregistrés sur un magnétophone et retranscrits intégralement. La retranscription des entretiens figure en annexe p. 75 et suivantes. L'enregistrement des entretiens a été effacé. Nous avons fait le choix de l'enregistrement des entretiens afin de recueillir l'intégrité du discours, et de nous permettre de concentrer notre attention sur ce qui est dit et sur le comportement non-verbal du sujet. La retranscription des entretiens et le travail dans l'après-coup qui l'accompagne nous semble également un temps fort du travail d'élaboration de la recherche en elle-même mais également des mouvements transféro-contre transférentielles.

Parallèlement au travail de retranscription, nous avons tenu un cahier dans lequel nous avons noté au fil des entretiens, lors des retranscriptions et à la relecture des entretiens, nos impressions cliniques générales. Ces notes visent à recueillir avec le plus de soin possible les émotions et affects mobilisés chez l'observateur, les positions et contre-attitudes du chercheur.

d) L'analyse de contenu

Afin de procéder à l'analyse du matériel clinique recueilli lors des entretiens semi-directifs de recherche, nous avons eu recours à l'analyse de contenu.

Bardin (1977) définit l'analyse de contenu comme «un ensemble de techniques d'analyses des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description de contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production-réception (variables inférées) de ces messages» (p. 43).

Pour Castarède (1983), appliquer à l'entretien semi-directif de recherche, qui par nature est unique et isolé, l'analyse de contenu pallie l'inconvénient de l'unicité et de la ponctualité des entretiens. Grâce à l'analyse de contenu, on peut inférer des enseignements sur le sujet qui dépassent la particularité de la rencontre. Cette technique se justifie, écrit-elle, dès lors qu'on veut standardiser quelque peu les investigations. «Grâce à l'analyse de contenu, on peut aller plus loin dans l'investigation d'un entretien ou de plusieurs et découvrir ce que ni l'intuition ni l'écoute de l'inconscient ne sont capable de déterminer précisément (...). Ce faisant, on devient capable de prouver, c'est-à-dire de mettre ses conclusions à l'épreuve de celles d'autrui et éventuellement de les généraliser» (p. 129).

Appliquée à l'entretien clinique de recherche, l'analyse de contenu peut mettre en évidence plusieurs éléments du discours manifeste telles que des thématiques récurrentes en lien avec l'accouchement, comme la douleur, la durée, la peur ou la joie. Elle peut aussi de façon tout à fait pertinente permettre le repérage fin d'éléments latents tels que certaines thématiques comme la blessure, la perte, la rivalité ou encore la mise à jour de mécanismes de défense prééminents : refoulement, dénégation, déni, clivage. L'analyse du discours peut aussi permettre l'accès à des représentations inconscientes par le repérage de lapsus, d'émergences en processus primaires ou de craqués verbaux en analysant le fil de ces associations d'idées, par exemple.

L'analyse de contenu peut s'appliquer également à d'autres supports que celui des *verbatim* des entretiens de recherche. Dans cette recherche, nous l'avons utilisée afin d'analyser le matériel clinique recueilli par le biais d'un autre outil que nous allons vous présenter maintenant : le dessin.

2. Le dessin

Le dessin en psychologie renvoie très largement au dessin d'enfant en général et aux tests à des fins de diagnostics en particulier. Les mieux connus, les plus pratiqués, utilisent la représentation d'un personnage humain, un bonhomme.

Dès 1949, Karen Machover a proposé le test H.F.D. (Human Figure Drawing) qui utilisait le dessin du bonhomme pour sa valeur projective. Par méthode projective nous entendons ici les méthodes d'exploration de la personnalité qui procèdent d'une investigation d'ensemble de celle-ci, envisagée, selon l'expression de Anzieu (1960) cité par Widlöcher (1975) comme «une totalité en évolution dont les éléments sont en interaction» (p.104).

Dans ce test, l'enfant doit dessiner un personnage, puis un autre de l'autre sexe. Dans la feuille de notation mise au point par Machover en 1949, le psychologue consigne le comportement de l'enfant, la description du dessin, sa taille, sa disposition sur la feuille, la présentation générale, le mouvement, les parties omises ou raturées, le visage, l'habillement, le graphisme, le nombre de détails, l'équilibre et la précision de la forme, les hachures éventuelles.

Au test du bonhomme ont souvent été associés le test de la maison, le test de l'arbre et le dessin de la famille. En 1937, Trude Traube avait suggéré l'intérêt d'une étude systématique du dessin de la famille. Cette idée fut reprise par Françoise Minkowska qui voyait dans le dessin de la famille un mode privilégié de l'expression des conflits familiaux. Mais c'est le professeur Maurice Porot qui a codifié cette situation d'examen. La consigne consiste à dire à l'enfant «Dessine ta famille» tandis qu'on lui présente une feuille de papier et un crayon noir. Il faut ensuite observer l'enfant pendant qu'il dessine et noter l'ordre d'arrivée des personnages, les éventuels retours en arrière, les hésitations. Pendant et après l'exécution, on recueille soigneusement les commentaires et tout particulièrement les noms que l'enfant donne aux personnages. Puis on procède à l'analyse du contenu. On étudie la composition de la famille, on note la place, la taille et la forme de chacun des personnages figurés et l'ordre d'arrivée est très significatif, de même que la répartition de la famille. La taille des personnages est également à considérer.

Si tous ces renseignements paraissent significatifs, encore faut-il s'entendre sur ce qu'ils signifient. Dans le cas du dessin de la famille, le test du dessin devient l'occasion d'un entretien semi-structuré portant sur les relations familiales. Pour Daniel Widlöcher (1975), c'est dans le cas où on demande à l'enfant de dessiner une famille ou d'imaginer une famille

et de la dessiner que le dessin prend la valeur d'un test projectif, «une situation privilégiée qui favorise l'expression des sentiments de l'enfant ...» (p.214). Mais le dessin d'enfant constitue-t-il réellement une voie d'accès privilégiée à la connaissance de l'inconscient et si oui, pour quelles raisons ?

Freud a introduit le terme de projection dans un sens déterminé : conférer à autrui ce que nous ne voulons pas reconnaître en nous. La projection constitue donc un des mécanismes de défense fondamentaux contre ce que nous ne pouvons admettre en nous. Si l'on s'en tient à cette définition, on ne peut considérer le dessin comme un lieu où se produisent de telles projections. La conception de la projection est toute différente de l'étude des tests : «La projection à l'œuvre dans les techniques projectives n'est autre chose que l'acte perceptif lui-même, quoiqu'il n'est absolument pas conscient» (Muchielli, cité par Widlöcher (1975, p.105).

Lorsque l'enfant raconte ce qu'il voit sur l'image qu'il dessine, il projette sa manière de voir, sa vision des choses. Le terme de projection a ici un sens très général. L'enfant se projette dans le dessin parce que nous pouvons, en regardant celui-ci, donner de l'enfant un certain portrait psychologique.

Le dessin aurait pour Widlöcher une valeur expressive, en lien avec le geste graphique, une dimension projective dans le style général de la figuration, et enfin une valeur narrative lorsque l'enfant nous livre une partie de son imagination, de ses centres d'intérêts et de ses goûts. Ces trois niveaux d'expression révèlent des dimensions de la personnalité de l'enfant dont il n'a pas forcément connaissance, qui sont donc inconscientes au sens commun du terme.

Le dessin révèle également des sentiments ou des pensées inconscientes au sens psychanalytique du mot, c'est-à-dire qui échappent à la connaissance du sujet, non seulement par leur nature, mais parce que l'enfant ne veut rien en savoir et qu'elles sont l'objet d'un véritable refoulement. Ici, nous nous heurtons à des processus défensifs que nous devons contourner en prenant en compte, comme le propose Widlöcher (1975), les associations de pensées de l'enfant qui indirectement vont nous permettre de déduire l'existence et la nature des thèmes inconscients.

Comme le rêve, le dessin est une représentation par l'image. L'image se prête aisément au jeu de la condensation, du déplacement et en général aux lois de fonctionnement du discours inconscient. D'où le privilège qu'ont les images, comme l'écrit Widlöcher, d'être

«plus facilement *attirées* par les représentations inconscientes» (p. 166). Mais à l'inverse du rêve, l'enfant qui dessine ne fuit pas le déplaisir comme le rêveur qui cherche à dormir mais il cherche à prendre du plaisir dans le dessin. La satisfaction provient dans le dessin d'un processus d'évocation actif. Pour Widlöcher enfin, «ce qui aiguise l'appétit de l'enfant à dessiner, c'est cette possibilité de signifier par l'image ces imagos inconscientes qui cherchent à s'actualiser» (p. 167).

Qu'en est-il du dessin chez l'enfant devenu adulte ? Dans la littérature, plusieurs auteurs ont expérimenté le dessin auprès de femmes enceintes afin d'explorer les représentations inconscientes que la femme a de son corps, en lien avec le corps de l'enfant à venir.

Parquet et Delcambre (1980) ont utilisé le dessin dans les années 1970-1980 pour rendre compte de la prévalence du corps imaginé de l'enfant (corps complet, unifié, sexué et autonome) ou le corps organique (qui remplit, comme un organe surajouté).

Évelyne Petroff (1999), gynécologue obstétricienne à la maternité des Bluets à Paris, a utilisé également le dessin auprès des femmes hospitalisées au cours de la grossesse. Elle leur proposait de se représenter sur le papier en leur demandant comment elles se voyaient, elles et leur bébé. Cupa-Perard, et al. (1992) ont aussi utilisé le dessin en maternité avec la consigne suivante : «Dessinez votre enfant tel que vous l'imaginez maintenant». Hélène Riazuelo-Deschamps (2007), dans son travail de thèse sous la direction de Dominique Cupa, intitulé : «Anthropologie et psychanalyse de la grossesse, représentations maternelles au cours d'une première et d'une deuxième grossesse» compare les dessins d'accouchements de primipares et de deuxièmepares. Plus récemment, Géraldine Moulin a utilisé le dessin dans le protocole de recherche de son travail de thèse sur les enjeux psychiques de la très grande prématurité réalisée sous la direction de Gérard Broyer et soutenue en 2010. Elle s'était intéressée initialement à la comparaison entre les représentations suscitées par l'image échographique et les représentations suscitées par le dessin de l'enfant in utéro.

En nous fondant sur les possibilités d'accès aux processus inconscients mis en jeu dans le dessin d'enfant du bonhomme et de la famille, dans la continuité des chercheurs qui nous ont précédés auprès des femmes enceintes, nous avons inclus dans notre protocole le dessin avec la consigne suivante : «Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement». Cette consigne simple comporte une ambiguïté quant à l'objet/sujet du dessin. Le dessin porte-t-il sur la femme elle-même, sur l'accouchement à proprement parler ?

L'objectif ici est de solliciter les représentations conscientes et inconscientes que la femme a d'elle-même, de son corps, de sa position dans l'espace, en lien avec l'expérience de la mise au monde et de la rencontre avec son enfant, en présence et en interaction avec divers protagonistes. Sur le modèle du dessin standardisé de la famille, le matériel utilisé est simple : il s'agit d'une feuille de papier blanc A4 et d'un critérium. Le *verbatim* de la passation du dessin est enregistré et intégralement retranscrit.

Le dessin est proposé à deux reprises : à l'issue de l'entretien clinique semi-directif de recherche, lors de la première et de la troisième rencontre.

3. Les auto-questionnaires

Nous avons souhaité proposer aux femmes que nous avons rencontrées la passation d'un certain nombre d'auto-questionnaires afin, d'une part, de recueillir des données épidémiologiques sur notre échantillon (EPDS) et de pouvoir les comparer aux données de la population générale ; et d'autre part, afin d'étudier les dimensions d'anxiété, de dissociation, de détresse émotionnelle péritraumatique et d'estime de soi maternelle en post-partum immédiat en complément de l'entretien semi-directif de recherche.

a) L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

L'EPDS évalue la symptomatologie dépressive en post-partum. La validation anglaise de cette échelle a été réalisée par Cox et al. en 1987. Cet instrument a été traduit en français et validé par une étude de Guedeney et al. en 1995. Il s'agit d'un auto-questionnaire validé de 10 items, utilisé internationalement. Il a initialement servi au dépistage, 6 semaines après l'accouchement, des éléments dépressifs et anxieux spécifiques à la période postnatale. Du fait de sa spécificité reconnue à la période périnatale, il peut également être utilisé en postnatal immédiat et même en prénatal (Teissèdre et Chabrol, 2004).

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 par ordre de gravité croissante, certains items doivent être inversés pour obtenir le score total. Les scores vont de 0 à 30. Un score seuil situé entre 9 et 13 est généralement considéré comme indicateur d'une dépression postnatale cliniquement significative (Cox, Holden, Sagovsky, 1987). De plus, un score supérieur à 10 durant le séjour à la Maternité est également fortement corrélé à un épisode dépressif aux 2 mois de l'enfant. Nous avons fixé le score seuil à 11. Un modèle de l'échelle figure en annexe p. 24.

b) L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

L'HADS évalue la symptomatologie dépressive et anxieuse, en écartant les symptômes somatiques susceptibles d'en fausser l'évaluation. Elle a été mise au point par Zigmond et Snaith en 1983. La version française a été validée par Lépine, Godchau, Brun et Lempérière en 1985 et par Ravazi et al. en 1989. Il s'agit d'un auto-questionnaire à compléter en fonction de son état au cours de la semaine écoulée. Les items sont répartis en deux sous-échelles :

- 7 items pour évaluer la dépression : 1 pour la dysphorie, 1 pour le ralentissement et 5 pour la dimension anhédonique
- 7 items pour évaluer l'anxiété qui sont issus du Present State Examination (Wing, Cooper, Sartorius, 1974) et de la Clinical Anxiety Scale (Snaith, Baugh, Clayden, Husain, 1982)

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 par ordre de gravité croissante. La cotation permet d'obtenir deux sous-scores. L'interprétation suivante peut être proposée :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine

Nous avons fixé notre score seuil à 11. Un modèle de l'échelle figure en annexe p. 26.

c) La Maternal Self Inventory (MSI)

La MSI mesure de l'estime de soi maternelle en post-partum. Le MSI est un questionnaire multidimensionnel développé par Shea et Tronick en 1988 permettant de mesurer l'estime de soi maternelle. La version courte du MSI, que nous avons choisie d'utiliser, est composée de 26 items regroupés en 5 dimensions. Les mères disposent à chaque proposition d'une échelle de Likert en cinq points où elles positionnent leurs réponses entre 1 (tout à fait faux) et 5 (tout à fait vrai). Tous les items ne se présentant pas dans le sens d'un score élevé pour une estime de soi élevée doivent être renversés. Le score global du MSI oscille entre 26 et 130.

Suite à une revue des différentes études cliniques menées auprès des mères au cours des dernières années, Shea et Tronick (1988) ont pu identifier parmi les différents critères permettant de mesurer l'estime de soi, les sentiments et les expériences propres à la maternité qui auraient un impact sur l'estime de soi. Le MSI est à ce jour le seul outil permettant

aujourd'hui de mesurer l'estime de soi maternelle en période périnatale.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'étude du lien entre la traduction du MSI et l'EPDS, les résultats d'une étude de Denis, Séjourné et Callahan de 2013 montrent des corrélations négatives significatives entre les cinq sous-dimensions du MSI et le score retrouvé à l'EPDS. Ces résultats vont dans le sens des travaux réalisés en périnatalité et indiquent un lien probable entre la présence de symptômes dépressifs en post-partum et une faible estime de soi maternelle. Un modèle du questionnaire figure en annexe p. 30.

d) Le Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ)

Mis au point par Marmar, Weiss, et Metzler en 1997, le PDEQ est un test auto-administré en 10 items qui mesure les expériences de dissociation vécues pendant un événement traumatique, ainsi que les quelques heures qui suivent celui-ci. Les personnes qui présentent une forte dissociation risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques. La version française du PDEQ a été validée par Birmes, Brunet, Benoit, et al. en 2004.

Chaque item est coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une dissociation significative. Un modèle du questionnaire figure en annexe p. 29.

e) Le Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

Le PDI est une échelle d'auto-évaluation de 13 items permettant de déterminer les réactions de détresse émotionnelle d'une personne, au moment d'un événement traumatique et dans les minutes et les heures qui suivent. Les personnes qui présentent une forte détresse péritraumatique risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques (Jehel et al., 2006). C'est une échelle qui a été proposée par Brunet, Weiss, Metzler et al. en 2001. Sa validation française a été réalisée par Jehel, Brunet, Paterniti, et Guelfi en 2005. Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 est significatif. Un modèle du questionnaire figure en annexe p. 28.

IV. MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES : OPÉRATIONNALISATION DES HYPOTHÈSES

A. RAPPEL DES HYPOTHESES GENERALES ET PRESENTATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Nous avons formulé quatre hypothèses générales visant à effectuer une comparaison entre les différentes modalités de fonctionnement psychiques suscitées par l'expérience de l'accouchement chez des femmes formulant une demande de césarienne pour un premier enfant sans indication médicale et chez des femmes tout-venant. Chaque hypothèse générale se décompose en trois hypothèses de recherche qui visent à spécifier l'hypothèse générale. Chaque hypothèse de recherche comporte plusieurs hypothèses opérationnelles visant à opérationnaliser les différentes hypothèses de recherche.

À chaque hypothèse opérationnelle correspond un outils : l'entretien clinique semi-directif de recherche, le dessin et les auto-questionnaires (PDI, MSI et PDEQ).

HYPOTHESE 1

H1. Les représentations suscitées par l'accouchement diffèrent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

- H1.1. Les représentations de l'accouchement par voie basse sont moins refoulées chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»
- H1.2. Les représentations de l'accouchement par voie basse sont plus menaçantes pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes du groupe «tout-venant»
- H1.3. L'éprouvé vaginal du passage de l'enfant favorise la continuité des représentations maternelles de l'enfant lors de l'accouchement

HYPOTHESE 2

H2. Les modalités d'investissement des fonctions féminines du corps diffèrent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

- H2.1. Le corps sexué est moins à même de servir d'étayage narcissique chez les femmes du groupe «césarienne» qu'il ne l'est chez les femmes du groupe «tout-venant»

- H2.2. Les femmes du groupe «césarienne» ont un besoin plus marqué de maîtriser leur corps sexué que les femmes du groupe «tout-venant»
- H2.3. Le recours à la césarienne procure aux femmes qui la choisissent un sentiment de maîtrise

HYPOTHESE 3

H3. L'investissement de la maternité diffère chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

- H3.1. Les femmes qui demandent une césarienne rendent compte d'un moindre désir de maternité que les femmes du groupe «tout-venant»
- H3.2. Les femmes du groupe «césarienne» rendent compte d'un investissement plus important de la sphère sociale et professionnelle que les femmes du groupe «tout-venant»
- H3.3. La figure maternelle est moins à même de soutenir les identifications maternelles chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe « tout-venant»

HYPOTHESE 4

H4. La réactualisation de la problématique œdipienne féminine à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement s'élabore différemment chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant

- H4.1. Les représentations de l'accouchement par voie basse réactualisent un vécu de passivité à l'égard de la figure maternelle plus difficilement supportable pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes du groupe «tout-venant»
- H4.2. L'actualisation de la question de la différence des sexes à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement suscite des angoisses de nature différente chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»
- H4.3. La question de la différence des générations, actualisée par l'expérience de l'accouchement, réactive des problématiques différentes du lien mère-fille chez les femmes du groupe «césarienne» et chez les femmes du groupe «tout-venant»

B. OPERATIONNALISATION DES HYPOTHESES ET ENTRETEN SEMI-DIRECTIF DE RECHERCHE

1. Opérationnalisation de la première hypothèse générale

Afin d'opérationnaliser la première hypothèse générale à savoir : *les représentations suscitées par l'accouchement différent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant*, nous l'avons d'abord décondensée en trois hypothèses de recherche que nous avons ensuite opérationnalisées en procédant à une analyse de contenu autour des thèmes suivants :

- L'existence ou non de représentations du sexe de la femme lors de l'accouchement
- La façon dont ces représentations sont plus ou moins tenues à distance, c'est-à-dire aux différents mécanismes de défense et au retour du refoulé
- Le caractère plus ou moins menaçant des représentations associées au travail et à l'expulsion comme par exemple la blessure, le sang, la douleur ou l'attente, la joie
- L'existence et la nature de sensations au cours du travail et de la délivrance
- L'existence et la nature de représentations de l'enfant au cours du travail et de la délivrance.

L'analyse de contenu s'applique à l'intégralité du *verbatim* mais certaines questions sont plus à même de solliciter l'évocation des thèmes attendus. Concernant cette première hypothèse, il s'agit principalement des questions suivantes :

Au cours du 1^{er} entretien :

- Un accouchement à quoi cela vous fait-il penser ?
- Que savez-vous de votre propre naissance ?
- Comment imaginez-vous votre prochain accouchement ?
- Pensez-vous que l'accouchement pourrait modifier la qualité de vos rapports sexuels ?
- Avez-vous fait des rêves qui vous ont marqué au cours de votre grossesse ?
- Comment imaginez-vous votre bébé ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

Au cours du 2^{ème} entretien :

- Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?
- Y-a-t-il quelque chose que vous regrettez ?
- Quel est le moment que vous aimeriez ne jamais avoir vécu ?
- Quel est le moment que vous aimeriez ne jamais oublier ?

Au cours du 3^{ème} entretien :

- Vous arrive-t-il de repenser à votre accouchement ?
- Est-ce comme cela que vous aviez imaginé ce moment ?
- Quel est le moment qui vous a le plus marqué ?
- Faites-vous des rêves récurrents ?
- Comment décririez-vous un accouchement par voie basse aujourd'hui ?
- Comment imaginez-vous votre prochain accouchement ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

2. Opérationnalisation de la deuxième hypothèse générale

Afin d'opérationnaliser la deuxième hypothèse, à savoir : *les modalités d'investissement des fonctions féminines du corps différent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant*, nous l'avons d'abord décondensée en trois hypothèses de recherche que nous avons ensuite opérationnalisées en procédant à une analyse de contenu autour des thèmes suivants :

- Le vécu positif ou négatif du fonctionnement du corps, de ses transformations en lien avec la grossesse et l'accouchement mais également, de façon plus ciblée, en lien avec la sexualité, la défloration, les règles
- La dimension économique de l'expérience somatique vécue en termes de débordement, voir d'effraction

Les questions de nos grilles d'entretien les plus à même de solliciter des réponses sur ces thèmes sont :

Au cours du 1^{er} entretien :

- Je vous propose de commencer par vous présenter ...
- Qu'est-ce que vous pouvez me raconter sur cette grossesse ?

- Avez-vous envisagé d'avoir recours à une césarienne ?
- Comment vous est venu ce désir d'accoucher par césarienne ?
- Comment imaginez-vous le déroulement de votre accouchement ?
- Comment avez-vous vécu l'arrivée de vos premières règles ?
- Avez-vous fait des rêves qui vous ont marquée au cours de votre grossesse ?
- De manière générale, pourriez-vous me dire quelle place la sexualité occupe dans votre vie ?
- Pensez-vous que l'accouchement pourrait modifier la qualité de vos rapports sexuels ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

Au cours du 2^{ème} entretien :

- Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?
- Y-a-t-il quelque chose que vous regrettez ?
- Quel est le moment que vous aimeriez ne jamais avoir vécu ?
- Quel est le moment que vous aimeriez ne jamais oublier ?

Au cours du 3^{ème} entretien :

- Comment décririez-vous ces premières semaines ?
- Vous arrive-t-il de repenser à votre accouchement ?
- Quel est le moment qui vous a le plus marqué ?
- Est-ce comme cela que vous aviez imaginé ce moment ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

3. Opérationnalisation de la troisième hypothèse générale

Afin d'opérationnaliser la troisième hypothèse, à savoir : *l'investissement de la maternité diffère chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant*, nous l'avons d'abord décondensée en trois hypothèses de recherche que nous avons ensuite opérationnalisées en procédant à une analyse de contenu autour des thèmes suivants :

- Le désir de grossesse dans l'histoire du sujet
- Le désir d'enfant dans l'histoire du sujet

- L'investissement de la sphère professionnelle et sociale
- L'imago maternelle
- L'imago paternelle

Les questions de nos grilles d'entretiens les plus à même de solliciter des réponses sur ces thèmes sont :

Au cours du 1^{er} entretien :

- Je vous propose de commencer par vous présenter...
- Quand vous étiez petite fille, imaginiez-vous avoir des enfants?
- Comment imaginez-vous votre bébé ?
- Que savez-vous de votre propre naissance ?
- Avez-vous fait des rêves qui vous ont marquée au cours de votre grossesse ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

Au cours du 2^{ème} entretien :

- Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?
- Quelle est la première pensée, image, idée que vous avez eue, ressentie en voyant votre enfant ?
- Y-a-t-il quelque chose que vous regrettez ?

Au cours du 3^{ème} entretien :

- Comment décririez-vous ces premières semaines ?
- Trouvez-vous qu'il y a une modification dans votre rapport avec votre entourage familial ?
- Faites-vous des rêves récurrents ?
- Envisagez-vous d'avoir un autre enfant un jour ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

4. Opérationnalisation de la quatrième hypothèse générale

Enfin, pour opérationnaliser la quatrième hypothèse, à savoir : *la réactualisation de la problématique œdipienne féminine à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement*

s'élabore différemment chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant, nous l'avons également décondensée en trois hypothèses de recherche que nous avons ensuite opérationnalisées en procédant à une analyse de contenu autour des thèmes suivants :

- La passivité ou le refus de la passivité en articulation avec l'activité
- L'angoisse, avec au premier plan l'angoisse de castration, l'angoisse de perte
- La rivalité et notamment la place de l'enfant au sein du couple
- Les références à la différence des sexes en particulier au sein du couple
- Les références à la relation mère-fille
- Les références à la filiation mère-fille et père-fille

Les questions de nos grilles d'entretiens les plus à même de solliciter des réponses sur ces thèmes sont :

Au cours du 1^{er} entretien :

- Je vous propose de commencer par vous présenter
- Comment avez-vous vécu l'arrivée de vos premières règles ?
- Un accouchement à quoi cela vous fait-il penser ?
- Que savez-vous de votre propre naissance ?
- Comment imaginez-vous le déroulement de votre accouchement ?
- Avez-vous fait des rêves qui vous ont marquée au cours de votre grossesse ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

Au cours du 2^{ème} entretien :

- Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?
- Quelle est la première pensée, image, idée que vous avez eue, ressentie en voyant votre enfant ?

Au cours du 3^{ème} entretien :

- J'aimerais que nous revenions sur votre accouchement ...
- Est-ce comme cela que vous aviez imaginé ce moment ?
- Quel est le moment qui vous a le plus marquée ?
- Envisagez-vous d'avoir un autre enfant un jour ?

- Trouvez-vous qu'il y a une modification dans votre rapport avec votre entourage familial ?
- Faites-vous des rêves récurrents ?
- Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement ...

C. OPERATIONNALISATION DES HYPOTHESES ET ANALYSE DES DESSINS

Afin de compléter l'opérationnalisation de nos hypothèses, nous avons choisi le dessin. Nous avons demandé à deux reprises, en pré- et en post-partum aux femmes que nous avons rencontrées de se dessiner le jour de leur accouchement. La consigne exacte était la suivante : «Je vous propose de vous dessiner le jour de votre accouchement.» Elle est volontairement ambiguë car *le jour de l'accouchement* ne précise pas s'il faut dessiner l'accouchement ou pas. De la même façon, le *vous* peut sous-entendre la femme car nous la vouvoyons, mais aussi elle, et son enfant ou elle et son conjoint, ou pourquoi pas sa famille élargie. L'ambiguïté de la consigne contraint le sujet à effectuer un certain nombre de choix. Ces choix sont autant de matériel clinique supplémentaire. Le fait d'avoir à dessiner amène aussi la femme à produire ou à éviter de produire une représentation de l'accouchement. En cela, le dessin de l'accouchement permet l'opérationnalisation de certaines hypothèses de recherche plus que d'autres, mais il garde toute sa pertinence pour chacune. En effet, la consigne en elle-même va susciter des représentations qui vont ou non pouvoir être figurées mais également des associations d'idées, le recours à des mécanismes de défenses qui sont autant de matériel clinique précieux pour investiguer le fonctionnement psychique inconscient.

La consigne est répétée de façon identique lors des deux passations.

Nous avons analysé le dessin selon deux axes. Le premier est celui de l'analyse de contenu du *verbatim* du discours produit pendant la réalisation du dessin. Nous avons analysé le contenu du discours des femmes lors du dessin de l'accouchement selon les mêmes modalités que l'analyse du discours des entretiens, c'est-à-dire à partir des mêmes thèmes d'analyse de contenu que ceux pour chaque hypothèse avec une attention particulière pour l'ordre d'apparition des personnages.

Le second est l'étude du dessin à proprement parler. Nous nous sommes intéressés à cinq caractéristiques principales que nous avons précisées pour chacune des hypothèses. Ces caractéristiques sont :

- Quel moment de la journée de l'accouchement la femme a-t-elle choisi de représenter ?
- Comment représente-t-elle son corps dans le dessin ?
- Quelles sont les personnes qui l'accompagnent ?
- Quels liens les unissent les unes aux autres ?
- Le bébé est-il figuré ?

1. Opérationnalisation de la première hypothèse

Afin d'opérationnaliser la première hypothèse, à savoir : ***les représentations suscitées par l'accouchement différent chez les femmes qui ont demandé à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant***, nous analyserons à partir des deux dessins réalisés avant et après l'accouchement :

- Quel est le moment représenté ?
- De quelle façon le sexe de la femme est-il ou non représenté, caché, évoqué ?
- L'enfant est-il représenté ? Si oui, où ? Comment ?

2. Opérationnalisation de la deuxième hypothèse

Afin d'opérationnaliser la deuxième hypothèse, à savoir : ***les modalités d'investissement des fonctions féminines du corps différent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant***, nous analyserons à partir des deux dessins réalisés avant et après l'accouchement :

- Quelle partie de la feuille le dessin occupe-t-il ?
- Sous quelle forme la femme se représente dans le dessin si elle se représente : est-elle entière, partielle ? Quelle partie de son corps est représentée ?
- Comment le corps est-il traité dans le dessin : Est-il orné ? Vêtu ? Nu ?
- Si la femme se dessine pendant le travail, est-ce que des appareils médicaux sont représentés ? Lesquels ?
- Quelles sont les personnes qui l'entourent ? Conjoint ? Personnel médical ? Parents ?

3. Opérationnalisation de la troisième hypothèse

Afin d'opérationnaliser la troisième hypothèse, à savoir : *l'investissement de la maternité diffère chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant*, nous analyserons à partir des deux dessins réalisés avant et après l'accouchement :

- Où, dans quel lieu se situe la femme ?
- Quelles sont les personnes qui sont auprès d'elle ?
- Si la femme se dessine à la Maternité ou en salle de naissance, la sage-femme est-elle représentée ?

4. Opérationnalisation de la quatrième hypothèse

Afin d'opérationnaliser la quatrième hypothèse, à savoir : *la réactualisation de la problématique œdipienne féminine à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement s'élabore différemment chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant*, nous analyserons à partir des deux dessins réalisés avant et après l'accouchement :

- Y-a-t-il des personnages représentés autre que la femme elle-même ?
- Si oui, quelles sont les personnes présentes aux côtés de la femme ce jour là ?
- Comment sont figurées la différence des sexes et la différence des générations chez les personnages représentés ?

D. OPERATIONNALISATION DE LA DEUXIEME HYPOTHESE ET ANALYSE DES AUTO-QUESTIONNAIRES

Afin d'opérationnaliser la deuxième hypothèse, à savoir : *les modalités d'investissement des fonctions féminines du corps différent chez les femmes qui demandent à accoucher par césarienne et chez les femmes tout-venant*, nous l'avons d'abord décondensée en trois hypothèses opérationnelles que nous rappelons ci-dessous :

- H2.1 Le corps sexué est moins à même de servir d'étayage narcissique chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

- H2.2 Les femmes du groupe «césarienne» ont un besoin plus marqué de maîtriser leur corps sexué que les femmes du groupe «tout-venant»
- H2.3 Le recours à la césarienne procure aux femmes qui la choisissent un sentiment de maîtrise

Parmi les thèmes que nous avons choisis d'explorer pour l'analyse de contenu des entretiens figurent : le vécu positif ou négatif du fonctionnement du corps et la dimension économique de l'expérience somatique vécue. Afin de rendre compte d'une éventuelle différence au plan économique de la façon dont les femmes ont expérimenté l'accouchement nous avons, en plus des entretiens, proposé aux femmes que nous avons rencontrées en anténatal de remplir l'HADS qui mesure l'anxiété, et en post-partum immédiat de remplir deux auto-questionnaires : la Peritraumatic Distress Inventory (PDI) qui mesure un score de détresse émotionnelle suite au vécu d'une expérience traumatique et le Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ) qui évalue la dissociation suite au vécu d'une expérience traumatique.

Nous avons également utilisé la MSI, une échelle qui mesure le score d'estime de soi maternelle en post-partum et nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux réponses des items 1, 7, 13 et 19 en lien direct avec l'expérience somatique de l'accouchement.

E. RECAPITULATIF : PRESENTATION DES HYPOTHESES ET HYPOTHESES OPERATIONNELLES

H1. LES REPRESENTATIONS SUSCITEES PAR L'ACCOUCHEMENT DIFFERENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

H1.1. Les représentations de l'accouchement par voie basse sont moins refoulées chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1. : Dans les *verbatim* du premier entretien, nous nous attendons à ce que les représentations du sexe de la mère lors de l'accouchement soient plus présentes chez les femmes du groupe C que chez les femmes du groupe TV
- HO2. : Dans les *verbatim* qui accompagne la réalisation du premier dessin, nous nous attendons à ce que les représentations du sexe de la mère lors de l'accouchement soient plus présentes chez les femmes du groupe C que chez les femmes du groupe TV

- HO3 : Dans le premier dessin de l'accouchement, nous nous attendons à ce que la naissance de l'enfant soit plus souvent représentée chez les femmes du groupe C que chez les femmes du groupe TV

H1.2. Les représentations de l'accouchement par voie basse sont plus menaçantes pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les *verbatim* du premier entretien, nous nous attendons à ce que la nature des représentations de l'accouchement voie basse soit plus menaçante (ex. : boucherie, barbarie, mutilation) pour les femmes du groupe C que pour les femmes du groupe TV (ex. passage, douleur)
- HO2 : Dans les *verbatim* qui accompagnent la réalisation du premier dessin, nous nous attendons à ce que la nature des représentations de l'accouchement voie basse soient plus menaçante pour les femmes du groupe C que pour les femmes du groupe TV

H.1.3. L'éprouvé vaginal du passage de l'enfant favorise la continuité des représentations maternelles de l'enfant lors de l'accouchement

- HO1 : Dans les *verbatim* du second et du troisième entretien, nous nous attendons à une plus grande continuité des sensations liées au passage de l'enfant du dedans au dehors du corps lors de sa naissance chez les femmes qui ont expérimenté l'accouchement par la voie vaginale que chez celles qui ont expérimenté la voie abdominale
- HO2 : Dans les *verbatim* du second et du troisième entretien, nous nous attendons à une plus grande continuité des représentations de l'enfant du dedans au dehors du corps lors de sa naissance chez les femmes qui ont expérimenté l'accouchement par la voie vaginale que chez celles qui ont expérimenté la voie abdominale
- HO3 : Dans les *verbatim* qui accompagnent la réalisation du troisième entretien, nous nous attendons à une plus grande continuité des sensations liées au passage de l'enfant du dedans au dehors du corps lors de sa naissance chez les femmes qui ont expérimenté l'accouchement par la voie vaginale que chez celles qui ont expérimenté la voie abdominale
- HO4 : Dans les *verbatim* qui accompagnent la réalisation du troisième entretien, nous nous attendons à une plus grande continuité des représentations du passage de l'enfant du dedans au dehors du corps lors de sa naissance chez les femmes qui ont

expérimenté l'accouchement par la voie vaginale que chez celles qui ont expérimenté la voie abdominale

H2. LES MODALITES D'INVESTISSEMENT DES FONCTIONS FEMININES DU CORPS DIFFERENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

H2.1. Le corps sexué est moins à même de servir d'étayage narcissique chez les femmes du groupe «césarienne» qu'il ne l'est chez les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les dessins de l'accouchement, nous nous attendons à ce que le corps soit plus souvent représenté par les femmes du groupe TV que par les femmes du groupe C
- HO2 : Dans les *verbatim* qui accompagnent la réalisation du deuxième dessin de l'accouchement, nous nous attendons à ce que l'expérience de l'accouchement soit davantage source de réassurance narcissique pour les femmes du groupe TV que pour les femmes du groupe C
- HO3 : Dans les *verbatim* des trois entretiens, nous nous attendons à ce que les expériences du corps sexué (puberté, défloraison, sexualité, fertilité, grossesse, accouchement) soient davantage source de réassurance narcissique pour les femmes du groupe TV que pour les femmes du groupe C

H2.2. Les femmes du groupe «césarienne» ont un besoin plus marqué de maîtriser leur corps sexué que les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les *verbatim* des trois entretiens de recherche, nous nous attendons à ce que les femmes du groupe C expriment davantage le besoin de contrôle de leur corps que les femmes du groupe TV
- HO2 : Dans les *verbatim* des dessins qui accompagnent les premiers et troisième entretien de recherche, nous nous attendons à ce que les femmes du groupe C expriment davantage le besoin de contrôle de leur corps que les femmes du groupe TV

H2.3. Le recours à la césarienne procure aux femmes qui la choisissent un sentiment de maîtrise

- HO1 : Dans les *verbatim* recueillis lors du second et troisième entretiens de recherche, chez la majorité des femmes du groupe C, nous nous attendons à trouver un sentiment

de satisfaction en lien avec le sentiment de contrôle procuré par l'expérience de la césarienne

- HO2 : Dans les *verbatim* du dessin recueilli lors du troisième entretien de recherche, chez la majorité des femmes du groupe C, nous nous attendons à trouver un sentiment de satisfaction en lien avec le sentiment de contrôle procuré par l'expérience de la césarienne
- HO3 : Au PDI et PDEQ, nous nous attendons à retrouver moins de femmes ayant atteint un score positif dans le groupe des femmes TV que dans le groupe C
- HO4 : En anténatal, nous nous attendons à davantage de scores positifs à l'HADS chez les femmes du groupe TV que chez les femmes du groupe C

H3. L'INVESTISSEMENT DE LA MATERNITE DIFFERE CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

H3.1. Les femmes qui demandent une césarienne rendent compte d'un moindre désir de maternité que les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les *verbatim* des trois entretiens de recherche, nous nous attendons à ce que le désir de maternité soit plus présent chez les femmes du groupe TV que chez les femmes du groupe C
- HO2 : Dans les *verbatim* des trois entretiens de recherche, nous nous attendons à ce que les femmes du groupe TV souhaitent avoir plus d'enfants que les femmes du groupe C

H3.2. Les femmes du groupe «césarienne» rendent compte d'un investissement plus important de la sphère sociale et professionnelle que les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche, nous nous attendons à ce que les femmes du groupe TV expriment plus souvent le désir de remanier leur vie professionnelle et sociale pour s'adapter à l'arrivée de l'enfant que les femmes du groupe C
- HO2 : Nous nous attendons à ce que les femmes du groupe C aient un niveau socio-professionnel plus élevé que les femmes du groupe TV

H3.3. La figure maternelle est moins à même de soutenir les identifications maternelles chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les dessins de l'accouchement, nous nous attendons à ce que la sage-femme soit davantage représentée chez les femmes du groupe TV, que chez les femmes du groupe C.
- HO2 : Dans les *verbatim* des dessins qui accompagnent les entretiens de recherche, nous nous attendons à ce que l'imgo maternelle représentée par la sage-femme soit investie plus positivement chez les femmes du groupe TV que chez les femmes du groupe C
- HO3 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche, nous nous attendons à ce que les mères des femmes du groupe TV relatent des expériences d'accouchement plus positives que les mères des femmes du groupe C

H4. LA REACTUALISATION DE LA PROBLEMATIQUE ŒDIPIENNE FEMININE A LAQUELLE CONFRONTE L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT S'ELABORE DIFFEREMMENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

H4.1. Les représentations de l'accouchement par voie basse réactualisent un vécu de passivité à l'égard de la figure maternelle plus difficilement supportable pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les dessins de l'accouchement, nous nous attendons à trouver davantage de représentations du corps redressé chez les femmes du groupe C que pour les femmes du groupe TV
- HO2 : Dans les *verbatim* du dessin de l'accouchement, nous nous attendons à trouver davantage d'expressions d'un refus des situations passives pour les femmes du groupe C que pour les femmes du groupe TV
- HO3 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche, nous nous attendons à trouver davantage d'expressions d'un refus des situations passives pour les femmes du groupe C que pour les femmes du groupe TV

H4.2. L'actualisation de la question de la différence des sexes à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement suscite des angoisses de nature différente chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Entre le premier et le second dessin, nous nous attendons à retrouver une modification des représentations de la place du partenaire
- HO2 : Dans les *verbatim* des dessins qui accompagnent les entretiens, nous nous attendons à retrouver des expressions de l'angoisse plutôt du côté de la perte chez les femmes du groupe TV
- HO3 : Dans les *verbatim* des dessins qui accompagnent les entretiens, nous nous attendons à retrouver des expressions de l'angoisse plutôt du côté de la castration chez les femmes du groupe C
- HO4 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche, nous nous attendons à retrouver des expressions de l'angoisse plutôt du côté de la perte chez les femmes du groupe TV
- HO5 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche, nous nous attendons à retrouver des expressions de l'angoisse plutôt du côté de la castration chez les femmes du groupe C

H4.3. La question de la différence des générations, actualisée par l'expérience de l'accouchement, réactive des problématiques différentes du lien mère-fille chez les femmes du groupe «césarienne» et chez les femmes du groupe «tout-venant»

- HO1 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche des femmes du groupe TV, nous nous attendons à ce que l'accouchement réactualise la problématique de la relation mère fille plutôt du côté de la rivalité œdipienne
- HO2 : Dans les *verbatim* des entretiens de recherche des femmes du groupe C, nous nous attendons à ce que l'accouchement réactualise la problématique de la relation mère fille plutôt du côté de la séparation-individuation
- HO3 : Dans les *verbatim* des dessins qui accompagnent les entretiens de recherche des femmes du groupe TV, nous nous attendons à ce que l'accouchement réactualise la problématique de la relation mère fille plutôt du côté de la rivalité œdipienne
- HO4 : Dans les *verbatim* des dessins qui accompagnent les entretiens de recherche des femmes du groupe C, nous nous attendons à ce que l'accouchement réactualise la problématique de la relation mère fille plutôt du côté de la séparation-individuation

F. ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

1. Analyse des résultats

Grâce à l'analyse de contenu des *verbatim* et des dessins, et au dépouillement des auto-questionnaires, nous avons réalisé, pour chaque femme rencontrée, une analyse clinique de cas, tenant compte de la dimension longitudinale, c'est-à-dire de la spécificité de la temporalité propre à chacune. Nous avons ensuite mis à l'épreuve de nos hypothèses opérationnelles chacun de nos cas clinique. Enfin, nous avons réalisé une analyse transversale de l'ensemble des résultats obtenus pour chaque hypothèse de recherche en distinguant les cas singuliers au sein de chacun des deux groupes «césarienne» et «tout-venant» (analyse intragroupe) avant d'établir pour chaque hypothèse de recherche, une comparaison entre les groupes (comparaison intergroupes) visant à valider ou à réfuter chacune de nos hypothèses générales.

2. Présentation des résultats

Étant donné le nombre de sujets rencontrés, nous avons choisi de rendre compte dans un premier temps de nos résultats transversaux, présentés hypothèse de recherche par hypothèse de recherche et illustrés par de courtes vignettes cliniques. Nous avons pris soin à chaque fois de présenter la comparaison intragroupe puis intergroupes. Dans un second temps, nous avons présenté de façon approfondie deux cas cliniques qui nous ont semblé être les plus caractéristiques de chacun des deux groupes afin d'illustrer à la fois notre démarche et nos résultats. Enfin, dans une troisième partie, nous avons présenté la synthèse des résultats obtenus pour chaque hypothèse générale et conclu sur leur validation.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS

CHAPITRE 6

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA POPULATION

I. CONSTITUTION DES GROUPES CLINIQUES

Parmi notre échantillon composé de dix femmes ayant choisi d'accoucher par césarienne et de douze femmes tout-venant, Aïssatou, une femme tout-venant, a finalement eu recours à une césarienne programmée, et Diane, une femme ayant demandé à accoucher par césarienne, a finalement accouché par voie basse. Comme il s'agit de deux cas isolés, nous n'avons pas constitué de groupe clinique mais distingué, dans la présentation des résultats, deux groupes : le groupe de femmes «tout-venant» et le groupe de femme «césarienne» et rendu compte à chaque fois de la spécificité d'Aïssatou pour le groupe «tout-venant» et de Diane pour le groupe «césarienne».

II. TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

TABLEAU RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Groupe	Prénom	Age	Grossesse	Déroulement de l'accouchement	Fratrie	Nombre d'enfants souhaités	Modalité de naissance	Voie d'accouchement
TV	Catherine	34	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale	4	Plusieurs	Voie basse	VB
TV	Laure	28	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale. Ventouse. Épisiotomie	2	2	Voie basse	VB
TV	Aïssatou	33	Spontanée	CP pour siège et pelvémétrie du bassin défavorable	13	3	Voie basse	CP
TV	Elise	29	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale. Épisiotomie	4	Plusieurs	Césarienne	VB
TV	Aurélié	29	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale. Épisiotomie	3	2	Voie basse	VB
TV	Sandra	34	Spontanée	Rupture des membranes post terme. Mise en travail spontanée. Péridurale. Forceps	2	2	Voie basse. Déclenchement pour terme dépassé	VB
TV	Corinne	31	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale. Déchirure complète du périnée	2	Plusieurs	Voie basse	VB
TV	Anna	28	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale.	3	Ne le dit pas	Voie basse	VB
TV	Sophie	30	Spontanée	Déclenchement pour bilan hépatique perturbé à 39 S.A. Péridurale.	3	4 ou 5	Voie basse	VB
TV	Lylia	32	Spontanée		6	2	Voie basse	VB
TV	Julie	30	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale. Épisiotomie.	3	Plusieurs	Voie basse	VB
TV	Clara	40	Spontanée	Mise en travail spontanée. Péridurale.	3	1	Voie basse	VB
		31,5			4			
C	Théodora	32	Spontanée, Impromptue	CP	2	2	Voie basse	CP
C	Charlotte	33	Spontanée	CP	2	2	Césarienne	CP
C	Maria	31	Spontanée	CP	2	1	Césarienne	CP
C	Diane	30	Spontanée	Déclenchement, péridurale, VB	2	2	Césarienne	VB
C	Samia	31	Spontanée	CP	8	2	Voie basse	CP
C	Céline	30	Spontanée	CP	1	1	Voie basse	CP
C	Stéphanie	35	F.I.V.	CP	3	1	Voie basse	CP
C	Violette	37	Spontanée	CP	3	1	Voie basse	CP
C	Cynthia	42	Protocole de F.I.V. mais grossesse spontanée.	CP	3	1	Voie basse	CP
C	Aline	38	Spontanée	Mise en travail spontanée puis césarienne	1	1	Voie basse	CP
		33,9			2,7			

III. RÉSULTATS BRUTS DES SCORES OBTENUS AUX DIFFÉRENTS AUTO-QUESTIONNAIRES

FEMMES TOUT-VENANT

NOM	1er entretien		2ème entretien					3ème entretien	
GRUPE TV	EPDS	HADS	EPDS	HADS	PDQI	PDI	MSI	EPDS	HADS
Catherine		Anx: 4 D: 4	5	Anx: 3 D: 5	17	7	91	11	Anx: 7 D: 6
Laure	7	Anx: 6 D: 2	8	Anx: 2 D: 1	19	21	101	11	Anx: 4 D: 2
Aissatou	11	Anx: 14 D: 5	9	Anx: 13 D: 5	17	7	72	15	Anx: 9 D: 8
Elise	10	Anx: 6 D: 4	20	Anx: 11 D: 10	17	16	95	10	Anx: 9 D: 5
Aurelie	9	Anx: 12 D: 5	14	Anx: 18 D: 11	10	0	95		
Sandra	3	Anx: 10 D: 3	4	Anx: 3 D: 2	13	10	90	3	Anx: 5 D: 3
Corinne	5	Anx: 7 D: 2	9	Anx: 9 D: 9	13	8		18	Anx: 13 D: 8
Anna	5	Anx: 5 D: 3	7	Anx: 7 D: 7	23	12	86		
Sophie	1	Anx: 6 D: 1	4	Anx: 2 D: 6	10	0			
Lylia	15	Anx: 12 D: 8	10	Anx: 5 D: 2	14	5	106		
Clara	5	Anx: 5 D: 6	4	Anx: 6 D: 5	11	2	97	3	Anx: 5 D: 4
Julie	8	Anx: 10 D: 5	6	Anx: 6 D: 2	14	7	89		
Moyennes	7,18	Anx: 8,25 D: 3,25	8,33	Anx: 7,25 D: 5,59	14,83	7,92	92,2	8,87	Anx: 6,75 D: 4,5

FEMMES AYANT DEMANDE A ACCOUCHER PAR CESARIENNE

NOM	1er entretien		2ème entretien					3ème entretien	
GRUPE C	EPDS	HADS	EPDS	HADS	PDQI	PDI	MSI	EPDS	HADS
Theodora	3	Anx: 4 D: 4	1	Anx :2 D: 3	12	6	118		
Charlotte	8	Anx: 15 D= 8	15	Anx: 11 D: 7	17	38	91	11	Anx: 6 D: 4
Maria	0	Anx: 5 D: 6	3	Anx: 2 D: 2	17	3	105	1	Anx: 6 D: 5
Diane	9	Anx: 10 D: 0	3	Anx: 3 D: 0	13	0	91	14	Anx: 8 D: 10
Samia	9	Anx: 12 D: 4		Anx: 6 D: 5		9	103	15	Anx: 8 D: 3
Celine	2	Anx: 5 D: 1	6	Anx: 3 D: Pas rempli	34	14		2	Anx: 2 D: 1
Stephanie	5	Anx: 7 D: 3	3	Anx: 3 D: 2	10	4	113	3	Anx: 6 D: 4
Violette	5	Anx: 2 D:5	1	Anx: 0 D: 2	10	6	111		Anx: 7 D: 1
Cynthia	3	Anx: 6 D:2	14	Anx: 10 D: 11	18	21	102		
Aline	10	Anx: 8 D:7	0	Anx: 3 D: 3	13	0	107	4	Anx: 4 D: 1
Moyennes	5,40	Anx: 7,4 D:4	5,11	Anx: 4,3 D: 3,88	16,00	10,10	104,56	7,14	Anx: 5,87 D: 3,62

CHAPITRE 7

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans une première partie, afin de rendre compte de la dimension clinique des résultats d'un nombre important de sujets, nous avons opté pour une présentation des résultats obtenus au sein de chaque hypothèse générale, hypothèse de recherche par hypothèse de recherche, en distinguant à chaque fois les résultats obtenus pour les femmes du groupe «tout-venant» et les résultats obtenus pour les femmes du groupe «césarienne». Nous nous sommes efforcés de rendre compte des particularités de chaque groupe, composé de sujets à prendre en compte dans leur singularité, tout en faisant émerger des tendances générales pour chacun des groupes afin de pouvoir établir une comparaison et vérifier la validation éventuelle de nos hypothèses générales. Une synthèse des résultats figure à la fin de chaque hypothèse de recherche.

Cette première présentation s'accompagne dans une seconde partie de l'analyse longitudinale de deux cas cliniques issus de chacun des deux groupes : celui de Stéphanie, une femme du groupe «césarienne», et celui d'Élise, une femme du groupe «tout-venant», visant à illustrer la méthodologie utilisée, à enrichir la dimension clinique de nos résultats transversaux et à rendre compte de la singularité des sujets rencontrés.

Les dessins, les *verbatim* de la passation des dessins ainsi que l'intégralité des *verbatim* des entretiens ont été retranscrits et figurent dans les annexes.

I. PRÉSENTATIONS DES RÉSULTATS TRANSVERSAUX

Les quatre hypothèses générales portent sur l'existence d'une spécificité chez les femmes du groupe «césarienne» concernant les dimensions du maternel et du féminin articulées au sexuel génital et infantile œdipien et préœdipien. La première porte sur les représentations conscientes et inconscientes suscitées par l'accouchement voie basse. La seconde explore la façon dont la femme investit son corps et particulièrement les fonctions sexuelles féminines de celui-ci. La troisième s'intéresse à l'investissement de la maternité dans l'histoire de la femme devenant mère en lien avec sa propre mère. La quatrième, enfin, aborde la spécificité de l'élaboration de la problématique œdipienne féminine. Chaque hypothèse se décompose en trois hypothèses de recherche visant à préciser l'hypothèse générale.

A. DIFFERENCES DES REPRESENTATIONS SUSCITEES PAR L'ACCOUCHEMENT

H1. LES REPRESENTATIONS SUSCITEES PAR L'ACCOUCHEMENT DIFFERENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Dans cette première hypothèse générale, nous nous sommes intéressés à la question des représentations suscitées par l'accouchement et plus particulièrement à celles du sexe de la mère et du corps de l'enfant au cours de l'accouchement par voie basse. Nous avons formulé l'idée qu'il existerait une différence en termes de nature de ces représentations, en termes de mécanismes de défense mis en place pour traiter l'excitation engendrée par ces représentations, et que l'éprouvé de l'expérience corporelle de l'accouchement par voie basse favoriserait la continuité de la représentation de l'enfant entre le pré et le postnatal.

1. Moindre refoulement des représentations de l'accouchement

H1.1. Les représentations de l'accouchement par voie basse sont moins refoulées chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse du refoulement des représentations suscitées par l'expérience de l'accouchement à venir ou passé s'est faite à partir du matériel clinique et des *verbatim* recueillis au cours du premier entretien réalisé en anténatal et au cours de la réalisation du dessin de l'accouchement qui l'accompagne. Nous nous sommes intéressés à la façon dont le corps, et en particulier le sexe de la future mère et sa proximité avec le corps de l'enfant, pouvait être ou non représenté et ou évoqué.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Analyse des dessins de l'accouchement

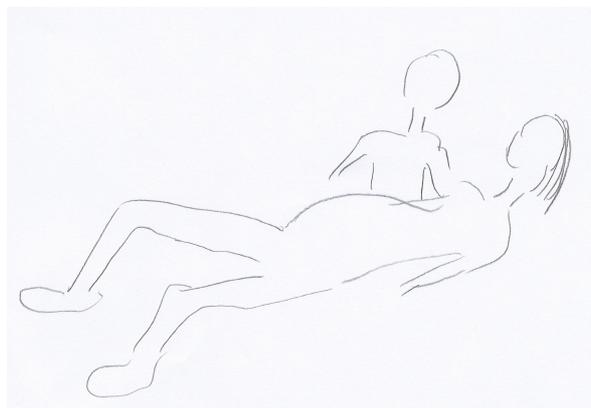
Lors du premier dessin de l'accouchement qui a lieu au cours du troisième trimestre de la grossesse, les femmes du groupe «tout-venant» se représentent le plus souvent en salle de travail (8 sur 11), allongées (8 sur 11), de profil (6 sur 11). Pour seulement trois d'entre elles la représentation du sexe dans le dessin est possible. Il peut être suggéré par l'objet qui est sensé le cacher comme pour Catherine : *c'est une espèce de... couverture, ou de petit tissu qui*

va en fait me couvrir les jambes et m'empêcher de voir ce qu'il y a entre mes jambes. Il peut être représenté et barré d'un trait comme c'est le cas pour Clara, ou encore dessiné avec beaucoup de détail comme le fait Julie. Mais le plus souvent, la femme se représente allongée de profil, masquant alors son sexe.

Le bébé n'est pas souvent représenté (5 fois sur 11). Il est intéressant de constater que parmi les cinq femmes qui le représentent figurent les trois qui représentent également leur corps sexué. Lorsque le bébé n'est pas représenté, il arrive qu'il soit mentionné comme Anna qui dit : *Je me demandais s'il fallait que je dessine le bébé ou pas, mais je ne sais pas du tout où le mettre dans le dessin.* Ou encore Élise : (...) *je m'imagine que je suis en train d'essayer de l'expulser le bébé, donc euh pour moi il est en train de sortir mais il est encore dans mon ventre, mais après je ne vais pas faire ça très bien mais...*

ÉLISE

1^{er} dessin :



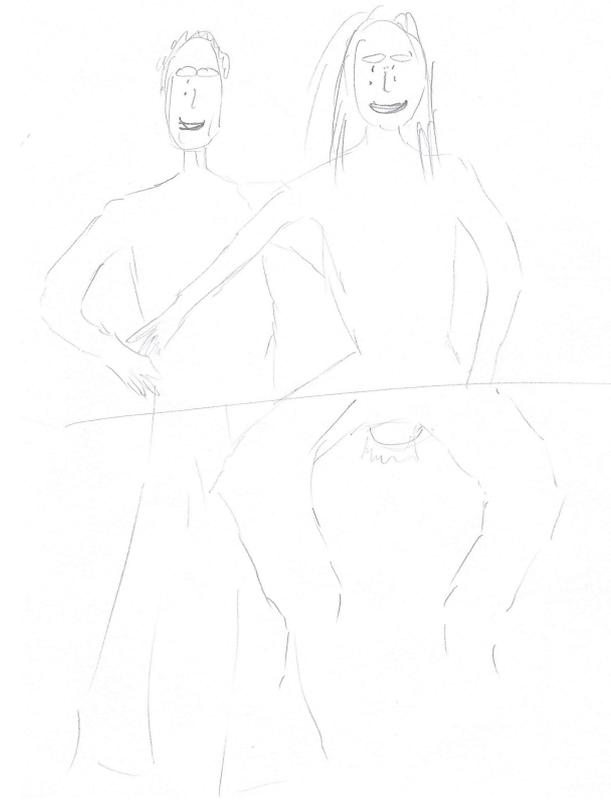
CORINNE

1^{er} dessin :



CLARA

1^{er} dessin :



Analyse du verbatim des entretiens et des dessins :

Dans la plupart des entretiens, le refoulement de la dimension sexuelle de l'accouchement est important. Il est repérable dans la dynamique des réponses. Par exemple chez Sophie : *Le jour de mon accouchement. Il y a d'abord plusieurs personnages, moi, mon mari et ma petite fille. (...) Qu'est-ce que je pourrais dessiner de plus ? (...) Il y a quand même la poussée après, l'expulsion à faire, je pense que certaines personnes prennent ça comme un marathon, un effort intense dont on est très fatiguées après.* Exceptionnellement, elle est peu refoulée comme pour Julie, Élise ou encore Clara : *Je n'ai pas envie de voir ça où de dessiner ça (...). Je n'ai pas forcément envie de dessiner le bébé vous voyez ce que je veux dire ?* Mais la plupart du temps, la dimension sexuelle n'est pas évoquée du tout. Chez certaines femmes du groupe «tout-venant», on retrouve l'idée de quelque chose d'inéluctable par lequel il faut passer. L'accouchement peut être ainsi banalisé. C'est le cas pour Sandra : *Je n'y pense pas beaucoup, ce n'est pas ma première préoccupation. (...) Ça doit être un peu naturel je me dis... Tous les jours, il y a des gens qui accouchent.* Mais également pour Corinne : *Je ne me suis jamais vraiment posée la question, il y a plein de choses... (...) il y a des choses dont on parle et d'autres dont on ne parle jamais, et moi je ne vais jamais poser*

de question ou autre, donc c'est vrai que pour moi, c'est un peu l'inconnu et quoiqu'il arrive je...

Parfois, le refoulement est massif, accompagné d'angoisse comme pour Lyliia : *Je ne pense pas, je n'imagine pas, je me dis quand ça vient, ça vient. Elle va descendre et c'est tout.*

Au premier plan des évocations qui accompagnent la sollicitation de représentations en lien avec l'accouchement figurent souvent la durée et la douleur comme venant en lieu et place d'autre chose. C'est le cas pour Sophie, Aurélie, Sandra, Catherine ou Élise pour lesquelles il est alors question de : *la gestion de la douleur tout ça ; C'est le fait d'avoir à souffrir ; C'est vraiment la notion de douleur que je retiens ; L'accouchement ça me fait penser à la douleur ; J'espère ne pas avoir trop mal ; La plus grande des douleurs ; Ça peut faire mal, durer longtemps ; Je me vois attendre et subir un peu le temps qui passe ; Ça va prendre un certain temps.*

Le cas d'Aïssatou

Analyse du premier dessin :

Contrairement à la majorité des femmes de groupe «tout-venant», Aïssatou se représente debout, à son arrivée à la Maternité. Le sexe n'est pas représenté, ni suggéré, ni caché.

Analyse des verbatim

Le besoin de refoulement de la dimension sexuelle de l'accouchement semble plus important que chez les autres femmes du groupe. Aïssatou ne sait pas à quel moment se dessiner lors de son accouchement et fait un lapsus : *Je n'imagine pas quel moment en fait, le moment où j'ai perdu les yeux, au moment où je me dis ah il faut pousser !... où je suis à l'hôpital... ?* Il y aurait des choses qu'il ne faudrait pas voir ; ce qui se confirmera lors de notre troisième rencontre. Elle a du mal à évoquer le sexe. En parlant de l'épisiotomie qu'elle redoute, elle dit : *Je ne savais pas qu'on facilitait le passage de l'enfant en déchirant du coup la... la peau.*

b) Femmes du groupe «césarienne»

Le dessin de l'accouchement :

De la même façon que les femmes du groupe «tout-venant» se représentent sur le temps de l'accouchement proprement dit, les femmes du groupe «césarienne» se représentent le plus souvent au cours de la césarienne (7 sur 10). La moitié d'entre elles se représente allongée (5 sur 10). Quatre femmes se représentent debout, ou le buste redressé en position

semi assise alors qu'elles évoquent le fait que cela n'est certainement pas possible. C'est le cas de Stéphanie : *et ça je sais enfin ça ne sera vraisemblablement pas possible parce que c'est comme ça qu'ils t'allongent ...*

STEPHANIE

1^{er} dessin :



L'ouverture du corps est parfois figurée sous la forme d'une fente au niveau de l'abdomen comme pour Charlotte et Céline ou d'une parenthèse située entre les jambes pour Cynthia, ce qui ne se retrouve que chez Clara, une femme du groupe «tout-venant».

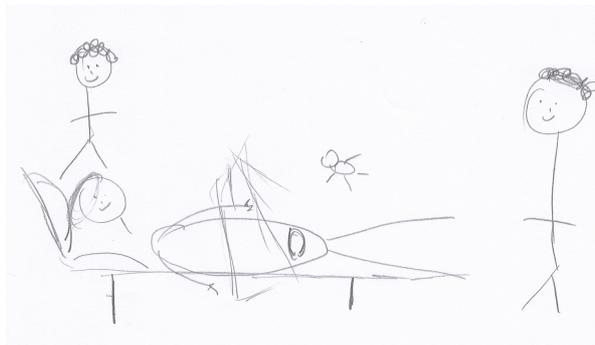
CHARLOTTE

1^{er} dessin :



CELINE

1^{er} dessin :



CYNTHIA

1^{er} dessin :

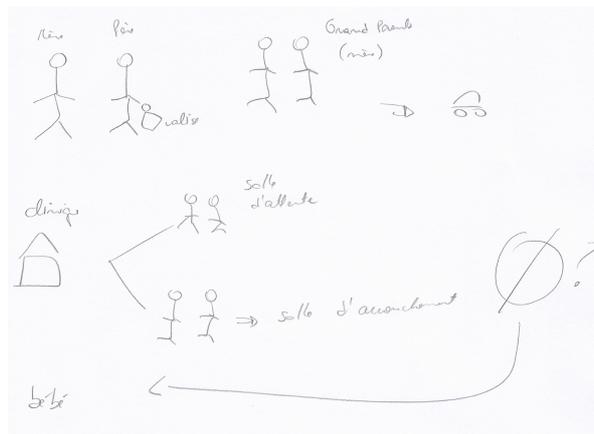


Lorsque les femmes se représentent sur le temps de l'accouchement, le champ opératoire est figuré dans presque tous les cas (6 sur 7) et il est presque toujours nommé (4 fois sur 6). Pour Théodora c'est un masque : *c'est un masque pour qu'on ne voit pas la coupure* ; pour Charlotte un voile : *il y a une espèce de... voile devant moi* ; un drap pour Céline : *Je ne sais pas si on va me mettre un espèce de drap pour cacher*. Seulement pour Stéphanie il demeure *un champ opératoire*.

Le corps du bébé est également peu présent (3 fois sur 10). Lorsqu'il n'est pas représenté, il arrive cependant qu'il soit évoqué comme c'est le cas pour Maria : *Après dans la salle d'accouchement, je n'ai aucune idée de ce qui se passe mais ensuite on ressort et on a un bébé*.

MARIA

1^{er} dessin :



Analyse du verbatim des entretiens :

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant» pour lesquelles l'accouchement, et plus particulièrement la dimension sexuelle de ce dernier, est largement refoulé, les femmes du groupe «césarienne» dans leur ensemble rendent davantage compte de représentations au contraire très crues de l'accouchement par voie basse dans lesquelles le passage de la tête du bébé dans le vagin est souvent mentionné spontanément comme pour Maria : *Je pense à l'épisiotomie, je pense à voir mon mari qui va voir un bébé sortir du vagin alors que pour moi c'est lié au sexe, ce n'est pas du tout... pour ça* ; ou bien Aline pour qui l'accouchement par voie basse *c'est une tête de bébé trop grosse pour passer*. Ou encore Céline : *parce qu'au*

final, c'est traumatisant pour la mère, pour l'enfant aussi je pense de passer au travers un canal aussi (rires) étroit. Pour Samia les représentations sont moins crues mais sont néanmoins présentes : Ben peut-être la forme du, de, de, de mon bassin ou du col qui ne correspond pas, ou je ne sais pas. (...) Non je referai le même choix car j'ai toujours peur que ça passe pas (rires). Pour Charlotte le bébé n'est pas mentionné mais reste le périnée explosé. C'est également le cas de Violette : je pense à mon vagin qui va être complètement, alors je suis crue hein, complètement déformé déjà.

Pour deux autres, enfin, le passage de l'enfant dans la filière génitale représente un impensable formulé par *un trou*, comme pour Diane : *je n'arrive tellement pas à m'imaginer (...), je n'arrive pas du tout à m'imaginer, c'est le noir total, je m'imagine avant, (...), après il y a un espèce de trou, et après j'imagine ça mais entre-temps je n'ai rien dans ma tête...* Pour Stéphanie, l'accouchement est simplement dénié : *Moi j'ai la vision de l'après, du juste après. (...) Donc c'est vrai que, par rapport à la grossesse c'est marrant parce que moi, j'avais complètement déconnecté la grossesse de l'accouchement.*

Et c'est seulement chez une femme parmi les dix de notre échantillon que la représentation de la douleur de l'accouchement voie basse est au premier plan. Il s'agit de Cynthia : *le fait de souffrir pendant un certain nombre d'heures, d'après ce que je sais à peu près 8h, j'ai un problème avec la douleur ça je le sais.*

c) Synthèse H1.1

Bien qu'il existe des différences individuelles importantes au sein de chaque groupe, il semble que les femmes qui demandent une césarienne pour accoucher d'un premier enfant sans indication médicale rendent compte d'un moindre refoulement de la dimension sexuelle de l'accouchement que les femmes tout-venant. Parmi les femmes du groupe «tout-venant», la douleur et la durée du travail sont au premier plan et semblent fonctionner comme des représentations écrans, permettant de maintenir à distance la représentation refoulée, à la façon des souvenirs écrans, souvenirs banalisés qui masquent le souvenir refoulé.

Au contraire, les représentations du passage de l'enfant par la voie vaginale chez les femmes du groupe «césarienne» sont soit présentes et très crûes soit inexistantes. Il semblerait qu'il n'y ait peu de filtre, pas d'entre-deux possible.

Dans les deux groupes, mais de façon plus prononcée nous semble-t-il dans le groupe «césarienne», la mise à distance de la scène de la naissance s'opère par la présence d'un *théâtre gynécologique* et de son rideau, avec d'un côté les acteurs — gynécologues-

obstétriciens — et de l'autre les spectateurs — les futurs parents. Toutefois, cette scène ne disparaît pas totalement au plan fantasmatique.

Enfin, dans tous les cas, la représentation dans le dessin de l'enfant lors de la naissance, qu'elle ait lieu par voie basse ou par césarienne, est peu fréquente. Toutefois, elle l'est davantage dans le groupe «tout-venant» et elle est souvent concomitante à la possibilité de convoquer le sexe maternel pour les femmes du groupe «tout-venant» ou l'incision pour les femmes du groupe «césarienne».

2. Caractère menaçant des représentations de l'accouchement

H1.2. Les représentations de l'accouchement par voie basse sont plus menaçantes pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse du caractère menaçant des représentations suscitées par l'anticipation de l'accouchement par voie basse s'est faite à partir du matériel clinique et des *verbatim* recueillis au cours de l'entretien réalisé en anténatal et des *verbatim* recueillis lors de la réalisation des dessins de l'accouchement. Nous nous sommes intéressés en particulier au choix du vocabulaire employé pour qualifier l'accouchement par voie basse ainsi qu'aux affects suscités.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Pour seulement deux femmes parmi l'échantillon de douze que nous avons rencontrées, la représentation de l'accouchement est franchement menaçante. Il s'agit de Lyliya : *En Algérie c'est une boucherie, les femmes souffrent. Quoique maintenant, il y a le privé mais quand même (...)*. Et dans une moindre mesure d'Aurélië : *Je pense c'est ce qui est les déchirures, les épisiotomies, les choses comme ça. Après je pense qu'on est un peu tout mou de partout (rires). Oui, en bas.*

Pour les autres, l'accouchement peut être appréhendé comme un rite de passage, comme pour Julie : *Pour moi l'accouchement c'est un passage...* et pour Catherine : *je vois ça un peu comme un... comme un... pas un rite de passage, mais quelque chose comme ça,*

quelque chose d'initiatique que toutes les mamans ont vécu et qui en même temps est universel pour toutes les mamans ; et le côté des rives, oui je vois ça vraiment comme ça ! Où en fait on a le passage, et puis on traverse d'un endroit à un autre et puis... ou encore un acte «naturel» pour Sandra, Élise, Julie ou Clara, qui par exemple dit : C'est pour moi la chose la plus naturelle du monde (...) c'est le début du cycle de la vie, la mort, la vie dans une continuité des générations.

Ou encore comme un événement au caractère inéluctable : *Et euh... et c'est vrai que l'accouchement en-soi... je me dis que c'est quelque chose de... de l'inéluctable ! (...) c'est inéluctable, il n'y a qu'une voie (...) En même temps ça se fait en douceur, il faut que ça se passe* dit Catherine . C'est un événement devant lequel on se résigne — comme dit Anna : *Moi ça ne me fait pas peur dans le sens où je sais bien qu'il faut passer par là (...) — voire on se résigne à souffrir comme Laure : Après je sais que ça fait mal mais je n'ai pas de ressenti par rapport à cette douleur.*

Lorsque la représentation de l'accouchement suscite de la curiosité, voire de l'envie — comme pour Élise qui s'autorise à dire : *Ça m'évoque quelque chose de plus naturel, et j'aimerais bien connaître ça... J'aimerais bien...* — la douleur est convoquée aussitôt après, comme pour annuler le désir d'en faire l'expérience : *l'accouchement c'est la plus grande des douleurs.*

Le cas d'Aïssatou :

Pour Aïssatou c'est l'inverse, elle ne veut rien sentir, pas de douleur et surtout pas le passage de l'enfant. Elle dit son appréhension : *J'appréhende on va dire. Je comprends les femmes qui disent qu'elles veulent connaître comment ça fait en réalité, moi, non, je veux la péridurale.*

b) Femmes du groupe «césarienne»

A l'opposé, pour toutes les femmes du groupe «césarienne» sauf une, l'accouchement par voie basse représente une expérience extrêmement menaçante. La menace peut être de très forte intensité comme pour Charlotte, Stéphanie, Violette, Diane, et Aline, soit la moitié des femmes interrogées. L'accouchement par voie basse est qualifié de torture, de boucherie. Diane dit : *Ça me fait penser à de la torture, (...) j'ai vraiment l'impression que c'est la boucherie, c'est comme ça que je l'imagine avec tout le chemin là ! (Rires).* Pour Violette c'est *pas une boucherie, mais quelque chose de dur, qui fait mal, qui peut durer très longtemps.* La dénégation ici nous invite à penser que justement ici, c'est bien d'une

boucherie dont il est question. Il est parfois question de traumatisme comme pour Charlotte : *Je me dis toujours que le corps est plus traumatisé par l'accouchement voie basse que par la césarienne* ; ou encore pour Aline : *L'accouchement en tant que tel je ne sais pas si il a été si bien fait que ça ! (rires) Parce qu'au final, c'est traumatisant pour la mère, pour l'enfant aussi je pense de passer au travers un canal aussi (rires) étroit.*

Pour toutes les femmes du groupe, la menace porte en premier lieu sur le sexe. Pour Charlotte pour qui aucune voie d'accouchement n'est satisfaisante, apparaît le fantasme du vagin denté : *Moi, j'ai un problème, un accouchement il se passera forcément pas bien. Le bien serait trouver une troisième solution... mais ça n'existe pas ! On ne peut pas le vomir, faudrait s'enlever toutes les dents, c'est compliqué ! Ben si je le vomissais ça va m'abimer les dents, c'est compliqué aussi !* Stéphanie compare le passage de l'enfant au passage d'un bulldozer : *(...) un bulldozer qui passe, ça va défricher le terrain, l'insensibiliser quelque part (...).* Pour Aline, l'accouchement par voie basse et l'épisiotomie qui l'accompagne parfois est impossible à concevoir : *Pour moi le summum de l'horreur c'est l'épisiotomie. L'épisiotomie pour moi c'est un peu une excision, c'est une mutilation.* Pour Charlotte, l'accouchement c'est : *des heures de contractions pour écarter les os, faire la place au bébé, vous déchirer tout le périnée, l'utérus, et tout ce qui va avec...*

Plus que l'épisiotomie, qui est parfois également évoquée par les femmes du groupe «tout-venant» comme une complication un peu inquiétante, chez les femmes du groupe «césarienne» la béance du vagin est au premier plan avec l'idée sous-jacente qu'après l'accouchement, *ça va être trop large*, comme dit Diane, ou encore qu'*il y a comme quelque chose d'assez énorme qui va passer, et du coup ça va peut-être être déchiré, on va peut-être couper pour que ça passe.* C'est le cas également pour Cynthia : *ça se détend, qu'il faut faire de la rééducation* ou encore : *donc euh voilà l'épiso avec ouverture.* Pour Céline, une femme qui accouche par voie basse est *physiologiquement abîmée, agrandie, voilà...*

L'idée d'une béance s'accompagne parfois de la menace de ne plus parvenir à retenir qui se présente sous la forme de l'appréhension de diverses «complications» en lien avec les représentations des risques attachés à l'accouchement par voie basse, à savoir : l'incontinence ou la descente d'organe. C'est le cas par exemple de Charlotte : *Le périnée explosé, incontinente*, ou de Cynthia : *Donc euh voilà l'épiso avec ouverture, derrière les infections urinaires etcetera* et surtout de Théodora : *Il y a de fortes chances que ça se complique, toute la palette des risques possibles quand on regarde les pourcentages, au moins un des trucs, il y a de fortes chances que ça arrive. (...) la baisse de tous les organes, l'incontinence.*

Chez quatre femmes sur dix, l'accouchement, en plus de représenter une menace pour l'intégrité sexuelle, provoque un sentiment de dégoût. C'est le cas de Samia qui à propos de l'accouchement par voie basse d'une de ses amies évoque le moment qui suit l'accouchement : *Il était hors de question qu'on me la pose sur moi, je trouvais ça, je trouvais ça crado et euh je me suis dit ben, non, c'était dans de l'eau...* Pour Maria accoucher c'est passer trois heures à crier, l'eau partout, le sang et tous ces trucs-là. Tous ces trucs-là comme les matières fécales qu'elle redoute d'expulser. Chez Céline, le dégoût est perceptible dans le ton qu'elle emploie : *J'aimerais bien une césarienne. Accoucher par voie basse c'est vraiment pas quelque chose qui me ... (ton dégoûté)*. Et pour Violette enfin l'accouchement c'est : *ce truc un peu moche, un peu dégueulasse si je puis me permettre (...) l'accouchement par voie basse ne me faisait pas du tout envie*.

L'idée de dégoût est parfois associée au caractère animal, bestial de l'accouchement, comme pour Maria : *J'ai vu des vaches accoucher mais comme pas possible, des chevaux, pour moi c'est un truc animal*. Ce qui n'est pas le cas chez les femmes du groupe «tout-venant» pour lesquelles les références à la dimension naturelle ou même animale est perçue de façon positive. Pour Cynthia, la référence à l'animalité n'est pas attachée au dégoût mais a cependant un caractère ridicule : *Bah à pondre !* répond-elle en riant à propos de la question sur ce à quoi un accouchement par voie basse évoque pour elle.

c) Synthèse H1.2.

Les femmes du groupe «tout-venant» rendent compte dans l'ensemble d'une appréhension plutôt positive de l'expérience de l'accouchement, parfois teintée d'ambivalence. Elle va d'une certaine forme d'idéalisation à la résignation. Pour presque toutes les femmes du groupe «tout-venant» la dimension angoissante de l'accouchement porte sur la douleur et la fatigue qui apparaissent au premier plan. Une fois, le désir d'éprouver le passage de bébé est exprimé et ce désir coupable est aussitôt annulé par l'anticipation de la douleur.

A l'inverse, pour les femmes du groupe «césarienne», bien que la représentation de l'accouchement par voie basse ne soit pas équivalente pour chacune des dix femmes de l'échantillon que nous avons rencontrées, il est cependant caractéristique de noter qu'il représente pour la quasi totalité d'entre elles (9 sur 10) une menace pour l'intégrité physique, sexuelle, voire identitaire lorsqu'il s'agit de déchoir au rang animal. Ce caractère menaçant varie en intensité et s'exprime selon des modalités différentes qui vont de la torture au dégoût en passant par la menace d'insensibilisation du sexe.

3. Éprouvé vaginal du passage, support des représentations de la naissance

H1.3. L'éprouvé vaginal du passage de l'enfant favorise la continuité des représentations maternelles de l'enfant lors de l'accouchement

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse des représentations du passage de *l'enfant du dedans à l'enfant du dehors* en lien avec l'éprouvé du passage de bébé du dedans au dehors, et ce quelque soit la voie d'accouchement, s'est faite à partir de l'analyse des *verbatim* des deux entretiens réalisés en post-partum ainsi que du *verbatim* recueilli lors de la réalisation du second dessin de l'accouchement. Nous nous sommes attachés à relever, dans le discours, l'existence de la verbalisation, de la mise en mot ou non, de sensations et représentations ainsi que leur nature et les affects qui les accompagnent.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Toutes les femmes ayant accouché par voie basse ont eu recours à la péridurale auto-administrable en cours de travail. Il s'agit d'un procédé qui permet à la femme qui y a recours de réinjecter du produit anesthésiant si nécessaire et de parvenir à garder des sensations au niveau du bas du corps sans éprouver de douleur. Lorsque la péridurale est fortement dosée, la femme qui accouche ne ressent aucune sensation corporelle.

Parmi les onze femmes du groupe «tout-venant» qui ont accouché par voie basse, dix relatent l'éprouvé du passage de leur enfant dans la filière génitale. Certaines en ont ressenti une profonde satisfaction. C'est le cas de Clara, de Sophie, de Catherine, d'Élise, d'Anna. Anna, par exemple, dit : *Alors déjà je trouvais qu'on le sentait très, très, bien donc j'étais contente. J'ai trouvé ça génial de le sentir descendre (...) j'ai trouvé que c'était un moment magnifique le passage du bébé.* Pour Sophie, la sortie de l'enfant est le meilleur moment de l'accouchement. *C'est, dit-elle, vraiment cette phase d'expulsion en fait où ça y est, on y était, et puis où en fait, j'avais quand même des sensations malgré la péridurale, mais pas de douleurs, donc je sentais ce qu'il se passait dans mon corps, je sentais qu'elle arrivait, j'ai senti le moment où la sage-femme l'a dégagée complètement pour la sortir.* Pour Clara également, le moment qu'elle a préféré est celui de la sortie du bébé : *le moment où elle est sortie, où je l'ai vue, et... ils l'ont posée sur moi (...) c'est le moment où elle est apparue, elle a pris corps.* Lors du dernier entretien elle revient sur ce moment : *c'est au-delà des mots, c'est unique, c'est très fort.*

Parfois ce temps singulier est décrit avec plus de réserve. C'est le cas de Sandra, ou encore Corinne, car il semblerait qu'éprouver la descente du bébé dans le bassin soit une chose et éprouver le bébé au niveau du vagin en soit une autre. Corinne, par exemple, comme les autres femmes du groupe, apprécie de garder des sensations : *J'ai bien aimé le milieu du travail, tout le moment où j'ai senti le bébé descendre dans mon bassin, en fait j'ai senti qu'il arrivait (...) mais le passage du bébé dans le vagin est plus difficile : j'ai eu un peu la pression vraiment sur la dernière phase de l'expulsion parce qu'il y avait un endroit un peu plus rétréci apparemment (...) et il s'accompagne d'angoisse de vidage : J'avais mal et c'était une sensation désagréable j'avais vraiment la sensation de me... déchirer enfin, que tout s'ouvrait, j'avais l'impression de perdre mes organes en fait je sentais bien, enfin c'était le bébé que je sentais mais j'avais l'impression que c'était mon corps qui allait, je sais pas, se vider.*

Pour trois autres femmes, l'expérience n'est pas aussi satisfaisante. C'est le cas de Julie, de Laure et d'Aurélié, qui pour des raisons différentes rendent moins compte du passage de leur enfant dans la filière génitale. Aurélié était plus fortement anesthésiée et n'a pas perçu ce qui se passait : *J'ai pas tellement, enfin, j'ai quasiment pas senti.* Puis elle ajoute : *On découvre ce qu'il y a dans le ventre quoi !* Et il semble que dans ce cas, quelque chose au niveau de l'investissement libidinal du bébé se passe différemment que lorsque la femme éprouve la venue au monde de son enfant. C'est le cas également de Laure qui a eu besoin d'une aide instrumentale pour mettre au monde son enfant et du coup a été anesthésiée de façon plus importante : *Je ne sentais pas grand chose avec la péridurale. C'était brutal, vraiment, ils tirent, ils tirent, ils tirent et pouf, hop là ça fait un peu on a pondu un œuf, c'est bizarre, c'est surtout ça...* Juste après la naissance Laure dit : *Je voulais un contact avec lui. C'était l'instinct, il fallait que je le touche, c'est tout. Je n'ai pas eu vraiment de pensée, voilà je l'ai touché et je me suis dit «bon bah il est là» c'est tout mais...* Tout semble se passer comme si la perception du contact qui a manqué lors de l'accouchement devait être compensé dans l'immédiat post-partum.

Les femmes rendent compte sur le temps de l'accouchement d'une forme de débordement sensoriel : le tact, la vue, principalement, mais l'ouïe l'également, sont convoqués sur le temps de la naissance pour tenter de mettre en mot ce que les femmes éprouvent et qui semble être au-delà des mots, au-delà de la représentation, évoquant une expérience de déliaison pulsionnelle. Sophie se décrit *dans un état de béatitude.* Alors qu'elle s'attendait à éprouver des émotions : *voilà, je pensais être beaucoup plus émue, avoir*

presque les larmes aux yeux, pleurer, etc., et en fait perdre un peu possession de mes moyens on va dire, et en fait, non j'étais plutôt dans un état de béatitude en quelque sorte. Clara, quant à elle, dépeint un état de débordement sensoriel et émotionnel : Ça me paraissait tellement dingue au bout d'une poussée de pouvoir la toucher, et la sensation là aussi c'est plein de surprise en fait, le mot que je retiens, c'est ça (...) surprise, émotion, et il y a ce côté un peu, les premières secondes, c'est un peu presque irréel enfin, le truc un peu imagé... le bébé imaginaire devient le bébé réel et on se dit ... on ne se dit pas grand chose d'ailleurs, c'est que de la sensation mais ...

Le tact est le plus souvent convoqué, c'est le cas pour Catherine : *Au moment où il est sorti, on m'a proposé de le prendre ! (voix pleine d'émotion) Donc j'ai pu le prendre directement dans les mains et le mettre sur ma peau, et là c'était juste fou, j'ai pleuré, c'était incroyable, je me suis dit «on a fait ça». Mais la vue l'est également : Je me rappelle le voir de haut donc j'avais un peu envie de voir sa tête mais en même temps je n'osais pas le bouger parce qu'il avait encore ses petites mains devant sa tête donc c'était presque encore mystérieux (...), dit Anna au moment où l'enfant sort de son corps à elle... il est encore entre deux mondes. Pour Élise, l'ouïe soutient le tact : *Quand j'ai senti qu'elle sortait, je ne comprenais pas tout, je ne comprenais pas tout, j'ai entendu que sa tête sortait, je ressentais que «bloup, bloup» tout le reste du corps sortait, et hop, ils me l'ont mise sur moi.**

Le cas de Diane

Diane, une femme du groupe «césarienne», s'est finalement laissée convaincre par son gynécologue de ville d'accoucher par voie basse à condition de ne rien sentir. Et son médecin a veillé à respecter son engagement car son travail a été déclenché artificiellement après la pose de la péridurale. Bien que, dit-elle, elle ait eu un peu mal au moment où la tête est sortie, et du coup, *un peu d'angoisse*, elle n'a pas de souvenir d'avoir éprouvé des sensations au moment de l'expulsion. Il semble en revanche que c'est lorsque les éprouvés se font au niveau de la poitrine que les sensations et les émotions sont possibles : (...) *donc vraiment il n'y a eu aucun moment où, où j'ai senti que les choses. Donc ils l'ont posé sur moi, quand j'ai senti son corps tout chaud sur ma, sur ma poitrine, je me suis dis «mais mon Dieu, c'est merveilleux !»*

Le cas d'Aïssatou

À l'inverse de Diane, Aïssatou a accouché au cours d'une césarienne programmée alors que ce n'était pas son intention initiale. Elle était tout à fait consciente lors de son

accouchement qui s'est déroulé sous rachianesthésie. Ce type d'anesthésie permet de supprimer la douleur mais les sensations sont préservées (ce qui peut d'ailleurs être extrêmement perturbant pour certaines femmes comme nous le verrons par la suite). Aïssatou dit bien : *On sent qu'il y a quelque chose qui se passe mais on ne sent pas la douleur*. Comme pour les femmes qui ont accouché par voie basse, les sens sont convoqués. Pour Aïssatou, c'est l'ouïe qui est première : *On ne sent rien, et après on entend le bébé*. Le défaut de sensation au niveau génital pourrait-il entraver l'entrée en relation avec le bébé sur le temps immédiat de sa mise au monde ? Aïssatou dit : *Au début on se dit qu'elle n'est pas vraiment là parce qu'on ne la pas vraiment sentie venir au monde. J'avais l'impression qu'elle était encore dedans et je posais ma main par instinct. Et je me disais, ben non, elle est à côté*. Lors de notre troisième rencontre, elle revient sur ce temps de la naissance et met plus à distance la question des sensations du passage du bébé du dedans au dehors et considère que c'est *le temps* du travail et non *le lieu* de celui-ci qui aide au passage de femme à mère... disant à minima que l'investissement de ce bébé n'a pas été évident au départ : *On n'est pas passée par tout le travail où l'on se prépare, c'est : «on vous le tend, on vous dit c'est le vôtre». Donc c'est le passage entre être une femme puis une mère qui met du temps à s'opérer*.

b) Femmes du groupe «césarienne»

Lorsqu'elles décrivent les sensations qu'elles perçoivent au niveau de l'abdomen lors de l'extraction du bébé, les femmes du groupe «césarienne» sont souvent surprises par l'intensité des sensations qu'elles éprouvent. Le plus souvent cela reste juste une expérience *désagréable*, parfois *impressionnante*, comme pour Théodora, mais parfois traumatique comme pour Charlotte. Elles relatent davantage une expérience d'extraction d'une partie d'elle-même plus qu'une séparation avec un corps différencié. Théodora dit par exemple : *On a vraiment l'impression qu'on enlève la moitié de, la moitié de soi et c'est pas douloureux en tant que tel parce qu'il y a l'anesthésie mais on a vraiment l'impression qu'on enlève la moitié de euh la moitié du de la matière en fait (rires)*.

Pour l'ensemble des femmes, l'enfant semble provenir de l'extérieur, être extérieur à elles-mêmes. Pour Violette cette impression apparaît avant l'accouchement, comme s'il fallait aller à la Maternité pour venir chercher un bébé : *La petite valise, l'hôpital, mon ventre. Et voilà. Et on vient chercher le bébé !* Puis, le jour de l'accouchement, *on vous met le champ opératoire et puis après on vous, on vous coupe (...) et on se demande ce qui se passe et puis ben après on a le bébé, on vous tend le bébé, on a le petit bébé qui est à côté de soi. Il y a un avant (claque des doigts), un après, voilà, c'est... c'est étonnant quoi*.

L'enfant surgit au cours de l'opération comme s'il provenait de l'extérieur, comme lors d'un tour de magie où le magicien fait apparaître une fleur de votre oreille et que vous doutez qu'elle y ait vraiment séjourné. C'est pour Théodora que cette impression est la plus marquée : (...) *on cache la moitié du corps, ensuite on commence l'intervention, (...) et après on montre le bébé.* C'est aussi vrai pour Maria. Pour Stéphanie, le bébé est trouvé dans son abdomen : (...) *quand ils ont incisé etc., qu'ils l'ont, qu'ils l'ont trouvé (...).* Pour Cynthia, ce n'est pas un magicien qui fait apparaître un enfant, mais l'enfant lui-même est quasiment une apparition divine : *vous avez un ange qui arrive vers vous.*

Pour Céline l'expérience de l'opération semble, au contraire, favoriser la rencontre avec le bébé. Peut-être du fait de ce qui nous semble être une érotisation de l'acte chirurgical et d'un lien transférentiel extrêmement puissant avec son gynécologue ? *Enfin d'un seul coup je me suis dis «mais il ne va pas sortir un bébé !» Ça paraissait complètement fou quoi !* En effet, c'est le chirurgien massivement et positivement investi qui lui donne (lui fait ?) son enfant : *enfin je pense que je n'oublierais vraiment jamais évidemment le moment où il me l'a présenté (...).* L'expérience est extrêmement érotisée. *Il m'a piqué, j'ai senti le, l'effet arriver et là, je, j'étais sur une autre planète quoi ! J'entendais voilà, le gynéco qui parlait à, à l'infirmière en disant : le scalpel, on ouvre l'utérus, on aspire le liquide amniotique, tout ça avec une ambiance particulière quoi enfin, de salle de opératoire que je n'ai jamais vécue en fait ! C'était magnifique ! Franchement, c'est, ça mérite le titre de plus au niveau génital pourrait-il favoriser l'entrée en relation avec le bébé sur le temps immédiat bel événement de la vie et, et je me dis, il n'a pas souffert quoi ! Il est sorti, on l'a pris, hop !*

Mais la majorité des femmes du groupe «césarienne» rendent compte d'un état émotionnel différent que les femmes du groupe «tout-venant». Il n'est pas question de béatitude, de débordement de sensation sauf, bien sûr, pour Céline. La vue est le sens auquel les femmes césarisées font le plus référence. C'est le cas de Violette : *J'étais en train de regarder ce, cet être qui avait été en moi et qui maintenant était là et je le regardais avec curiosité quoi ;* de Cynthia : *j'ai cette image vraiment où on me la met devant moi (...)* ; de Théodora : *Moi je me souviens que je voyais mon mari, qui vient avec le petit drap vert dans lequel il y avait le bébé.*

Parfois, ce sont les pleurs du bébé qui permettent à la mère de réaliser que son enfant est né, comme pour Charlotte : *Il est arrivé, on a parlé deux minutes et après on a entendu un cri de bébé et c'était tellement rapide pour moi qu'on a cru que c'était un autre bébé mais c'était le nôtre donc vraiment voilà !* Pour Maria, la vue du bébé lui procure un sentiment de dégoût intense et c'est seulement lorsqu'elle l'entend pleurer qu'il est né : *ils ont baissé le*

tissus, ils nous ont montré le bébé et j'ai trouvé ça horrible parce qu'il était tout mou tombé comme ça, tout dégoulinant (voix dégoutée) et il ne pleurait pas. Après je l'ai entendu pleurer. Ce dont Samia se souvient, c'est d'avoir entendu son bébé pleurer. En fait parce que je ne la voyais pas, mais le chirurgien a dit : «C'est un beau bébé !» Et je l'ai entendu hurler.

c) Synthèse H1.3.

Dans la grande majorité des cas, les femmes ayant accouché par voie basse avec une péridurale légère éprouvent la continuité du passage de leur enfant dans la filière génitale, du dedans au dehors, et c'est au cours de ce passage que l'enfant prend corps, son corps propre différencié de celui de sa mère. Les femmes qui la vivent semblent tirer de cette expérience une réelle et profonde satisfaction. Cette satisfaction est plus ou moins verbalisée. Elle s'accompagne en général d'un afflux émotionnel en lien avec le plaisir suscité par les sens, et en particulier le toucher, mais également la vue et l'ouïe. Par ailleurs, les références fréquentes aux sensations convoquées sur le temps de la naissance viennent en lieu et place des mots qui manquent pour exprimer ce que les femmes éprouvent et qui semble être au-delà des mots, au-delà des représentations, et suggèrent une déliaison pulsionnelle.

En revanche, les femmes qui ont donné naissance par césarienne et qui ont elles aussi éprouvé le passage de leur enfant du dedans au dehors au cours de l'opération ne relatent pas du tout le même type d'expérience, sauf une. Elles rendent davantage compte de l'apparition soudaine d'un enfant qu'elles ont parfois des difficultés à s'attribuer et qui proviendrait de l'extérieur. Les sensations qu'elles éprouvent les renvoient davantage à l'impression que c'est un bout d'elles-mêmes que le médecin enlève. Dans ce contexte, le premier contact avec le bébé est presque toujours un contact visuel, parfois auditif, et la représentation de l'existence du bébé n'est pas étayée sur la base d'éprouvés corporels endogènes mais donnée sous la forme d'une image externe comme si les éprouvés de l'incision et de l'extraction de l'abdomen ne pouvaient suppléer aux éprouvés de filière génitale et du vagin.

B. DIFFERENCES DES MODALITES D'INVESTISSEMENT DES FONCTIONS FEMININES DU CORPS

H2. LES MODALITES D'INVESTISSEMENT DES FONCTIONS FEMININES DU CORPS DIFFERENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Cette seconde hypothèse porte sur la spécificité de la relation que les femmes du groupe césarienne entretiennent avec leur corps et plus particulièrement en ce qui concerne les fonctions sexuelles de celui-ci. Afin d'explorer cette dimension de la relation au corps, nous nous sommes intéressés à la façon dont les femmes perçoivent et investissent leur propre corps sexué et comment celui-ci est plus ou moins à même de servir à l'étayage du narcissisme. Nous avons tenté d'évaluer l'intensité du besoin de contrôle de ce corps et observé si l'accouchement, et plus précisément la césarienne, procure le sentiment de maîtrise attendu.

1. Fonctionnement du corps et étayage du narcissisme

H2.1. Le corps sexué est moins à même de servir d'étayage narcissique chez les femmes du groupe «césarienne» qu'il ne l'est chez les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse de la place du corps, de l'image du corps, du fonctionnement corporel, dans le soutien de la construction du narcissisme de la femme, s'est faite à partir du matériel clinique et des *verbatim* recueillis au cours des trois entretiens réalisés en pré- et en post-partum et au cours du premier dessin de l'accouchement et du *verbatim* de la réalisation qui l'accompagne. Dans les *verbatim*, nous nous sommes intéressés à la façon dont les femmes ont abordé les expériences du corps, les transformations du corps et la sexualité par l'intermédiaire de l'analyse du discours portant sur la puberté, la sexualité, la fertilité, la grossesse et l'accouchement. Dans le premier dessin de l'accouchement, nous nous sommes intéressés à la présence de représentations du corps, du visage, des vêtements.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Le premier dessin de l'accouchement :

Parmi les douze femmes tout-venant de notre échantillon, dix représentent leur corps entier le jour de l'accouchement. Une représente son visage seulement. Le corps est dessiné en plein pour dix femmes parmi les dix qui dessinent leur corps ; il est stylisé, c'est-à-dire, sous forme d'un «bonhomme bâton» : un rond pour la tête, un trait pour le corps, et un trait pour les membres pour deux d'entre elles. Huit femmes parmi les onze se représentent avec un visage, et six avec des cheveux. Une seule dessine un vêtement.

LAURE

1^{er} dessin :



Verbatim des entretiens et du dessin de l'accouchement :

D'une manière générale pour les douze femmes de notre échantillon, l'entrée dans la puberté et l'arrivée des premières règles est vécue de façon plutôt positive et sans joie ou appréhension particulière. Pour Lylia, les règles c'est : *sans douleurs, normal, tranquille. Elle m'a dit félicitations, t'es devenue une femme ! C'est tout. C'était normal.* La question de la normalité renvoie souvent à l'âge : *Mais c'était normal quoi en fait. C'était ni très tôt ni très tard par rapport à d'autres copines, ce n'était pas non plus un tabou. Ma maman m'avait expliqué, j'étais encadrée donc il n'y a pas eu de souci majeur en fait* dit Corinne. Pour deux d'entre elles, l'arrivée des règles est une bonne chose. Essentiellement parce qu'elles sont très attendues. C'est le cas d'Élise : *J'ai eu mes premières règles tard, j'allais avoir 16 ans... euh oui entre 15 ans et demi et 16 ans... Je les attendais avec impatience ! (rires) Du coup... euh,*

du coup le reste aussi (...). Julie, qui a eu ses règles de façon précoce, à 10 ans, n'en garde pas un bon souvenir. C'est le cas également d'Aïssatou.

La mise en jeu du corps lors de l'accouchement est appréhendé généralement de façon plutôt confiante. Par exemple pour Laure, dont l'enfant est en siège : *Il est en siège, enfin pour l'accouchement par voie basse, mais après ça peut aussi se passer bien pour l'accouchement par voie basse donc on verra.* Elle est parfois très désirée. C'est le cas pour Élise : *J'aimerais bien moi pouvoir connaître ça et... C'est vraiment l'aboutissement, en fait de ... Même si... au moins de le connaître une fois. Si j'accouche pas par voie basse, il y a quelque chose que je vais pas... que je vais pas avoir connu oui.* Pour Élise, le corps est source de curiosité et de gratification. Après la puberté, elle est pressée de découvrir les voluptés que ce corps lui réserve : *J'ai eu envie quand mon corps a vraiment changé, de vite savoir ce que ça fait... (rires). De faire l'expérience, de découvrir.* Il en est de même avec l'expérience de l'accouchement et l'allaitement : *Moi je sais que j'ai envie d'essayer de l'allaiter parce que c'est aussi une expérience que j'ai envie de découvrir (...).* L'expérience de l'accouchement et la façon dont son corps récupère participent à la réassurance narcissique d'Élise : *Je n'en reviens pas de me dire que j'ai réussi à accoucher par voie basse (...). Je suis surprise de l'élasticité de mon corps, je n'en suis pas revenue... du ventre du bassin je me dis c'est fou quoi quand même. Je me sens peut-être un peu plus forte d'avoir vécu ça, enfin je me dis si j'ai réussi ça entre guillemets, il y a peut-être d'autres choses qui se feront plus facilement.*

Pour la majorité des femmes, le corps va subir des transformations mais reviendra ensuite à la normale. La sexualité, si elle est mise entre parenthèses un temps, ne sera pas affectée par les éventuelles séquelles de l'accouchement. Cette idée est présente chez Élise, Laure, Aurélie, Sophie, Sandra et Clara. Corinne dit par exemple : *C'est vrai qu'il peut y avoir des petites, ça peut être un peu plus compliqué quoi ! C'est une petite inquiétude mais on y arrivera !* Pour Julie, le corps risque d'être mis à mal avec l'idée d'un effort à fournir pour réparer : *Les muscles travaillent énormément ça ne se remet pas tout seul. Ça va être douloureux quoi ! Après ça reviendra mais ça me fait peur oui.*

Le cas d'Aïssatou :

Le premier dessin de l'accouchement :

Comme la plupart des autres femmes du groupe «tout-venant», Aïssatou représente son corps entier, avec une consistance, des bras, des jambes, une main et deux pieds. Elle ne

représente pas ses vêtements bien qu'elle soit debout. Elle dessine son visage mais pas de cheveux.

Verbatim des entretiens et du dessin de l'accouchement :

Aïssatou se distingue des femmes du groupe «tout-venant» ayant accouché par voie basse. En premier lieu, les transformations du corps ne vont pas de soi alors qu'elles sont généralement plutôt attendues : *Oui voilà, je n'ai jamais eu de problème, je mettais ce que je voulais, donc là je suis obligée de m'adapter, de faire une nouvelle façon de...* Elle a peur que son corps change, et son sexe en particulier. Elle redoute de ne plus éprouver de plaisir sexuel et que son partenaire ne puisse plus en éprouver non plus du fait de l'élargissement de son vagin. Elle semble redouter que son sexe mutilé par l'excision le soit à nouveau par l'accouchement par voie basse et par l'épisiotomie qu'elle redoute : *Déjà je me dis que j'ai peur que mon corps change. Bah tout, mais en particulier à cet endroit-là. Et puis je me dis, j'ai peur aussi que les sensations ne soient plus les mêmes. Parce que déjà, en étant excisée, bon je me suis habituée de toute façon à faire l'acte assez particulier qui fait que je sois capable d'une jouissance, et j'ai peur aussi de sa réaction, je me dis est-ce que lui il va toujours vouloir coucher avec moi etc.*

b) Femmes du groupe «césarienne»

Le premier dessin de l'accouchement :

Une caractéristique importante des femmes du groupe «césarienne» par rapport aux femmes du groupe «tout-venant» est que quatre femmes parmi les dix se représentent sous la forme d'un héli-corps. Trois d'entre elles ne représentent que le haut de leur corps. Une représente deux moitiés non reliées entre elles. Une seule se représente entière et «en chair». Comme dans le groupe «tout-venant», une ne représente que son visage. Quatre sur dix se représentent sous la forme d'un bonhomme bâton. Six sur dix dessinent leur visage. Et cinq sur dix se dessinent avec des cheveux.

CHARLOTTE

1^{er} dessin :



Verbatim des entretiens et du dessin de l'accouchement :

Contrairement aux femmes groupe «tout-venant», les femmes du groupe «césarienne» rendent davantage compte de difficultés en lien avec l'arrivée de la puberté et les premières règles. C'est le cas pour Stéphanie, Théodora, Charlotte, Samia, et Aline. Maria, elle, évacue totalement la question : *(à propos des règles) j'étais complètement indifférente. Pour moi ce truc-là c'était un non-sujet* et la force du déni nous invite à la plus grande circonspection. Au premier plan des plaintes concernant les règles figure la douleur, puis le fait d'être entravée pour faire du sport comme chez Samia : *(...) après ouais ça m'a ennuyé d'avoir mes règles au début. J'étais garçon manqué, je voulais courir partout et puis d'avoir un espèce de Pampers entre les jambes c'était pas agréable du tout quoi ;* ou dans les relations sexuelles comme pour Aline : *(...) alors que moi je fais plein de choses et au début des règles, pour la vie sexuelle c'est empêché aussi (...)* ; ou bien encore l'effroi suscité par la vue du sang. C'est le cas par exemple de Théodora : *J'avais 11 ans à l'époque, je l'ai très mal vécu ! (...)* je ne savais pas du tout donc du coup le matin je me suis réveillée le matin j'avais plein de sang dans le lit parce que évidemment j'avais mal mis le truc et ça m'avait traumatisée ! C'est aussi le cas de Stéphanie. En revanche, pour Violette et Cynthia l'arrivée des règles fait partie d'un passage normal. Violette dit à propos des règles : *C'est tout, ce n'était pas un grand moment, c'était un passage normal.*

Les femmes du groupe «césarienne» rendent fréquemment compte de pathologies chroniques dans leur histoire de vie ce qui ne se retrouve chez aucune des femmes du groupe «tout-venant» de notre échantillon. Ces pathologies viennent parfois justifier leur décision d'avoir recours à une césarienne pour accoucher bien que les médecins qu'elles ont rencontrés

n'aient pas considéré qu'elles contre-indiquaient un accouchement par voie basse. C'est le cas de Théodora qui a eu une fracture compliquée du pied et qui ne peut plus marcher, de Violette qui a d'importants problèmes de vue, de Cynthia qui a, dit-elle, *galéré avec un problème de santé qui me faisait énormément souffrir et chaque fois on me disait «vos douleurs sont comparables à celle d'un accouchement sans péridurale»* ; aujourd'hui, elle pense qu'elle ne parviendrait pas à respirer pour accoucher en raison des rhinoplasties qu'elle a subies. Il est à noter que Charlotte ne souffre d'aucune pathologie mais en revanche sa mère est décédée des suites d'une sclérose en plaques. Samia, elle, met en avant le fait que le col de son utérus est endommagé : *Et mon col étant très abîmé, parce que euh, j'avais du laser avant, on m'a toujours dit qu'accoucher par voie basse ce serait peut-être compliqué pour moi. Donc psychologiquement je me suis dit le jour où je dois être enceinte, ce sera par césarienne, déjà.* C'est également le cas de Théodora. Le cas le plus paradigmatique est peut-être celui de Stéphanie qui souffre de fibromyalgie et d'une vulvodynie, à savoir une hyper sensibilité à la douleur au niveau de la vulve : *je suis avec ce corps qui euh qui m'empêche de faire ce que je veux, qui euh, qui réagit douloureusement en permanence, euh et que j'arrive pas à anticiper même d'ailleurs.*

Le cas de Diane :

Le dessin de l'accouchement :

Diane représente son corps caché sous les couvertures du lit dont dépasse sa tête avec un visage, des cheveux et ses bras.

Verbatim des entretiens et du dessin de l'accouchement :

Diane n'a pas d'appréhension particulière en ce qui concerne l'arrivée des premières règles : *je n'ai pas pensé que c'était quelque chose de mauvais.* En revanche, elle a redouté le premier rapport sexuel qu'elle a anticipé comme quelque chose de très douloureux. C'est également ainsi qu'elle appréhende l'accouchement. Elle relie l'appréhension de la sexualité au fait qu'au Venezuela, *c'était quelque chose de beaucoup moins naturel qu'ici donc c'est vrai que je pense qu'il y a quand même un rôle de la femme dans la sexualité que l'on voit en France que je n'avais pas au Venezuela.* Concernant l'accouchement par voie basse, elle redoute les déformations du corps : *est-ce que ça va revenir comme avant, est-ce que mon corps va se remettre rapidement ?*

c) Synthèse H2.1.

D'une façon générale, les femmes du groupe «tout-venant» rendent compte, dans le récit de leur histoire de vie, d'une traversée plutôt facile de la puberté et des premières expériences sexuelles. C'est l'âge d'arrivée des premières règles, lorsqu'il est perçu comme trop précoce, qui semble parfois poser problème. La question de la sexualité est souvent banalisée chez les femmes des deux groupes. Les femmes tout-venant se montrent plutôt confiante dans le fait que leur corps reviendra à la normale après l'accouchement même si elles anticipent qu'il y aura un temps de récupération nécessaire. Après l'expérience de l'accouchement, elles se montrent surprises par la rapidité avec laquelle elles ont récupéré.

Dans notre échantillon, quelque soit le groupe d'appartenance, aucune femme ne rend compte de réelles difficultés pour tomber enceinte. Au contraire, certaines se montrent surprises par la rapidité avec laquelle la grossesse est arrivée. Au sein du groupe césarienne, deux femmes ont eu recours à l'aide médicale à la procréation. Stéphanie qui a eu très peu de rapports sexuels au cours de sa vie est surprise que la première F.I.V. qu'elle tente aboutisse à une grossesse. Cynthia qui a eu un parcours d'aide médicale à la procréation plus long sans que cela ne semble l'avoir véritablement inquiétée, tombe finalement enceinte spontanément.

Contrairement à ce que relatent les femmes du groupe «tout-venant», les femmes du groupe «césarienne» rendent plus souvent compte de la dimension d'effraction qu'ont représenté, pour certaines, l'arrivée des premières règles et l'entrée dans la puberté. La récupération physique en post-partum est souvent plus longue que chez les femmes du groupe «tout-venant» mais la satisfaction d'avoir un sexe indemne est parfois évoquée.

Concernant la représentation de soi sur le temps de l'accouchement, une caractéristique importante des femmes du groupe «césarienne» est la fréquence de la représentation d'un corps soit partiel, soit «bâton». Dans le cas des corps «bâton», il arrive que le ventre soit stylisé par un rond. Elles sont sept parmi neuf contre une parmi onze dans le groupe «tout-venant» à se représenter soit de façon partielle, soit sous forme stylisée. Une seule femme parmi le groupe césarienne représente son corps incarné et entier.

Enfin, il est remarquable de noter que parmi les femmes du groupe «césarienne», une importante majorité fait état de pathologies chroniques passées ou actuelles, pour elles-mêmes ou leurs parents proches (mère ou père). Ces pathologies présentes ou passées viennent souvent légitimer le choix du recours à la césarienne et prennent alors la forme de rationalisations.

2. Besoin de maîtrise du corps

H2.2. Les femmes du groupe «césarienne» ont un besoin plus marqué de maîtriser leur corps sexué que les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse de la relation que la femme entretient avec son corps sexué a été réalisée à partir du matériel clinique recueilli lors des trois entretiens de recherche réalisés en anténatal et en post-partum et des *verbatim* des dessins qui les accompagnent. Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à la façon dont les changements du corps sont abordés lors de la grossesse ainsi que dans les premières expériences sexuelles et dans l'expérience de l'accouchement sous l'angle du contrôle et de la perte de contrôle.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Comme nous l'avons vu plus haut, d'une façon générale, les femmes du groupe «tout-venant» ont plutôt confiance et acceptent les modalités de fonctionnement de leur corps en général. Au cours de nos entretiens, elles acceptent les transformations corporelles de la grossesse. Seule Julie se plaint d'avoir dû renoncer à faire du sport. Cependant, elles rendent parfois compte de certaines appréhensions en ce qui concerne la façon dont la maîtrise de leur corps pourrait leur échapper lors de l'accouchement, principalement, mais également dans la sexualité dont dans l'ensemble elles disent très peu de choses à part l'âge de leur premier rapport sexuel. Une seule, Sophie, en témoigne du fait que la sexualité puisse être source de perte de contrôle de soi : *On va dire que j'ai toujours été sage et réfléchi, et pas envie d'expérimenter une sexualité avec de multiples personnes. Je n'ai jamais eu une sexualité extrêmement active et débridée, je l'ai maintenant avec mon mari (...).*

En ce qui concerne l'accouchement, le besoin de contrôle semble se fixer sur différents temps de l'accouchement selon les femmes :

Le début du travail

Les femmes craignent parfois de ne pas repérer le bon moment pour se rendre à la Maternité. C'est le cas de Corinne et de Clara : *J'ai toujours cette petite inquiétude de me dire est-ce que je vais reconnaître le bon timing de contractions pour ne pas y aller trop tôt ou trop tard.* Corinne justement s'est fixé comme objectif de bien repérer ce moment là car elle considère que c'est sa part du travail à faire, après, c'est aux médecins de la prendre en charge : *C'est un peu ma personnalité aussi, quand il y a quelque chose qui ne va pas, (...) je*

me concentre sur le périmètre où je maîtrise un peu, où je me dis bah ça c'est bon. Anna redoute le caractère imprévisible de la perte des eaux et de façon plutôt amusée elle dit : Je ne veux absolument pas perdre les eaux dans le Monoprix ! Je ne sais pas pourquoi ! Monoprix, à l'extérieur de chez moi, c'est plus cette peur, c'est plus cette peur, cette partie là un peu d'inconnu de l'accouchement.

Le temps du travail

Certaines femmes ont peur parfois de perdre le contrôle. Elles évoquent l'intensité de la douleur comme motif. Clara par exemple : *J'ai assez peur de perdre le contrôle alors que je suis méga sportive (...) la douleur, faut surtout pas se crispier, mais justement il faut se laisser aller dans la douleur, bien respirer, j'espère pas trop de la douleur mais des sensations. Et lors du travail en effet, elle perd pied : J'arrivais vraiment pas à gérer la douleur, c'était euh... J'avais envie de pleurer quoi c'était très difficile et pourtant je fais du yoga depuis plus de vingt ans donc je respirais bien, vraiment, c'était étonnant pour moi. C'est aussi le cas de Sophie : j'étais en sueur, je n'arrivais pas à contrôler mon corps et je me suis dit oulala, si je n'ai pas la péridurale maintenant, je ne vais pas y arriver, je ne vais pas être capable» (...) et j'avais quand même beaucoup de mal on va dire à me contrôler, à contrôler ma respiration etc. Cette crainte de pas y arriver renvoie à l'expulsion : je redoutais un peu de ne pas pousser de manière efficace, de mal faire les choses entre guillemets, du coup, de tout d'un coup, perdre un peu espoir, confiance et de me sentir désemparée.*

Le temps de l'expulsion

Ce temps de l'expulsion si redouté est finalement pour Sophie le meilleur moment de l'accouchement : *j'allais dire, ça été presque le moment que j'ai préféré dans l'accouchement (...).* C'est aussi le cas d'Élise : *Il y a un moment qui est très fort enfin c'est vrai que le moment de la poussée, je ne vais pas dire que c'est le plus agréable parce qu'il y a quand même eu de la souffrance (...).* Élise rend compte sur ce temps particulier de l'expulsion d'une appréhension à lâcher prise au regard des éprouvés corporels d'ouverture du corps et plus particulièrement du sexe : *J'avais vraiment l'impression que tout mon corps était en train de s'ouvrir et enfin c'était en partie vrai, enfin pas tout mon corps (...) c'était dur de se dire allez il faut vraiment lâcher prise (...).*

Le cas d'Aïssatou :

Concernant l'accouchement en lui-même, l'expulsion convoque chez Aïssatou des angoisses en lien avec la question de l'analité mais de façon plus marquée que chez Sophie. Sophie a peur de ne pas bien faire, Aïssatou craint de perdre le contrôle de ses sphincters : *En*

fait il y a un risque, je vais peut-être le formuler comme ça, qu'il y a un risque quand on fait la poussée, d'aller aux selles. Sur la table d'accouchement. Cette angoisse masque mal une angoisse plus importante de pertes plus importantes encore : Puis, de l'intérieur du ventre, du liquide, les trucs comme ça.

b) Femmes du groupe «césarienne»

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant» chez les femmes du groupe «césarienne», la question de la maîtrise du corps en général, dans les relations sexuelles et lors de l'accouchement en particulier, sont au premier plan. De quoi s'agit-il exactement ?

Pour plusieurs d'entre elles, la grossesse et les transformations du corps sont vécues comme une contrainte. C'est le cas de Samia, de Maria et d'Aline, qui dit par exemple : *la déformation du corps et le fait d'avoir pas mal d'interdits, de contraintes, ça ne m'a pas plu du tout, du tout, du tout (...).*

Pour plusieurs femmes du groupe «césarienne» la dimension de contrôle du corps, mais aussi contrôle de la relation à l'autre, est repérable dans la façon dont se déroulent les premiers rapports sexuels. Le cas de Maria est assez paradigmatique de cette situation : *J'ai toujours eu dans la tête que je ne voulais pas que ce soit quelque chose d'important parce que je voulais que ce soit quelque chose qui m'appartient à moi. Je ne voulais pas qu'on dise ben, il a pris ma virginité.* Les mots qu'elles emploient à propos de la défloration sont les mêmes qu'elle emploie à propos de l'accouchement, ça ne doit pas avoir d'importance : *C'est pour ça aussi que pour moi ça n'a aucune importance, l'accouchement en-soi. Plus vite on le fait avec moins de douleur, moins d'impact, mieux ça sera. Parce que l'accouchement en-soi, ça n'a aucune importance.* Pour Samia, le sexe est très contrôlé. *C'est vrai qu'on était très réglo, on se protégeait même si on vivait ensemble et autre donc on a fait, une fois qu'on s'est dit «ben on se lance !» : On a fait les tests pour voir s'il n'y avait pas de bactéries ni chez l'un ni chez l'autre, on a fait les choses comme il fallait.*

Concernant l'accouchement, les femmes de groupe «césarienne» sont plusieurs à évoquer que la césarienne leur permet de maîtriser les transformations du sexe, d'éviter les changements précisément et de faire en sorte que le sexe reste toujours le même avant et après l'arrivée de l'enfant aussi bien dans sa partie interne caché, que dans sa partie externe, visible. C'est ce que Maria dit lorsqu'elle parle de devenir mère sans les inconvénients : *avec toutes les conséquences physiques que ça apporte. Et surtout, dit-elle, d'arrêter d'être femme pour devenir juste mère et changer, changer quelque chose en moi que je n'ai pas envie que ça change.* Pour Aline comme pour Maria ou Céline, les choses sont très claires aussi. Il s'agit

d'éviter les changements afin d'éviter que les relations sexuelles, en particulier la possibilité de prendre du plaisir, ne soient altérées : Aline dit : *Je n'envisageais pas que ma vie sexuelle soit différente du fait du passage d'un enfant, d'une épisiotomie éventuelle.* L'angoisse suscitée par la déformation du sexe, ou ici par sa coupure, est sans commune mesure avec celle suscitée par l'opération. C'est ce que dit Céline : *En tout cas par césarienne, ça me fait moins peur effectivement je me dis que du coup, mon, tout le muscle du périnée restera en place, il n'y aura pas de changement donc euh, donc voilà.* Théodora souhaite pouvoir contrôler, or le sexe est une zone hors de contrôle car hors de portée de vue, dit-elle, *si je dois avoir des complications, je préfère avoir des complications au niveau du ventre que au niveau d'un endroit où que je vois pas, que je ne maîtrise pas, je ne sais pas comment ça se passe là-bas ! (rires) Je préfère, si c'est là, au moins je sais, je vois.*

Le cas de Charlotte est un peu singulier car pour elle, quelque soit la manière dont l'accouchement se déroulera, cela se passera mal. Il n'y a pas d'issue possible pour la sortie de ce bébé, il faudrait une troisième voie. Elle pense à la bouche convoquant ainsi une des théories sexuelles infantiles de la naissance. Mais même dans ce cas là, la bouche sexe serait endommagée car il faudrait lui arracher toutes les dents : *moi déjà j'ai un problème, un accouchement, il se passera forcément pas bien, le bien ça serait trouver une troisième solution ... mais ça n'existe pas ! On ne peut pas le vomir, faudrait s'enlever toutes les dents, c'est compliqué ! Euh (...)* Ben si je le vomissais, ça va m'abimer les dents, c'est compliqué aussi ! Ya pas de ... à part la transportation. La transportation signifierait-elle qu'il n'y a pas de mouvement, donc pas de contact entre les corps, entre les zones érogènes ?

Certaines femmes pensent que la césarienne va leur permettre de contrôler la douleur. Pour Céline : la douleur de la césarienne est planifiée (et même banalisée), on peut donc s'y préparer. *Il n'y a pas d'inconnu,* dit-elle. Le déroulement de l'intervention suit un protocole donc son issue est supposée connue et les risques qui s'y attachent maîtrisés, contrairement à l'accouchement par voie basse qui se déclenche sans prévenir et se déroule selon son bon vouloir comme si une force étrange avait pris possession du corps : *Donc la douleur, c'est planifié, il n'y a pas de douleur, le après césarienne n'est pas si difficile que ça, c'est pas vrai euh voilà, enfin, il n'y a pas d'inconnu, il n'y a pas de «Comment ça va se passer ?» «Est-ce que je vais avoir mal ?» «Est-ce qu'il y aura des forceps ?» «Est-ce que» voilà, enfin, tout ça, toutes les complications qu'il pourrait il y avoir je jour J quand on, quand c'est, quand ça n'est pas vous qui décidez.*

Pour Théodora et Charlotte, l'inconnu du déroulement de l'accouchement par les voies naturelles est aussi insupportable. Avec la césarienne : *on connaît les risques, à priori, on a*

sécurisé. Je sais à quoi me préparer, dit-elle. Théodora également cherche à connaître et à minimiser les risques : Ce que je cherche c'est vraiment minimiser tous les risques possibles. On aime bien faire des mind mapping, juste pour bien comprendre les choses parce que c'est des domaines qui sont nouveaux, c'est notre premier bébé donc je ne sais pas comment ça se passe. Connaître les risques et surtout les choisir car certains risques semblent être impreuables pour certaines comme pour Théodora pour qui le risque d'une épisiotomie pour un premier accouchement est trop élevé et c'est un risque qu'elle ne souhaite pas prendre : Par exemple, l'épisiotomie, pour la première naissance aujourd'hui c'est de 70 à 80% des femmes. Ça veut dire qu'on est pratiquement certaine de, d'y passer.

Stéphanie a ceci de particulier qu'elle dit ne pas pouvoir compter sur son corps qui, dit-elle, *l'encombre*. Mais par son intermédiaire de corps souffrant elle contrôle. Son hypersensibilité lui permet de ne pas avoir de rapports sexuels, de ne pas accoucher, de quitter son travail... elle ne maîtrise pas son corps mais son corps souffrant lui permet de maîtriser d'autres choses...

Le cas de Diane

Pour Diane, qui a finalement accouché par voie basse, c'est un peu similaire. La césarienne vise à reprendre le contrôle sur un événement qui semble s'emparer du corps, de force : *dans le cas de la sexualité, c'était tout à fait maîtrisé par moi, c'était à mon rythme, (...) et surtout c'est moi qui avait le contrôle de la situation donc je me suis dit au pire ça fait mal je ne le fais pas et l'accouchement lui est envisagé comme une première fois mais avec un partenaire auquel on ne pourrait pas se soustraire : donc là, si j'ai mal je ne pourrais rien faire, il faut qu'il sorte !*

c) Synthèse H2.2.

Si dans leur ensemble les femmes du groupe «tout-venant» rendent compte d'une anticipation plutôt positive des expériences corporelles qu'elles traversent : puberté, défloration, ou encore accouchement, ce n'est pas pour autant qu'elles n'ont pas d'appréhension qu'elles ne cherchent ou ne parviennent à contrôler. Concernant en particulier l'expérience de l'accouchement, c'est autour du début que se polarisent les questionnements. Les femmes ont peur de perdre les eaux à l'extérieur de chez elles, peur de ne pas partir à temps pour la Maternité et ou peur d'y aller trop tôt. Ces préoccupations renvoient à l'idée qu'elles pourraient ne pas *bien faire*, c'est-à-dire, ne pas faire comme on leur a expliqué dans les cours. C'est également le cas des femmes qui, sur le temps de l'accouchement cette fois,

craignent de ne pas bien pousser. On note le caractère anal des défenses mises en place pour faire face aux angoisses suscitées par l'anticipation de l'accouchement à venir.

Dans l'après coup de l'expérience, les femmes du groupe «tout-venant» décrivent une perte temporaire du contrôle d'elles-mêmes : elles se mettent à pleurer, voir à crier, tant les sensations éprouvées sont trop fortes. Ce débordement est toujours transitoire. Une seule rend compte de l'éprouvé du corps qui s'ouvre et de l'activité qu'elle a du employer afin de ne pas s'opposer à cette sensation pourtant terriblement troublante. L'idée de pousser ou de ne pas pousser de façon active devient alors secondaire devant celle de se soumettre activement à la poussée qui vient de l'intérieur.

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant» qui ont accouché par voie basse, les transformations physiques de la grossesse non contrôlables sont généralement moins bien perçues chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant». Concernant l'expérience de l'accouchement, au premier plan figure le besoin des femmes du groupe «césarienne» de contrôler les déformations physiques au niveau du sexe. La césarienne permet que le sexe de la femme demeure identique à celui qu'il était avant l'arrivée de l'enfant, un sexe de jeune fille, et les femmes du groupe «césarienne» en sont bien conscientes. L'angoisse suscitée par la perspective de la déformation du sexe, et souvent aussi par l'épisiotomie, est bien plus intense que celle suscitée par l'incision de l'abdomen lors de la césarienne. Lors de l'opération, l'ouverture du corps se situe visible du corps, contrairement à l'épisiotomie, ou à la dilatation du sexe féminin, qui, elles, échappent à la vue et donc au contrôle. La césarienne par son caractère médical se déroule selon un protocole qui rend identifiables et prévisibles les différentes étapes de sa réalisation contrairement à la variabilité de l'accouchement voie basse. La douleur est supposée sous contrôle contrairement à la douleur d'un accouchement par voie basse d'une part et d'autre part elle ne porte pas sur le sexe.

Enfin, si la question de la temporalité est parfois évoquée, ce n'est pas tant avec l'idée de choisir la date de l'accouchement que celle de pouvoir anticiper le moment et la durée à laquelle il va se produire. Les femmes du groupe «césarienne» connaissent les contraintes de la césarienne et les acceptent parce que précisément elles ne portent pas sur le sexe.

3. Impossible maîtrise du débordement pulsionnel

H2.3. Le recours à la césarienne procure aux femmes qui la choisissent un sentiment de maîtrise

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse du sentiment d'être parvenues à garder le contrôle d'elles-mêmes et de la situation chez les femmes du groupe «césarienne» a été réalisée à partir de l'analyse du matériel clinique et des *verbatim* recueillis lors des deuxième et troisième entretiens ainsi que lors du deuxième dessin. Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à la façon dont l'expérience de l'accouchement est abordée dans le discours des femmes sous l'angle de la satisfaction à garder le contrôle d'elles mêmes et de la situation sur le temps de l'accouchement et dans le post-partum immédiat.

Nous avons également comparé les scores des femmes du groupe «césarienne» et des femmes du groupe «tout-venant» à l'HADS en anténatal et au PDQI et PDI en post-partum immédiat.

a) Analyse des *verbatim* des femmes du groupe césarienne

Concernant le déroulement de l'intervention et les suites immédiates, toutes les femmes du groupe «césarienne» sauf deux sont satisfaites de leur choix bien qu'une large majorité (7 sur 10) considère que l'expérience a été beaucoup plus intense que ce qu'elles avaient anticipé et ce, non pas uniquement à cause de la rencontre avec leur enfant, mais bien en raison de l'intervention elle-même. C'est un peu comme si tout à coup les femmes étaient rattrapées par ce qu'elles avaient mis de côté. C'est le cas de Théodora, de Samia, et de Violette qui dit par exemple : *Enfin, je ne m'attendais pas à ce que ce soit aussi intense et puis j'avais vraiment banalisé la césarienne en me disant que c'était même plus simple qu'un accouchement et en fait c'est quand même une grosse opération.* Ou bien encore Théodora qui insiste sur la douleur de la césarienne : *L'accouchement s'est ... bien passé euh c'était comme je l'avais imaginé en un peu plus costaud je dirais, parce que, c'est vrai que, c'est vraiment éprouvant pour le corps et c'est vraiment impressionnant. (...) Euh, euh je pense que, euh, je n'imaginai pas que ça serait aussi douloureux quand même. Parce que même si c'est une césarienne, c'était quand même très douloureux.*

Pour Violette, ce qui est également impressionnant c'est d'avoir *littéralement perdu les pédales*, dit-elle, *parce que vraiment j'ai perdu pédales entre guillemets dans le bloc, ça a*

été vraiment beaucoup d'émotion par rapport à moi ce que j'ai l'habitude de ressentir (...) parce que j'ai vraiment rarement l'habitude d'avoir autant d'émotions en moi. Voilà, c'est ça, ça m'a complètement débordée. J'ai pas l'habitude de perdre pied en fait. Donc ça m'a fait bizarre.

Pour trois d'entre elles, la césarienne s'est déroulée au-delà de leurs espérances. C'est le cas de Maria, qui pensait que *ça allait être beaucoup plus dur en fait mais pas du tout*. Maria se réjouit que la césarienne ait permis à son mari de s'occuper du bébé en post-partum immédiat. Elle a, dit-elle, le sentiment d'avoir pu partager l'accouchement avec lui. *Ils ont fait le peau à peau avec mon mari, et ça j'ai trouvé génial parce que si j'étais en salle de travail avec le bébé, ils aurait laissé le papa avec moi, il n'aurait pas vécu cette partie de l'accouchement.*

Stéphanie est fière d'avoir surmonté cette épreuve, et toutes les douleurs qui l'accompagnent : *Non parce qu'en fait j'avais préparé, j'avais fait un projet de naissance etc. et en fait globalement tout s'est passé (...)*. Elle banalise en disant : *Voilà. Donc vraiment, donc je le dis en rigolant mais c'est vrai, l'étape la plus difficile pour moi a été l'épilation intégrale ! (rires) qui a été la plus éprouvante physiquement.*

Pour Céline, l'expérience de la césarienne est quasiment extatique. Lorsqu'elle en parle, le ton de la voix qu'elle emploie est plus troublant encore que les mots qu'elle utilise : *C'était magnifique ! Franchement, c'est, ça mérite le titre de plus bel événement de la vie et, et je me dis, il n'a pas souffert quoi ! Il est sorti, on l'a pris, hop ! Oui. Vraiment euh, j'ai tellement été satisfaite, j'ai, enfin au niveau de la douleur quoi, c'est, lui il a, il a, il n'a pas été traumatisé non plus parce que ça ne passe pas part le, je pense que ça peut être traumatisant aussi pour le bébé aussi. Maintenant c'est vrai, moi je suis trop contente, c'est super.*

En revanche pour deux femmes l'expérience n'a pas du tout apporté la satisfaction escomptée et les deux peuvent dire dans l'immédiat post-partum qu'elles regrettent leur choix même si elles nuancent par la suite. C'est le cas de Cynthia : *j'ai senti beaucoup de choses et ça, je ne pensais pas avoir à les vivre, donc c'est un peu flippant, je ne pensais pas que c'était à ce point-là donc j'étais un peu traumatisée quand même. (...) j'avais subi d'autres opérations et je pensais que c'était plus ou moins identique, finalement j'ai trouvé que c'était quand même violent. (...) je ne l'ai pas bien vécu, je regrette vraiment tout ça parce que j'ai l'impression d'avoir vachement souffert.* A la fin de l'entretien qui est particulièrement long pour un entretien en chambre, elle se rassure, rappelant que le choix de la césarienne est lié

aux douleurs du travail voilà, c'était la peur de ne pas arriver à la sortir correctement, de se retrouver confrontée à une épisiotomie, et tout ça, dit-elle, je l'ai évité c'est clair.

Pour Charlotte, la situation est encore plus difficile car, contrairement à Cynthia, elle ne parvient pas à trouver de côté positif à son choix et le déroulement de l'accouchement semble avoir pris une tournure véritablement traumatique. Charlotte décrit une scène de torture : *Vous avez les bras en croix, c'est horrible. (...) Il y a des gens qui vont venir, qui vont vous couper le ventre. (...) C'est horrible ce que je vais vous dire mais vous voyez dans le film Braveheart, à la fin, où il se fait étriper devant tout le monde (pleure) ben moi je me suis vue comme ça. J'avais l'impression qu'il y avait des milliards de mains dans mon ventre. Ça m'a un peu traumatisée.* Elle pleure pendant presque la totalité de notre échange.

En ce qui concerne la préservation du sexe et la qualité des rapports sexuels, peu de femmes parmi notre échantillon rendent compte d'une reprise d'une vie amoureuse, la plupart du temps en raison du jeune âge du bébé et des suites de couches, parce qu'il y en avait peu avant, voir pas, ou encore parce que le partenaire n'a pas encore retrouvé de désir pour sa compagne. Maria a essayé mais ça ne s'est pas bien passé en raison d'une mycose vaginale. En revanche elle se réjouit de percevoir que son périnée n'est pas endommagé : *je marche, je peux courir, je peux sauter, je peux tousser, je peux éternuer je n'ai pas de fuite.* Théodora a essayé mais, dit-elle : *C'était vraiment trop tôt ! On aurait du, on aurait du patienter parce que bon là c'était, c'était vraiment pas agréable !* Pour Violette les choses se sont déroulées simplement, progressivement : *Euh... la première fois il y a eu un peu d'appréhension et puis en fait ça s'est très bien passé, moi j'ai eu des sensations tout de suite (...).* Céline est très heureuse de pouvoir dire : *Bon voilà, moi c'est vrai que mon vagin est impec quoi !*

b) Analyse des auto-questionnaires des femmes du groupe césarienne

Comparaison des scores obtenus à l'HADS (dimension de l'anxiété)

Parmi les 22 femmes de notre échantillon, 3 femmes sur 12 dans le groupe «tout-venant» et 2 femmes sur 10 dans le groupe «césarienne» obtiennent un score significatif.

Comparaison des scores obtenus au PDEQ (dissociation péritraumatique)

Parmi les 22 femmes de notre échantillon, 5 femmes sur 12 dans le groupe «tout-venant» obtiennent un score significatif, 7 sur 12 si on fixe le score seuil à 14. Dans le groupe «césarienne», 4 sur 10 obtiennent un score significatif, y compris avec un score seuil à 14.

Comparaison des scores obtenus au PDI (détresse émotionnelle péritraumatique)

Parmi les 22 femmes de notre échantillon, 2 femmes sur 12 dans le groupe «tout-venant» obtiennent un score significatif. La première rend compte d'une expérience très positive de son accouchement (Élise), la seconde d'une expérience très négative, de laquelle elle s'est sentie exclue (Laure). Dans le groupe «césarienne», 2 sur 10 obtiennent un score significatif. Il s'agit des deux femmes qui rendent compte d'une expérience très négative de leur accouchement (Charlotte et Cynthia).

c) Synthèse H2.3.

L'analyse des entretiens met à jour que toutes les femmes du groupe «césarienne», sauf trois, sont surprises par la violence des sensations éprouvées au moment de l'extraction du bébé, sensations et violence qu'elles n'avaient pas anticipées. Deux femmes parmi les dix du groupe «césarienne» ont regretté à un moment donné leur choix mais se réconfortent en disant qu'elles ont évité le pire comme une épisiotomie ou une extraction instrumentale. Toutes sont satisfaites d'avoir gardé un sexe indemne. En revanche, la reprise d'une vie sexuelle n'est pas particulièrement rapide ni satisfaisante, contrairement à leurs attentes.

L'analyse des auto-questionnaires ne permet pas d'inférer un résultat sur la population générale en raison de la petite taille de notre échantillon. Cependant, l'analyse des résultats obtenus au PDEQ (questionnaire qui évalue l'expérience de dissociation vécue lors d'un événement potentiellement traumatique), montre que pour les 22 femmes de notre échantillon, il n'y a pas de différence entre les femmes des deux groupes. C'est-à-dire que pour l'ensemble des femmes des deux groupes, dans la moitié des cas environ, l'expérience de l'accouchement s'est accompagnée d'une expérience de dissociation significative. Le recours à la césarienne programmée n'a pas modifié l'expérience sur ce plan.

C. DIFFERENCES DES FORMES D'INVESTISSEMENT DE LA MATERNITE

H3. L'INVESTISSEMENT DE LA MATERNITE DIFFERE CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Au cours de son développement psychosexuel, la fillette devenue jeune fille puis jeune femme investit progressivement la spécificité de son sexe par rapport à la fonction de reproduction, à savoir de porter et de mettre au monde des enfants. Nous avons fait l'hypothèse qu'il existe une différence entre la façon dont les femmes du groupe «césarienne» et les femmes du groupe «tout-venant» ont investi cette capacité. Afin d'explorer cette dimension, nous nous sommes intéressés à la façon dont les femmes rendent compte de l'apparition de leur désir de maternité, au sens du désir d'être mère, aux investissements libidinaux qui ont été les leurs jusque-là, et, enfin, à la façon dont leur propre mère a pu être ou non pour elles un support identificatoire solide de la fonction maternelle.

1. Désir de maternité

H3.1. Les femmes qui demandent une césarienne rendent compte d'un moindre désir de maternité que les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse du désir de maternité s'est faite à partir du matériel clinique et des *verbatim* recueillis au cours des trois entretiens réalisés en pré- et en post-partum. Nous nous sommes intéressés en particulier à l'évocation du désir de maternité, à l'anticipation d'une ou plusieurs maternités dans le récit que les femmes de notre échantillon font de leur histoire.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Dans leur majorité, les femmes du groupe «tout-venant» rendent compte d'un désir de maternité à des degrés divers. Corinne, Julie, Laure, Anna et Sophie ont toujours pensé fonder une famille. Laure dit : *J'y ai toujours pensé. Je voyais ma vie avec des enfants.* Anna et Sophie envisagent même d'avoir une famille nombreuse. Julie dit que si elle n'avait pas pu avoir d'enfant, elle en aurait adopté : *Après je me suis toujours dit que si je n'avais pas la*

chance ou la possibilité (...) je me suis toujours dit que j'adopterai, de toute façon je voulais avoir au moins un enfant (...).

Le désir d'être mère un jour semble présent dans l'enfance, comme chez Lylia, Corinne ou Catherine, pour s'évanouir à l'adolescence et réapparaître plus tard. Corinne dit : *J'ai toujours bien aimé les enfants, après petite je pense que je devais me voir maman, je jouais à la poupée, et après en grandissant, pas forcément...* Mais ce n'est pas le cas de Sophie qui ne se rappelle pas avoir pensé à avoir des enfants petite fille.

Lylia et Aïssatou (qui a accouché finalement par césarienne) rendent compte de leur désir de maternité ancien mais semblent plus ambivalentes sur cette question comme si, parce qu'elles étaient des femmes, elles devaient être mère et pour cela mettre au monde des enfants mais n'en désiraient pas vraiment au fond. Pour Lylia, qui vient de se marier, avoir des enfants faisait partie *... de mes rêves, oui. Je voulais d'avoir un petit garçon, et après une petite fille (...).* Cependant elle semble assez fataliste et dit : *Je n'étais pas vraiment pressée, je n'étais pas contre. Quand ça vient, ça vient c'est tout. Et c'est venu.* Son mari voudrait trois ou quatre enfants, mais elle, deux. Aïssatou dit à propos des femmes qui ne veulent pas d'enfant : *Pour moi c'est inconcevable, après, je peux comprendre. Etre mère fait vraiment partie de son éducation, de sa culture : Euh moi, ça a toujours été là, je me voyais même déjà avec des enfants beaucoup plus tôt, à l'âge où je me suis mariée, je me voyais déjà avec des enfants. J'ai arrêté la pilule pour des raisons personnelles (mais pas pour faire un bébé) bah parce que je me préparais à être mère quand même.*

Enfin, parmi les douze femmes de notre échantillon, seulement deux expriment le fait qu'elles ne souhaitent pas particulièrement être mère. Il s'agit de Clara : *Je ne fais pas partie des femmes qui depuis toujours ont eu un désir d'enfant et qui s'inquiètent un peu à partir d'un certain âge.* D'ailleurs, malgré son âge, elle refuse de s'engager dans un parcours d'aide médicale à la procréation au cas où la grossesse ne viendrait pas : *mon désir n'était pas non plus assez fort pour me projeter, comme dans toutes les logiques que peuvent suivre certains couples fécondations in vitro etc.* Il en est de même pour Sandra : *J'ai jamais vraiment rêvé d'avoir une famille, des enfants.* Pour toutes les deux, le projet est né de la rencontre avec leur partenaire actuel. Pour Clara, c'est même le partenaire qui semble porter le désir de parentalité : *Je mets d'abord mon partenaire, et après, l'envie d'enfant, elle est venue, elle vient avec la personne. Il disait oui, oui, et pas non plus dans dix ans quoi !* Pour Sandra, c'est un projet à deux : *Ça fait deux ans qu'on est mariés, donc c'était un peu l'étape suivante, enfin non, mais c'est devenu... Enfin, c'était un projet pour nous deux.*

b) Femmes du groupe «césarienne»

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant», deux femmes du groupe «césarienne» parmi dix disent avoir voulu être mère (dont Diane qui a finalement accouché par voie basse), contre dix femmes sur douze dans le groupe «tout-venant». L'importante majorité des femmes relatent à un moment ou un autre des entretiens qu'elles ne voulaient pas être mère, ce qui pose question puisqu'elles sont toutes enceintes et que toutes ces grossesses ont été mise en route de façon volontaire. Ceci nous amènera à discuter la question du désir de maternité et du désir d'enfant à la fin de ce travail. Parmi les dix femmes du groupe «césarienne», six disent clairement qu'elles n'auront pas d'autre enfant que celui qu'elles attendent. Soit en raison de leur âge, comme Cynthia qui a 42 ans, soit parce qu'ayant elle-même été enfant unique, elle apprécie cette position comme Aline. Sinon, les autres envisagent d'avoir au plus deux enfants (sauf Diane qui elle a finalement accouché par voie basse et qui dit 2, 3 *maxi*).

Concernant la grossesse actuelle, pour deux des femmes parmi celles du groupe «césarienne», la grossesse est là, comme s'inscrivant dans une suite logique des choses. C'est le cas de Samia qui vit en couple et est installée professionnellement : *Avoir des enfants, ça fait partie de... Par contre je n'aurais pas de famille nombreuse, ça c'est sûr. Moi je pensais plus à bosser, à voilà, je ne pensais pas du tout à, à, à avoir un enfant ou à autre chose quoi.* C'est aussi le cas de Céline : *Donc euh, non je n'avais pas plus envie d'enfants que ça, c'est plutôt récent on va dire. Je commence à avoir l'âge, j'ai des copines qui tombent enceintes, et puis voilà enfin.*

Pour Cynthia et Aline, il semblerait que l'âge ait joué car elles ont toutes les deux la quarantaine passée et cependant toutes les deux disent qu'elles ne voulaient pas plus que ça avoir d'enfant et que dans leur cas, ce sont plutôt leurs compagnons qui désiraient un enfant. Cynthia est enceinte dans le cadre d'une F.I.V., et elle dit : *je l'ai rencontré c'était un désir qu'il avait, et euh voilà à force de m'en parler, de me mettre un peu la pression.* Aline a refusé de s'engager dans un parcours d'aide médicale à la procréation : *Si je tombais enceinte, c'était bien, et si je ne tombais pas enceinte, ce n'était pas grave.* Et comme Cynthia elle dit : *C'est plus mon mari qui voulait un enfant que moi.*

Les autres femmes du groupe expriment clairement ne pas avoir eu de désir de maternité. C'est le cas de Violette et de Maria qui comme Cynthia et Aline ont fait un enfant pour leur conjoint, disent-elles. Maria a, dit-elle, repris à son compte les arguments de son mari en faveur du fait d'avoir un enfant : *J'ai intégré ses arguments en fait.* Violette dit que le

désir d'avoir un enfant est un désir d'avoir un enfant avec cet homme en particulier mais que sans lui, non : *indépendamment de lui, je n'avais pas un désir d'enfant chevillé au corps quoi.* Elle ajoute que les enfants la dégoûtaient même... *Ça m'a dégoûté je dirais pendant, et encore, comment dirais-je, je le, après c'est lié à mon histoire personnelle qui est peut-être un peu complexe mais euh, euh, je n'ai pas ce désir...*

C'est ainsi que Violette, Stéphanie, Charlotte, et Maria disent très clairement qu'elles ne souhaitaient pas être mère. Maria dit : *moi, je n'ai jamais voulu être mère.* Stéphanie dit d'elle-même : *je n'étais pas non plus quelqu'un qui rêvait d'avoir un enfant (...) je n'ai jamais eu de souhait véritable d'avoir un enfant.* Et Charlotte : *Non en fait, en vrai (...) j'avais pas envie d'avoir un enfant, ça ne m'a jamais tenté, heuh, voilà. Quand j'étais petite, j'avoue, je ne me suis jamais imaginée maman, ou je ne sais quoi. Même pas ado.* Et pourtant, avec son conjoint, ils ont, dit-elle : *acheté un appart et décidé de faire un bébé.*

c) Synthèse H3.1.

Bien qu'il existe des différences au sein des femmes de chacun des deux groupes, une tendance assez nette se dégage cependant. Dans leur majorité (10 sur 12), les femmes du groupe «tout-venant» rendent compte d'un désir de maternité ancien, souvent dès l'enfance. Deux d'entre elles expriment le souhait avoir une famille nombreuse, c'est-à-dire plus de trois enfants, et quatre disent qu'elles souhaitent plusieurs enfants sans préciser le nombre. Une seule parmi douze souhaite avoir un seul enfant.

De façon assez contrastée, dans leur majorité (8 sur 10) les femmes du groupe «césarienne» relatent l'absence du désir de maternité antérieure. Dans ce cas, la grossesse en cours est soit le résultat d'un conformisme social, parce que c'est dans la suite logique des choses, soit le désir de parentalité est projeté sur le mari ou le conjoint. Une femme du groupe évoque le dégoût que suscitent chez elles les enfants. Par ailleurs, contrairement aux femmes du groupe «tout-venant», les femmes du groupe «césarienne» privilégient une famille avec un enfant unique (6 sur 10) ou deux enfants (2 sur 10). Aucune n'envisage une famille nombreuse.

2. Investissement de la sphère sociale et professionnelle

H3.2. Les femmes du groupe «césarienne» rendent compte d'un investissement plus important de la sphère sociale et professionnelle que les femmes du groupe «tout-venant».

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

Afin d'opérationnaliser cette hypothèse, nous nous sommes intéressés à la façon dont l'annonce de la grossesse puis l'arrivée de l'enfant ont suscité des réactions émotionnelles particulières et des réaménagements dans la vie professionnelle des différentes femmes de notre échantillon. Nous avons pour ce faire utilisé le *verbatim* des trois entretiens réalisés en pré- et en post-partum avec une attention plus particulière au premier et au troisième. Nous avons aussi comparé les données socio-économiques dont nous disposions.

a) Comparaison des situations professionnelles et sociales des femmes de l'échantillon

La population de notre échantillon est conforme à celle de la population générale de la Maternité et plus largement à celle du département comme nous l'avons vu précédemment. Il s'agit d'une population plutôt favorisée socialement avec quelques exceptions. Sur les 22 femmes de notre échantillon, 2 sont sans emploi : Lyliya dans le groupe «tout-venant» et Diane dans le groupe «césarienne» mais qui finalement accouchera par voie basse. Les deux ont fait des études et exercé un travail. Sur les 10 femmes du groupe «césarienne», il y a 7 cadres et 1 employée contre 2 dans le groupe de femmes «tout-venant» qui compte en plus une avocate, un professeur des écoles et plusieurs consultantes. Il semblerait donc qu'il y ait une légère différence en termes de niveau socio-professionnelle en faveur des femmes du groupe «césarienne». Ceci s'explique peut-être en partie du fait de la différence d'âge légèrement plus élevé dans le groupe «césarienne» : 33,9 ans contre 31,5 dans le groupe «tout-venant».

b) Femmes du groupe «tout-venant»

Pour aucune des femmes du groupe «tout-venant» la grossesse a été «non désirée». Dans bien des cas, il s'agit de ce que les femmes nomment un «projet bébé». Parfois, il arrive trop vite, ou plus vite que prévu, comme pour Aïssatou qui avait arrêté la pilule et fait une fausse couche et qui pensait attendre un peu. Puis la grossesse arrive à ce moment-là. Souvent les femmes arrêtent la pilule en pensant qu'elles ne tomberont pas enceintes tout de suite et il arrive qu'elles soient surprises de la rapidité avec laquelle la grossesse arrive. Le travail, ou

un autre engagement social, est peu présent dans le discours des femmes du groupe «tout-venant». La majorité, huit sur douze, n'en parle pas ou à peine, juste pour le nommer. Parmi les quatre femmes qui en parlent, une évoque un réaménagement de sa vie professionnelle en faveur d'une plus grande disponibilité pour la vie de famille qui se construit. Il s'agit de Julie : *Je suis avocate de formation et je suis entrée en entreprise pour pouvoir avoir un peu plus de temps pour moi, et poursuivre l'objectif de ma vie c'est-à-dire fonder une famille et pouvoir m'occuper des enfants, de mes enfants, déjà le premier pour commencer !* Sandra en avait assez de son travail actuel et avait envie d'en changer, Corinne a pris un travail à temps partiel pour s'adapter aux disponibilités de la crèche mais elle en est ravie. Seule Lylia, qui a quitté son poste de chargé d'affaires dans les télécoms pour se marier et venir en France, a du mal à se faire à sa nouvelle vie de femme au foyer en pays étranger.

c) Femmes du groupe «césarienne»

La carrière professionnelle, ou plus précisément tout ce qui concerne la réalisation personnelle, semble avoir une place plus importante chez les femmes du groupe «césarienne» que les femmes du groupe «tout-venant». En tout cas, le fait d'avoir un enfant ou de fonder une famille semble avoir plus de mal à trouver sa place en son sein. C'est ainsi que parfois l'enfant arrive par «surprise», comme pour Théodora : *Ben en fait la grossesse, très, très, très, franchement, on avait prévu dans deux ans de le faire. Donc du coup on se disait : là on se consacre encore à la vie professionnelle et ensuite on a un petit bébé. (...) on a dit qu'on allait faire attention, c'était pas toujours le cas et bon, il y a un petit bébé qui voilà (rires).*

Comme Théodora, qui travaille dans la finance en fusion-acquisition qu'elle décrit comme : *un métier très prenant, et demandant une grande implication mais que j'adore*, Maria, Violette, Samia et Cynthia se sont investies et s'investissent toujours très fortement dans leur vie professionnelle. Cynthia consacre beaucoup d'énergie à son travail : *Je bosse là-dedans depuis longtemps, j'adore ce que je fais, je suis passionnée mais ça demande énormément d'énergie et beaucoup de temps, voilà pour le côté professionnel.* Jusque là, sa vie amoureuse était assez décevante. Mariée une première fois, elle n'a pas eu d'enfant. C'est sa relation très fusionnelle à sa mère qui semble remplir tout cet espace au point de ne pas pouvoir envisager s'installer pour l'instant avec le père de son futur enfant : *c'est beaucoup de changements d'un coup et même si ça c'est gérable, je ne peux pas laisser ma mère.* Samia a tenu à assurer son indépendance financière et dit-elle : *Moi je pensais plus à bosser, à voilà, je ne pensais pas du tout à, à, à avoir un enfant ou à autre chose quoi. Pendant 10 ans moi*

j'enchainais deux boulots et euh, pas forcément faute de moyens mais pour avancer plus vite dans la vie. Violette parle de son rythme de vie effréné en raison du travail.

C'est pour Maria que le conflit entre les investissements de la vie professionnelle — non pas personnelle car Maria est mariée, a une vie sociale importante— et l'investissement de la maternité, serait peut-être le plus marqué : *J'adore ma carrière. On ne peut pas être mère et avoir une carrière. Le plus dur à vivre dans cette expérience et dans la grossesse en général c'est que je suis complètement mise à l'écart au boulot, ça c'est un fait.* Lorsqu'elle arrive dans son travail un moment favorable pour faire un enfant, ce que les femmes relatent souvent par «j'avais fait le tour de mon poste», Maria voit se présenter une nouvelle opportunité professionnelle et la choisit : *J'ai fait le tour de mon poste, c'est une bonne occasion de changer, et puis tant pis pour le bébé, ça attendra.*

La grossesse et l'arrivée d'un enfant contrarient Aline chez qui la place donnée aux voyages est très importante. Elle ne souhaite pas renoncer à cette activité qu'elle affectionne. A l'annonce de la grossesse dit-elle : *j'ai pleuré mais pas de joie, je me suis dit «oh mon dieu», je me suis dit que ça devait être un faux positif, je n'y croyais pas du tout, comme les voyages prennent beaucoup d'importance dans notre vie, on devait prendre un billet pour Bali, pour la Turquie, et je me suis dit «oh mon dieu !»*

d) Synthèse H3.2.

La carrière professionnelle, ou plus précisément tout ce qui concerne la réalisation personnelle, en dehors de la maternité, semble avoir une place plus importante chez les femmes du groupe «césarienne» que les femmes du groupe «tout-venant». Le travail ou un autre engagement social est peu présent dans le discours des femmes du groupe «tout-venant». La majorité (8 sur 12) n'en parle pas ou à peine, juste pour le nommer. Quand elles l'évoquent, c'est pour parler des réaménagements professionnels que l'arrivée du bébé va permettre ou occasionner.

En revanche, chez les femmes du groupe «césarienne» les activités professionnelles et sociales sont souvent évoquées spontanément lorsqu'elles se présentent. Elles sont davantage source d'investissement et donc plus à même d'entrer en conflit avec l'arrivée d'un enfant. Comme pour les femmes du groupe «tout-venant», la grossesse survient parfois plus rapidement qu'anticipé.

3. L’imago maternelle comme support des identifications

H3.3. La figure maternelle est moins à même de soutenir les identifications maternelles chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l’hypothèse de recherche :

Afin d’explorer la figure identificatoire maternelle des parturientes de notre échantillon, nous nous sommes appuyés sur le matériel clinique recueilli lors de la passation du dessin de l’accouchement des trois entretiens de recherche et des *verbatim* qui les accompagnent. Dans les entretiens, nous nous sommes intéressés aux mères de nos sujets et plus particulièrement à la façon dont elles pouvaient rendre compte auprès de leur fille de leur propre expérience de la maternité et de l’accouchement.

Au cours du dessin, nous avons prêté une attention particulière à la présence ou à l’absence des représentations de la sage-femme et à la façon dont cette figure maternelle pouvait être investie.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Verbatim des entretiens

Majoritairement, les femmes du groupe «tout-venant» ayant accouché par voie basse ont pu échanger avec leur propre mère sur leur naissance et toutes sauf une sont nées par voie basse. D’une façon générale, elles rendent compte de naissances qui se sont bien déroulées, c’est-à-dire, pour elles, «sans complication». C’est le cas de Sandra, Julie, Corinne et Clara. Le temps de l’accouchement en lui-même est rarement évoqué à proprement parler. Comme le dit Sandra : *J’ai échangé énormément avec ma mère sur la grossesse, l’accouchement etc. : ça ne devait pas être super facile ! Oui, mais elle ne m’a rien dit ! (rires)*. Pour Clara, le sentiment qu’elle en a est que sa naissance s’est bien passée mais un voile pudique recouvre le temps de l’accouchement : *Assez serein, le pré accouchement tout ça, très serein. Elle m’a parlé de ses premiers accouchements mais là de juste avant et juste après*. L’accouchement qui se passe bien est l’accouchement qui se passe sans complication. Ce que la mère éprouve est rarement évoqué.

Élise, Anna et Sophie ont des représentations très positives de leur propres naissances : elles sont nées facilement, c’est-à-dire rapidement. La mère d’Élise *a toujours eu des naissances plutôt sereines*, dit Élise qui est née par césarienne mais dont la mère a

également accouché par voie basse pour ses autres enfants. Quant à Sophie, elle rend compte d'une naissance rapide : *Alors je sais que ça a été assez rapide, comme j'ai été la troisième, maman en gros je crois est partie à la clinique vers 11 heures ou midi et son col était déjà très dilaté, à 6 ou 7 cm, et à 15 heures j'étais née.* C'est également le cas pour Anna dont la mère à accouché rapidement et sans péridurale : *Maman avait choisi d'accoucher (...) à Pithiviers, donc une Maternité à l'époque qui avait des méthodes un peu différentes (...) Je crois que à chaque fois elle a accouché plutôt vite. Elle en garde un très bon souvenir. Elle a accouché très, très, vite, elle n'a jamais eu de péridurale.*

Au contraire, Lylia et Laure relatent des naissances plutôt difficiles car douloureuses, bien que rapides. Laure dit : *Je sais que je suis accouchée dans l'ascenseur, je n'ai pas attendu d'être dans la chambre et ça a fait mal à ma mère.* La mère de Lylia, bien qu'ayant accouché facilement et de nombreuse fois, a transmis à sa fille *qu'il y a la rage des dents et l'accouchement, c'est les douleurs les plus insupportables.* Pour Catherine, c'est un peu particulier car si la naissance s'est bien passée, sa mère lui a renvoyé l'idée que contrairement à la naissance de ses frères et sœurs, sa naissance ne l'avait pas comblée : *Maman m'a souvent dit qu'elle avait été frustrée et ennuyée de cette péridurale, parce qu'elle s'était sentie un peu dépossédée de son corps et que du coup elle n'avait rien senti.*

Pour Corinne, Sandra, Julie, Élise, Anna, et Sophie il est facile de s'identifier à leur propre mère lorsqu'elles deviennent mère elles-mêmes car dans l'ensemble se sont des femmes avec lesquelles elles ont eu de bons rapports et qui avaient elles-mêmes accueilli leur maternité sereinement. C'est ainsi qu'Anna peut s'inscrire facilement dans une lignée maternelle où les grossesses et les accouchements se passent bien : *Elle m'a toujours dit qu'elle avait adoré être enceinte et que si ça avait été logique, elle aurait aimé avoir plus d'enfants, que la grossesse avait toujours été un moment de bonheur (...) donc peut-être que c'est de famille et qu'on a des grossesses plutôt faciles parce que pour moi tout se passe bien ! (...).*

Pour Clara, Laure, Aurélie, Catherine et Lylia c'est un peu différent. Clara a une mère très *stricte* avec laquelle elle parle peu. C'est également le cas d'Aurélié. La mère de Lylia vit en Algérie et a élevé huit enfants. Lylia, qui vient d'arriver en France, est perdue et a beaucoup de mal à trouver des repères qui la soutiennent dans sa maternité en devenir. La mère de Laure est dépressive, dit-elle : *ma mère elle est en pleine dépression, enfin, elle est dépressive donc je ne vais pas non plus lui raconter mes problèmes pour que derrière, elle refasse une dépression.* Catherine, enfin, peut difficilement s'identifier à sa mère qu'elle décrit comme *un peu... maso* et dont elle cherche au contraire à se détacher le plus possible.

Dessin de l'accouchement :

Il est intéressant de noter comment Catherine fait intervenir dans le dessin l'imago maternelle figurée par la sage-femme. Quatre femmes parmi les neuf du groupe ayant accouché par voie basse représentent une sage-femme dans le premier dessin de l'accouchement. Pour Catherine, la sage-femme est représentée à l'extérieur du cadre. *Là il y a la sage-femme qui est dehors, qui est sortie gentiment.* Pour Anna, à l'inverse, la sage-femme est un personnage de confiance auquel on peut confier l'enfant à naître : *Si je devais dessiner le bébé, je pense que je le mettrai peut-être dans les bras de la sage-femme.* Pour Corinne, c'est vraiment le personnage clé de l'accouchement et elle se repose sur elle : *Je pensais que l'effort à produire serait... que je le trouverais finalement insurmontable, et finalement avec les conseils de la sage-femme etc., j'ai trouvé que ça s'était passé très, très, vite et très, très, bien par rapport à ce que je pensais.* Aurélie la représente simplement et ne fait pas de commentaire.

Le cas d'Aïssatou :

Dessin de l'accouchement :

Aïssatou se représente seule sur le dessin, pas de sage-femme, pas de compagnon non plus.

Analyse des verbatim :

Aïssatou, contrairement à la majorité des femmes du groupe, n'a pas échangé avec sa mère sur l'accouchement. Elle est issue d'une famille de 13 enfants, l'accouchement n'est pas un sujet de conversation, ça se fait, c'est tout. Comme pour les autres femmes du groupe «tout-venant» on retrouve à minima l'idée que la naissance est une chose simple *pour moi ça s'est bien passé, parce que pour moi je n'avais pas la notion de douleur avec l'arrivée d'un bébé.*

b) Femmes du groupe «césarienne»

Dessin de l'accouchement :

Parmi les femmes du groupe «césarienne» ayant accouché par césarienne, la sage-femme n'apparaît qu'une seule fois lors du dessin de l'accouchement. Elle est assez insignifiante, c'est un des cinq personnages représentés comme ceux devant officier pour la naissance. Ce qui compte, c'est qu'il y ait du monde : *L'infirmière... l'anesthésiste aussi à*

côté... infirmière ou sage-femme je ne sais pas, en tout cas il y aura à peu près quatre ou cinq personnes. Deux représentent le gynécologue qui est un homme, connu et très investi.

Analyse des verbatim :

Parmi les femmes du groupe «césarienne» ayant accouché par césarienne, deux parmi neuf sont nées par césarienne. Les femmes du groupe «césarienne» rendent compte, comme les femmes du groupe «tout-venant», d'échanges avec leur mère à propos de leur naissance sauf Charlotte qui a perdu sa mère il y a plusieurs années et dont le père, dit-elle, *ne se souvient de rien*. Pour Charlotte, il semble que le processus identificatoire soit entravé non pas tant par le décès de sa mère mais par le fait de sa pathologie dégénérative. Charlotte a toujours connu sa mère malade. Et devenir mère convoque pour elle à la fois le risque de devenir comme sa mère, c'est-à-dire malade, dépendante, morte et dans le même temps semble réactiver chez elle les sentiments d'abandon qu'elle a ressentis et ressent encore vis-à-vis de cette mère qui lui a fait défaut et qui lui manque encore aujourd'hui. La sage-femme est *la nana qu'on appelle et qui ne vient pas* ou encore celle qui lors du premier levé lui dit alors qu'elle se sent totalement dépendante : *je ne vous tiens pas !*

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant», les femmes du groupe «césarienne» relatent davantage d'accouchements difficiles, douloureux, et ayant laissé des traces sur les corps de leurs mères. C'est le cas de Théodora par exemple : *Pour elle c'était très compliqué. Parce que bon je disais l'union soviétique, les conditions étaient vraiment très compliquées, elle a eu des déchirements, des trucs, (rires) voilà. (...) elle me dit très clairement elle est restée déchirée jusqu'à maintenant mais elle ne s'est peut-être pas fait recoudre ou je ne sais pas quoi*. C'est également le cas de Charlotte, dont la cicatrice de césarienne a *explosé*, d'Aline et de Céline. Aline n'a pas de détail contrairement à Céline qui dit : *ça s'est très mal passé c'est-à-dire c'était à l'époque de nos mamans, enfin, donc c'était pas du tout en termes de douleur peut-être pas la même prise en charge et l'accouchement difficile donc elle m'a souvent parlé de ce jour là comme un, comme un jour très, comme un jour très pénible et pas le plus beau jour de sa vie du tout (rires)*. Pour Stéphanie, la situation est singulière. La naissance aurait laissé des traces sur son corps de bébé, et pas n'importe lesquelles : à la naissance, dit-elle, *j'ai une, j'avais une ... à la naissance, j'avais une ... une coupure entre quoi justement, l'entrée du vagin et euh, et l'anus*. Ce qui fait penser davantage à une déchirure vaginale qu'aurait pu avoir sa mère qu'à une complication infantile de l'accouchement, comme si mère et fille ne faisaient qu'un. Un seul corps, un seul sexe pour la mère et la fille.

Cynthia et Samia se perçoivent comme des bébés non satisfaisants lors de leur naissance. Cynthia dit qu'elle n'était pas désirée, que, de plus, elle était la troisième fille de la fratrie. Samia considère que comme elle est la septième, sa mère ne doit pas se souvenir de sa naissance : *Alors ma mère a eu huit enfants (Rires un peu gênés), autant vous dire qu'elle ne se souvient pas forcément de chaque, chaque accouchement. Ce que je sais c'est que je me portais bien et que, et que vu que je suis arrivée la septième ben ma mère n'a pas trop souffert.* Au contraire, Violette serait davantage un objet trop satisfaisant : le cas de Violette est assez éclairant car il laisse apparaître également, ce qui n'est jamais le cas pour les femmes du groupe «tout-venant» que nous avons rencontrées, des situations dans lesquelles la naissance de la mère est perçue comme trop chargée érotiquement. C'est le cas de Violette dont la mère trouve que l'accouchement est une chose magnifique. Elle a voulu partager cela avec sa fille lorsque celle-ci avait douze ans en lui faisant regarder un documentaire sur l'accouchement à la télévision. *Et moi, dit-elle, je suis tombée sur un truc plein de sang, avec une tête qui sort, je devais avoir douze ans, je n'ai pas trouvé ça du tout beau, j'ai trouvé ça horrible et du coup j'ai cette image toujours en tête.*

Le cas de Diane

Analyse des dessins de l'accouchement

Pour Diane, qui a accouché par voie basse, la sage-femme qui n'était pas représentée en anténatal apparaît lors du deuxième dessin de l'accouchement : *Alors voilà la sage-femme qui est d'ailleurs petite (rires) et voilà le gros médecin (rires).*

Analyse des verbatim

Comme la plupart des femmes de son groupe, Diane a beaucoup échangé avec sa mère sur l'accouchement. Bien qu'au Venezuela l'accouchement par césarienne soit la norme, sa mère lui recommande la voie basse. Elle-même avait accouché par césarienne pour elle et par voie basse pour sa sœur.

c) Synthèse H3.3.

Parmi les mères des femmes du groupe «tout-venant», une seule a accouché par césarienne. Elles ont dans la majorité des cas, mais pas toujours, transmis à leur filles des récits de naissances plutôt faciles, parfois même très positifs, au cours desquels l'expérience de l'accouchement, le passage du bébé dans la filière génitale à proprement parler est tu, sans être ignoré. Elles sont souvent à même d'être le support d'identifications maternelles car elles entretiennent des rapports apaisés avec leurs filles et avec leur propre expérience de maternité

mais moins souvent que ce à quoi nous nous attendions. En effet, la conflictualité et la déception sont aussi souvent perceptibles. Une mère est décrite comme très stricte et rigide, une autre comme dépressive et perçue comme inapte à soutenir sa fille. Une autre, enfin, est considérée comme masochiste et donc peu à même d'être un modèle à suivre. Quand la naissance se complique, les femmes du groupe «tout-venant» auraient tendance à se percevoir comme à l'origine des souffrances et/ou de la frustration infligées à leur mère. Elles se vivraient, d'une certaine façon, un peu comme un partenaire décevant.

Trois mères de femmes du groupe «césarienne» ont accouché par césarienne. Celles qui ont accouché par voie basse relatent davantage d'accouchements difficiles, douloureux, et ayant laissé des traces sur leur corps. Contrairement aux mères des femmes du groupe «tout-venant», elles en ont parlé à leurs filles. Pour l'une d'entre elles, la naissance aurait même laissé des traces sur le corps du bébé. Comme certaines femmes du groupe «tout-venant», on retrouve chez les femmes du groupe «césarienne» des femmes qui se vivent comme des bébés non satisfaisants ou décevants pour leur mère. On retrouve également une femme qui se vit comme un bébé trop excitant. Parmi les mères des femmes du groupe «césarienne», on retrouve une femme ayant souffert d'une pathologie dégénérative dès le plus jeune âge de sa fille ayant entraîné la mort.

Dans l'ensemble, l'étayage sur la figure maternelle afin d'aborder l'expérience de l'accouchement semble souvent difficile et ce aussi bien pour les femmes du groupe «tout-venant» que pour les femmes du groupe «césarienne» en raison de l'ambivalence très forte des sentiments. La figure maternelle semblerait avant tout être une figure à laquelle il faille se mesurer : pour l'égaliser, pour la dépasser ou au encore pour ne plus se laisser dominer.

D. DIFFERENTES MODALITES DE (RE)ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE ŒDIPIENNE

H4. LA REACTUALISATION DE LA PROBLEMATIQUE ŒDIPIENNE FEMININE A LAQUELLE CONFRONTE L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT S'ELABORE DIFFEREMMENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Dans cette quatrième et dernière hypothèse générale, nous nous sommes intéressés à la façon dont l'accouchement réactualise certaines dimensions de la problématique œdipienne

féminine et s'offre comme un nouveau temps de son élaboration. Nous nous sommes intéressés aux dimensions d'activité et de passivité convoquées dans l'expérience de l'accouchement en perspective avec le lien primaire à l'objet maternel, premier objet d'amour, premier objet de satisfaction libidinale : la mère précœdipienne, celle des premiers soins, des premiers temps, des temps où la petite fille n'était encore qu'un bébé dépendant des soins maternels. Puis nous nous sommes penchés sur la façon dont l'accouchement confronte à nouveau à la question de la différence anatomique des sexes et en particulier quels types d'angoisse suscite l'expérience de l'accouchement. Enfin, nous nous sommes interrogés sur les possibilités de réaménagements de la relation mère-fille en lien avec la question de la différence des générations actualisée par l'accès à la maternité chez les femmes des deux groupes.

1. Investissement ou refus de la passivité

H4.1. Les représentations de l'accouchement par voie basse réactualisent un vécu de passivité à l'égard de la figure maternelle plus difficilement supportable pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

Afin d'étudier la passivité et l'activité en lien avec la réactivation du lien à l'objet primaire, nous nous sommes intéressés à la façon dont les femmes percevaient l'expérience de l'accouchement dans sa dimension passive et active à partir du matériel clinique et des *verbatim* recueillis au cours des trois entretiens réalisés en pré- et en post-partum et au cours de la réalisation du dessin de l'accouchement qui les accompagne. Nous nous sommes intéressés en particulier à l'expression du refus ou de l'érotisation de la passivité dans le discours et à la position du corps redressé ou allongé de la femme dans le dessin.

a) Femmes du groupe tout-venant

Analyse des *verbatim*

Les femmes du groupe «tout-venant» rendent compte de la capacité, voire du plaisir, à s'en remettre à une autre, la sage-femme, la Maternité ou à d'autres, les médecins, le personnel médical et à se laisser faire sur un mode passif. C'est le cas de Sandra qui dit : *J'avais confiance en le personnel médical, ils savent mieux que moi quoi faire en fait*, d'Aurélie, ou encore d'Anna : *On est encadré une fois qu'on est arrivé, donc il n'y a plus qu'à se laisser porter et ça se passera bien, on est très préparé*. Parfois cette acceptation

prend un caractère emporté comme pour Julie qui dit : *je fais une confiance presque aveugle aux médecins*. Parfois, il ne s'agit de confiance mais de résignation, comme pour Laure : *De toute façon, il n'y a pas le choix, il faut y passer. (...) moi je n'y connais rien, je me laisse porter par les médecins ! Catherine a particulièrement apprécié la façon dont la sage-femme s'est occupée d'elle : J'ai trouvé ça assez paisible, la sage-femme qui s'est occupée de nous, on l'a eu pendant tout l'accouchement euh... l'accouchement. Ce côté presque maternel, accueillant, du personnel, ça c'était vraiment très bien...* Ce lapsus pourrait-il souligner la réactivation lors de l'accouchement de la relation à l'objet primaire, la mère, sous la forme de l'imgo maternelle incarnée par la sage-femme et de son caractère sexuel refoulé ? Elle ajoute : *Là j'étais bien, on changeait de place, on coucounait, je m'abandonnais un peu à ce qui allait se passer.*

Avant d'avoir expérimenté l'accouchement, pour beaucoup des femmes du groupe «tout-venant», la dimension de passivité s'efface devant celle d'activité. C'est le cas de Clara pour qui la voie basse est *quelque chose d'actif, mais pas de passif*. Sophie par exemple considère que *la voie basse où là, on nous demande vraiment d'être actif !* Il y aurait *une espèce de pression pour réussir, pour pousser correctement*. La dimension d'activité de l'accouchement renverrait à la nécessité de pousser quand la dimension de passivité renverrait à la douleur et à l'idée de subir. Catherine revendique cette capacité à se laisser aller, à souffrir, à s'abandonner à la douleur : *Je ne me souhaite pas d'avoir mal ! Mais je sais que ça arrive, enfin voilà que ça sera là. Donc je me dis que c'est peut-être un passage obligé, c'est peut-être bien que...*

Après, l'expérience de l'accouchement, pour celles qui ont pu l'éprouver parce que pas trop anesthésiées, semble modifier cette appréhension de l'activité et de la passivité. Avant l'expérience, la dimension active est associée au fait de pousser. Après l'expérience, le corps semble être perçu comme possédé d'une force intérieure propre, indépendante de la volonté de la femme à laquelle il n'y a pas d'autre choix que de s'abandonner, activement. C'est en tout cas ce que relate Sophie, et dans une certaine mesure Catherine et Anna. Pour Catherine, il ne s'agit pas de pousser mais bien de se laisser faire : *je me souviens de cette soumission à l'impératif de la nature qui fait qu'on est absolument passif dans un certain sens, c'est le corps qui reprend un peu le contrôle, il y a quelque chose de cet ordre-là*. C'est Élise qui décrit le plus précisément l'expérience qu'elle traverse et rend compte de l'activité qu'elle déploie pour rester passive : *le souvenir, c'est le corps qui s'ouvre en deux, c'est surtout cette position qui m'a marquée, parce que c'est vraiment laisser le corps s'ouvrir*

pour laisser le bébé sortir. Élise a eu un vécu d'activité important en accouchant : *j'ai vraiment pu dire quand j'avais des contractions, c'est vraiment moi qui «là il faut que je pousse» c'est pas une sage-femme qui me disait «allez-y c'est maintenant»*. Pour Anna, c'est le fait d'avoir attrapé elle-même son petit qui lui procure ce vécu d'activité .

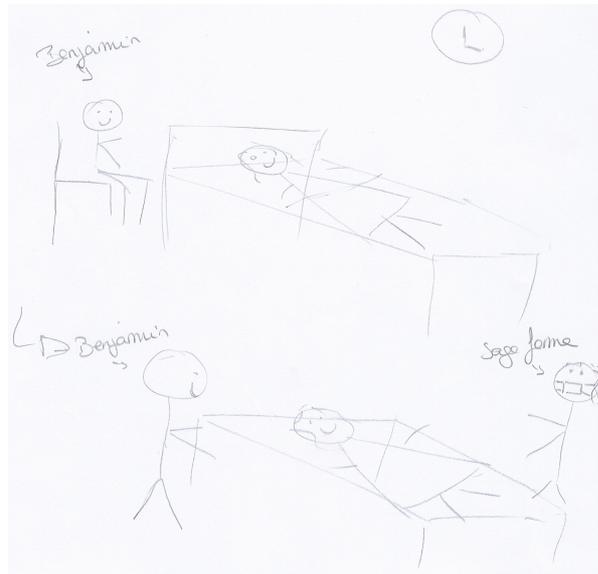
Analyse des dessins

Comme nous l'avons vu lors de l'analyse de la première hypothèse, les femmes du groupe «tout-venant» se représentent le plus souvent allongée (8 fois sur 11). Lorsque Sandra se représente debout, elle commente : *Normalement, je devrais être allongée !* Traduisant peut-être une forme de sa résistance à la passivité à laquelle est associée la position allongée, sur le dos, éventuellement les jambes écartées, sexe ouvert, en présence d'un ou d'une autre, comme le suggère la position gynécologique. La sage-femme est souvent représentée, comme dans les dessins de Catherine, Aurélie, Corinne, Anna. Quand elle ne l'est pas, elle peut être évoquée — Sandra : *la sage-femme va venir* — ou alors, elle apparaît lors du second dessin. C'est le cas des dessins de Sandra et d'Élise.

CORINNE

1^{er} dessin :



Le cas d'Aïssatou :Analyse du verbatim

Aïssatou, contrairement aux autres femmes du groupe «tout-venant» semble réticente à l'idée de devoir s'en remettre à d'autres, sage-femme, médecin. L'intrusion du regard et des manipulations sur son corps lui font violence. *Non c'est vrai que ça ne me plait pas. Mais il faut passer par là dit-elle. Bah je m'y soumetts parce que de toute façon, il n'y a pas d'autre choix (...). C'est pour ça que je disais, c'est intrusif (la présence de personnes pendant l'accouchement qui regardent le sexe) parce qu'il y a des choses qu'on décide. On ne décide pas ...*

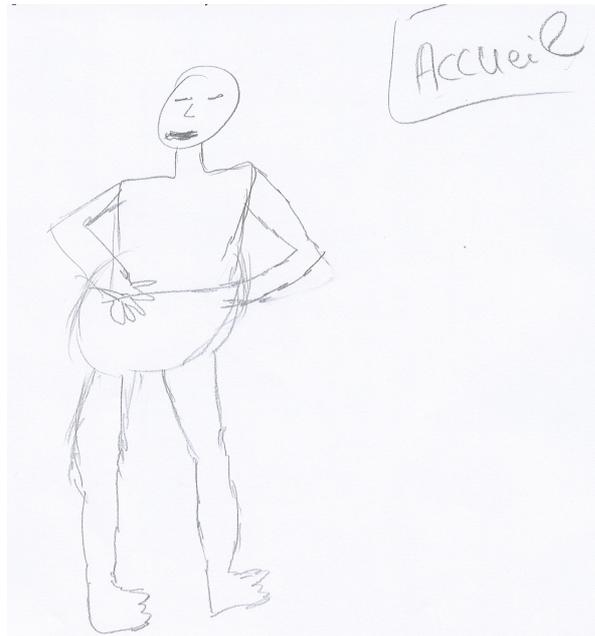
Chez elle l'accouchement par voie basse semble renvoyer à un phénomène de passivation : *Il y a des gens qui travaillent sur nous, sur une partie intime de notre corps. Il y a cinq personnes qui scrutent sans même le voir, parce que c'est plus pour un but médical mais c'est vraiment... On est là mais en même temps pas là, on est un peu spectateur de notre corps, c'est ça en fait.* Elle rend compte d'une tentative de dépersonnalisation qui permettrait en quelque sorte de supporter l'expérience.

Analyse du dessin

Contrairement à la majorité des femmes du groupe «tout-venant», Aïssatou se représente debout, à l'accueil de la Maternité.

AÏSSATOU

1^{er} dessin :



b) Femmes du groupe «césarienne»

Analyse des verbatim

Dans l'ensemble, les femmes du groupe «césarienne» revendiquent le fait d'être actives lors de leur accouchement. Pour certaines, cela se traduit par le choix de la modalité d'accouchement : la césarienne.

C'est le cas de Maria, mais aussi de Théodora qui veut connaître tous les risques liés à l'accouchement voie basse et à l'accouchement par césarienne pour arbitrer elle-même : *Mais moi très concrètement ce que je voulais c'était les pourcentages. Quels sont les risques, quels sont les pourcentages que ça se produise. Donc du coup moi j'ai fait mes études moi-même.* C'est également le cas d'Aline pour qui la grossesse : *c'est une dépossession du corps, la location du corps à la médecine* ; et qui souhaite connaître le jour de sa libération : *je compte les jours et je le vis beaucoup mieux depuis que j'ai commencé à décompter les jours.* Pour Stéphanie, l'important c'est d'être active coûte que coûte. Parlant de l'accouchement par voie basse, elle dit qu'avant d'opter pour la césarienne, elle s'y était préparée : *et puis l'idée d'être active, de ne pas subir un accouchement mais d'être active, de travailler en équipe* et puis finalement, accouchant par césarienne, elle met en place la même logique et se prépare aux différentes étapes de la césarienne qu'elle anticipe à chaque fois comme des défis à relever. Lors du dessin de l'accouchement, elle souhaiterait être assise avec le bébé dans les bras mais

dit-elle : *je sais enfin ça ne sera vraisemblablement pas possible parce que c'est comme ça qu'ils t'allongent.*

L'accouchement, et plus particulièrement la douleur de l'accouchement, est considéré comme quelque chose de passivant et d'inadmissible auquel les femmes du groupe césarienne semblent s'opposer. Céline dit : *je me dis en tout cas cette partie douleur, je n'aurais pas toute cette partie là à subir quoi.* La douleur subie, la douleur sans fin que personne ne vient soulager, s'entend le plus chez Charlotte : *Et si je douille pendant des heures et que personne ne vient me soulager ? Vous avez mal et vous passez votre temps à appeler la nana (qui ne vient pas).* Pour Charlotte, le choix de la césarienne, c'est également l'assurance d'être prise en charge activement : *Moi je préfère avoir le top du top, que les personnes s'occupent de moi.*

Cependant, le vécu d'activité conféré par le choix du recours à la césarienne ne se retrouve pas chez toutes les femmes du groupe «césarienne». Cynthia s'en remet à la chirurgie car elle ne se sent pas capable de mettre au monde son enfant : *Donc je me dis dans l'hypothèse où il fallait accoucher par voie naturelle et que je n'arrive pas à respirer et qu'il y ait une souffrance qui s'accumule et une éventuelle impossibilité de la sortir, je veux pas vivre ça.* La «poussée» serait le moment d'activité par excellence pour les femmes des deux groupes d'ailleurs. C'est le cas également de Violette. Cynthia ne pourrait *ne pas réussir* à pousser, Violette ne *doit* pas pousser : *on me dit que la poussée au moment de l'accouchement est quelque chose qu'il faut que j'évite.*

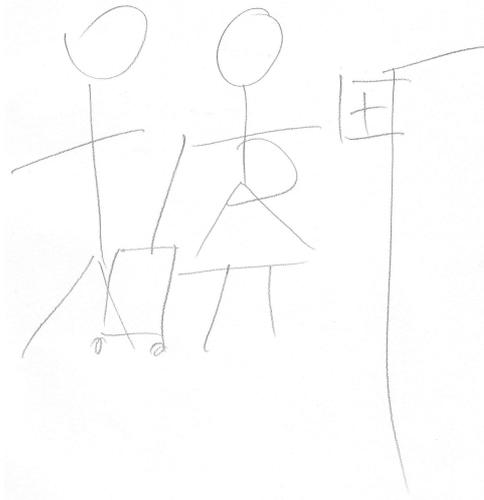
Pour Samia, il est clair qu'elle se laissera faire entre les mains du médecin et cela ne semble pas lui poser de difficulté particulière : *Là en fait, je ne vais pas bosser, c'est pas moi qui bosse, moi j'attends donc euh c'est le toubib qui va faire sa petite plaie (rires) et qui va se charger de tout.*

Analyse des dessins

Chez deux femmes parmi les neuf du groupe «césarienne» ayant accouché par césarienne, on retrouve le désir de se représenter assises, ou redressées tout en sachant qu'elles seront allongées pour l'opération. C'est le cas de Charlotte, Stéphanie, Violette et Maria qui sont debout. Violette se dessine lors de l'arrivée à la Maternité. Maria elle dessine le processus c'est-à-dire les différentes étapes par lesquelles elle va passer. Enfin, Cynthia et Aline se représentent allongées, les jambes plus ou moins écartées. Céline et Théodora se représentent allongées lors de l'opération. Samia dessine son visage...

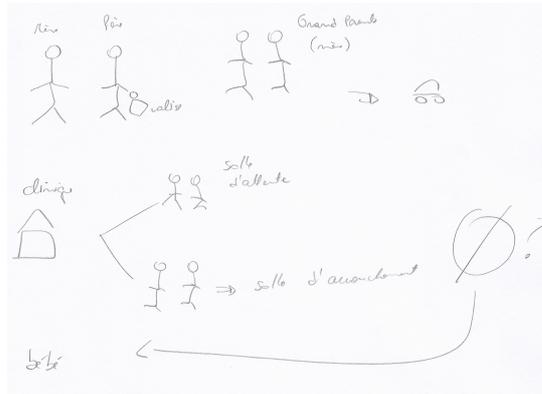
VIOLETTE

1^{er} dessin :



MARIA

1^{er} dessin :



CYNTHIA

1^{er} dessin :



Le cas de Diane :

Analyse des verbatim

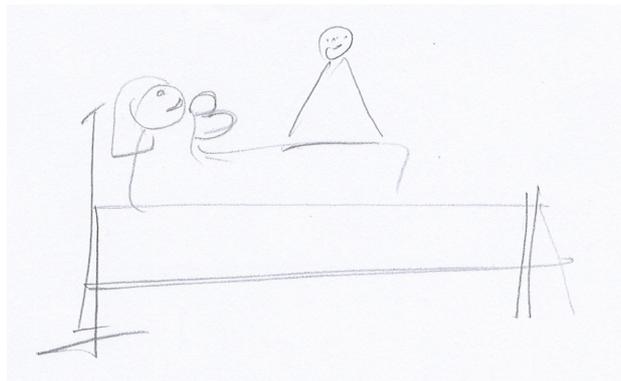
Pour Diane, la non prévisibilité de l'accouchement est insupportable et place la femme dans une situation passive par rapport à l'événement lui-même. Dans son pays d'origine, dit-elle : *on n'attend pas que ça arrive comme ça, c'est prévu, (...) il n'y a pas toute cette partie où l'on est chez nous à attendre que ça arrive.*

Analyse du dessin

Contrairement à la majorité des femmes du groupe «césarienne» ayant accouché par césarienne, Diane se représente allongée *sur un lit* dit-elle.

DIANE

1^{er} dessin



c) Synthèse H4.1.

Pour une part des femmes du groupe «tout-venant», l'expérience de l'accouchement est anticipée sur un mode passif, dans le sens où il est nécessaire de s'en remettre à d'autres, en particulier à une autre, la sage-femme, et de se laisser accoucher, pour que naisse l'enfant. La passivité est associée à l'éprouvé de la douleur qui peut être subie, acceptée, inéluctable ou nécessaire selon les femmes. L'activité est alors projetée sur le personnel médical. De façon générale, l'anticipation d'une position passive ne pose pas de difficulté particulière aux femmes du groupe «tout-venant» bien que cela nécessite parfois quelques aménagements, comme de mettre la sage-femme à distance, hors du cadre. Pour une autre part, l'expérience de l'accouchement est anticipée et éprouvée sur un mode actif. Cette activité concerne en particulier le temps de l'expulsion et la nécessité de pousser pour mettre l'enfant au monde.

Ayant éprouvé l'expérience de l'accouchement, la plupart des femmes du groupe «tout-venant» rendent compte de l'expérience sur un mode actif, la dimension de passivité s'efface au profit de celle d'activité. Dans ce cas, c'est leur corps qui semble avoir pris possession d'elle-même, en dehors de leur volonté, comme mu par une force indépendante. Si volonté il y a, c'est la volonté de se laisser posséder, *ouvrir en deux* comme dit Élise. Elles seraient alors activement passives en quelque sorte.

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant», dans l'ensemble, les femmes du groupe «césarienne» perçoivent l'accouchement par voie basse comme un événement indésirable du fait de son imprévisibilité, de son caractère douloureux, et par le nécessaire recours à une tierce personne secourable. Elles revendiquent paradoxalement le fait d'être actives lors de leur accouchement, et cela se traduit pour certaines par le fait de choisir elle-même la modalité qui leur convient le mieux pour donner naissance, en l'occurrence, ici, la césarienne. Ce choix est pour certaines une façon de se réapproprier une expérience qui leur échappe. La césarienne leur permet en outre de choisir la ou les personnes qui interviendront sur leur corps. Pour d'autres, moins nombreuses, la césarienne représente au contraire une façon de déléguer, pourrait-on dire, la mise au monde de leur enfant dont elles ne se sentent parfois pas capables.

À aucun moment les femmes, que ce soit les femmes du groupe «tout-venant» ou les femmes du groupe «césarienne», n'évoquent l'enfant comme un partenaire actif de la naissance.

2. Maintien de l'illusion du monisme phallique

H4.2. L'actualisation de la question de la différence des sexes à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement suscite des angoisses de nature différente chez les femmes du groupe «césarienne» que chez les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

Afin d'analyser l'élaboration de la différence anatomique des sexes, nous nous sommes intéressés, pour les femmes des deux groupes, à l'évolution de la place du conjoint dans le discours et dans les dessins. Nous avons prêté attention à l'expression des différentes formes d'angoisse, castration et perte notamment, suscitées par l'expérience de l'accouchement. Cette analyse s'est faite à partir du matériel clinique recueilli lors des trois

entretiens de recherche réalisés en pré- et en post-partum et au cours de la réalisation du dessin de l'accouchement qui les accompagne.

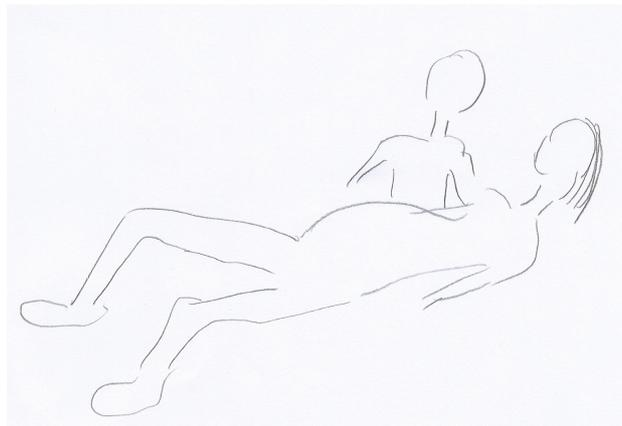
a) Femmes du groupe «tout-venant»

Analyse des dessins

Pour la grande majorité des femmes, avant d'avoir vécu l'expérience de l'accouchement, l'accouchement est une expérience de couple. C'est le cas d'Élise, de Catherine, d'Anna, de Clara, d'Aurélie, de Laure, de Corinne, de Sophie, et de Julie. A l'issue de l'expérience, il arrive que le père ne soit plus représenté ou qu'il change de place. Comme c'est le cas pour Sandra et Corinne. Dans le premier dessin de Corinne, il est petit, assis sur une chaise, alors qu'il était debout, grand à ses côtés et lui tenait la main dans le premier dessin. Dans le second dessin d'Élise il disparaît.

ÉLISE

1^{er} dessin :



ÉLISE

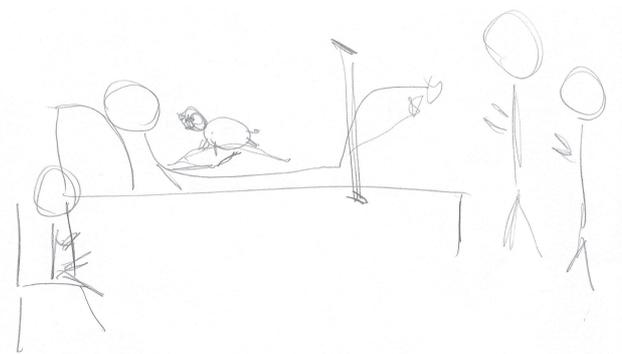
2^{ème} dessin :



CORINNE
1^{er} dessin :



CORINNE
2^{ème} dessin :



Analyse des verbatim

Dans la métapsychologie freudienne, si on accepte l'équivalence pénis-enfant, l'expérience de l'accouchement peut alors être envisagée comme la perte de cet état transitoire au cours duquel la femme est toute, entière, complète, dans une logique phallique de la négation de la différence des sexes. Élise ne dit-elle pas lors de son accouchement : *J'avais presque... j'avais envie... Bon je n'avais pas envie de voir comment ça se passait entre mes jambes (rires), ça je pense que voilà.* Catherine et Sophie redoutent de ressentir un manque après l'accouchement : *je me demande si je n'aurai pas un espèce de manque de ne pas le sentir, même s'il est dans mes bras, qu'il est ailleurs, je me demande si je n'aurai pas un espèce de manque de ne pas le sentir dans mon ventre,* dit Sophie, Catherine parle de vide : *J'ai un peu peur de cette sensation de vide en fait, de vide physique euh... oui de la perte des sensations actuelles etcetera.*

Les femmes du groupe «tout-venant» dans l'ensemble évoquent assez peu la question de la coupure du sexe, de l'épisiotomie. Lorsqu'elle est évoquée, il semble que les femmes l'acceptent comme faisant partie des possibles de l'accouchement. C'est le cas d'Aurélié : *Le*

fait d'être coupée et recousue, je trouve ça pas très agréable en fait ; de Julie : pas qui se déchirent, mais l'épisiotomie, il peut y avoir une déchirure, ce n'est pas non plus... Pour Élise, il semblerait qu'apparaisse l'idée d'une menace qui porterait sur le sexe — j'aimerais bien moi pouvoir connaître ça et... même si derrière il y a une épisiotomie — peut-être en lien avec l'expression d'un désir interdit : celui d'éprouver la mise au monde d'un enfant dans une certaine rivalité avec sa mère qui, elle, a accouché par césarienne. Dans le cas de Sandra, il semble que l'angoisse de castration soit projetée sur le mari : Bah le sang qui va couler, le... (...) C'est peut-être ça qui va le perturber un peu pendant l'accouchement, et j'imagine qu'il va être... Mais dans l'ensemble, au premier plan apparaissent des angoisses de perte : perte du bébé ou perte de sang. Ces angoisses apparaissent dans des cauchemars ; comme Lylia qui rêve de perdre le bébé et de voir beaucoup de sang ou encore d'Anna qui rêve qu'elle perd le bébé et qu'il y a du sang absolument partout. Pour Catherine, le ventre est percé : En fait j'avais un gros ventre et il se perçait complètement. Et il y avait du sang qui se dévidait partout. Et en fait je gardais le gros ventre et en fait ça s'écoulait, ça s'écoulait, ça s'écoulait. Ou encore que le bébé sort et qu'il faut le remettre à l'intérieur comme pour Élise.

Le cas d'Aïssatou :

Analyse du dessin

Aïssatou se dessine seule le jour de son accouchement contrairement à la plupart des femmes du groupe «tout-venant» qui se dessinent en compagnie de leur conjoint.

Analyse des verbatim

Chez Aïssatou, la dimension d'angoisse est très présente autour de l'idée de l'épisiotomie : *Il y a l'épisiotomie aussi. Ça aussi ça me fait peur. Alors là qu'on me parle d'accouchement avec peau coupée ça me rappelle un peu... l'excision qu'elle a subie enfant. Elle rêve de sa petite fille avec un sexe masculin. J'ai rêvé de ma fille qui avait déjà 18 mois, déjà un peu grande, en fait, je voyais bien que c'était une fille mais elle avait un sexe masculin. A propos de l'allaitement, Aïssatou envisage de faire mixte : sachant que je vais reprendre mon travail très rapidement à l'issue de mon congé de maternité. Donc on va..., je dis on pour dire avec mon mari (rires), donc on va faire l'allaitement mixte (...).* Elle entend par là non seulement partager entre le sein et le biberon mais plus encore partager entre elle et son mari.

b) Femmes du groupe «césarienne»

Analyse des dessins

Comme pour les femmes du groupe «tout-venant» le conjoint est presque toujours représenté et représenté en lien avec la femme qui accouche, même pendant l'opération : c'est le cas pour Théodora, Charlotte, Céline, Stéphanie et Violette. Pour Maria il ne figure pas au moment de l'accouchement puisqu'avant l'expérience, l'accouchement n'est pas représentable. Il apparaît lors du second dessin. Pour Charlotte, c'est l'inverse, alors qu'il était présent lors du premier dessin, lors de l'expérience, il disparaît de la scène. Pour Samia, Cynthia et Aline, il ne fait pas partie de la scène.

Le désir de ne former qu'un seul corps pour une naissance se retrouve dans le dessin de l'accouchement réalisé par Stéphanie et cette impression se confirme avec le second dessin dans lequel les corps des parents semblent fusionner, occultant totalement la dimension d'expérience individuel corporel de l'accouchement.

Analyse des verbatim

Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant», on retrouve chez les femmes du groupe «césarienne» l'expression d'une angoisse de castration qui se manifeste par l'horreur que suscite l'épisiotomie. C'est le cas pour presque toutes. Aline va jusqu'à comparer l'épisiotomie à une excision : *Pour moi c'est l'horreur absolue, pour moi c'est le summum de l'horreur c'est l'épisiotomie (...) je ne sais pas si ça a une influence prépondérante sur mon choix, mais non l'épisiotomie pour moi c'est un peu une excision, c'est une mutilation.* Pour Charlotte, l'épisiotomie représente la coupure du sexe quand la césarienne est la coupure du ventre : *Que se soit une grosse épisio ou ouvrir une césarienne je me dis bah c'est kif kif en gros ! Je coupe d'un côté, je coupe de l'autre !* L'idée de la coupure du sexe se retrouve à des degrés divers également chez Théodora, Cynthia, Violette et Maria. Pour Aline, il semblerait que l'angoisse de castration soit projetée sur son mari. Lorsqu'elle lui met sous les yeux le schéma de l'accouchement que lui a donné la sage-femme il s'écrit : *Oh là là, je ne veux pas voir ça, je ne veux surtout pas voir ça !* dit-elle. A propos de la césarienne : *il est convaincu aussi.*

Chez deux femmes parmi dix, nous notons la référence au fantasme du vagin denté : Stéphanie parle de zone *mâchée* après le passage du bébé. Charlotte dit qu'il n'y a pas de bonne voie pour accoucher. Elle voudrait pouvoir vomir son bébé, mais qu'alors il faudrait lui arracher toutes les dents : *On ne peut pas le vomir, faudrait s'enlever toutes les dents, c'est compliqué !* La dimension d'agressivité à l'égard du sexe de la mère semble importante, peut-

être est-elle à la mesure de l'avidité qu'elles-mêmes ont pu ressentir à l'égard de leur mère lorsqu'elles étaient bébé ?

Un point caractéristique des femmes du groupe «césarienne» est la revendication du partage des tâches autour de l'enfant à venir, en matière de nourrissage notamment et même en matière d'accouchement. Le cas le plus paradigmatique de cette situation est celui de Maria. Pour Maria, le fait que les femmes portent les enfants est en-soi une injustice : *Déjà je pense que la grossesse c'est pas quelque chose de très juste parce que ça fait neuf mois que je me tape le truc, en plus il faut l'accouchement, en plus il faut les conséquences de l'accouchement !* Et l'accouchement voie basse en serait une autre. *Je trouve que ça pénaliserait moins ma carrière, ma vie de femme, ma vie tout court juste d'avoir un enfant plutôt que d'être enceinte pendant neuf mois. Mais ça c'est pas possible parce que mon mari ne peut pas le faire (rires) donc ya pas d'autres choix.* Elle voit la césarienne comme une possibilité de se protéger de l'accouchement, vécu dans son entier comme une menace pour son sexe. Elle se réjouit de la césarienne car elle lui donne le sentiment d'avoir pu partager l'accouchement : *J'étais en train de faire autre chose donc c'était lui l'acteur principal en quelque sorte de l'accouchement, l'accouchement considéré ici non pas comme la mise au monde de l'enfant mais comme l'accueil du bébé : c'était lui l'acteur principal en quelque sorte de l'accouchement, pour faire les premiers soins, pour accompagner le bébé, pour faire le peau à peau.* C'est aussi le sentiment d'Aline : lors de l'accouchement (par césarienne), *c'est le mari qui prend le relais.*

Cette idée d'un accouchement à deux se retrouve également chez Stéphanie : lors de la césarienne, elle décrit les premiers instants : *Et on l'a découvert ensemble, on l'a posé sur la balance, et c'est là qu'on a, on a rebouclé, bon c'est bon, on a bien bossé, on s'est bien occupé de toi.* Charlotte ne l'exprime pas en ces termes, mais tout ce qui se rapporte aux tâches domestiques lui fait horreur et elle inclut l'allaitement dedans et nous pose la question de la façon dont elle considère l'accouchement à cet égard puisqu'elle choisit la césarienne. *Et après le vrai truc aussi qui est hyper important c'est que vraiment, mon couple est très, on est dans un, on, c'est vraiment super équitable sur tout (...) enfin voilà, je ne veux jamais avoir un rôle de boniche à la maison (...) Donc c'est pour ça aussi que je me dis que l'allaitement c'est peut-être pas fait pour nous.*

Le cas de Diane :

Analyse du dessin

Lors du dessin de l'accouchement, Diane se représente après la naissance du bébé, dans un lit, le bébé dans les bras, peu visible, et son mari auprès d'elle. Après l'accouchement, dans le deuxième dessin, son mari est présent et elle est en salle de naissance. Sont également présents la sage-femme et le médecin.

Analyse des verbatim

Chez Diane on retrouve l'angoisse suscitée par l'épisiotomie. Elle se confirme dans la dynamique des entretiens : (...) *ça me fait peur et après il y a tout le reste, l'épisiotomie etc ; Oui moi je m'étais imaginée du sang partout, coupée dans tous les sens... ; L'épisiotomie machin enfin...* L'ouverture du sexe lui-même et sa supposée déchirure renvoie également à l'idée d'une mutilation dans le sens d'une castration. Chez Diane, on voit apparaître le déni de l'ouverture du sexe : (...) *jusqu'à il y a peu de temps j'avais l'impression qu'en fait c'était le vagin qui s'ouvrait avec la dilatation ; quand j'entendais une femme est dilaté à 2, à 7», je m'imaginais que c'était vraiment le vagin qui était ouvert alors que pas du tout, c'est l'utérus.* Ce qui s'ouvre, c'est l'intérieur, c'est la matrice, l'organe maternel. Le sexe féminin lui, le vagin, la vulve ne sont pas distendus, ni coupés, ni menacés d'éclatement.

c) Synthèse H4.2.

Pour la grande majorité des femmes du groupe «tout-venant» qui n'ont pas encore expérimenté l'accouchement, l'accouchement représente une expérience de couple. Cette représentation se modifie avec l'expérience. Dans le dessin, à l'issue de l'expérience, il arrive que le père ne soit plus représenté ou qu'il ait changé de place ou diminué en taille, traduisant ainsi une modification de la représentation et de la perception de la place du conjoint au cours de l'expérience. Avant l'expérience, concernant la nature des angoisses repérables dans le discours des femmes du groupe «tout-venant», au premier plan apparaissent des angoisses de perte : perte du bébé ou perte de sang. Contrairement aux femmes du groupe «césarienne», l'épisiotomie ou la menace de la coupure du sexe, lorsqu'elle est évoquée, est rarement perçue comme une menace de castration. En revanche, lorsqu'elle émerge, cette menace est projetée sur le mari ce qui se produit également pour les femmes du groupe «césarienne».

Comme pour les femmes du groupe «tout-venant», pour les femmes du groupe «césarienne» le conjoint est presque toujours représenté en lien avec la femme qui accouche, même pendant l'opération. Mais contrairement aux femmes du groupe «tout-venant»,

l'expérience de la césarienne ne modifie pas cette représentation. Concernant l'expression de l'angoisse, chez la majorité des femmes du groupe «césarienne», on retrouve l'expression d'une angoisse de castration qui se manifeste par l'horreur que suscite l'épisiotomie, allant jusqu'à représenter une mutilation du sexe féminin, une excision. Une autre caractéristique des femmes du groupe «césarienne» est l'importance plus marquée que dans le groupe «tout-venant» de la revendication du partage des tâches autour de l'enfant à venir, en matière de nourrissage notamment et même en matière d'accouchement, lorsque, à deux reprises, la césarienne est appréhendée comme une solution pour partager la mise au monde de l'enfant. La différence des sexes serait ainsi effacée par le recours à l'opération qui permettrait aux deux parents de mettre au monde leur enfant ensemble. Le désir de ne former qu'un seul corps pour une naissance se retrouve également représenté au cours d'un dessin dans lequel les corps des parents semblent fusionner autour du bébé, occultant totalement la dimension d'expérience corporelle et sexuelle de l'accouchement.

3. Entre séparation et individualisation : les enjeux de la rivalité

H4.3. La question de la différence des générations, actualisée par l'expérience de l'accouchement, réactive des problématiques différentes du lien mère-fille chez les femmes du groupe «césarienne» et chez les femmes du groupe «tout-venant»

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

L'analyse des problématiques du lien mère-fille réactivées par l'expérience de l'accouchement s'est faite à partir du matériel clinique et des *verbatim* recueillis au cours des trois entretiens réalisés en pré- et en post-partum et au cours de la réalisation des dessins de l'accouchement qui les accompagne. Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la façon dont le lien à la mère est mis au travail par l'expérience de l'accouchement et vient réactualiser les problématiques de séparation-individuation et de rivalité œdipienne.

a) Femmes du groupe «tout-venant»

Analyse des *verbatim*

Lors des *verbatim*, la question de la rivalité à la mère peut s'exprimer facilement et apparaît autour de la capacité à mettre au monde l'enfant comme, ou mieux, que sa mère, et de la légitimité à porter et à mettre au monde cet enfant-là. C'est le cas par exemple d'Élise, dont la mère a accouché quatre fois — une fois par césarienne puis par voie basse et à

nouveau deux fois par césarienne — et qui dit : *Non pour moi ce ne serait pas une manière de me distinguer d'elle ce n'est pas ça, pour moi ce serait plus...* La dénegation fait apparaître le désir de se distinguer de sa mère. Pour Anna, la question de la rivalité apparaît à propos de la place autour du bébé, avec la question implicite de : de qui est cet enfant ? *J'ai fait un cauchemar la dernière fois sur la chambre double (...) c'était un lit double et j'étais avec l'autre maman dans le même lit et mon bébé était tout petit et je le perdais dans les couvertures et l'autre maman ne voulait pas se pousser pour que je cherche mon bébé (rires).* Le lit double, l'autre maman, le bébé tout petit qui pourrait être un bébé de petite fille... Il faut qu'une maman se pousse pour faire de la place à l'autre. Pour Julie, cela se traduit par le fait qu'elle rêve qu'elle accouche d'un enfant qui n'est pas le sien : *J'ai rêvé d'un enfant qui n'était pas celui que j'avais conçu, c'était un autre bébé ce n'était pas le mien, mais j'accouchais de cet enfant-là.* Est-ce de l'enfant du père œdipien dont il s'agit d'accoucher ? Comme Sophie qui dit : *Pour les personnes présentes, je pense que ce sera mon mari uniquement, je n'ai pas envie qu'il y a d'autres personnes qui soient là.* Catherine interprète elle-même son propre rêve et dit : *c'est à la fois moi qui essayait de m'émanciper de ma propre mère. Parce que... parce que c'est, enfin j'ai un positionnement qui a été compliqué à trouver vis-à-vis d'elle. Et puis le fait que j'ai du mal à... à lui dire les choses, à trouver ce qu'il faut que je garde, ce que je ne garde pas.* Lors du premier dessin de l'accouchement, elle verbalise son désir de mettre la sage-femme à distance : *Et puis là... Et donc, la sage-femme qui sera là. Et qui nous laissera après...* Lors du second dessin de l'accouchement, elle peut verbaliser la mise à l'écart de la sage-femme comme une imago maternelle bienveillante et non intrusive : *Et puis il y a la sage-femme qui est bienveillante, vraiment gentille, ahlala ! Vraiment super. (...) Donc là il y a, et là il y a la sage-femme qui est dehors, qui est sortie gentiment.*

Clara rend compte d'une très grande rivalité affichée entre sa mère et elle et du fait que sa sexualité de femme lui a posé problème *si j'avais pu rester petite fille avec des cols roulés et des jupes à carreaux toute ma vie, ce serait parfait quoi !* La mise au monde d'un enfant est pour elle une façon assumée de se rapprocher de son père via la petite fille qu'elle a mise au monde. Elle est la fille unique de son père comme sa fille est sa fille unique alors que son conjoint a déjà un fils. *Mon père c'est pour lui c'est le premier et seul petit enfant (...), pour mon père, je suis la fille unique, et il ne s'attendait pas du tout à ce que j'ai un enfant, donc c'est AHH !! (rires). Il est tombé de sa chaise, hyper heureux.*

Pour Julie, Sophie, Anna, Élise, Sandra, Clara, il est étonnant de constater que la rivalité peut s'exprimer facilement par l'expression d'un désir de mise à distance de la mère, de séparation, de rapprochement avec le père qui se traduit parfois dans les premiers dessins de l'accouchement par la présence unique du conjoint, ou du médecin. Elle s'accompagne dans le même temps de l'expression du besoin de rester en lien, d'être comme sa mère. Ce besoin d'affiliation se manifeste à l'insu des femmes par l'utilisation par exemple de termes identiques qu'elles utilisent pour décrire leur accouchement et décrire leur propre naissance.

C'est le cas par exemple de Laure dont la mère a accouché dans sa chambre et qui emploie l'expression *un peu brutal* pour décrire sa naissance. C'est exactement le même terme quelle emploie à propos de son proche accouchement qui s'est déroulé lui en salle de naissance mais avec des forceps. C'est également le cas d'Élise qui ne souhaite pas *avoir le ventre ouvert en deux* comme sa mère, lors d'une césarienne et qui décrit son corps qui *s'ouvre en deux* au moment de la mise au monde de son enfant. Le plus souvent il s'agit de faire *comme* par exemple Sandra qui comme sa mère a dépassé son terme et fait un gros bébé. Ou encore Aurélie qui ne connaît de sa naissance qu'une photo. Lors du premier entretien, à propos de sa naissance elle dit : *je crois qu'il y a des photos, enfin pas beaucoup de photos plutôt des photos de l'arrivée*. L'arrivée ? Vous voulez dire ? *Bah le bébé dans les bras de la maman* ; Et qui lorsqu'elle relate son accouchement à elle, les premiers souvenirs qui lui reviennent en mémoire sont justement ceux-là : *Bah déjà, j'ai bien aimé, on a pris quelques photos quand même on y avait pensé sur le moment*. Vous avez pris quoi comme photos ? *Des photos quand on était en attente dans la chambre. Et quand le bébé était sur le ventre*.

Le cas d'Aïssatou :

Aïssatou parle très peu de sa mère. Elle nous précise lors du premier entretien de recherche que l'excision aurait été décidée par ses deux parents. *Mon père et ma mère surement car ils viennent du même village, et les familles se connaissent depuis longtemps etc., c'est la même tradition en fait. Donc je pense que c'est des deux côtés*. Les connaissances sur le corps féminin lui ont été transmises par ses sœurs. Dans son discours et son parcours, Aïssatou rend compte d'un désir de s'inscrire dans la culture française et de rompre avec sa culture d'origine. Par son travail, son mariage, le fait qu'elle ait des enfants tardivement, mais aussi sa façon de se vêtir, sa coiffure. Tout dans la conduite de sa vie tend à la distinguer de la tradition africaine dans laquelle sa mère l'a mise au monde et élevée.

b) Femmes du groupe « césarienne »

Comme chez la majorité des femmes du groupe «tout-venant», on retrouve chez la plupart des femmes du groupe «césarienne» une relation à leur mère ambivalente faite de rivalité et d'amour. Cette rivalité peut se traduire par l'expression de la présence d'un bébé œdipien comme par exemple pour Théodora qui dit à propos de son mari qui cherche à deviner à qui ressemblera leur fils *il a pris mon papa, quand il était bébé, (rires), mon papa quand il est grand, on a mesuré le crâne, on a fait des simulations pour savoir comment il sera, à quoi il ressemblera*. C'est également le cas pour Maria. Maria, par sa grossesse redonne vie à son père : *Il (le père de Madame) a accepté un traitement qu'il n'aurait pas accepté autrement parce qu'il allait devenir grand-père. Donc pour lui, c'était une source de vie*. Le déroulement de l'accouchement lui-même se fera autour de l'arrivée de ce père souffrant et de l'installation de son appareil de dialyse comme nous le développerons au chapitre suivant. La rivalité peut se traduire plus simplement par le besoin de dépasser sa mère, de faire mieux qu'elle. C'est le cas de Céline pour qui l'accouchement est le plus beau jour de sa vie, contrairement à sa mère pour qui se fut *un jour très pénible et pas le plus beau jour de sa vie du tout (rires)*.

Pour Maria comme pour Céline, la césarienne semble introduire une distance avec la mère, avec la lignée maternelle, dans le sens où elle permet une identification à la lignée paternelle, voir avec le père comme pour Maria qui dit : *moi je suis dans la chirurgie depuis toujours parce que mon père il est malade depuis plus de dix ans et puis pour moi la chirurgie... un ventre ouvert c'est déjà devenu anodin alors une césarienne, je ne le compte même pas dans la catégorie chirurgie*. Dans le cas de Maria, la césarienne permettrait à la fois d'être comme son père, de faire comme lui, mais également de le mettre à distance. En effet, lors du dessin de l'accouchement, Maria décrit son dessin, une série de petites scènes et dit : *on va tous à la clinique, après il y aura une séparation parce que les grand parents ils vont rester dans la salle d'attente et mon père il vient avec moi dans la salle d'accouchement*. Le mot père, contraction de père et de mari viendrait-il ici témoigner de l'enjeu œdipien autour de cet enfant à naître ?

Pour Céline, la césarienne semblerait à la fois un moyen de se distinguer de sa mère insatisfaite et de créer une rupture avec le lignage maternel pour s'inscrire dans la lignée paternelle. À propos de l'expérience de l'accouchement de sa mère, elle peut dire : *euh c'est toujours quelque chose de très dur dont apparemment sa propre mère ne lui avait jamais, ne l'avait jamais informée en fait* tandis que son autre grand-mère, sa grand-mère paternelle, elle, *a accouché trois fois par césarienne*. Aussitôt exprimée cette mise à distance est annulée par

la nécessité de rester en lien, de rester comme sa mère. Ici cela se traduit par une rationalisation du choix de la césarienne : *Et SURTOUT vraiment la douleur, parce que ma mère est très sensible et je suis aussi très sensible.*

Certaines femmes du groupe «césarienne» rendent compte d'une relation quasi fusionnelle avec leur mère, ce qu'on ne retrouve pas chez les femmes du groupe «tout-venant» de notre échantillon. C'est le cas de Cynthia dont la mère par exemple qui dit à propos de sa mère : *Quand elle a fait son AVC déjà c'est moi qui l'ai vécu ; moi je ne peux pas laisser ma mère et puis voilà (...) je ne peux pas laisser ma mère* dit-elle. C'est encore plus marqué pour Stéphanie qui décrit une mère extrêmement intrusive dans sa vie, mais aussi dans sa sexualité : *J'ai une mère qui regardait mes culottes, pour savoir euh, qui ouvrait mon courrier, euh etc. Parce que vraiment très euh. Elle voulait savoir si euh, si je fréquentais des garçons, voilà.* Violette décrit une relation avec sa mère dans laquelle on retrouve à plusieurs reprises l'expression d'un vécu de forçage par exemple lorsque sa mère l'a fait venir pour qu'elle regarde un accouchement à la télévision ou encore lorsqu'adolescente à propos des relations sexuelles, elle n'a pas le choix et doit *absolument lui dire que c'était déjà fait.* Elle cite sa mère *«je sais que vous vous voyez depuis longtemps, il doit y avoir... Il va se passer quelque chose forcément, tu vas avoir des relations sexuelles ».*

Samia et Charlotte se distinguent des deux tendances précédentes. Dans les deux cas, et pour des raisons très différentes, quelque chose de la rivalité œdipienne ne s'exprime pas. Dans le cas de Samia, il semblerait que la question de la différence des générations soit à la fois au premier plan et en même temps déniée, pour elle comme pour sa mère à qui elle fait dire : *«J'ai pas l'impression que c'est toi qui a un bébé, j'ai l'impression que c'est ta petite sœur».* Tous les enfants, sont les enfants de la mère. La sexualité c'est également l'affaire des parents. Après son accouchement, Samia retrouve le corps d'une adolescente à peine pubère, une adolescente de 12 ans, c'est-à-dire vierge et cela semble lui procurer de la satisfaction. Elle évoque un corps de petite fille davantage que celui d'une femme : *On rigole quoi, c'est vrai que je n'ai pas perdu de temps à retrouver ma ligne donc j'ai plus le corps d'une adolescente de 12 ans que le corps d'une maman.*

Pour Charlotte, il semblerait que l'ambivalence, c'est-à-dire à la fois la dimension agressive et la tendresse, peine à s'élaborer du fait de son lien à une mère à la fois idéalisée et décevante, frustrante, abandonnique du fait de sa maladie et de sa disparition. La dimension d'agressivité est transférée sur les soignants qui sont défailants, insatisfaisants, maladroits.

Les possibilités d'identification sont entravées par un conflit entre le besoin de s'identifier à sa mère au moment où elle devient mère elle-même et le désir teinté de culpabilité de s'en séparer. Cette difficulté est rejouée autour de sa demande de césarienne. En effet, dans le même temps, elle souhaite accoucher par césarienne, comme sa mère l'a fait pour elle et se dit insatisfaite par ce choix. La réalisation de la césarienne la met en grande difficulté car elle réactive chez elle l'angoisse de devenir comme sa mère, c'est-à-dire invalide, en devenant mère. *Ce que je n'avais pas prévu c'est que je sois aussi mal, que vous recommencez de zéro. Ben vous êtes, vous êtes un mollusque quoi, c'est catastrophique. Et vous recommencez de zéro, vous pensez à quoi ? Ben à ma mère en train de mourir sur son lit d'hôpital. Je pensais que je frôlais ce truc là et que je ne pouvais pas me relever.*

Le cas de Diane

Dans le cas de Diane, la rivalité œdipienne semblerait jouer à minima dans la négociation autour de la voie d'accouchement. Elle souhaite accoucher par césarienne comme cela se fait au Venezuela, comme sa mère l'a mise au monde, mais dans le même temps, elle désire être accouchée par son gynécologue-obstétricien de ville qui, lui, refuse de programmer une césarienne sans indication médicale. Dans le dessin, la dimension d'agressivité est perceptible à l'égard de la sage-femme qui est *petite* à côté du *gros médecin* très investi. Au total Diane choisit finalement d'accoucher par voie basse avec son médecin à condition, dit-elle, *de ne rien sentir* ; demande à laquelle il accède en déclenchant l'accouchement après la pose de la péridurale.

c) Synthèse H4.3.

Chez les femmes du groupe «tout-venant», la rivalité œdipienne se traduit dans le discours par l'expression du désir d'une mise à distance de la mère et d'un besoin de rester en lien avec elle. La rivalité s'exprime par le fait même de mettre un enfant au monde, comme sa propre mère, par des craintes autour de la légitimité à porter et à mettre au monde cet enfant-là. Il arrive que cette rivalité s'élabore dans le travail des rêves autour de l'accouchement. Les femmes rendent compte par les termes qu'elles emploient pour décrire leur accouchement et leur naissance de la mise en place d'un processus d'identification maternelle sur ce temps particulier qu'est l'accouchement.

A l'occasion de l'expérience de l'accouchement, il y aurait une négociation complexe, mais possible, entre l'expression fantasmatique de la réalisation des vœux œdipiens à savoir : prendre la place de la mère et obtenir un enfant du père et le maintien du lien à la mère.

L'expression du besoin de séparation-individuation serait possible à condition que la rivalité soit suffisamment liée à l'amour dans une saine ambivalence.

Comme chez les femmes du groupe «tout-venant», on retrouve parmi un nombre important de femmes du groupe «césarienne» un lien ambivalent à la mère dont l'expérience de l'accouchement traduit les enjeux. Ce qui les distingue alors c'est, pour certaines, la mise en place d'une identification maternelle non pas à la mère mais au père. Pour d'autres, les possibilités d'identifications maternelles sont entravées. Enfin, et ceci ne se retrouve chez aucune des femmes du groupe «tout-venant» de notre échantillon, pour plusieurs femmes du groupe «césarienne», la rivalité œdipienne n'est pas au premier plan. Ce qui prédomine c'est une relation duelle mère-fille de laquelle la fille semble avoir du mal à se dégager. Faire comme la mère, c'est-à-dire ici accoucher par voie basse d'un enfant reviendrait pour ces femmes non pas à mettre en scène la réalisation des vœux œdipiens mais à risquer de vivre une expérience de confusion. La demande de césarienne pourrait-elle s'entendre pour ces femmes là comme une tentative de séparation-individuation, l'introduction d'un tiers entre elle-même et leur mère ?

II. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS LONGITUDINAUX : DEUX CAS CLINIQUES

A. UNE FEMME ISSUE DU GROUPE «CESARIENNE» : STEPHANIE OU L'ENFANTEMENT IMMACULE

1. Présentation du cas de Stéphanie

2. Mise en perspective avec les hypothèses

a) Les représentations de l'accouchement

Dans le cas de Stéphanie, concernant les représentations de l'accouchement, ce qui frappe c'est que quelque soit la modalité d'accouchement envisagée, l'expérience en elle-même ne peut pas être investie libidinalement. Ce qui l'est, c'est la douleur, ou plus exactement, le contrôle qu'elle exerce dessus. L'accouchement sera réussi si l'enfant né immaculé, sans être *souillé* par la douleur, donc sans être entaché par le sexuel. Si on se réfère à la définition que donne Stéphanie de sa maladie, c'est l'excès de sensation qu'elle doit

contrôler. La maîtrise de la douleur pourrait-elle être envisagée comme une stratégie mise en place pour palier le défaut de refoulement, ou l'excès d'excitation suscité par les sensations, et en particulier les sensations agréables, qui viennent du corps? Contrairement à la majorité des femmes du groupe «césarienne», Stéphanie relate une continuité des représentations de l'enfant par le biais du déroulement de l'accouchement et notamment le fait qu'il *boive la tasse, qu'il crie avant d'être sorti*, et donc à la continuité des traits de caractère qu'elle lui prête : il est pressé de naître, pendant la grossesse, il était déjà hyperactif. Toutefois, lors du troisième entretien elle évoque l'effet de surprise produit par la rapidité de la naissance, le sas qui aurait peut-être manqué et elle se demande si l'accouchement par voie vaginale n'aurait pas fonction à créer une sorte d'espace de transition entre l'avant et l'après.

b) L'investissement du corps

Stéphanie, on l'a vu, investit son corps de façon extrêmement particulière où toute volupté doit être écartée. Le seul plaisir qu'elle connaisse semble être le contrôle qu'elle exerce sur la douleur qu'elle gère *très, très, très bien*, et l'hyperactivité physique et surtout intellectuelle. Elle dit qu'elle ne peut pas compter sur son corps qui, dit-elle, *l'encombre* comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre. Elle se qualifie d'handicapée. Cette modalité d'investissement interroge. Quel plaisir coupable ce corps lui aurait-il permis un jour d'éprouver que les digues du refoulement ne parviendraient pas à contenir... Serait-ce la répétition et l'insistance des soins prodigués par sa mère sur sa vulve de petite fille ?

Mais, par son intermédiaire de corps souffrant, elle contrôle. Son hypersensibilité lui permet de ne pas avoir de rapports sexuels, de ne pas accoucher, de quitter son travail... elle ne maîtrise, dit-elle, pas son corps, mais son corps souffrant lui permet de maîtriser d'autres choses...

c) L'investissement de la maternité

Comme pour beaucoup des femmes du groupe «césarienne», on retrouve chez Stéphanie l'expression d'un non désir d'enfant ou plutôt d'un non désir de maternité qui est à interroger. Or elle est enceinte ! Stéphanie considère que c'est l'investissement de sa mère pour les enfants dans le cadre de sa profession d'assistante maternelle qui est à l'origine de son non désir d'enfant à elle. *Ça l'aurait dégoûté*. Peut-être a-t-elle perçu de façon traumatique, dans l'après-coup lors des soins qu'elle a elle-même reçus, la satisfaction libidinale éprouvée par sa mère lors des soins apportés aux enfants ? Peut-être a-t-elle-même éprouvé du plaisir lors de ces soins quand elle-même les recevait?

Au plan manifeste, Stéphanie souhaite être une mère différente de celle que sa mère à été pour elle. Elle lui reproche d'être intrusive, de ne pas prêter attention à ses demandes, et elle se réjouit d'attendre un garçon. Avec une fille elle aurait eu, dit-elle, peur de répéter certaines choses. Mais dans le même temps, le processus identificatoire est au travail. Il apparaît au fil du discours quand Stéphanie se rend compte qu'elle est comme sa mère qui, elle aussi, a des brûlures lorsqu'elle urine...

d) L'élaboration de la problématique œdipienne

Quelle place a la *coupure* dans la psychosexualité de Stéphanie ? De la coupure de son sexe à la naissance, à la coupure de son ventre lors de la naissance de son enfant ? Les trois entretiens cliniques de recherche ne nous permettent pas d'y répondre, bien sûr. Cependant ils mettent à jour la part importante qu'occupent ses relations à une mère qui semble ici occuper une place importante dans la sexualité infantile et génitale de sa fille. Dans le cas de Stéphanie, on est frappé de constater le peu de référence faite à l'imgo paternelle hormis éventuellement le *gros bulldozer* qui pourrait évoquer l'enfant du père voire le pénis paternel. Les investissements libidinaux de la mère de Stéphanie sont entièrement orientés vers les soins des nombreux enfants dont elle s'est occupée en tant qu'assistante maternelle. Les sphères orales et anales sont ses sphères de prédilection et la satisfaction génitale n'est pas autorisée. Il semble qu'il en soit ainsi également pour Stéphanie.

Tout se passe comme si les soins aux enfants avaient été pour cette femme sa seule source de satisfaction libidinale, faisant du corps de l'enfant un objet de satisfaction sexuelle. Et si, chez Stéphanie, le plaisir éprouvé lors des soins maternels lorsqu'elle était bébé, était venu faire trauma dans l'après-coup, lorsqu'elle avait vu sa mère prendre soin des enfants dont elle avait la charge sur un mode incestuel insupportable ? Ainsi, le corps de Stéphanie serait devenu un corps souffrant afin de mettre à distance toutes expériences sensuelles quelles qu'elles soient.

Au total, pour Stéphanie, la place du corps souffrant apparaît au premier plan de l'analyse des entretiens. Elle s'accompagne du barrage du sexuel génital et infantile, dans une dimension hystérique prononcée. La seule évocation du lien au père œdipien a lieu lors d'une émergence en processus primaire traduisant à la fois son existence et son défaut d'élaboration. L'omniprésence de la mère, première et seule séductrice de l'enfant, est patente. Sous couvert de son symptôme douloureux, qui barre l'accès à toute érogénéité si ce n'est celle du contrôle

de la douleur elle-même, Stéphanie peut avancer dans la conquête de son autonomie à l'égard de sa mère et la recherche d'un plaisir non coupable.

Dans le cas singulier de Stéphanie, pourrait-on penser le recours à la césarienne comme un symptôme, un compromis entre le désir et la défense d'investir libidinalement un enfant ?

B. UNE FEMME ISSUE DU GROUPE «TOUT-VENANT» : ÉLISE, UNE FEMME DESIRANTE

1. Présentation du cas d'Élise

2. Mise en perspective avec les hypothèses

a) Les représentations de l'accouchement

Dans le cas d'Élise, les représentations du passage de l'enfant par la voie vaginale lors de l'accouchement sont présentes, verbalisées, non représentées dans le dessin, et mises au second plan. Au premier plan, l'évocation de l'accouchement suscite des représentations de la douleur et de la durée qui, à la manière de représentations écran, viendraient masquer d'autres représentations.

L'accouchement ne représente pas une menace pour Élise, au contraire. Il est très investi libidinalement et représente une part de la conquête du féminin à laquelle Élise aspire depuis son adolescence et dont elle s'est sentie à un moment éloignée par rapport à *d'autres*. Elle espère d'abord en être *capable* et puis, une fois l'expérience vécue, elle se sent *plus forte*.

Elle ne met pas de côté les transformations du corps et du sexe, y compris l'épisiotomie, mais ces modifications sont envisagées comme transitoires et sans effet sur sa sexualité ultérieure.

En gérant elle-même la péridurale de façon légère, elle a perçu l'engagement de son enfant dans le bassin, puis son passage dans le vagin et la vulve. Elle a éprouvé la traversée de son enfant par la filière génitale et qualifie ce temps de passage.

b) L'investissement du corps

Pour Élise, le corps est à même de fournir la réassurance narcissique dont elle a besoin. A l'adolescence déjà, malgré une puberté qu'Élise considère comme trop tardive, son corps se transforme rapidement et lui permet en quelque sorte de «rattraper son retard». De la même façon, la grossesse arrive vite mais, dit-elle, *ça m'a paru long*. Concernant l'expérience de l'accouchement, le fait qu'il se déroule par voie basse, la conforte dans sa *capacité* à mettre au monde des enfants et lui procure une réassurance narcissique. Dans le discours d'Élise, le corps est souvent évoqué en lieu et place du sexe : le corps qui se remet, le corps qui s'élargit, le corps qui récupère.

Élise ne cherche pas particulièrement à contrôler son corps, elle tente de laisser son corps s'ouvrir en deux pour que naisse son enfant.

c) L'investissement de la maternité

Élise est issue d'une famille nombreuse et évoque spontanément le fait qu'elle aimerait avoir elle-même une famille de trois enfants. De son désir d'enfant, elle dit très peu de choses si ce n'est son impatience, mais il s'agit, nous semble-t-il, davantage de l'impatience à éprouver le fonctionnement de son corps, à porter un enfant et à le mettre au monde. Très rapidement elle évoque le fait que sa mère a trouvé les césariennes très pratiques car programmées. Elle a eu des *naissances sereines*, dit-elle à propos de sa mère. Dans l'entretien, la mère d'Élise nous donne l'impression d'être une mère de famille nombreuse, assez pragmatique, dont Élise parle peu parce que leur relation ne semble pas lui poser de problème. Troisième de la fratrie, elle semble avoir une certaine liberté dans ses relations.

C'est au fond comme si par sa participation aux entretiens clinique de recherche, Élise venait chercher ailleurs, auprès d'une autre femme, auprès de l'institution maternité le support identificateur d'une mère qui accouche par voie basse, comme elle est allée chercher auprès des sages-femmes lors du suivi de grossesse et lors de l'accouchement la réassurance du bon fonctionnement de son corps. L'imaginaire maternel est évoqué à minima mais de façon

bienveillante et toujours assez à distance. Les sages-femmes sont deux et elles font bien, elles conseillent bien, mais c'est Élise qui réalise.

L'identification maternelle à la mère se fait parallèlement et se repère par le choix des mots employés pour décrire le déroulement de l'accouchement. À propos de sa naissance par césarienne, elle utilise le terme *le ventre ouvert en deux* pour décrire l'opération qu'elle a subie sa mère pour sa naissance. À son tour, elle évoque son corps qui s'ouvre à propos de la sensation qu'elle éprouve lors de son accouchement : *j'avais vraiment l'impression que tout mon corps était en train de s'ouvrir*.

d) L'élaboration de la problématique œdipienne

Élise rend compte de la souplesse avec laquelle elle passe d'une position passive à une position active et réciproquement dès le début du premier entretien lorsqu'elle évoque son désir d'accoucher par voie basse et la nécessité éventuelle de se soumettre à une autre alternative. Sur le temps de l'accouchement elle met à nouveau en jeu une négociation souple et constante entre l'activité de la femme qui produit un effort pour pousser son enfant hors d'elle et dans le même temps l'activité qu'elle déploie à se laisser faire, à se laisser agir par la douleur afin que son corps s'ouvre et laisse sortir l'enfant qui naît.

Pour Élise, l'accouchement fait à la fois partie intégrante de sa relation de couple et de son expérience singulière de femme. La sexualité et le désir se vivent de façon libre et souple et ne suscite pas d'angoisse massive. Ils se vivent à l'abri d'un refoulement modéré qui se présente dans le cas de l'accouchement par l'émergence des représentations douloureuses à chaque fois que le plaisir se montre.

Les imagos parentales d'Élise sont peu présentes dans son discours. A minima apparaît la question de la rivalité avec les autres femmes, «les vraies», au moment de l'adolescence, peut-être sa grande sœur et sa mère en font-elles parties...

Au total, l'expérience d'Élise illustre un point particulier que nous avons retrouvé chez la quasi-totalité des femmes de notre échantillon, qu'elles aient ou non demandé à accoucher par césarienne, à savoir la proximité sémantique utilisée pour décrire deux premières fois singulières : la première expérience sexuelle, le premier accouchement. Dans le cas d'Élise, il s'agit d'une curiosité, d'un désir et d'une satisfaction qui se retrouvent dans deux expériences et souligne l'interpénétration du féminin et du maternel au sein de l'expérience de l'accouchement elle-même.

CHAPITRE 8

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES GÉNÉRALES

I. VALIDATION DE LA PREMIÈRE HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

H1. LES REPRÉSENTATIONS SUSCITÉES PAR L'ACCOUCHEMENT DIFFÉRENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT À ACCOUCHER PAR CÉSARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Dans cette première hypothèse générale, nous nous sommes intéressés à la question des représentations suscitées par l'emprunt de la filière génitale par le bébé lors de l'accouchement. Nous avons formulé l'idée qu'il existerait une différence en termes de nature de ces représentations et en termes de mécanisme de défense mis en place pour traiter l'excitation engendrée par ces représentations. Nous avons également émis l'hypothèse que l'éprouvé de l'expérience corporelle de l'accouchement par la voie génitale favorisait la continuité de la représentation de l'enfant entre le pré- et le postnatal.

Les résultats obtenus par l'analyse des *verbatim* des entretiens et des dessins montrent que les représentations de l'accouchement par voie basse suscitent de l'angoisse chez les femmes des deux groupes. Chez les femmes du groupe «tout-venant», cette angoisse se traduit par une forme d'ambivalence à l'égard de l'accouchement voie basse, qualifié d'événement à la fois désirable, enviable, mais également redoutable car douloureux et fatiguant. En revanche, chez les femmes du groupe «césarienne», l'angoisse s'exprime au travers de l'association des représentations de l'accouchement par voie basse à des situations ou des lieux terriblement menaçants et portant atteinte à l'intégrité physique (mutilation, boucherie) ou humaine (ce sont les animaux qui mettent bas) de la personne, en d'autres termes, portant atteinte au moi.

Les représentations de l'accouchement et, en particulier, celles du passage de l'enfant par le sexe maternel lors de l'accouchement, sont présentes chez les femmes des deux groupes. Elles subissent un refoulement plus important de la part des femmes du groupe «tout-venant» que de la part des femmes du groupe «césarienne». Pour ces dernières, les représentations sont soit très crues soit absentes. Il est probable que dans ce cas, d'autres mécanismes de défense plus opérants se soient mis en place.

Enfin, la majorité des femmes ayant accouché par voie basse avec une péridurale légère éprouvent la continuité du passage de leur enfant dans la filière génitale, du dedans au

dehors. Ces femmes semblent tirer de cette expérience une réelle et profonde satisfaction qui s'accompagne, le plus souvent, d'un afflux émotionnel important. Les références fréquentes aux sensations convoquées sur le temps de la naissance viennent en lieu et place des mots qui manquent pour exprimer ce que les femmes éprouvent et qui semble être au-delà des mots, au-delà des représentations. En revanche, les femmes qui ont donné naissance par césarienne et qui ont elles aussi éprouvé le passage de leur enfant du dedans au dehors au cours de l'opération ne relatent pas du tout le même type d'expérience, sauf une. Elles rendent davantage compte de l'apparition soudaine d'un enfant qu'elles ont parfois des difficultés à s'attribuer et qui leur proviendrait de *l'extérieur*. Dans ce contexte, le premier contact avec le bébé est presque toujours un contact visuel, parfois auditif.

Au total, bien qu'il existe des différences importantes entre chaque sujet au sein de chaque groupe et qu'il soit toujours difficile de généraliser à partir d'un petit échantillon, trois tendances se dégagent de l'analyse de nos résultats concernant les représentations de l'accouchement chez les femmes ayant demandé à accoucher par césarienne.

Tout d'abord, les représentations conscientes suscitées par l'emprunt de la filière génitale par le bébé lors de l'accouchement à venir se caractérisent par leurs natures extrêmement menaçantes à l'égard de leur intégrité physique et psychique. Puis, ces représentations souvent très crues ne sont pas ou peu refoulées. Contrairement aux femmes tout-venant, la dimension désirable de l'accouchement par voie-basse n'est jamais évoquée.

Enfin, concernant la différence des représentations de l'enfant lors de son passage du dedans au dehors du ventre maternel, la continuité des représentations de l'enfant du dedans au dehors n'est pas assurée. Tout se passe comme si la représentation de l'existence du bébé n'étant pas étayée sur la base d'éprouvés corporels endogènes mais donnée sous la forme d'une image externe, les éprouvés de l'incision et de l'extraction de l'abdomen ne pouvaient suppléer aux éprouvés de filière génitale et du vagin. Cette première hypothèse générale est donc validée.

II. VALIDATION PARTIELLE DE LA DEUXIÈME HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

H2. LES MODALITES D'INVESTISSEMENT DES FONCTIONS FÉMININES DU CORPS DIFFÉRENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CÉSARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Dans cette seconde hypothèse générale, nous nous sommes intéressés à la façon dont les femmes avaient investi leur corps et les fonctions féminines de celui-ci tout au long de leur développement, y compris lors de la grossesse et de l'accouchement. Nous avons étudié les représentations de leur corps sur le temps de l'accouchement. Et ce, afin d'appréhender de quelle façon ce corps avait été le support plus ou moins solide de la perception de la singularité de leur sexe. Puis, nous nous sommes demandés si le besoin de maîtrise du corps et de la sexualité exprimé par les femmes était plus prononcé chez les femmes demandant à accoucher par césarienne que chez les femmes tout-venant. Enfin, nous avons tenté d'évaluer si le recours à la césarienne procurait le sentiment de maîtrise attendu.

Concernant le corps féminin comme support possible du narcissisme de la femme, les résultats obtenus par l'analyse des *verbatim* des entretiens et du premier dessin de l'accouchement montrent que, contrairement à nos attentes, le corps et les fonctions sexuelles de celui-ci, c'est-à-dire fonctions érogènes et de reproduction, semblent avoir été source de satisfaction libidinale de façon relativement équivalente pour les femmes des deux groupes, notamment en ce qui concerne la sexualité et la fertilité. En revanche, une nette différence concerne l'effet produit par l'arrivée des premières règles qui représentent bien plus souvent une effraction pour les femmes du groupe «césarienne» que pour les femmes tout-venant. Une autre différence notable concerne le fonctionnement du corps en général. Les récits de maladie chronique sont fréquents chez les femmes du groupe «césarienne» et n'apparaissent jamais chez les femmes du groupe «tout-venant».

Il semblerait donc que ce ne soit pas le corps sexué qui soit moins à même de servir d'étayage au narcissisme de la femme qui demande à accoucher par césarienne mais le corps total. Ces résultats corroborent ceux auxquels nous sommes parvenus par l'analyse du premier dessin de l'accouchement. De façon tout à fait remarquable, nous avons repéré une différence au niveau de la représentation de soi dans le dessin de l'accouchement. La caractéristique principale des dessins des femmes du groupe «césarienne» est la fréquence de la représentation d'un corps partiel, souvent le haut du corps seulement, ou d'un corps stylisé, un corps «bâton» sans représentation de la chair.

Le désir de rester maîtresses d'elles-mêmes, qui s'exprime par le contrôle que les femmes souhaitent avoir sur leur corps, notamment lors de l'accouchement, est important chez les femmes des deux groupes. Cependant, il n'a pas la même intensité et ne porte pas sur les mêmes zones corporelles. Parce que la césarienne se déroule selon un protocole précis connu à l'avance, elle permet aux femmes d'anticiper le déroulement des événements qui président à la mise au monde de leur enfant, et donne ainsi aux femmes qui la choisissent le sentiment de les contrôler, apaisant ainsi une part de leur angoisse. Ce qui caractérise les femmes du groupe «césarienne» c'est le besoin de contrôler les déformations physiques au niveau du sexe. En cela, la césarienne est une source de réassurance, car même si la réalisation de l'opération n'est pas toujours conforme à ce que les femmes avaient anticipé, leur sexe, lui, est bien indemne. En effet, l'accouchement, quelles que soient les modalités de sa réalisation, reste un événement dont la dimension désorganisatrice semble ne pouvoir être évitée. Pour l'ensemble des femmes de notre échantillon, cela se traduit par la fréquence élevée de scores significatifs aux échelles de dissociation péri-traumatique en post-partum immédiat.

Au total, en nous intéressant aux modalités d'investissement des fonctions féminines du corps, nous nous attendions à trouver une différence entre les femmes des deux groupes. Bien qu'il existe des différences importantes entre chaque sujet au sein de chaque groupe et qu'il soit toujours difficile de généraliser à partir d'un petit échantillon, c'est la conclusion à laquelle nous avons abouti. Cependant, il convient de préciser et de nuancer. Nous nous attendions à trouver des investissements sur un mode plutôt hystérique, pris dans une relation de séduction à l'autre, chez les femmes tout-venant. Pour les femmes ayant choisi la césarienne pour accoucher, nous nous attendions à ce que les fonctions sexuelles du corps soient investies selon une modalité plutôt narcissique, c'est-à-dire comme un objet de réassurance constante. Pour les femmes ayant demandé à accoucher par césarienne, il semblerait que le sexe en tant qu'organe génital, bénéficie d'un surinvestissement narcissique sur un mode phallique. Et ce contrairement aux femmes tout-venant pour lesquelles c'est le sexuel féminin, c'est-à-dire non seulement l'organe génital mais également les fonctions sexuelles féminines de reproduction, qui serait investi non pas sur un mode hystérique comme nous l'avons fait l'hypothèse, mais également sur un mode phallique venant ainsi préciser nos résultats. Notre hypothèse est donc partiellement validée.

III. VALIDATION DE LA TROISIÈME HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

H3. L'INVESTISSEMENT DE LA MATERNITE DIFFERE CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Cette troisième hypothèse générale concerne l'existence d'une différence entre la façon dont les femmes du groupe «césarienne» et les femmes du groupe «tout-venant» ont investi la maternité. Nous avons d'abord émis l'hypothèse d'une différence de degré en termes d'investissement libidinal de la maternité chez les femmes des deux groupes, en nous fondant sur l'étude, dans le discours, de leur désir de maternité et de leur désir d'enfant d'une part et sur l'investissement de la sphère sociale et professionnelle d'autre part. Nous avons également émis l'hypothèse d'une différence de nature de la relation à figure identificatoire maternelle autour de l'expérience de l'accouchement.

Les résultats obtenus par l'analyse des *verbatim* des entretiens et des dessins montrent que, bien qu'il existe des différences individuelles au sein de chacun des deux groupes dues à la singularité des sujets, une tendance assez nette se dégage. Contrairement aux femmes du groupe «tout-venant» qui rendent souvent compte d'un désir de maternité ancien et du désir éventuel d'avoir plusieurs enfants, les femmes du groupe «césarienne» relatent davantage l'absence d'un désir de maternité antérieure. Plusieurs assument le fait qu'elles sont enceintes parce que c'était le désir de leur conjoint et non le leur, ou par conformisme social. Une grande partie privilégie le projet d'avoir un enfant unique. La carrière professionnelle, ou plus précisément tout ce qui concerne la réalisation personnelle, est investi de façon plus significative chez les femmes du groupe «césarienne» que les femmes du groupe «tout-venant».

Les mères des femmes du groupe «césarienne» relatent à leur fille davantage d'accouchements difficiles, douloureux, et ayant laissé des traces sur leurs corps que les mères des femmes du groupe «tout-venant». Contrairement aux mères des femmes du groupe «tout-venant» qui ont, dans la majorité des cas, mais pas toujours, transmis à leur filles des récits, parfois très positifs, de naissances plutôt faciles, au cours desquels l'expérience de l'accouchement, le passage du bébé dans la filière génitale à proprement parler est tu, sans être ignoré. Elles entretiennent dans l'ensemble des rapports apaisés avec leurs filles et avec leur propre expérience de l'accès à la maternité. Ceci pourrait nous laisser croire que l'identification à la figure maternelle lors de l'accouchement soit facilitée dans ces cas-là. Or, contrairement à nos attentes, ce n'est pas le cas. Comme en témoigne également l'analyse des

dessins de l'accouchement et plus particulièrement le traitement de la place de la sage-femme sur le temps de l'accouchement, pour les femmes des deux groupes, le rapprochement avec la figure maternelle semble difficile en raison de la manifestation de sentiments plus ou moins ambivalents. La figure maternelle, plus qu'une figure d'étayage, semblerait avant tout être une figure à laquelle il faille se comparer, se mesurer.

Pour conclure, bien qu'il soit toujours difficile de généraliser à partir d'un petit nombre de sujets, trois résultats principaux concernant l'investissement de la maternité chez les femmes de notre échantillon se dégagent.

Dans leur ensemble, les femmes du groupe «césarienne» rendent compte d'un plus grand investissement de la sphère sociale et professionnelle et d'un moindre investissement de la maternité que les femmes du groupe «tout-venant». Comme nous nous y attendions, les mères des femmes du groupe «césarienne» sont moins à même de servir de support identificatoire à leur fille dans la mesure où elles relatent pour elle-même des histoires d'accouchement souvent difficiles. Cependant, et contrairement à nos attentes, dans tous les cas, la nature ambivalente du lien à la figure maternelle est réactivée par l'expérience de l'accouchement. L'expérience de l'accouchement devient en elle-même une manière de se mesurer à cette figure davantage encore que de s'en rapprocher, bien que cette dernière dimension soit aussi présente.

Au total, il existe des différences concernant la façon dont les femmes du groupe «césarienne» investissent la maternité et sur les possibilités d'étayage sur les récits de maternité de leur propre mère. Notre hypothèse est donc validée. En revanche pour l'ensemble des femmes des deux groupes l'expérience de l'accouchement à proprement parler semble bien faire l'objet d'enjeux spécifiques et réinterrogent les processus identificatoires au sein de l'expérience de l'accouchement elle-même.

IV. VALIDATION DE LA QUATRIÈME HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

H4. LA REACTUALISATION DE LA PROBLÉMATIQUE ŒDIPYENNE FÉMININE A LAQUELLE CONFRONTE L'EXPERIENCE DE L'ACCOUCHEMENT S'ELABORE DIFFEREMMENT CHEZ LES FEMMES QUI DEMANDENT A ACCOUCHER PAR CESARIENNE ET CHEZ LES FEMMES TOUT-VENANT

Afin de mettre à l'épreuve cette quatrième et dernière hypothèse, nous nous sommes intéressés à la façon dont l'accouchement réactualise certaines dimensions de la problématique œdipienne féminine et s'offre comme un nouveau temps de son élaboration. Nous avons abordé l'œdipe féminin à partir de trois axes. Le premier est celui de la dialectique activité - passivité convoquée dans l'expérience de l'accouchement par la situation de dépendance dans laquelle se retrouve la femme en travail. Le second est celui de l'angoisse suscitée par la question de la différence anatomique des sexes à laquelle confronte l'expérience de l'accouchement. Et le troisième, enfin, concerne la différence des générations réactualisée par l'accès à la maternité et les réaménagements de la relation mère-fille qui en découlent en termes de séparation-individuation et de rivalité œdipienne notamment.

Les résultats obtenus par l'analyse des *verbatim* des entretiens et des dessins montrent que les femmes du groupe «tout-venant» anticipent plus facilement le fait d'occuper une position passive lors de l'accouchement, bien que cela nécessite parfois quelques aménagements tel mettre la sage-femme à distance, au moins de façon fantasmatique, comme le montre les résultats de l'analyse des dessins. En postnatal, la plupart des femmes du groupe «tout-venant» rendent compte de l'accouchement sur un mode actif traduisant la mise en œuvre d'une transformation. Ce phénomène diffère de celui qui s'observe chez les femmes du groupe «césarienne» qui revendiquent d'être actives lors de leur accouchement. Cela se traduit dans le fait de choisir elle-même la modalité qui leur convient le mieux pour donner naissance, en l'occurrence, ici, la césarienne. Cependant ce sentiment d'activité se heurte parfois à la réalité de l'expérience qui vient, pour certaines, réactiver un vécu de passivité douloureux.

Des angoisses de perte, perte du bébé, perte de sang, apparaissent de façon plus fréquente dans le discours des femmes du groupe «tout-venant». Tandis que chez la majorité des femmes du groupe «césarienne», l'expression de l'angoisse de castration est au premier plan. Elle se manifeste par l'horreur que suscite l'épisiotomie, allant jusqu'à représenter une mutilation du sexe féminin, voire une excision.

Enfin, la rivalité œdipienne s'exprime, pour l'ensemble des femmes, par le fait même de mettre un enfant au monde, comme leur propre mère, et par des craintes autour de la légitimité à le porter et à le mettre au monde. L'analyse approfondie du discours des femmes, des similitudes entre les termes qu'elles emploient pour décrire leur accouchement et ceux qu'elles utilisent pour parler de leur propre naissance, a permis la mise en évidence de la mise en place d'un processus d'identification maternelle autour de cette expérience particulière de l'accouchement, et ce, malgré, ou peut-être, à cause, de la rivalité qui s'exprime par ailleurs. D'une part, la figure maternelle est mise à distance, et de l'autre, le maintien du lien, l'inscription dans une filiation maternelle sont possible.

Cependant, les femmes du groupe «césarienne» rendent compte de certaines spécificités par rapport aux femmes tout-venant. On retrouve tout d'abord une identification maternelle non pas au lignage maternelle mais au lignage paternel. Puis il arrive que, contrairement aux femmes «tout-venant», la rivalité œdipienne ne soit pas toujours au premier plan. Dans ce cas, c'est une relation duelle, préœdipienne, mère-fille de laquelle la fille semble avoir du mal à se dégager qui prédomine. Faire comme la mère, c'est-à-dire ici, accoucher par voie basse, reviendrait pour ces femmes non pas à mettre en scène la réalisation des vœux œdipiens mais à risquer de vivre une expérience de confusion avec la mère. La césarienne pourrait-elle alors s'entendre comme une tentative de différenciation ?

Au total, à l'occasion de l'expérience de l'accouchement, il y aurait pour toutes les femmes une négociation complexe, mais possible, entre l'expression fantasmatique de la réalisation des vœux œdipiens, à savoir : prendre la place de la mère et obtenir un enfant du père et le maintien du lien à la mère et ce pour les femmes des deux groupes. En cela, l'accouchement serait bien un temps singulier de la réélaboration de la problématique œdipienne. Mais nos résultats mettent en évidence certaines spécificités au regard des questions de la passivité, de l'angoisse et de la rivalité œdipienne maternelle. Une des expressions des achoppements de la dynamique psychosexuelle de certaines femmes ayant demandé à accoucher par césarienne se caractériserait précisément par le refus de la position passive lors de l'accouchement, et, dans certain cas, par l'existence d'un lien fusionnel à l'imgo maternelle préœdipienne. La nature de la relation à l'imgo maternelle d'avant l'œdipe semble bien être une caractéristique majeure de la problématique des femmes qui demandent à accoucher par césarienne. Pour ces dernières, le fait même d'avoir recours à la césarienne semblerait participer à l'élaboration de la problématique œdipienne sous l'aspect du dégagement d'avec l'objet primaire. Cette quatrième hypothèse est donc validée.

QUATRIÈME PARTIE

DISCUSSION

CHAPITRE 9

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

I. L'ACCOUCHEMENT : UN ACTE SEXUEL ?

1. L'analogie sémantique entre la défloration et l'accouchement

Que les femmes aient demandé à accoucher par césarienne ou non, il est frappant de constater, dans l'analyse des *verbatim* de nos entretiens cliniques de recherche, la proximité du lexique utilisé pour décrire deux premières fois singulières : la première expérience sexuelle — la défloration — et le premier accouchement. À propos de sa «première fois», Élise raconte qu'elle *a eu vite envie de savoir ce que ça fait, envie déjà de connaître ça, de faire l'expérience, de découvrir, voilà* ; Ce sont les mêmes mots qu'elle utilise lorsqu'elle évoque l'accouchement *j'aimerais bien connaître ça... J'aimerais bien euh (...) j'aimerais bien connaître ça une fois*. Dans le cas d'Élise, il s'agit d'une curiosité, d'un désir et d'une satisfaction qui se retrouvent dans deux expériences *a priori* distinctes et qui pour nous soulignent l'unicité du sexe féminin dans sa fonction érogène et reproductive. Or le caractère insupportable de la proximité de l'enfant et du sexuel de la mère, déjà présente chez Rank (1924) à propos du traumatisme de la naissance, rend nécessaire la mise en place de mécanisme de défense visant à disjoindre les deux fonctions : la satisfaction libidinale et la mise au monde d'un enfant. Ainsi Rank écrit «Le trait commun à toutes les théories infantiles de la naissance (...), consiste à ne pas tenir compte de l'organe sexuel féminin, à ignorer son existence, ce qui prouve de la manière la plus nette qu'elles reposent toutes sur le refoulement du traumatisme de la naissance, ce souvenir rattachant précisément le traumatisme aux organes sexuels comme à sa cause» (p. 52).

Notre hypothèse est que ces deux fonctions ne sont pas d'emblée disjointes. Hélène Parat (2006) a largement contribué à mettre en avant les mécanismes qui sous-tendent la disjonction entre *sein érotique* et *sein nourricier*. «Dans son excès» écrit-elle, «le partage entre mère et femme laisse entrevoir ce qu'il combat, l'impensable d'une mère féminine, sexuée et séductrice» (p. 11). Mais qu'en-est-il du partage du sexe de la femme? La distinction entre utérus, organe de la maternité, et vagin, organe du coït, est parfois avancée. Or l'emprunt de la filière génitale, dont le vagin, lors de l'accouchement rend caduque cette dichotomie. Pourrait-on proposer à la suite de Parat que la demande maternelle de césarienne

soit, dans certains cas, à la façon du recours pour certaines femmes à l'allaitement artificiel, une stratégie inconsciente mise en place afin de disjoindre vagin de mère et vagin de femme dans la naissance et de se préserver ainsi du caractère insupportable de son unicité?

Le discours d'Élise illustre une caractéristique que nous avons retrouvée chez la quasi-totalité des femmes de notre échantillon qu'elles aient choisi d'accoucher par césarienne ou non *j'aimerais bien connaître ça... J'aimerais bien euh (...) j'aimerais bien connaître ça une fois*. Non seulement les termes employés sont quasiment les mêmes, mais les sentiments à l'égard de ces deux premières fois se ressemblent. Lyliia, une femme du groupe «tout-venant», dit à propos de son premier rapport sexuel : *c'était la panique générale, j'avais trop peur, mais mon mari m'a vraiment rassurée*. Peur comme maintenant ? (...) *Ah non beaucoup plus maintenant. Peut-être parce que je ne l'ai pas encore vécu, et maintenant je vois que mon premier rapport conjugal... Enfin, c'était rien, mais là j'ai vraiment peur*.

Le cas de Maria, une femme du groupe «césarienne» est assez paradigmatique de ce phénomène. *J'ai toujours eu dans la tête que je ne voulais pas que ce soit quelque chose d'important parce que je voulais que ce soit quelque chose qui m'appartient à moi. Je ne voulais pas qu'on dise ben, il a pris ma virginité*. Les mots qu'elle emploie à propos de la défloration, les sentiments qu'elle exprime, sont les mêmes que ceux qu'elle emploie à propos de l'accouchement, «ça» ne doit pas avoir d'importance : *C'est pour ça aussi que pour moi ça n'a aucune importance, l'accouchement en-soi. Plus vite on le fait avec moins de douleur, moins d'impact, mieux ça sera. Parce que l'accouchement en-soi, ça n'a aucune importance*. La question qui se pose est de savoir si ces similitudes que nous avons retrouvées sont dues à la confrontation à la dimension sexuelle de l'accouchement ou au fait qu'il s'agisse d'une première fois. Autrement dit, est-ce que nos sujets réagissent toujours de la même façon aux «premières fois» qu'elles aient un caractère sexuel ou non ?

Deutsch (1945) donne une version féminine du proverbe *Omne animal post coitum triste est : Omnis mulier post partum triste est* (p. 216) soulignant le parallèle émotionnel entre l'expérience du coït chez l'homme et celle de l'accouchement chez la femme. Elle soutient l'idée selon laquelle «l'accouchement est en analogie plus étroite avec le coït qu'avec les autres fonctions du corps» (p. 210). Le coït et l'accouchement forment un processus unique qui commence par l'admission et la rétention et se termine par le don et l'expulsion, ce qui s'accorde bien avec les faits biologiques. L'acte biologique commencerait au moment de la fécondation, se poursuivrait par la grossesse, et arriverait peu à peu à sa fin dans l'accouchement. Cette progression des événements, le fait que l'un soit conditionné par

l'autre, cette continuité dans le développement, ne sont pas seulement biologiques mais aussi psychiques. Aussi, Deutsch nous apprend que dans sa pratique clinique elle retrouve constamment l'identité du plaisir du coït et de la douleur de l'accouchement dans les associations, les rêves, et les symptômes névrotiques. L'accouchement serait pour la femme l'aboutissement de l'acte sexuel, le moment où *soma* et *germen* se séparent.

Cette proposition d'une similitude entre accouchement et coït est reprise par Jacques André (1994, p. 22) qui souligne que «dans l'inconscient, il n'est pas rare que l'accouchement représente un coït incestueux par simple inversion du mouvement et déplacement de la partie pour le tout». «La traversée par l'enfant du sexe maternel et l'afflux de sensations vaginales extrêmement vives qui en découlent» seraient d'ailleurs pour Prieur-Richard (2010, p. 41) «une des raisons qui conduit la psyché humaine, ainsi que les mythes fondateurs de nos civilisations, à mettre en place refoulement, tabous, ainsi que divers mécanismes de défense tels que clivage et idéalisation pour penser la mise au monde d'un enfant». Cette idée est déjà présente chez Monique Bydlowski (1997) qui considère que tous les rituels que les humains dressent autour de la naissance sont au service des défenses psychiques : la représentation sexuelle de l'accouchement reste et doit rester inconsciente. Rituels, dont on pourrait se demander dans quelle mesure les protocoles hospitaliers font partie, participant à assurer cette fonction défensive.

2. Le bébé, un partenaire singulier

Majoritairement, les femmes du groupe «tout-venant» ont entendu des récits positifs de leur naissance et n'en disent rien. Lorsque les femmes abordent la question de leur propre naissance, il arrive qu'elles se perçoivent comme sujet de leur naissance, mais à condition qu'elles aient perçu chez leur mère une difficulté ou une déception. *Je suis accouchée dans l'ascenseur, je n'ai pas attendu d'être dans la chambre pour l'accouchement, (...) ça a fait mal à ma mère* dit Laure. Pour sa part, Stéphanie évoque la déception que sa mère a éprouvée à accoucher sous péridurale : *Euh, bon ça pour moi, j'étais petite, je ne m'en rendais pas compte je me disais c'est plutôt chouette, elle n'a pas eu mal. Et en fait je ne comprenais pas vraiment cette nécessité de dire que euh... ce n'était pas quelque chose d'agréable de ne pas sentir que le bébé arrive.* Elles se vivaient en quelque sorte comme un partenaire décevant : elles n'ont pas comblé leur mère.

Chez les femmes du groupe «césarienne», comme chez certaines femmes du groupe «tout-venant», on retrouve des récits de femmes qui se vivent comme des bébés non

satisfaisants ou décevants pour leur mère sur le temps de l'accouchement. Cynthia dit qu'elle n'était pas désirée, que de plus, elle était la troisième fille de la fratrie. Samia considère que comme elle est la septième, sa mère ne doit pas se souvenir de sa naissance : *Alors ma mère a eu huit enfants (Rires un peu gênés), autant vous dire qu'elle ne se souvient pas forcément de chaque, chaque accouchement. Ce que je sais c'est que je me portais bien et que, et que vu que je suis arrivée la septième ben ma mère n'a pas trop souffert.* Mais la singularité de ce groupe provient du fait qu'une des femmes vit au contraire sa naissance comme trop satisfaisante pour sa mère. En parlant de sa mère elle dit : *Elle a eu trois enfants, elle est hyper maternelle, elle nous a allaités, elle trouve que l'accouchement c'est quelque chose de magnifique. Et un jour, ça passait à la télé, je ne sais pas si c'est encore le cas, mais c'était un dimanche matin et elle m'appelle, «viens voir il y a un accouchement à la télé, c'est magnifique», et moi je suis tombée sur un truc plein de sang, avec une tête qui sort, je devais avoir douze ans, je n'ai pas trouvé ça du tout beau, j'ai trouvé ça horrible et du coup j'ai cette image toujours en tête.* Le cas de Violette est assez éclairant car il laisse apparaître, ce qui n'est jamais le cas pour les femmes du groupe «tout-venant» que nous avons rencontrées, des situations dans lesquelles la naissance est perçue dans l'après-coup comme trop chargée érotiquement.

Les femmes de notre échantillon, que ce soit les femmes du groupe «tout-venant» ou les femmes du groupe «césarienne», n'évoquent pas le fœtus/bébé à venir comme un partenaire actif de la naissance, il n'a pas de rôle à jouer. Ceci nous amène à penser que la dimension d'activité du fœtus/bébé sur le temps de sa naissance est refoulée si elle a pu être pensée auparavant. Percevoir le fœtus/bébé comme actif participerait à lui conférer un statut de sujet, de partenaire, et par là-même renforcerait la dimension sensuelle de l'accouchement. Au contraire, considérer la finalité de l'accouchement comme la mise au dehors d'un enfant/objet rendrait l'accouchement plus acceptable. Pourrait-on alors, et c'est une hypothèse que nous formulons, considérer le recours à la césarienne comme une tentative de disjonction d'une des dimensions de la sexualité et de la reproduction que constitue l'accouchement ? La césarienne sur demande maternelle s'inscrirait alors dans une tendance plus large qui consiste à disjoindre le plaisir, ou du moins les relations sexuelles, et la «fabrication» des enfants.

II. L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE : UNE EXPÉRIENCE INDICIBLE ET IRREPRÉSENTABLE

1. Traumatisme ou déliaison pulsionnelle ?

Je n'arrive tellement pas à m'imaginer (...), je n'arrive pas du tout à m'imaginer, c'est le noir total, je m'imagine avant, (...), après il y a un espèce de trou, et après j'imagine ça mais entre-temps je n'ai rien dans ma tête... dit Diane à propos de l'accouchement qui approche et pour lequel elle n'est pas encore parvenue à choisir si elle opterait ou non pour une césarienne qu'elle a pourtant demandée. Monique Cournut-Janin (1998) qualifie l'accouchement d'expérience impensable, excédant les possibilités de contenance dont l'être humain est capable : « Cette expérience de la grossesse et de l'accouchement comme vue, imaginée, réinsérée dans le mythe de sa propre origine et celui de la perpétuation de l'espèce, me paraît se situer en-deçà de la pensée » ; « La force passivement subie par la mère de l'active poussée du fœtus ne vient qu'appuyer d'une autre manière ce caractère non maîtrisable, non négociable, excédant les possibilités de contenance psychique dont l'être humain est capable » (p. 61).

Un des fils rouges de notre recherche fut la dimension économique de l'expérience de l'accouchement en lien avec la question de la dimension potentiellement traumatique de l'accouchement en miroir à la dimension potentiellement traumatique de la naissance pour l'enfant. Dans cette optique nous avons imaginé une première recherche dans laquelle nous aurions inclus dans notre protocole la passation d'échelle de détresse péritraumatique et d'échelle de dissociation péritraumatique utilisées habituellement dans le cadre de prévention de stress post-traumatique suite à une expérience potentiellement traumatique du type accident, attentat, catastrophe naturelle et comparé les résultats obtenus à ceux de l'analyse des verbatim de nos entretiens afin d'établir une comparaison entre deux types d'outils. Nous ne sommes pas allés jusqu'au bout de ce projet mais avons tout même souhaité conserver la passation des auto-questionnaires. La fréquence des scores significatifs pour les femmes des deux groupes est tout à fait surprenante : parmi les 22 femmes de notre échantillon, 5 femmes sur 12 dans le groupe « tout-venant » obtiennent un score significatif, 7 sur 12 si on fixe le score seuil à 14. Dans le groupe « césarienne », 4 sur 10 obtiennent un score significatif, y compris avec un score seuil à 14. Ces résultats corroborent notre intuition de départ dans le sens d'un trop, d'un débordement des capacités du sujet à traiter l'afflux d'excitation.

Dans les récits d'accouchement de l'ensemble des femmes tout-venant, ainsi que dans celui d'une femme du groupe «césarienne», nous avons mis en évidence la difficulté à mettre en mots l'expérience vécue, traduisant ainsi l'échec de la liaison des processus primaires en processus secondaires. Freud définit les processus primaires (1920) comme «ce type de processus qui se produit dans l'inconscient par contraste avec le processus secondaire qui a cours dans l'état de veille normal, soit dans les systèmes préconscient-conscient (p. 86)». «Il n'est pas douteux que les processus non liés, primaires, produisent dans les deux directions des sensations beaucoup plus intenses que les processus liés, secondaires» (p. 126).

Dans la théorie freudienne, le phénomène de déliaison est associé à l'activité pulsionnelle. Freud (1920) écrit : «Comme toutes les motions pulsionnelles ont leur point d'impact dans les systèmes inconscients, il n'y a rien de bien nouveau à dire qu'elles suivent le processus primaire. (...) Ce serait alors la tâche des couches supérieures de l'appareil psychique que de lier l'excitation pulsionnelle lorsqu'elle arrive sous forme de processus primaire. L'échec de cette liaison provoquerait une perturbation analogue à la névrose traumatique ; c'est seulement une fois cette liaison accomplie que le principe de plaisir (et le principe de réalité qui en est la forme modifiée) pourrait sans entrave établir sa domination» (p. 86). En deçà et jusque là, il semble que l'impératif dominant est la maîtrise de l'excitation pour l'amener à la liquidation.

Freud différencie les souvenirs d'expériences liés des souvenirs non liés. Il nomme ces derniers «non domptés » (*ungebändigt*) et les qualifie par le fait qu'ils ne sont pas reliés au moi ni aux investissements du moi. Il insiste sur l'effet disruptif de ce phénomène sur le cours de la pensée. Il écrit : «Si le cours de la pensée vient se heurter à une de ces images mnésiques non encore domptées, on constate l'apparition de ces indices de qualité, souvent de nature sensorielle, d'une sensation de déplaisir et de tendances à la décharge, éléments dont la combinaison caractérise un affect déterminé ; le cours de la pensée est ainsi rompu» (p. 390). Ce sont ces phénomènes d'expression de la trace mnésique sous forme de nature sensorielle et de rupture du cours de la pensée que nous observons lorsque lors du récit de l'accouchement les femmes disent des phrases telles que «*je ne comprenais pas tout, je ne comprenais pas tout, j'ai entendu que sa tête sortait, je ressentais que «bloup, bloup» tout le reste du corps sortait*», «*Donc j'ai pu le prendre directement dans les mains et le mettre sur ma peau, et là c'était juste fou*», «*on ne se dit pas grand chose d'ailleurs, c'est que de la sensation mais...*», «*c'est au-delà des mots, c'est unique, c'est très fort*».

La difficulté à se représenter l'accouchement par la voie vaginale, en particulier chez les femmes tout-venant que nous avons mise en avant au travers du dessin de l'accouchement,

si elle traduit un refoulement de représentations insupportables résulterait peut-être, pour une partie d'entre elles, du même phénomène disruptif lorsque, par exemple, les femmes ont un temps de latence très supérieur à la moyenne pour commencer à dessiner. D'autres travaux utilisant le dessin de l'accouchement chez la femme enceinte s'avèreraient très pertinents sur cette question en particulier.

Nous avons donc élargi notre recherche de la dimension potentiellement traumatique de l'accouchement à la dimension pulsionnelle de ce dernier, et ce d'autant plus volontiers que le concept de pulsion nous paraissait tout à fait pertinent pour penser les éléments endogènes tels que les désirs, les fantasmes, l'angoisse susceptibles de faire effraction dans le moi de la femme lors de l'expérience de l'accouchement. Ces éléments viennent en complément des dimensions exogènes susceptibles de faire effraction, davantage traitées dans la littérature, et que sont par exemple le recours à l'aide instrumentale, la césarienne en urgence, ou le manque d'accompagnement pendant le travail que nous considérons comme déterminants, et non sans lien avec les premiers, mais dont nous n'avons pas traité directement dans ce travail. Le concept de pulsion nous a donc permis d'aborder l'expérience de l'accouchement non seulement dans sa dimension économique mais également dans sa dimension dynamique sous l'angle des différentes modalités de satisfaction libidinale. Il nous a permis également une appréhension originale de la question de la douleur, qualifiée par Freud de «pseudo-pulsion», dont on sait à quel point elle est prégnante dans le discours sur l'accouchement.

2. La fonction pare-excitante de la douleur

Au premier plan des évocations qui accompagnent la sollicitation de représentations en lien avec l'accouchement chez les femmes tout-venant figurent la douleur et la durée : *la gestion de la douleur tout ça ; C'est le fait d'avoir à souffrir ; C'est vraiment la notion de douleur que je retiens ; L'accouchement ça me fait penser à la douleur ; J'espère ne pas avoir trop mal ; La plus grande des douleurs ; Ça peut faire mal, durer longtemps ; Je me vois attendre et subir un peu le temps qui passe ; Ça va prendre un certain temps*. Et lorsque le désir apparaît, il est aussitôt annulé par la douleur : *j'aimerais bien connaître ça... J'aimerais bien... (...) l'accouchement c'est la plus grande des douleurs*.

Contrairement aux femmes tout-venant, la douleur n'est pas convoquée en premier par les femmes qui ont demandé à accoucher par césarienne à propos d'un accouchement par voie

basse. À propos de l'accouchement, ce qui est premier c'est la représentation du passage du corps de l'enfant dans le vagin, un corps trop gros pour un passage trop étroit : *Je pense à l'épisiotomie, je pense à voir mon mari qui va voir un bébé sortir du vagin alors que pour moi c'est lié au sexe, ce n'est pas du tout... pour ça ; c'est une tête de bébé trop grosse pour passer ; parce qu'au final, c'est traumatisant pour la mère, pour l'enfant aussi je pense de passer au travers un canal aussi (rires) étroit ; je pense à mon vagin qui va être complètement, alors je suis crue hein, complètement déformé déjà.* Il arrive également que certaines femmes ayant demandé à accoucher par césarienne n'aient aucune représentation : *Moi j'ai la vision de l'après, du juste après. (...) Donc c'est vrai que, par rapport à la grossesse c'est marrant parce que moi, j'avais complètement déconnecté la grossesse de l'accouchement ; je n'arrive tellement pas à m'imaginer (...), je n'arrive pas du tout à m'imaginer, c'est le noir total, je m'imagine avant, (...), après il y a un espèce de trou, et après j'imagine ça mais entre-temps je n'ai rien dans ma tête...*

Monique Bydlowski (1997) formule l'hypothèse tout à fait intéressante selon laquelle la douleur de l'accouchement aurait comme fonction de masquer des représentations incestueuses liées à la grossesse. L'enfant serait le fruit d'un désir incestueux envers le père, sa naissance serait sa matérialisation : «Tout se passe comme si la femme enceinte avait transgressé l'interdit de l'inceste, l'avait mis en acte dans son corps» (p. 40) ; «Tout accouchement même le plus normal, risque de mettre en scène, dans la réalité du corps maternel, ces représentations de l'inceste et du meurtre de son fruit, mais elles restent habituellement refoulées» (p. 41).

Aussi, écrit-elle, la douleur permettrait de masquer une autre scène, une scène de plaisir. «D'autres faits témoignent indirectement de la présence de ces représentations incestueuses et de leur universalité : ainsi la gêne qu'éprouvent souvent les accoucheurs devant les plaintes et les cris des accouchées, comme si la douleur masquait une autre scène, une scène orgasmique» (p. 42). Bydlowski propose, enfin, de considérer la malédiction biblique punissant le péché originel et instaurant la condition humaine, «tu enfanteras dans la douleur», comme la première formulation de l'interdit de l'inceste.

Mais comme le développe St-Amant, la jouissance de la mère – dans le continuum grossesse, enfantement, allaitement – reste taboue, irreprésentable et surtout suspecte. L'idée qu'une femme puisse éprouver du plaisir au contact du corps de son enfant est insupportable. Deux niveaux serait donc convoqués : un premier niveau, le sexuel infantile et le fantasme de la réalisation des vœux œdipiens de la fille envers son père et un second niveau, le niveau sexuel génital d'un plaisir fantasmé inouï.

Les femmes qui demandent à accoucher par césarienne manifestent clairement leur souhait d'éviter la représentation qu'elles qualifient d'insupportable que constitue le passage de l'enfant dans le vagin de la mère. La césarienne semblerait donc jouer un rôle pare-excitant aux représentations de l'accouchement susceptibles de faire effraction dans la psyché. C'est là un de nos résultats. À la suite des auteurs qui se sont interrogés sur les raisons du maintien de la douleur de l'accouchement en dépit des efforts mis en œuvre pour la combattre — nous pensons notamment à Marylène Vuille et à Claude Revault d'Allonnes — pourrait-on proposer l'hypothèse selon laquelle la douleur jouerait, entre autre, un rôle pare-excitant des représentations de l'accouchement pour les femmes tout-venant ? La douleur attendue pourrait-elle s'entendre comme un contre-investissement du plaisir interdit désiré ? Le désir incestueux de la fille d'obtenir un enfant du père tel que le suggère Freud ? Ou celui d'être aimée de son père érotiquement dont parle Jacqueline Schaeffer ?

3. L'extase de la naissance, prélude de la rencontre

Parmi les femmes que nous avons rencontrées qui ont accouché par voie basse, une minorité de femmes n'a pas éprouvé de sensation, notamment pas la sensation du passage de leur enfant dans le vagin. C'est le cas de Julie, de Laure et d'Aurélie. Aurélie était fortement anesthésiée et n'a pas perçu ce qui se passait : *J'ai pas tellement, enfin, j'ai quasiment pas senti*. Puis elle ajoute : *On découvre ce qu'il y a dans le ventre quoi !* C'est le cas également de Laure qui a eu besoin d'une aide instrumentale pour mettre au monde son enfant et du coup a été anesthésiée de façon plus importante : *Je ne sentais pas grand chose avec la péridurale. C'était brutal, vraiment, ils tirent, ils tirent, ils tirent et pouf, hop là ça fait un peu on a pondu un œuf, c'est bizarre, c'est surtout ça...* Deutsch, dès 1945, relate les naissances sous analgésie «rachidienne» ou «paravertébrale» à l'issue desquelles les femmes ont le sentiment d'une expérience «décevante et vide». Elles ont, écrit Deutsch «l'impression qu'il leur a manqué quelque chose» (p. 221). Elle repère également des phénomènes semblables chez les femmes après des accouchements extrêmement douloureux. Quelques décennies plus tard, ces observations sont toujours d'actualité. Ainsi Claude Revault d'Allonnes s'interrogera tout au long de son œuvre sur les raisons qui font que certaines femmes qui ont vécu des naissances sous péridurale réussies sur le plan de l'analgésie éprouvent une déception, une frustration, une difficulté à accepter l'événement, à se séparer de leur enfant à la suite d'une naissance qui leur a en partie échappé, où leur corps n'a pas été totalement impliqué.

Concernant les femmes de notre échantillon qui ont accouché par césarienne sous anesthésie péridurale, les femmes ont nettement perçu l'extraction de l'enfant au niveau de l'abdomen sans ressentir de douleur. Elles décrivent fréquemment la sensation que c'est un bout d'elle-même que le médecin «enlève». Théodora dit par exemple : *On a vraiment l'impression qu'on enlève la moitié de, la moitié de soi et c'est pas douloureux en tant que tel parce qu'il y a l'anesthésie mais on a vraiment l'impression qu'on enlève la moitié de euh la moitié du de la matière en fait (rires)*. Charlotte va même jusqu'à qualifier de sensation d'éviscération ce qu'elle a ressenti au cours de la césarienne.

Parmi les femmes de notre échantillon ayant eu recours à la césarienne, et bien qu'elles aient perçu l'extraction abdominale, l'enfant semble provenir de l'extérieur. *On sent qu'il y a quelque chose qui se passe mais on ne sent pas la douleur*, dit Aïssatou. Pour Violette l'enfant surgit au cours de l'opération : *on vous met le champ opératoire et puis après on vous, on vous coupe (...) et on se demande ce qui se passe et puis ben après on a le bébé, on vous tend le bébé, on a le petit bébé qui est à côté de soi. Il y a un avant (claque des doigts), un après, voilà, c'est... c'est étonnant quoi. On cache la moitié du corps, ensuite on commence l'intervention, (...) et après on montre le bébé* dit Théodora. C'est aussi vrai pour Maria. Pour Stéphanie, le bébé est trouvé dans son abdomen : *(...) quand ils ont incisé etc., qu'ils l'ont, qu'ils l'ont trouvé (...)*.

Ainsi, lors de la naissance par césarienne, le premier contact avec le bébé est presque toujours un contact visuel ou auditif : *J'étais en train de regarder ce, cet être qui avait été en moi et qui maintenant était là et je le regardais avec curiosité quoi ; j'ai cette image vraiment où on me la met devant moi (...)* ; *Moi je me souviens que je voyais mon mari, qui vient avec le petit drap vert dans lequel il y avait le bébé ; Il est arrivé, on a parlé deux minutes et après on a entendu un cri de bébé et c'était tellement rapide pour moi qu'on a cru que c'était un autre bébé mais c'était le nôtre donc vraiment voilà !*

La représentation de l'existence du bébé n'est pas étayée sur la base d'éprouvés corporels endogènes mais donnée sous la forme d'une image externe prélevée dans l'environnement comme si les éprouvés de l'incision et de l'extraction de l'abdomen ne pouvaient suppléer aux éprouvés de filière génitale et du vagin qui sembleraient au contraire favoriser l'entrée en contact avec le bébé si on en juge par l'analyse des *verbatim* du discours des femmes tout-venant ayant bénéficié d'une analgésie légère.

Dans la grande majorité des cas, les femmes ayant accouché par voie basse avec une péridurale légère ont éprouvé le passage de leur enfant au niveau de la filière génitale, du dedans au dehors, et c'est au cours de ce passage que l'enfant a pris corps, son corps propre différencié de celui de sa mère. Les femmes qui la vivent semblent tirer de cette expérience une réelle et profonde satisfaction. Cette satisfaction est plus ou moins verbalisée. Elle s'accompagne en général d'un afflux émotionnel en lien avec le plaisir suscité par les sens, et en particulier le toucher. *Alors déjà je trouvais qu'on le sentait très, très, bien donc j'étais contente. J'ai trouvé ça génial de le sentir descendre (...) j'ai trouvé que c'était un moment magnifique le passage du bébé* dit Anna. Pour Sophie, la sortie de l'enfant est le meilleur moment de l'accouchement. *C'est, dit-elle, vraiment cette phase d'expulsion en fait où ça y est, on y était, et puis où en fait, j'avais quand même des sensations malgré la péridurale, mais pas de douleurs, donc je sentais ce qu'il se passait dans mon corps, je sentais qu'elle arrivait, j'ai senti le moment où la sage-femme l'a délogée complètement pour la sortir.* Pour Clara également, le moment qu'elle a préféré est celui de la sortie du bébé : *le moment où elle est sortie, où je l'ai vue, et... ils l'ont posée sur moi (...) c'est le moment où elle est apparue, elle a pris corps.* Lors du dernier entretien elle revient sur ce moment : *c'est au-delà des mots, c'est unique, c'est très fort.* Sophie se décrit *dans un état de béatitude*, alors qu'elle s'attendait à éprouver des émotions : *voilà, je pensais être beaucoup plus émue, avoir presque les larmes aux yeux, pleurer etc., et en fait perdre un peu possession de mes moyens on va dire, et en fait, non j'étais plutôt dans un état de béatitude en quelque sorte.* Clara, quant à elle, dépeint un état de débordement sensoriel et émotionnel : *Ça me paraissait tellement dingue au bout d'une poussée de pouvoir la toucher, et la sensation là aussi c'est plein de surprise en fait, le mot que je retiens, c'est ça (...) surprise, émotion, et il y a ce côté un peu, les premières secondes, c'est un peu presque irréel enfin, le truc un peu imagé... le bébé imaginaire devient le bébé réel et on se dit ... on ne se dit pas grand chose d'ailleurs, c'est que de la sensation mais ...*

Il semblerait que l'expérience de satisfaction soit non seulement intense, indicible, au-delà des mots, mais également que quelque chose au niveau de l'investissement libidinal du bébé se passe différemment lorsque la femme éprouve, ressent, la venue au monde de son enfant au niveau génital. Hélène Deutsch (1945) écrit la chose suivante à propos de l'accouchement : «Si les éléments perturbateurs intérieurs et extérieurs sont bien maîtrisés, si l'accouchement suit un cours normal, naturel, et si, par influence émotionnelle directe ou par d'autres moyens, l'excès de la peur et de la souffrance parvient à être supprimé, l'accouchement est la plus grande et la plus enrichissante expérience de la femme, peut-être la

plus grande expérience humaine» (p. 215). Si l'accouchement est pour la femme la plus grande et la plus enrichissante des expériences c'est pour deux raisons. La première est «la joie de la réalisation, liée à la maîtrise de la peur et de la souffrance et à l'activité propre de la femme». Deutsch insiste sur le sentiment d'activité que procure le fait de devoir surmonter la douleur et la peur. La seconde est la relation heureuse avec l'enfant qui commence aussitôt après l'accouchement. Pour Hélène Deutsch, et ce fait est à souligner, la relation entre réalisation du travail et relation heureuse avec l'enfant s'origine dans la dynamique psychique du travail lui-même : «toute l'énergie psychique liée au travail et détournée du monde extérieur reflue vers l'enfant au moment de l'accouchement, et la liberté nouvellement conquise sur la souffrance et la peur crée un sentiment de triomphe et fait des premiers instants de la maternité une réelle extase» (p. 216).

III. L'ACCOUCHEMENT : UN TRAVAIL DU FÉMININ

1. La mise à l'épreuve du féminin

La maîtrise de la peur et de la souffrance, et le vécu d'activité qu'elle procure, seraient pour Hélène Deutsch à l'origine de l'extase ressentie par les mères qui accouchent par voie basse sans indolorisation. Parmi les femmes que nous avons rencontrées, celles qui ont accouché par voie basse avec une péridurale auto-administrable ont perçu le passage de leur enfant dans la voie vaginale et rendent compte de cette extase sans pouvoir la nommer, comme Élise, par exemple, qui dit : *je garde le souvenir intense, mais intense comme je n'ai jamais connu, et je ne pensais pas en fait que c'était... Je ne me dis pas «ah zut j'ai souffert le martyr» parce que déjà ce n'est pas vrai, j'ai eu une douleur, c'est une douleur difficile à décrire... je vous dis, c'est vraiment cette sensation (...).*

Mais se pourrait-il que ce triomphe ne soit pas, ou pas seulement, dû au vécu d'activité comme le propose Hélène Deutsch ? Se pourrait-il que l'expérience vaginale de l'accouchement, en-soi, avec son cortège de sensations et d'éprouvés, éprouvé notamment «de la force passivement subie par la mère de l'active poussée du fœtus, non négociable, (...) excédant les possibilités de contenance psychique dont l'être humain est capable» dont parle Monique Cournut-Janin (1998, p. 61) participe de l'extase évoquée ? Si oui, alors nous pourrions considérer, dans la continuité des propositions de Jacqueline Schaeffer, que l'accouchement est une mise à l'épreuve du féminin au sens de la capacité du moi à accepter

en lui une grande quantité d'excitation non liée et d'en être nourri. Dans la théorisation de Schaeffer, le féminin ne s'oppose pas au masculin mais au phallique. La phase phallique est, dans la théorie psychanalytique, un passage obligé, un mode d'organisation psychosexuelle temporaire dans les deux sexes contrairement au féminin qui advient pour les deux sexes à l'occasion de certaines expériences décisives. Pour Schaeffer il s'agit de la rencontre sexuelle avec l'amant de jouissance pour la femme. Nous proposons que, sous certaines conditions, l'expérience de l'accouchement puisse avoir la même fonction, c'est-à-dire : permettre au moi de la femme de mettre au travail sa capacité à se laisser pénétrer — coûte que coûte —, sans effraction traumatique, et à en être nourri, c'est-dire, à se développer, à s'enrichir, à grandir. Ainsi, le recours *a priori* à la césarienne pourrait, parfois, s'entendre comme l'expression de ce que Freud (1937) décrit comme une butée de l'analyse, un roc indépassable. Ces deux thèmes qui, écrit Freud, donnent bien du travail à l'analyste sont «pour la femme, l'envie du pénis, l'aspiration positive à la possession d'un organe génital masculin, pour l'homme la rébellion contre sa position passive ou féminine». Or Cournut-Janin (1998) rappelle que le refus du féminin dont parle Freud en 1937 se rencontre non seulement chez les hommes mais aussi chez les femmes.

2. L'accouchement : une nouvelle expérience de confrontation à la différence des sexes

Nous avons pu observer au cours de notre recherche que pour l'ensemble des femmes, l'accouchement est *a priori* une expérience de couple. *A priori* car le vécu de l'expérience de l'accouchement, semble, pour la majorité des femmes tout-venant modifier cette perception. Cette modification est perceptible non seulement dans le discours des femmes mais également dans la réalisation des dessins de l'accouchement par la place faite ou non à la représentation graphique du conjoint. Une des particularités des femmes ayant choisi d'accoucher par césarienne est que d'une part cette modification est moins observable, et que d'autre part, le recours à la césarienne en tant que modalité d'accouchement est perçu, en lui-même, comme un partage plus équitable du travail d'accouchement, à la façon de l'allaitement artificiel qui permet de partager la tâche du nourrissage, de *faire mixte* comme dit Aïssatou, faisant entendre la double acception du terme lait artificiel, lait maternel et allaitement féminin et masculin...

C'est le cas notamment de Maria qui voit la césarienne comme une possibilité de se protéger de l'accouchement, vécu comme une injustice. Pour la grossesse, elle n'a pas eu le

choix : *Je trouve que ça pénaliserait moins ma carrière, ma vie de femme, ma vie tout court juste d'avoir un enfant plutôt que d'être enceinte pendant neuf mois. Mais ça c'est pas possible parce que mon mari ne peut pas le faire (rires) donc ya pas d'autres choix.* Elle se réjouit de la césarienne car elle lui a donné le sentiment d'avoir pu partager l'accouchement, l'accouchement considéré ici non pas comme la mise au monde de l'enfant mais comme l'accueil du bébé : *c'était lui [le conjoint] l'acteur principal en quelque sorte de l'accouchement, pour faire les premiers soins, pour accompagner le bébé, pour faire le peau à peau.* C'est également ainsi qu'Aline perçoit la césarienne : [lors de l'accouchement par césarienne] *c'est le mari qui prend le relais.* Cette idée d'un accouchement à deux se retrouve aussi chez Stéphanie : lors de la césarienne, elle décrit les premiers instants : *Et on l'a découvert ensemble, on l'a posé sur la balance, et c'est là qu'on a, on a rebouclé, bon c'est bon, on a bien bossé, on s'est bien occupé de toi.* Charlotte ne l'exprime pas en ces termes, mais tout ce qui se rapporte aux tâches domestiques lui fait horreur et elle inclut l'allaitement dedans et nous pose la question de la façon dont elle considère l'accouchement à cet égard puisqu'elle choisit la césarienne. *Et après le vrai truc aussi qui est hyper important c'est que vraiment, mon couple est très, on est dans un, on, c'est vraiment super équitable sur tout (...) enfin voilà, je ne veux jamais avoir un rôle de boniche à la maison (...) Donc c'est pour ça aussi que je me dis que l'allaitement c'est peut-être pas fait pour nous.* Ce parallèle entre allaitement au sein et accouchement voie basse et allaitement artificiel et accouchement voie haute est fréquent et implicite dans le discours des femmes.

Les travaux d'Hélène Parat (2006) sur l'allaitement nous permettent-ils de penser le discours sur l'accouchement de certaines femmes aujourd'hui en analogie avec le discours sur l'allaitement d'hier ? «Ainsi au XVIe et au XVIIe siècles » écrit Hélène Parat, «au sein potentiellement endommageable par l'allaitement, au sein excréant d'une nourrice animale, s'oppose *le sein beau, les tétins fermes, ronds et polis* d'une femme qui en sait la valeur érotique et sociale, mais ce sein est le sein d'un érotisme codé et aseptisé» (p. 56). Au plan manifeste, les femmes du groupe césarienne mettent toutes en avant le désir de préserver leur sexe, de garder un sexe de jeune fille, vierge de la traversée d'un enfant. Maria l'exprime de façon claire et nette : *Je pense à l'épisiotomie, je pense à voir mon mari qui voit un bébé sortir du vagin alors que pour moi c'est lié au sexe, ce n'est pas du tout ... pour ça. (...) Un accouchement ça fait penser à devenir mère avec toutes les conséquences physiques que ça apporte. Et moi je n'ai pas envie de ça. (...) C'est surtout d'arrêter d'être femme pour devenir juste mère et changer, changer quelque chose en moi que je n'ai pas envie que ça change.*

Partager l'allaitement, partager l'accouchement, renvoyés au rang de tâches ménagères, dévalorisées, et dévalorisantes ; partager l'accouchement ou au moins, ne pas accoucher comme une femme, par voie basse, mais accoucher par voie haute, comme accouchent les dieux, interroge. Que signifie cette demande de partage ? S'agirait-il d'une revendication phallique ou d'une défense narcissique ? Dans les deux cas, le recours à la césarienne permettrait de maintenir le déni de la différence des sexes. Si hommes et femmes peuvent partager l'accouchement c'est soit qu'ils sont faits de la même façon, soit que l'accouchement n'a pas de dimension sexuelle, et ne consiste, par exemple, qu'en l'accueil d'un enfant. La négation du caractère sexuel de l'accouchement constituerait-elle alors une forme de maintien du déni de la différence des sexes, la naissance par césarienne étant alors l'équivalent d'une théorie sexuelle infantile de la naissance ?

IV. LES SPÉCIFICITÉS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DES FEMMES QUI DEMANDENT À ACCOUCHER PAR CÉSARIENNE

1. Le refus de la passivité comme tentative de dégagement du lien à la mère précœdipienne

Pour une part des femmes tout-venant, l'expérience de l'accouchement est anticipée sur un mode passif, dans le sens où les femmes anticipent qu'il est nécessaire de s'en remettre à d'autres, en particulier à une autre, la sage-femme, et de se laisser accoucher, pour que naisse l'enfant. La passivité est associée dans le discours à l'éprouvé de la douleur qui peut être subie, acceptée, inéluctable ou nécessaire selon les femmes. L'activité est alors projetée sur le personnel médical sage-femme pour les femmes tout-venant ou médecin pour les femmes qui ont demandé à accoucher par césarienne. Cette distinction nous semble avoir son importance. En effet, nos résultats rendent compte de différentes modalités de transfert qui s'opèrent selon les femmes sur le personnel soignant, et notamment sur la sage-femme que nous considérons comme particulièrement à même d'être le support de projection de l'imgo maternelle des parturientes.

Ainsi, Catherine, une femme tout-venant, a particulièrement apprécié la façon dont la sage-femme s'est occupée d'elle : *J'ai trouvé ça assez paisible, la sage-femme qui s'est occupée de nous, on l'a eu pendant tout l'attouchement euh... l'accouchement. Ce côté presque maternel, accueillant, du personnel, ça c'était vraiment très bien...* Ce lapsus

pourrait-il souligner la réactivation lors de l'accouchement de la relation à l'objet primaire, la mère précœdipienne, incarnée par la sage-femme, et de son caractère sexuel refoulé ? Elle ajoute : *Là j'étais bien, on changeait de place, on cocounait, je m'abandonnais un peu à ce qui allait se passer.* La réactivation de la situation passive à l'égard de la mère des premiers soins, la mère qui nourrit, change, qui lave et prend soin du sexe de la petite fille ne semble pas poser de problème à Catherine.

Aïssatou, contrairement aux autres femmes du groupe «tout-venant», semble réticente à l'idée de devoir s'en remettre à d'autres, sage-femme et/ou médecin. L'intrusion du regard et des manipulations sur son corps lui fait violence. *Non c'est vrai que ça ne me plaît pas. Mais il faut passer par là* dit-elle. *Bah je m'y soumetts parce que de toute façon, il n'y a pas d'autre choix (...).* Chez elle l'accouchement par voie basse semble renvoyer à un phénomène de passivation traumatique : *Il y a des gens qui travaillent sur nous, sur une partie intime de notre corps. Il y a cinq personnes qui scrutent sans même le voir, parce que c'est plus pour un but médical mais c'est vraiment... On est là mais en même temps pas là, on est un peu spectateur de notre corps, c'est ça en fait.* Elle rend compte d'une tentative de dépersonnalisation qui permettrait en quelque sorte de supporter l'expérience. Il se trouve, et ce n'est peut-être pas uniquement le fruit du hasard, qu'Aïssatou a finalement accouché par césarienne programmée. Son bébé, en présentation céphalique, s'est retourné et mis en siège au cours du neuvième mois de grossesse ce qui est assez rare chez une primipare. Les mesures du bassin d'Aïssatou n'étant pas suffisante pour assurer un accouchement facile par voie basse, les médecins ont donc programmé une césarienne. Il se trouve par ailleurs qu'Aïssatou a été excisée petite fille par les femmes de son village comme le voulait la coutume. Il est impossible en l'état de tirer des conclusions. Néanmoins la situation d'Aïssatou nous interroge à plusieurs égards. Quelles relations entretient-elle avec son imago maternelle ? Avec les femmes de la société en général ? Quel effet a eu notre rencontre sur Aïssatou ?

C'est au sein des femmes du groupe «césarienne» que le refus d'une situation dans laquelle un vécu de passivité réactivé par la présence d'une sage-femme est le plus marqué. Nous prendrons l'exemple de Charlotte pour discuter cette proposition mais nous l'avons retrouvée, sous diverses formes et à des degrés variables, chez toutes les femmes ayant demandé une césarienne que nous avons rencontrées.

Charlotte trouve que l'accouchement étant très médicalisé, il y a peu de différences entre une césarienne et un accouchement par voie basse en termes de prise en charge et que les risques d'avoir une épisiotomie, ce qu'elle redoute, sont importants. *Du coup* dit-elle, *que ce soit une grosse épisio ou ouvrir une césarienne, je me dis bah, c'est kif kif en gros ! Je*

coupe d'un côté, je coupe de l'autre ! Charlotte dit qu'elle préfère : avoir le top du top, que les personnes s'occupent de moi (...) qu'on me prenne juste en considération. Elle se représente l'accouchement par voie basse comme un temps où vous avez trop mal et vous passez votre temps à appeler la nana ! un temps sur lequel il n'y a pas de trucs pour soulager sauf la péridurale quand elles (les sages-femmes) ont décidé qu'elles pouvaient vous la donner. Dans le discours de Charlotte apparaît la crainte de ne pas être secourue. Il y a d'abord la nana qui ne vient pas quand on l'appelle, ou encore le soulagement de la douleur suspendu au bon vouloir des sages-femmes — quand elles [les sages-femmes] ont décidé qu'elles te la donnaient — semblant réactiver des vécus d'enfant qui appelle et qu'aucune mère ne vient soulager. Les affects négatifs à l'encontre de sa propre mère semblent déplacés sur l'imgo maternelle représentée par la sage-femme qui incarne alors une mère toute puissante. Le recours à la césarienne ici semblerait être pour Charlotte une modalité inconsciente d'évitement d'une situation de passivité devant la sage-femme, équivalent de la mère des premiers soins.

Nous formulons l'hypothèse que le recours à la césarienne permettrait à la femme d'introduire un tiers séparateur entre elle et une situation de réactivation d'une expérience sexuelle de passivité insupportable. Il interviendrait de façon inconsciente comme une tentative de dégagement du lien à une mère préœdipienne toute puissante.

2. Le moindre désir de maternité

En cherchant à savoir quelles représentations de la maternité et de leurs mères les femmes de notre échantillon avaient, nous avons mis à jour l'expression d'un moindre désir de maternité, mais surtout, l'expression fréquente d'un moindre désir d'enfant chez les femmes ayant demandé à accoucher par césarienne. Contrairement aux femmes tout-venant, l'importante majorité des femmes ayant demandé à accoucher par césarienne relatent à un moment ou un autre des entretiens qu'elles ne voulaient pas être mères. C'est ainsi que les femmes énoncent : *moi, je n'ai jamais voulu être mère ; Je n'étais pas non plus quelqu'un qui rêvait d'avoir un enfant (...) je n'ai jamais eu de souhait véritable d'avoir un enfant ; Non en fait, en vrai (...) j'avais pas envie d'avoir un enfant, ça ne m'a jamais tenté, heuh, voilà. Quand j'étais petite, j'avoue, je ne me suis jamais imaginée maman, ou je ne sais quoi. Même pas ado.* Parmi les dix femmes du groupe «césarienne», six disent clairement qu'elles n'auront pas d'autre enfant que celui qu'elles attendent.

Dans son article de 1940 intitulé : «La phase préœdipienne du développement de la libido», Mack Brunswick s'intéresse aux deux grands désirs de l'enfant qui, selon elle, sont : le désir d'avoir un bébé et le désir d'avoir un pénis. Pour l'auteur, le désir d'enfant est antérieur à l'envie du pénis et il doit être mis en lien avec la mère «omnipotente». Le désir primitif asexuel et «innocent» d'avoir un bébé apparaît de très bonne heure, il est fondé entièrement sur l'identification de l'enfant de l'un ou l'autre sexe à la mère active et, en l'absence d'une véritable relation d'objet à la mère, n'est ni actif ni passif. «L'enfant désire tout ce qu'a la mère omnipotente et qui possède tout, afin de faire tout ce que fait la mère ; et une mère est avant tout possesseur d'un bébé» (p. 314). Elle précise donc que le désir de la petite fille d'avoir un bébé est d'abord lié à l'attachement à la mère. La dimension de la relation à la mère préœdipienne serait donc primordiale dans la constitution du désir d'enfant, avant même la question des identifications œdipiennes. Dans un second temps, le désir d'avoir un enfant avec la mère se déplacerait sur le père : «La fille, d'autre part, abandonne son désir actif d'avoir un bébé quand elle accepte sa propre castration et l'incapacité qui en découle de féconder la mère ; le désir passif est cependant conservé et il est normalement transféré de la mère au père» (p. 315). Le désir d'obtenir un enfant du père serait donc second et consécutif à l'acceptation de la castration.

La distinction de ces deux temps : la relation à la mère préœdipienne en amont de la question des identifications œdipiennes, puis l'acceptation de la castration avec l'entrée dans l'Œdipe, nous semblent tout à fait pertinents au regard de notre problématique de recherche. Laquelle envisage le recours à la césarienne comme une modalité de traitement de l'excitation du sexuel infantile, convoquée lors de l'expérience de l'accouchement. La réalisation fantasmatique des désirs préœdipiens et œdipiens prenant corps dans la réalité de l'expérience de l'accouchement. Dans cette perspective, l'accouchement pourrait-il se penser comme un théâtre, une scène, sur laquelle se (re)jouerait la problématique œdipienne de la reconnaissance de la différence des sexes et des générations ?

En ce qui concerne la dimension de la relation à la mère préœdipienne, l'analyse des représentations de l'accouchement en anténatal et en postnatal permettent de rendre compte de la spécificité œdipienne féminine à savoir la force du lien à la mère préœdipienne et de la rivalité à la mère œdipienne, dans le même temps, ainsi que la nécessité de s'en dégager pour donner naissance à son tour. Cette dimension œdipienne du lien à la mère n'a été abordée que sur son versant positif dans un but de clarté et de simplification mais nous n'ignorons pas, au contraire, la richesse qu'apporterait l'analyse du versant négatif de l'Œdipe.

Il en est de même pour la question des identifications qui est centrale bien que, dans notre travail, elle soit restée en suspens. En effet, à propos de la sexualité infantile, nous nous sommes attachés en priorité aux modalités de satisfaction de la pulsion, à ses buts, passifs et actifs, en fonction des différents choix d'objet de la fille, la mère puis le père. Nous n'avons pas abordé la question *du comment* du renoncement à l'objet, ni celle de la séparation et de la perte qui en découle qui sont pourtant un des aspects fondamentaux du complexe d'Œdipe. Cela nous aurait conduit à d'autres développements du concept de féminin, et tout particulièrement au féminin mélancolique tel que Catherine Chabert l'a conceptualisé. Dans une perspective de recherches ultérieures, il est certain que son approfondissement s'avérerait un apport majeur.

En ce qui concerne l'acceptation de la castration, ce que nous avons appelé désir de maternité concerne le désir d'être mère, or Simone Bécache (1993) définit le désir de maternité comme «le désir de faire un enfant, quel que soit cet enfant, et de le faire à l'intérieur de soi-même et de tout son être» (p. 57). En cela le désir de maternité se distingue à la fois du désir d'enfant et du désir d'avoir un enfant. Cette définition, plus juste et plus précise, convoque une nuance qui mérite d'être explicitée entre *faire* et *avoir* un enfant. *Faire* un enfant mettrait en jeu le corps dans sa fonction féminine au sens de Deutsch, tandis qu'*avoir* un enfant convoquerait davantage la dimension phallique de l'enfant en tant qu'objet du désir, désir de la mère, désir de la société, désir du conjoint aussi parfois comme c'est le cas de certaines femmes de notre échantillon. Cela s'accorde assez bien avec un autre trait saillant des femmes de notre échantillon qui ont demandé à accoucher par césarienne à savoir le manque d'étayage narcissique fourni par le corps à la réalisation des fonctions féminines et notamment celle de l'accouchement.

3. Le défaut du corps dans l'étayage narcissique

Il est remarquable de noter que parmi les femmes du groupe «césarienne», contrairement aux femmes tout-venant, une importante majorité de femmes fait état de pathologies chroniques passées ou actuelles, pour elles-mêmes ou leurs parents proches (mère ou père). Ces pathologies présentes ou passées viennent souvent légitimer le choix du recours à la césarienne et prennent alors la forme de rationalisations bien que les médecins qu'elles ont rencontrés n'aient pas considéré qu'elles contre-indiquaient un accouchement par voie basse. C'est le cas de Théodora qui a eu une fracture compliquée du pied et qui ne peut plus marcher, de Violette qui a d'importants problèmes de vue, de Cynthia qui a, dit-elle, *galéré*

avec un problème de santé qui me faisait énormément souffrir et chaque fois on me disait «vos douleurs sont comparables à celle d'un accouchement sans péridurale» ; aujourd'hui, elle pense qu'elle ne parviendrait pas à respirer pour accoucher en raison des rhinoplasties qu'elle a subies. Elle dit qu'elle ne se sent pas capable d'accoucher par voie basse : la peur de ne pas y arriver, enfin chez moi en tout cas. Samia, elle, met en avant le fait que le col de son utérus est endommagé : Et mon col étant très abîmé, parce que euh, j'avais du laser avant, on m'a toujours dit qu'accoucher par voie basse ce serait peut-être compliqué pour moi. Donc psychologiquement je me suis dit le jour où je dois être enceinte, ce sera par césarienne, déjà. Le cas le plus paradigmatique est peut-être celui de Stéphanie qui souffre de fibromyalgie et d'une vulvodynie, à savoir une hyper sensibilité à la douleur au niveau de la vulve. Charlotte ne souffre d'aucune pathologie mais en revanche sa mère est décédée des suites d'une maladie neurodégénérative. Le père de Maria a été opéré à de nombreuses reprises, greffé d'un rein et, dit-elle, je suis dans la chirurgie depuis toujours parce que mon père il est malade depuis plus de dix ans et puis pour moi la chirurgie ... Un ventre ouvert c'est déjà devenu anodin alors une césarienne, je ne le compte même pas dans la catégorie chirurgie.

Ce lien particulier au corps pris dans la relation avec les parents, le père pour Maria, la mère pour Charlotte, interroge la constitution du narcissisme étayé sur l'accomplissement pulsionnel en articulation avec la question des identifications. Ce qui apparaît ici c'est la richesse clinique que nous apporte le récit autour des représentations de l'accouchement par voie basse en termes d'organisation du fonctionnement psychique. Même dans la clinique périnatale, jusqu'à présent, le déroulement de l'accouchement est souvent peu analysé. Nous nous fondons pour écrire cela sur notre formation à l'université et sur nos différents stages en institution (unité de soins mère-bébé notamment). Or il nous apparaît qu'il apporte un matériel clinique considérable. Pourrait-on faire l'hypothèse que la dimension sexuelle de l'accouchement soit à l'origine de résistances qui se trouveraient non pas seulement chez les parturientes mais également chez les soignants, y compris les psychologues, les psychiatres et les psychanalystes qui les reçoivent ?

CHAPITRE 10

DISCUSSION MÉTHODOLOGIQUE : LIMITES ET PERSPECTIVES

I. LIMITES

Par la mise en place d'une recherche-action portant sur l'expérience de l'accouchement, dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat, nous avons poursuivi un double objectif. Le premier fut celui de l'inscription de la psychologie clinique et de la psychanalyse sur le terrain de la Maternité par des apports théoriques sur spécificités du développement psychosexuel féminin et de l'articulation psyché soma dans l'inscription psychique des expériences humaines. Le second fut celui de la mise au travail, dans le champ de la psychologie clinique et dans celui de la psychanalyse, de la clinique périnatale de l'accompagnement des femmes, sur un temps singulier de leur histoire somatopsychique, l'accouchement. L'accouchement, et en particulier le premier dans la vie d'une femme, s'inscrivant à la croisée de plusieurs expériences ontologiques dont celles de devenir mère et d'être femme lors de la mise à l'épreuve d'une des fonctions du corps restée jusque là en attente. Si ces objectifs sont, nous l'espérons, en voie d'être atteints, ce n'est que partiellement et non sans certaines difficultés et certaines réserves dont nous allons maintenant rendre compte.

1. Limites liées à l'objet de recherche

a) La confrontation du réel du corps à la réalité psychique

La prééminence du corps et des enjeux vitaux associés à l'intensité des angoisses et des joies éprouvées, dans un même lieu, et parfois dans des temps très proches, font de la clinique de l'accouchement et de la naissance une clinique dans laquelle les mouvements psychiques sont intenses et désorganisateur pour les parturientes et leurs conjoints mais également pour les soignants de la naissance et les chercheurs qui s'y confrontent.

Une des difficultés de notre travail a consisté à traiter un matériel clinique extrêmement riche et dense dans ce contexte singulier. Il s'est agi d'analyser le niveau verbal et infra verbal du discours des parturientes, dans le cadre hospitalier, parfois même en chambre, au chevet des accouchées et de leur bébé, imprégnés par la vue des corps, des pansements, et des odeurs et des bruits singuliers. Au milieu de ce que l'on pourrait qualifier

de *bruits émotionnels*, il s'est agi de garder présentes et distinctes à l'esprit deux réalités : la réalité matérielle, médicale par exemple, et la réalité singulière, la réalité psychique des femmes qui accouchent. La réalité psychique est l'héritière, dans l'inconscient de chacun, de la pensée magique primitive, c'est-à-dire l'omnipotence de la pensée. Elle s'oppose à la réalité matérielle. Dans la névrose, la réalité psychique est la réalité déterminante, agissante. Elle est mise en place pour satisfaire des désirs inconscients et les fantasmes qui leur sont attachés. La réalité psychique est donc avant tout inconsciente et subjective bien qu'elle se fonde sur des éléments du réel, infiltrées d'éléments conscients et inconscients de l'histoire de la parturiente.

Notre travail à donc consisté à tenter de nous placer au niveau de la réalité psychique de nos sujets et à en faire l'analyse au niveau manifeste et au niveau latent en présence de la place prééminente du corps. L'interpénétration de tous ces registres, les conditions de recueil et la richesse du matériel clinique, le fait que nous exerçons quotidiennement ou presque sur notre terrain de recherche ont souvent rendu notre tâche passionnante mais ardue. C'est pourquoi nous nous sommes astreints à mettre en place des temps et des lieux dédiés au cadre de la recherche, à distance de l'hôpital.

b) Les persistances des défenses devant l'effraction de la confrontation au sexuel

Une autre difficulté, et non des moindres, fut d'aborder l'expérience de l'accouchement dans sa dimension sexuelle, en partant d'une observation *a priori* simple : lors de sa venue au monde, l'enfant emprunte la voie vaginale jusqu'alors réservée au pénis du partenaire sexuel (ou à un substitut). Sur le temps de l'accouchement, le sexuel est convoqué à plusieurs niveaux. Au niveau génital de la femme tout d'abord, l'enfant passe dans le vagin. C'est une réalité de l'expérience du corps. C'est une réalité somatique. Mais qu'en est-il au plan de la réalité psychique ? Au niveau du sexuel infantile, le passage de l'enfant dans le vagin de la femme convoque la réalisation des fantasmes œdipiens tels que celui d'avoir fait un enfant avec le père mais aussi celui de la réalisation du coït avec le père et le passage d'un sexe trop grand (adulte) dans un vagin trop étroit (celui de la fillette) — thématique dont on observe dans la clinique la façon dont elle perdure de façon inversée notamment chez les hommes avec la question de l'adéquation entre la taille du sexe (trop petit) pour satisfaire sa partenaire (la femme/mère). Au niveau du sexuel infantile, l'enfant que la femme a été, empruntant elle-même cette voie, le vagin de sa mère, est aussi convoquée. Les désirs œdipiens féminins et leurs deux objets d'amour maternel et paternel sont donc présents sur ce temps singulier d'où à la fois sa richesse et sa complexité.

Cette double difficulté constituée par le maniement de plusieurs niveaux de réalité ayant chacun leur pertinence, et la confrontation au sexuel génital et infantile, s'est faite sentir tout au long de notre parcours de chercheur sous la forme de résistances présentes chez nous tout d'abord et chez nos différents interlocuteurs ensuite. Le travail spécifique sur les femmes qui demandent à accoucher par césarienne en dehors de toute indication médicale nous a offert une voie pour aborder l'expérience de l'accouchement en général en respectant les défenses de nos interlocuteurs et les nôtres. Notre travail d'analyse personnelle nous a permis d'interroger à la fois nos propres résistances mais aussi notre curiosité et notre désir de connaissance de ce temps singulier en relation avec notre problématique œdipienne singulière.

c) Choisir et renoncer

Aborder l'expérience de l'accouchement sous l'angle pulsionnel est un choix qui s'est imposé progressivement à la suite d'une confrontation entre la revue de la littérature anglo-saxonne en psychologie comportementale qui fait état d'un nombre important de recherches sur l'existence d'un syndrome post-traumatique post-obstétrical et la revue de la littérature psychanalytique qui souligne le lien entre la confrontation au sexuel, le débordement pulsionnel et l'effraction traumatique. Ce faisant, nous avons axé notre réflexion sur le sexuel féminin et si nous avons abordé la question des identifications féminines ce n'est que sous l'angle de l'étayage possible sur la figure maternelle. Nous avons laissé de côté d'autres dimensions telles que celle de la perte et de la séparation bien que ces dernières soient tout à fait pertinentes également au regard de notre objet de recherche.

2. Limites liées à la méthodologie de la recherche

Au moment de mettre en place cette étude exploratoire, nous n'avions aucune idée de la nature et de la quantité du matériel clinique que nous allions recueillir, ni de la temporalité avec laquelle il émergerait. Aussi notre méthodologie a visé à mettre en place une méthodologie favorisant un recueil aussi large et aussi dense que possible par l'utilisation d'outils variés et par la multiplication des temps de rencontre. Le matériel clinique ainsi recueilli à l'issue de ces trois années est considérable et pour une large part encore inexploité.

Concernant la constitution de notre échantillon. Nous avons rencontré 22 primipares. Notre objectif était d'en rencontrer 30 afin de pouvoir prétendre à publier éventuellement des résultats statistiques. Or, la question de la représentativité de notre échantillon de recherche

s'est posée d'emblée. En effet, sa taille est restreinte, il n'a pas été tiré au sort et les résultats mis en avant ne peuvent pas être généralisés à la population générale. Cependant, aujourd'hui, au regard de la richesse heuristique de l'analyse clinique de cas dont nous avons fait l'expérience, et bien que la généralisation statistique nous paraisse toujours envisageable, l'apport de l'analyse de cas nous semble fondamentale. En effet, conformément à ce que nous avons pu lire à propos de la recherche clinique, il nous est apparu que les découvertes se font lors d'émergences particulières chez des sujets singuliers. Dans un second temps, ces découvertes peuvent être mises à l'épreuve sur un échantillon plus grand. La complémentarité des méthodes de recherche nous semble être un gage de découverte et d'ouverture.

Concernant la présentation des résultats, le nombre important de sujets au regard du choix d'une méthodologie de recherche qualitative, associé à la nécessité de dégager des tendances générales et à l'importance du matériel clinique recueilli, nous a contraint à rendre compte des résultats hypothèse de recherche par hypothèse de recherche et à ne présenter que deux cas cliniques complets. Néanmoins, les analyses de chaque cas ont été réalisées. Si elles n'ont pas été rédigées lors de ce travail elles ont déjà pour certaines fait l'objet d'un travail d'analyse complémentaire et d'une publication.

Concernant le choix de trois temps de rencontre, bien que nous n'ayons pas émis d'hypothèses longitudinales, notre objectif était de répéter l'entretien afin d'optimiser le recueil de matériel. En réalité, il y a bien une dynamique tout à fait intéressante qui s'est installée et qui pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. Que ce soit en ce qui concerne les éprouvés corporels et la rencontre avec le bébé, la réalité de l'expérience douloureuse, la place du conjoint par exemple.

Il en est de même avec l'utilisation du dessin comme outil de recherche. En effet, nous avons utilisé le dessin comme outil de recherche en pré- et post-partum en nous basant principalement sur l'analyse du discours produit lors de la réalisation du dessin. Nous n'avons pas fait d'hypothèse portant sur l'évolution du dessin. Or cette évolution est tout à fait significative à plusieurs égards. Par ailleurs, les résultats obtenus en termes de production graphique notamment sont tout à fait surprenants et nous invitent à poursuivre dans le sens de l'utilisation du dessin comme outils projectif. Une analyse plus fine de la clinique de la passation mériterait également d'être mise en place, prenant en compte par exemple le temps de latence des réponses, comme lors de l'analyse des temps de réponses aux tests projectifs tel que le Rorschach. Un travail de mise en commun des recherches utilisant le dessin chez les femmes enceintes pourrait nous permettre de développer et d'affiner cet outil de recherche.

Nous n'avons pas fait dessiner les femmes en immédiat *post-partum*. Pourquoi ? Il semble que ce soit là l'effet de nos propres mouvements contre-transférentiels. Comme si, sur ce temps là, c'était trop. Trop pour nous et/ou trop pour la femme qui vient d'accoucher et dont nous présumons les défenses fragilisées. Trop parce que nous nous serions sentis intrusifs à venir visiter une scène à laquelle nous n'aurions pas été conviés ? Une scène primitive dont notre mouvement contre transférentiel serait le signe ?

À propos de la passation des auto-questionnaires de dissociation péri-traumatique et de détresse émotionnelle, dans un même mouvement à la fois protecteur et défensif, nous n'avons pas recueilli la clinique de la passation puisque les questionnaires étaient laissés dans la chambre au prétexte de ne pas peser sur la jeune accouchée par notre présence... Nous voyons bien ici comme nos préoccupations éthiques peuvent être aussi infiltrées de nos propres résistances. Or l'analyse clinique de la passation des auto-questionnaires, y compris l'HADS et l'EPDS auraient ici toute sa pertinence. En effet, les femmes commentent beaucoup les questions, par exemple elles peuvent dire des phrases du type «si vous m'aviez fait passer ce test avant que je sois sûre d'avoir une césarienne, j'aurais répondu complètement autre chose». Avec un autre dispositif, cette phrase aurait pu faire l'objet d'une relance.

II. PERSPECTIVES

1. Perspectives de recherche

a) L'utilisation du dessin de l'accouchement comme support projectif

L'utilisation du dessin de l'accouchement comme outil de recherche offre des perspectives particulièrement intéressantes et riches que nous aimerions développer. Nous aimerions poursuivre l'utilisation du dessin dans deux directions. La première concerne les remaniements somatopsychiques et plus particulièrement les phénomènes de liaisons entre l'expérience du corps et l'expérience psychique. L'utilisation du dessin et l'analyse des remaniements entre les dessins pourraient nous permettre de réaliser une comparaison entre avant et après l'accouchement en lien avec l'existence, la représentation et la position des corps de la femme/mère, de l'enfant, et de l'homme/père, dans l'espace. Nous avons remarqué que chez certaines femmes, un changement d'angle de vue, un changement d'axe s'effectue quand chez d'autres, les dessins se reproduisent à l'identique.

La seconde direction concerne l'étude des identifications et de leurs remaniements. Le dessin de l'accouchement, du fait des fortes sollicitations des imagos parentales, dont le transfert se fait potentiellement sur les différentes figures médicales présentes ou absentes (médecin et/ou sage-femme), ouvre une large possibilité d'accès aux différentes modalités de traitement des remaniements identificatoires.

Un travail de réflexion et de mise en commun sur les modalités de traitement du matériel recueilli au cours de la passation du dessin en collaboration avec trois autres chercheurs est en cours et devrait donner lieu à la mise en place d'un symposium au congrès international de la WHAIM de mai 2018.

b) Les différentes natures des demandes maternelles de césarienne

Au-delà des enjeux sociologiques qui sont prégnants dans l'étude des demandes maternelles de césarienne, l'analyse clinique singulière des différents cas met en avant plusieurs typologies de demande présentes ensemble ou séparément chez chaque femme. Presque toutes les femmes ont en commun le désir de préserver leur organe sexuel intact. L'emprunt de la filière génitale par l'enfant étant appréhendé comme une dégradation pouvant être dévastatrice. Lorsque ce n'est pas le cas, elles ne veulent *rien sentir* à ce niveau-là. De plus, certaines femmes rendent compte à travers le recours volontaire à la césarienne d'un lien particulier à la figure maternelle dans le sens d'un lien trop étroit et trop envahissant. Enfin, d'autres rendent compte d'un déficit de possibilité d'étayage sur le fonctionnement du corps en lien avec des pathologies chroniques et suggérant le recours à la césarienne comme un moyen de préserver un narcissisme menacé. Pour certaines femmes, le recours à la césarienne semble fonctionner et s'inscrire dans une dynamique maturative quand pour d'autre en revanche, le recours à la césarienne vient répéter à l'identique une situation de passivité douloureuse telle qu'une attente trop longue ou un sentiment d'incapacité insupportable.

C'est pourquoi d'autres recherches s'avèreraient pertinentes pour affiner la compréhension de ce phénomène et adapter au plus juste les réponses apportées aux demandes maternelles de césarienne. En effet aujourd'hui, pour les femmes, deux directions sont possible. D'un côté le recours aux cliniques privées vers lesquelles les femmes se tournent, quand elles le peuvent, avec le sentiment d'être plus entendues et mieux accompagnées, sans que leurs demandes ne soient questionnées ; et de l'autre, des hôpitaux publics où prévalent les protocoles de service et où lorsqu'elle est entendue, la demande des femmes n'est pas acceptée, la plupart du temps.

c) L'accouchement pour l'homme devenant père

Si notre recherche a porté sur la dimension intra-psychique en articulation avec la dimension corporelle que représente l'expérience de l'accouchement pour la femme qui le vit, nous considérons également que l'homme dont la femme accouche traverse lui aussi une expérience tout à fait singulière au regard de sa propre psychosexualité qu'il s'avérerait pertinent d'investiguer par des travaux de recherche complémentaires.

d) L'écriture du premier chapitre des liens mère-enfant et l'expérience de l'accouchement

Une des questions qui nous anime depuis le début de nos recherches est la question des interactions somatopsychiques entre la mère et l'enfant sur le temps de la grossesse et de l'accouchement. La question de l'empreinte, au sens éthologique du terme, de l'expérience de l'accouchement vécue par la femme sur la nature du lien mère-enfant au cours des premières semaines de vie de ce dernier nous intéresse plus particulièrement. Dans notre recherche, nous avons rencontré cette question par l'intermédiaire du sentiment d'extase dont la mère qui accouche par voie basse sans trop de douleur et avec un minimum de sensations éprouvées au niveau vaginal rend compte. Ce sentiment d'extase existe aussi parfois chez les femmes qui ont accouché par césarienne. Nous l'avons rencontré une fois. Il s'agit du cas de Céline. Pour Céline l'expérience de l'intervention semble en effet favoriser la rencontre avec le bébé. Peut-être du fait de ce qui nous semble être une érotisation de l'acte chirurgical et d'un lien transférentiel extrêmement puissant avec son gynécologue ? *Enfin d'un seul coup je me suis dit «mais il ne va pas sortir un bébé !» Ça paraissait complètement fou quoi !* En effet, c'est le chirurgien massivement et positivement investi qui lui donne (lui fait ?) son enfant : *enfin je pense que je n'oublierai vraiment jamais évidemment le moment où il me l'a présenté (...).* L'expérience est extrêmement érotisée. *Il m'a piqué, j'ai senti le, l'effet arriver et là, je, j'étais sur une autre planète quoi ! (...) C'était magnifique ! Franchement, c'est, ça mérite le titre de plus bel événement de la vie et, et je me dis, il n'a pas souffert quoi ! Il est sorti, on l'a pris, hop !*

Un autre point qui a particulièrement retenu notre attention au cours de ce travail de recherche est la relation étroite entre la position du bébé à terme et le désir maternel d'accoucher par césarienne. Sans que nous puissions en tirer aucune conclusion, nous avons été troublés par le fait que la moitié des femmes qui ont demandé à accoucher par césarienne alors que la présentation n'était pas en cause rendent compte du fait que leur bébé s'est présenté en siège. Ce qui leur a permis, disent-elle, ne plus avoir à argumenter de leur choix.

Maria dit par exemple : *et il se trouve que mon enfant il est assis. Donc mon fils, il est génial, il a bien compris dès le départ que j'allais pas accoucher. Il s'est mis assis, il va rester là comme ça il n'y aura pas de débat.* S'agit-il d'un résultat dû au hasard ? Souvenons-nous également du cas d'Aïssatou, une primipare tout-venant dont le fœtus s'est retourné peu de jours avant son terme. Enfin, pensons aux quatre femmes de notre échantillon pour lesquelles l'enfant se présentait par le siège mais pour lesquelles le staff médical avait préconisé une voie basse du fait des conditions particulièrement favorables pour un accouchement par voie basse et qui avaient malgré cela demandé à accoucher par césarienne.

D'autres travaux de recherche sur ces questions pourraient se révéler tout à fait passionnants et riches d'enseignement pour la clinique des femmes en anténatal et en post-partum tout comme pour la clinique du jeune enfant.

2. Perspectives cliniques

a) Accueillir la demande des femmes en anténatal

En ce qui concerne nos pratiques cliniques, accueillir une femme qui demande à accoucher par césarienne devrait se faire au plus tôt dans le suivi de grossesse afin d'évaluer la nature de sa demande. Nous avons déjà évoqué comment, pour certaines femmes, la demande de césarienne s'inscrit dans le processus même d'accès à la maternité ; quand pour d'autres, au contraire, la demande se situe ailleurs avec le risque, si on y accède trop rapidement, de passer à côté. Mais il n'y a pas que des demandes de césarienne. Certaines femmes rédigent un projet de naissance qui bien souvent fait violence aux soignants de la naissance, comme si leurs savoirs et leurs savoir-faire étaient remis en cause, alors même que dans leur grande majorité, ces derniers mettent spontanément tout en œuvre pour le meilleur accompagnement de leurs patientes.

b) Faire valoir la singularité du sujet sur le temps de l'accouchement

Accueillir les femmes qui demandent à accoucher par césarienne reviendrait non pas à accepter ou à refuser de pratiquer une césarienne mais à nous interroger, collectivement, sur la place que nous souhaitons faire à l'expérience de l'accouchement. Les réflexions suscitées par ce travail devraient nous amener collectivement à plus de vigilance à l'égard de la banalisation des actes médicaux pratiqués sur le temps de la naissance. Si nous devons veiller à ce que les femmes qui sont césarisées, par exemple, puissent bénéficier d'une intervention la plus sûre et la moins invalidante possible, si les conditions de sa réalisation doivent favoriser

au plus la proximité physique avec le nouveau-né, il en est de même avec l'accouchement par la voie vaginale.

Pour cela, il nous semble que nous devrions prendre en compte au niveau institutionnel, mais aussi au niveau sociétal, le caractère désorganisateur et maturatif de l'expérience de l'accouchement et intégrer la nécessité d'un accompagnement qui ne soit pas uniquement une succession d'actes médicaux codifiés et tarifés comme l'imposent les nouvelles politiques de santé. Il nous semble que la mise en cause des violences obstétricales faites aux femmes qui accouchent est pour une part le résultat d'un déplacement de la violence intrinsèque non métabolisée de l'accouchement vers le personnel médical, lorsque celui-ci n'est plus en capacité d'accueillir les mouvements psychiques des futurs parents et les siens propres. C'est ce qui se produit lorsque, pour les professionnels, les contraintes imposées se font trop fortes avec, par exemple, la démultiplication des protocoles de soins, peu adaptée au champ relationnel ...

Nous soutenons par ailleurs l'idée selon laquelle une meilleure (re)connaissance des enjeux psychiques sur le temps de la naissance favoriserait l'accompagnement du déroulement de certains accouchements sans complication médicale évidente et qui pourtant «n'avancent pas».

c) Interroger les spécificités du lien entre médecine et accouchement au sein de nos institutions

Qu'il s'agisse d'une césarienne, qu'il s'agisse de pouvoir se déplacer lors du travail ou d'éviter le recours à l'épisiotomie systématique, il nous semble que les femmes demandent à faire entendre le respect de leur corps, le respect de leur intégrité physique et psychique, demandent à être prise en compte en tant que sujet de l'expérience qu'elles traversent dans une relation intersubjective avec d'autres sujets vivant une expérience différente. Or cette demande n'est pas incompatible avec la nécessité, parfois, que l'autre, sujet lui aussi, intervienne y compris de façon brutale, à condition que cette intervention soit pensée, parlée, acceptée et prise dans une relation asymétrique, certes, mais consentie.

d) Soutenir et développer les temps de préparation à la naissance

Nos travaux nous invitent également à soutenir et à valoriser les temps de préparation à l'accouchement qui tendent à passer au second plan derrière les examens médicaux. Ces temps d'échange devraient avoir lieu en individuel ou en petits groupes afin de favoriser l'écoute de la parole des femmes. En effet, certaines femmes accouchent sans avoir jamais

bénéficié de ces temps de préparation puisque, pensent-elles, elles bénéficieront de la péridurale d'une part et que d'autre part, elles font confiance au personnel médical qui est là pour les accoucher... Les soignants devenant alors des prestataires de service voués à l'échec... sauf en cas de césarienne ! La préparation à l'accouchement ne peut se réduire à un cours sur la péridurale ou à un cours d'anatomie. Et notre expérience clinique nous l'apprend chaque jour, les femmes que l'on écoute authentiquement accouchent mieux.

CONCLUSION

Les enfants «sortent du sein ou bien sont extirpés du ventre par incision», «le nombril s'ouvre pour les laisser passer», «ils sont mis au monde par l'intestin, comme une selle qu'on évacue», écrit Freud dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905, p. 131). Il souligne que le premier problème dont l'enfant s'occupe, en accord avec l'éveil de la pulsion épistémophilique, n'est pas la question de la différence des sexes, mais l'énigme : d'où viennent les enfants ? Parmi les femmes que nous avons rencontrées, il semblerait que ces théories de la naissance soient toujours actives. Les femmes qui demandent à accoucher par césarienne rendent compte de leur préférence pour l'ouverture *d'une petite porte* sur l'abdomen, tandis que les femmes tout-venant expriment *la crainte de mal faire*, de *ne pas arriver à pousser*. Comment naissent les enfants ? Freud soutient l'idée que cette question est aussi à l'origine de la pulsion de savoir chez l'enfant, et chez l'enfant devenu adulte. Alors, que dire du chercheur ?

Que représente l'accouchement pour la femme qui en fait l'expérience ? Comment la mobilise-t-il psychiquement au point que certaines choisissent d'avoir recours à une césarienne en dehors de toute indication médicale ? Cette question de départ s'inscrit dans un contexte anthropologique, sociale, juridique, médical et historique du suivi de grossesse et de la naissance dont nous avons souhaité rendre compte. La question incontournable de la douleur, son évitement, et son maintien lorsque l'on traite de l'accouchement nous a conduits à aller plus avant dans la compréhension des modalités du phénomène de la liaison entre soma et psyché à l'aide des concepts de représentation et de pulsion. Nous avons abordé les dimensions susceptibles de faire effraction, au plan psychique, pour la mère. Il s'agit de la confrontation à la mort, à la perte, à la dépendance, mais également, et c'est celles que nous avons retenues, la confrontation au sexuel et à l'incestuel, ainsi que la résurgence des conflits œdipiens. Enfin nous avons exploré les concepts psychanalytiques sous-tendant la genèse de la psychosexualité féminine et leurs dialectisations avec les problématiques soulevées par l'accouchement. Il s'agit notamment des spécificités de l'Œdipe féminin à savoir : la persistance de l'attachement à la mère préœdipienne, le refoulement du vagin et de la levée de

ce refoulement ; la levée du refoulement traduisant dans la théorie freudienne la reconnaissance de la différence des sexes.

L'objectif général de cette recherche-action clinique, qualitative, comparative et longitudinale a été de mettre en lumière comment l'expérience de l'accouchement, le passage de l'enfant par la filière génitale, met à l'épreuve psychiquement la femme qui la traverse. Afin d'étudier cette expérience somatopsychique singulière, nous avons eu l'idée de nous intéresser à un groupe de femmes en particulier : les femmes qui demandent une césarienne pour accoucher de leur premier enfant, en dehors de toute indication médicale. Il s'agit de femmes qui de manière tout à fait consciente ne souhaitent pas s'engager corporellement et psychiquement dans l'expérience d'un accouchement par la voie génitale, quelles que soient les raisons manifestes qui les motivent. Nous avons comparé ce groupe à un groupe de femmes dit «tout-venant», c'est-à-dire à des femmes accouchant également pour la première fois mais n'ayant pas formulé de demande particulière pour leur accouchement. Nous nous sommes demandés en quoi les enjeux psychiques autour de l'accouchement chez les femmes qui demandent une césarienne sans indication médicale étaient différents de ceux des femmes tout-venant et avons problématisé cette question de la façon suivante : la demande maternelle de césarienne est-elle une modalité spécifique de traitement de l'excitation sexuelle — génitale et infantile — suscitée par les représentations et l'expérience du corps lors de l'accouchement?

Nos résultats rendent compte de différentes modalités de transfert qui s'opèrent sur le personnel soignant, et notamment sur la sage-femme, particulièrement à même d'être le support de mouvement de transfert de l'imgo maternelle des parturientes. L'accouchement susciterait, chez la femme qui en fait l'expérience, la réactivation d'une position passive devant une imago maternelle préœdipienne toute puissante, ce qui pour certaines femmes aurait un caractère insupportable. Le recours volontaire à la césarienne interviendrait de façon inconsciente comme une stratégie de dégagement du lien à la mère préœdipienne toute puissante.

Les représentations de l'accouchement à venir mettent à l'épreuve la capacité d'anticipation des femmes et nécessitent des modalités spécifiques de traitement de l'angoisse qu'elles suscitent. Une première stratégie, consciente ou inconsciente, pourrait être le recours volontaire à la césarienne. À la suite des auteurs qui se sont interrogés sur les raisons du maintien de la douleur de l'accouchement, nos résultats vont dans le sens de l'hypothèse selon

laquelle la douleur jouerait, pour les femmes tout-venant, un rôle pare-excitant vis-à-vis de ces représentations. Constituant une seconde possibilité pour traiter l'excitation sexuelle génitale et infantile, l'appréhension de la douleur, et les moyens mis en place pour la combattre, aurait pour fonction d'occulter les représentations et les sensations induites par l'expérience de l'accouchement présent, à venir ou passé. Une troisième solution devant la menace du débordement pulsionnel serait la mise au travail de ce que Jacqueline Schaeffer a conceptualisé sous le terme du *travail du féminin*. L'accouchement mettrait à l'épreuve la capacité du moi de la femme à se laisser pénétrer, coûte que coûte, sans effraction traumatique, et à en être nourri ; c'est-à-dire, à se développer, à s'enrichir, à grandir. L'accouchement constituerait, en cela, ce que nous avons appelé une mise à l'épreuve du féminin.

En cherchant à savoir quelles représentations de la maternité et de leur mère les femmes de notre échantillon avaient, nous avons mis à jour l'expression d'un moindre désir de maternité, et l'expression fréquente d'un moindre désir d'enfant, chez les femmes ayant demandé à accoucher par césarienne. *Faire* un enfant mettrait en jeu le corps dans sa fonction féminine au sens d'Hélène Deutsch, tandis qu'*avoir* un enfant convoquerait davantage la dimension phallique de l'enfant en tant qu'objet du désir, désir de la mère, désir de la société, désir du conjoint aussi parfois.

Ce résultat s'accorde assez bien avec un autre trait saillant des femmes de notre échantillon qui ont demandé à accoucher par césarienne à savoir : le manque d'étayage narcissique fourni par le corps à la réalisation des fonctions féminines, et notamment celle de l'accouchement. Il est remarquable de noter que parmi les femmes du groupe «césarienne», une importante majorité fait état de pathologies chroniques passées ou actuelles, pour elles-mêmes ou leurs parents proches (mère ou père). Ces pathologies, présentes ou passées, viennent souvent légitimer le choix du recours à la césarienne et prennent alors la forme de rationalisations. Dans cette perspective, la demande maternelle de césarienne ne serait pas seulement une modalité de traitement de l'excitation sexuelle génitale et infantile et de l'angoisse qu'elle suscite. Elle correspondrait aussi à un aménagement en faveur de la préservation d'un narcissisme fragile étayé sur un corps féminin décevant au profit d'un surinvestissement narcissique du sexe féminin lui-même, investi sur un mode phallique, à la façon dont le garçon et la fille ont un temps investi le pénis : si mon sexe est préservé alors je suis préservée.

La césarienne comme s'inscrivant dans une tendance de fond qui consiste à disjoindre la sexualité de la procréation pourrait faire l'objet de travaux d'approfondissement. En effet,

le caractère sexuel de l'accouchement que nous avons mis en évidence, au plan manifeste ou au plan latent selon les femmes, ainsi que le recours volontaire à la césarienne pourraient aller dans ce sens. Le caractère insupportable de la proximité de l'enfant et du sexe de la mère, déjà présent chez Otto Rank (1924) à propos du traumatisme de la naissance, rend nécessaire la mise en place de mécanismes de défense visant à disjoindre les deux fonctions : la satisfaction libidinale et la mise au monde d'un enfant. Pour Rank, ce serait une des fonctions des théories sexuelles de la naissance.

L'excès, le débordement pulsionnel de l'accouchement, semblerait par ailleurs avoir un effet sur la nature de la rencontre avec le bébé. Quelque chose au niveau de l'investissement libidinal du bébé se réaliserait différemment lorsque la femme éprouve, ressent, la venue au monde de son enfant au niveau génital. Ces résultats mériteraient d'être développés par le biais d'autres études et mis en perspective avec les travaux d'Hélène Deutsch (1945), pour laquelle la relation entre réalisation du travail et relation heureuse avec la maternité s'origine dans la dynamique psychique du travail lui-même : « toute l'énergie psychique liée au travail et détournée du monde extérieur reflue vers l'enfant au moment de l'accouchement et la liberté nouvellement conquise sur la souffrance et la peur crée un sentiment de triomphe et fait des premiers instants de la maternité une réelle extase » (p. 216).

L'anthropologue Françoise Héritier (1996) écrit que les femmes font leurs filles alors que les hommes ne peuvent faire leurs fils. Pour se reproduire à l'identique, l'homme est obligé de passer par le corps de la femme. C'est cela qui constituerait une injustice (la procréation, le maternel) entre hommes et femmes, et non l'envie du pénis et la castration. Les femmes possèderaient donc quelque chose que les hommes n'auraient pas. Qu'elles l'aient ou qu'elles ne l'aient pas, nous ne pouvons ignorer à la lecture de l'analyse de nos résultats que l'expérience de l'accouchement est une nouvelle confrontation à la différence des sexes. Le désir des hommes de mettre au monde des enfants serait donc une piste particulièrement riche à explorer et pourrait faire l'objet d'un prochain travail de recherche. En effet, comment ne pas être pris par l'envie en lisant Hélène Deutsch qui écrit : « Si les éléments perturbateurs intérieurs et extérieurs sont bien maîtrisés, si l'accouchement suit un cours normal, naturel, et si, par influence émotionnelle directe ou par d'autres moyens, l'excès de la peur et de la souffrance parvient à être supprimé, l'accouchement est la plus grande et la plus enrichissante expérience de la femme, peut-être la plus grande expérience humaine » (1945, p. 215).

La clinique périnatale puise sa source dans la psychiatrie périnatale qui se référait au commencement à la psychose puerpérale décrite par Esquirol (1838) et son élève Marcé

(1858). Aujourd'hui, son champ s'est élargi. Il s'agit désormais de déceler, dans une perspective à la fois préventive et curative, tout ce qui peut venir perturber la genèse, la mise en place et l'évolution conjointes des premières interactions et relations entre l'enfant et ses parents. Le temps périnatal d'abord constitué par l'immédiat post-partum s'est étendu, allant pour certains auteurs du désir d'enfant à sa première, voire à sa deuxième année. Si les contours ne sont pas tracés de manière déterminée, il semble en revanche que la naissance, et plus précisément l'accouchement, soit bien au centre de ce temps particulier. En effet, qu'elle soit naturelle, artificielle, programmée, déclenchée ou prématurée, la naissance de l'enfant se confond — pour combien de temps encore ? — avec l'accouchement pour la mère, et sa position centrale au sein de la clinique périnatale mériterait d'autres développements. L'accouchement serait un temps nodal du devenir parent, l'actualisation d'une promesse, le temps de la rencontre avec le bébé de chair. Mais il ne serait pas que cela ; il correspondrait également à un temps tout à fait singulier au sein de l'élaboration de l'Œdipe féminin et par conséquent, un temps singulier du *être femme*.

La question de la différence des sexes, masculin et féminin, la dimension désorganisatrice — voire traumatique — de l'expérience de l'accouchement, furent les fils rouges de notre travail. La pertinence de cet axe nous paraît toujours d'actualité au regard du déferlement médiatique actuel à propos des violences dites obstétricales. À l'heure où nous écrivons ces lignes, les débats qui opposent la réalité psychique d'un grand nombre de soignants et celles de certaines parturientes ne semblent pas prendre en compte la violence intrinsèque de l'expérience de l'accouchement. En effet, cette violence ne résiderait-elle pas, pour la femme, dans l'impossibilité à se soustraire à l'intensité de l'expérience, à la nécessité d'éprouver avec son corps, avec son sexe, la réalité du passage de l'enfant et à l'effroi que suscite la satisfaction fantasmée du désir de ce passage ? Et si oui, qu'en serait-il pour les autres protagonistes de la naissance ?

Ainsi, accueillir une femme qui demande à accoucher par césarienne reviendrait non pas à accepter ou à refuser de pratiquer une césarienne mais à nous interroger, collectivement, sur la place que nous souhaitons faire à l'expérience de l'accouchement comme expérience singulière de rencontre ; rencontre de la femme avec elle-même dans la découverte d'une fonction sexuelle singulière d'une part, et rencontre dans le corps à corps avec son enfant venant au monde d'autre part. L'objectif de l'accompagnement de la naissance et de l'accouchement, quelle que soit la modalité pratique de ce dernier, césarienne ou voie vaginale, n'est-il pas de contribuer à faire de cette première séparation une rencontre ?

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K. (1924). *Psychanalyse et culture*. Paris: Payot, 1969.
- Ahmad-Nia, S., Delavar, B., Eini-Zinab, H., Kazemipour, S., Mehryar, A. H., & Naghavi, M. (2009). Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: Prevalence and some sociodemographic correlates. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *15*, 1389-1398.
- Akrich, M., Bardes, F., & Phan, E. (2010). Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? *Spirale*, *54*(2), 149-158. <https://doi.org/10.3917/spi.054.0149>
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *80*(4), 315–320. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080004315.x>
- Al-Mufti, R., McCarthy, A., & Fisk, N. M. (1997). Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *73*(1), 1-4. [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(96\)02692-9](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(96)02692-9)
- André, J. (1994). *La sexualité féminine*. Paris: PUF.
- André, J. (2014). La douleur qui se tait n'en est que plus funeste. *Le Carnet PSY*, *177*(1), 33-37. <https://doi.org/10.3917/lcp.177.0033>
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Areskog, B., Kjessler, B., & Uddenberg, N. (1982). Identification of Women with Significant Fear of Childbirth during Late Pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *13*(2), 98-107. <https://doi.org/10.1159/000299490>
- Atwood, R. J. (1980). Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant : étude ethnologique. In D. Rapoport (Éd.), *Corps de mère. Corps d'enfant* (p. 73-124). Paris: Stock.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence. *Birth*, *28*(2), 111–118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x>

- Bagheri, A., Masoudi Alavi, N., & Abbaszadeh, F. (2013). Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: A qualitative study. *Women and Birth*, 26(1), e45-e49. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.004>
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants : La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, Québec: Les éditions du remue-ménage.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF, 1985.
- Bécache, S. (1993). *La maternité et son désir*. Meyzieu, France: Césura.
- Beech, B. (2004). L'épisiotomie au Royaume-Uni. Présenté à 2e Journée Petite Enfance, Paris. Consulté à l'adresse <http://naissance.ws/docs/beverley-episio-fr.htm>
- Belot, R.-A. (2014). La singularité des protocoles Rorschach chez une population de femmes en période postnatale. *Devenir*, 26(3), 165-204. <https://doi.org/10.3917/dev.143.0165>
- Benzio, M., Beugnot, C., Demoy, S., Dubois, A., Durier, C., Gélis, J., & Petitcolas, J. (2004). *La "machine" de Madame Du Coudray ou l'Art des accouchements au XVIIIe siècle*. Bonsecours: Point de vues.
- Bergeron, M. (2011). Accoucher en jouissant. *Urbania : spécial bébé*, 31, 52-53.
- Besson, J.-M. (1992). *La Douleur*. Paris: Odile Jacob.
- Bettes, B. A., Coleman, V. H., Zinberg, S., Spong, C. Y., Portnoy, B., DeVoto, E., & Schulkin, J. (2007). Cesarean Delivery on Maternal Request: Obstetrician–Gynecologists' Knowledge, Perception, and Practice Patterns. *Obstetrics & Gynecology*, 109(1), 541-548. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000249608.11864.b6>
- Bibring, G. L. (1959). Some Considerations of the Psychological Process in Pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1), 9-24. <https://doi.org/10.1080/00797308.1961.11823197>
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2004). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 226, 1-7.
- Bonaparte, M. (1951). *De la sexualité de la femme*. Paris: PUF.
- Bouhaillier, J. (2007). *Les dimensions pelviennes chez les hominidés et leurs conséquences sur la mécanique obstétricale* (thèse de doctorat d'État). Muséum d'histoire naturelle.

- Bourguignon, O. (1995). Le processus de recherche. In O. Bourguignon & M. Bydlowski, *La recherche clinique en psychopathologie* (p. 35-51). Paris: PUF.
- Bourguignon, O. (2003). *Questions éthiques en psychologie*. Bruxelles: Mardaga.
- Bourguignon, O. (2007). *Éthique et pratique psychologique*. Wavre, Belgique: Mardaga.
- Braunschweig, D., & Fain, M. (1971). *Éros et Antéros*. Paris: Payot.
- Briex, M. (2015). Césarienne naturelle. *Spirale*, 76(4), 86-89.
<https://doi.org/10.3917/spi.076.0086>
- Brugeilles, C. (2014). L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? *Autrepart*, 70(2), 143-164. <https://doi.org/10.3917/autr.070.0143>
- Brun, D. (2011). Les Mères ! Quel est ce mot que je ne puis entendre ? Façons d'être mère. *Figures de la psychanalyse*, 22(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/fp.022.0011>
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C., ... Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>
- Bydlowski, M. (1990). À propos de l'écoute des couples en demande d'enfant. *Études psychothérapeutiques*, 1, 15-29.
- Bydlowski, M. (1997). *La Dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF, 2005.
- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant - L'expérience intérieure de la maternité*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir*. Paris: Odile Jacob.
- Bydlowski, M., & Dayan-Lintzer, M. (1985). Désir d'enfant, mal d'enfant. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1, 25-42.
- Cabrol, G. (2011). Le refoulement de l'inceste primordial. *Revue française de psychanalyse*, 75(5), 1583-1588. <https://doi.org/10.3917/rfp.755.1583>
- Calderón Cabrera, F. E. (2006). *Y parieras con dolor : exploracion sobre el manejo biomédico del cuerpo femenino en las cesáreas y el parto*. La Paz, Bolivie: Grupo Design.
- Candilis-Huisman, D. (2011). Comment survivre à son accouchement ? *Topique*, 116(3), 29-43. <https://doi.org/10.3917/top.116.0029>
- Castarède, M.-F. (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. In C. Chiland, *L'entretien clinique* (p. 118-145). Paris: PUF.

- Chasseguet-Smirgel, J. (1964). La culpabilité féminine : de certains aspects spécifiques de l'Oedipe féminin. In J. Chasseguet-Smirgel, *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine* (p. 129-180). Paris: Payot.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1986). *Les deux arbres du jardin* (2^e éd.). Paris: Payot, 2005. Ouvrage original publié en 1986 sous le titre *Sexuality and Mind*. New York, NY: New York University Press.
- Chertok, L., Bonnaud, M., Borelli, M., & Donnet, L. (1966). *Féminité et maternité : Etude clinique et expérimentale sur l'accouchement sans douleur*. Paris: Desclée de Brouwer.
- CIANE - Collectif interassociatif autour de la naissance. (2012). *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Enquête sur les accouchements*. (No. 3). Consulté à l'adresse <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
- Cianfrani, T. (1960). *A short history of obstetrics and gynecology*. Springfield: Thomas Books.
- CNOGF. (2000). Recommandations pour la pratique clinique: Césarienne: conséquences et indications. CNOGF Collège national de gynécologue-obstétriciens français. Consulté à l'adresse http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM
- Courbière, B., & Carcopino, X. (2011). *Gynécologie Obstétrique* (Édition 2012). Paris: Vernazobres-Grego.
- Cournut, J. (2006). *Pourquoi les hommes ont peur des femmes*. Paris: PUF.
- Cournut-Janin, M. (1998). *Féminin et féminité*. Paris: PUF.
- Courtial, J.-P., & Le Dreff, G. (2004). Analyse de récits de femmes enceintes. *Santé Publique*, 16(1), 105-121. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0105>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27(2), 104-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Cupa, D. (1997a). L'accouchement. *Champ Psychosomatique*, 8, 10-15.
- Cupa, D. (1997b). Rêves d'accouchement, émergence de fantasmes originaires. *Champ Psychosomatique*, 8, 37-48.
- Cupa-Perard, D., Valdes, L., Abadie, I., Pineiro, M., & Lazartigues, A. (1992). Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir*, 4(2), 47-60.

- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35–51. <https://doi.org/10.1348/014466500163095>
- Dagnaud, M., & Melh, D. (1987). *Merlin l'enfanteur*. Paris: Ramsay.
- Delotte, J., Bouaziz, J., Verger, S., & Bongain, A. (2010). Césariennes. In *Techniques chirurgicales - Gynécologie* (p. 41-900). Paris: Elsevier Masson SAS.
- Deneux-Tharoux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M.-H., & Bréart, G. (2006). Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3, Part 1), 541-548. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000233154.62729.24>
- Denis, A., Séjourné, N., & Callahan, S. (2013). Étude de validation française de la version courte du Maternal Self-report Inventory. *L'Encéphale*, 39(3), 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.008>
- Dessolle, L., & Daraï, E. (2005). Évolutions techniques de la césarienne. *EMC - Gynécologie-Obstétrique*, 2(1), 110-124. <https://doi.org/10.1016/j.emcgo.2004.09.002>
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1), 53-68. <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Deutsch, H. (1924). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris: PUF, 1994.
- Deutsch, H. (1925). La psychologie de la femme en rapport avec ses fonctions de reproduction. In M.-C. Hamon & E. Sznycer (Éd.), *Féminité masquerade : études psychanalytiques* (p. 77-95). Paris: Seuil, 1994.
- Deutsch, H. (1945). *La psychologie des femmes* (Vol. 2). Paris: PUF, 1955.
- Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2004). “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 100-110. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3)
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.
- Dubay, L., Kaestner, R., & Waidmann, T. (1999). The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *Journal of Health Economics*, 18(4), 491-522. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(99\)00004-1](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(99)00004-1)
- Enriquez, M. (1980). Du corps en souffrance au corps de souffrance. *Topique*, 26, 5-27.
- Escoffier-Lambiotte, C. (1985, mars 27). Douleur, ne plus souffrir inutilement. *Le Monde*, p. 15-16.
- Euro-perisat / BJOG. (2014). *Enquête nationale périnatale*. Consulté à l'adresse <http://www.gyneweb.fr/sources/gdpublic/enquete.html>

- Eurostat. (2015, mai 15). Communiqué de presse. Consulté à l'adresse <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6829232/3-13052015-CP-FR.pdf/9ee64f6c-de15-4db1-a295-501353202023>
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: PUF.
- Faure-Pragier, S. (1999). Le désir d'enfant comme substitut du pénis manquant : une théorie stérile de la féminité. In J. Schaeffer, M. Cournut-Janin, & S. Faure-Pragier, *Clés pour le féminin: Femme, mère, amante et fille* (p. 41-55). Paris: PUF.
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>
- Fernandez, L., & Catteuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris: Nathan.
- Freud, S. (1894). Les névroses de défense. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 3, p. 3-18). Paris: PUF, 2005.
- Freud, S. (1895). Esquisse pour une psychologie scientifique. In *La naissance de la psychanalyse : lettres à Wilhelm Fliess : notes et plans (1887-1902)* (p. 307-396). Paris: PUF, 1956.
- Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 6, p. 59-181). Paris: PUF, 2006.
- Freud, S. (1913). *La technique psychanalytique*. Paris: PUF, 2013.
- Freud, S. (1915a). Le refoulement. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 13, p. 191-203). Paris: PUF, 2005.
- Freud, S. (1915b). L'inconscient. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 13, p. 206-244). Paris: PUF, 2005.
- Freud, S. (1915c). Pulsions et destins de pulsions. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 13, p. 163-188). Paris: PUF, 2005.
- Freud, S. (1918). *L'homme aux loups*. Paris: PUF, 2009.
- Freud, S. (1919). « Un enfant est battu » : contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 15, p. 119-146). Paris: PUF, 2002.
- Freud, S. (1920a). Au-delà du principe de plaisir. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 15, p. 273-338). Paris: PUF, 2002.

- Freud, S. (1920b). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (p. 47-128). Paris: Payot, 2001.
- Freud, S. (1923a). Le moi et le ça. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 16, p. 255-301). Paris: PUF, 1991.
- Freud, S. (1923b). L'organisation génitale infantile de la libido. In P. Cotet (Éd.), J. Doron & R. Doron (Trad.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 16, p. 305-309). Paris: PUF, 1991.
- Freud, S. (1924a). La disparition du complexe d'œdipe. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 17, p. 25-34). Paris: PUF, 1992.
- Freud, S. (1924b). Le problème économique du masochisme. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 17, p. 9-23). Paris: PUF, 1992.
- Freud, S. (1925). Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 17, p. 191-202). Paris: PUF, 1992.
- Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 17, p. 203-286). Paris: PUF, 1992.
- Freud, S. (1931). De la sexualité féminine. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 19, p. 9-28). Paris: PUF, 1995.
- Freud, S. (1932). 33e leçon : la féminité. In P. Cotet (Éd.), *Œuvres complètes : Psychanalyses* (Vol. 19, p. 195-219). Paris: PUF, 1995.
- Freud, S. (1937). L'analyse avec fin et analyse sans fin. In *Résultats, idées, problèmes* (Vol. II, p. 231-268). Paris: PUF, 1985.
- Friedman, D. D. (1975). Conflict behavior in the parturient. In *Transactions of the 4th International Congress of Obstetrics and Gynecology* (p. 373-375). Basel: Karger.
- Gabbe, S. G., & Holzman, G. B. (2001). Obstetricians' choice of delivery. *The Lancet*, 357(9257), 722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71484-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71484-7)
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235. <https://doi.org/10.3109/01674820209074677>
- Gélis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin : Une nouvelle conception de la vie*. Paris: Fayard.
- Genèse 3:16. (s. d.). In *La Bible* (Bible en Ligne). Consulté à l'adresse <http://sainte bible.com/genesis/3-16.htm>

- Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29(1-2), 129-138. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0129>
- Green, A. (1973). *Le discours vivant - La conception psychanalytique de l'affect*. Paris: PUF, 2005.
- Green, A. (1979). L'Angoisse et le narcissisme. *Revue française de psychanalyse*, 43(1), 45-88.
- Gruber, J., Kim, J., & Mayzlin, D. (1999). Physician fees and procedure intensity: the case of cesarean delivery. *Journal of Health Economics*, 18(4), 473-490. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(99\)00009-0](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(99)00009-0)
- Gruber, J., & Owings, M. (1996). Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery. *The RAND Journal of Economics*, 27(1), 99-123. <https://doi.org/10.2307/2555794>
- Guedeney, A., Fermanian, J., Guelfi, J. D., & Delour, M. (1995). Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh postnatal depression scale sur une population parisienne. *Devenir*, 7(2), 69-92.
- Guerraz, F. T. (2006). *Incidence des infections nosocomiales chez les accouchées césarisées et non césarisées*. Miméo.
- Gutierrez, H., & Houdaille, J. (1983). La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle. *Population*, 975-994.
- Haag, G. (1990). Corps et liens. Présenté à 3ème colloque du GECP d'Aix-en-Provence.
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J., ... Cuttini, M. (2006). Caesarean Section on Request: A Comparison of Obstetricians??? Attitudes in Eight European Countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113, 647-656. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00933.x>
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Ulbjerg, N., & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *British Medical Journal*, 336(7635), 85-87. <https://doi.org/10.1136/bmj.39405.539282.BE>
- Haute Autorité de Santé. (2013). La césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1603546/fr/la-cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes

- Henslin, J. M., & Biggs, M. A. (1971). The sociology of the vaginal examination. In J. M. Henslin (Éd.), *Studies in the Sociology of Sex* (p. 205-216). New York: Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Héritier, F. (1996). *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- Hickl, E. J. (1994). The safety of Cesarean section. In D. R. Popkin & L. J. Peddle (Éd.), *Women's Health Today* (p. 65-70). London: Parthenon Publishers.
- Hopkins, K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? *Social Science & Medecine*, 51(5), 725-740.
- Horney, K. (1933). La négation du vagin. In *La psychologie de la femme* (p. 189-208). Paris: Payot, 1969.
- Husson, J.-F., & Yannotti, S. (1980). Y-a-t-il un obstétricien dans la salle? In D. Rapoport (Éd.), *Corps de mère. Corps d'enfant* (p. 31-35). Paris: Stock.
- Hyde, M. J., Griffin, J. L., Herrera, E., Byrne, C. D., Clarke, L., & Kemp, P. R. (2009). Delivery by Caesarean section, rather than vaginal delivery, promotes hepatic steatosis in piglets. *Clinical Science*, 118(1), 47. <https://doi.org/10.1042/CS20090169>
- Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris: PUF.
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J.-D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 67-71.
- Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J.-D. (2006). L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *L'Encéphale*, 32(6, Part 1), 953-956. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76272-8](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76272-8)
- Jimenez, V. (2010). La césarienne de convenance. In R. Frydman & M. Szejer, *La Naissance. Histoires, cultures et pratiques d'aujourd'hui* (p. 1034-1035). Paris: Albin Michel.
- Jones, E. (1927). Le développement précoce de la sexualité féminine. In A. Stronck (Trad.), *Théorie et pratique de la psychanalyse* (p. 399-411). Paris: Payot, 1969.
- Jones, E. (1932). Le stade phallique. In A. Stronck (Trad.), *Théorie et pratique de la psychanalyse* (p. 412-441). Paris: Payot, 1969.
- Jones, E. (1935). La psychanalyse et les instincts. In A. Stronck (Trad.), *Théorie et pratique de la psychanalyse* (p. 139-157). Paris: Payot, 1969.
- Kaës, R., Missemard, A., Kaspi, R., Anzieu, D., Guillaumin, J., Bleger, J., & Jaques, E. (2004). *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.

- Kamath, B. D., Todd, J. K., & Glazner, J. E. (2009). Neonatal outcomes after elective caesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, *113*(6), 1231-1238.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a66d57>
- Kaswin-Bonnefond, D. (2013). Une siècle de controverses sur la sexualité féminine. In G. Cabrol, M. Emmanuelli, F. Nayrou, & H. Parat (Éd.) (p. 15-52). Paris: PUF.
- Kestenberg, J. S. (1956). Le développement des sentiments maternels dans la prime enfance. In D. Faugeras (Trad.), *Les trois visages de la féminité : études sur le désir de maternité, la grossesse et la sexualité féminine* (p. 137). Paris: Des femmes, 2008.
- Klein, M. (1931). Contribution à la théorie de l'inhibition intellectuelle. In *Essais de psychanalyse* (p. 283-296). Paris: Payot, 1968.
- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF, 2013.
- Klein, M. (2005). Obstetrician's Fear of Childbirth: How Did It Happen? *Birth*, *32*(3), 207-208. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00371.x>
- Knibiehler, Y. (2007). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Rennes: École nationale de la santé publique.
- Konicheckis, A. (2010). La psychanalyse à l'épreuve de la maternité : les expériences réalisantes. In J. André & L. Aupetit (Éd.), *Maternités traumatiques* (p. 97-113). Paris: PUF.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In *Écrits I* (p. 89-97). Paris: Le Seuil, 2014.
- Lacan, J. (1974). *Télévision*. Paris: Le Seuil.
- Lacan, J. (1975). *Encore*. Paris: Le Seuil.
- Lampl-de Groot, J. (1927). Histoire du développement du complexe d'Œdipe chez la femme. In M. . Hamon (Éd.), *Féminité mascarade : études psychanalytiques* (p. 113-132). Paris: Seuil, 1994.
- Lansac, J., & Sabouraud, M. (2004). Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. *Les Tribunes de la santé*, *5*(4), 47-56.
<https://doi.org/10.3917/seve.005.56>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (4^e éd.). Paris: PUF, 2004.
- Laurendeau, F. (1987). La médicalisation de l'accouchement. In F. Saillant & M. O'Neill (Éd.), *Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et*

- de l'accouchement au Québec* (p. 138-183). Montréal, Québec: Les Editions Saint-Martin.
- Le Breton, D. (1955). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.
- Le Ray, C., Gaudu, S., Teboul, M., Cabrol, D., & Goffinet, F. (2004). Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33(1, Part 1), 30-36. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96309-0](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96309-0)
- Leguil, F. (2009). L'impossible prédiction de la douleur éradiquée. *Mental*, (22), 139-143.
- Lépine, J.-P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol*, 143(2), 175-189.
- Leroy, F. (2002). *Histoire de naître - De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Lévi-Strauss, C. (1950). Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss. In M. Mauss, *Sociologie et anthropologie* (p. xii-xiii). Paris: PUF.
- Lilford, R. J., Van Coeverden de Groot, H. A., Moore, P. J., & Bingham, P. (1990). The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 97(10), 883-892. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb02442.x>
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2272-2284. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.028>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- Lucas-Baloup, I. (2013). Césariennes de confort : qui le décide, la parturiente ou le médecin ? Consulté à l'adresse <http://www.gyneco-online.com/juridique/cesariennes-de-confort-qui-le-decide-la-parturiente-ou-le-medecin>
- Mack Brunswick, R. (1940). La phase précœdipienne du développement de la libido. In M. . Hamon (Éd.), J. Richaud (Trad.), *Féminité mascarade : études psychanalytiques* (p. 295-326). Paris: Seuil, 1994.

- MacKenzie, I. Z. (1999). Should women who elect to have caesarean sections pay for them? *British Medical Journal*, 318(7190), 1070. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7190.1070>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Child*. New York: Basic Books.
- Marcé, L. V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris: Baillière et Fils.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In *Assessing psychological trauma and PTSD* (p. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marret, S., & Marpeau, L. (2010). « Césarienne programmée n'est pas la panacée ! » Perils for the term infant born by elective caesarean section! *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38(10), 559-560. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.07.015>
- McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard.
- Mendoza-Sassi, R., Cesar, J., Rodrigues da Silva, P., Denardin, G., & Mendes Rodrigues, M. (2010). *Risk factors for cesarean section by category of health service* (Vol. 44). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100009>
- Milcent, C., & Rochut, J. (2009). Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France. *Revue économique*, 60(2), 489-506. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0489>
- Miller, N. M., Fisk, N. M., Modi, N., & Glover, V. (2005). Stress responses at birth: determinants of cord arterial cortisol and links with cortisol response in infancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(7), 921-926. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00620.x>
- Missonnier, S. (2000). Aux commencements, la douleur ? *Champ Psychosomatique*, 19, 77-78.
- Missonnier, S. (2003a). Aux commencements, la douleur ? In *La consultation thérapeutique périnatale: Un psychologue à la maternité* (p. 139-146). Toulouse: Erès, 2008.
- Missonnier, S. (2003b). Cartes, sextant, compas... In *La consultation thérapeutique périnatale: Un psychologue à la maternité* (p. 35-54). Toulouse: Erès, 2008
- Missonnier, S. (2005). Entre agonie primitive du bébé et angoisse signal, la genèse de l'anticipation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.004>

- Moore, B. E. (1961). Frigidity in Women. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9(3), 571-584. <https://doi.org/10.1177/000306516100900313>
- Morel, M.-F. (2002). Histoire de la douleur dans l'accouchement. *Réalités en gynécologie obstétrique*, (67), 31-34 et (71), 42-46. Consulté à l'adresse <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
- Morel, M.-F. (2008). Histoire de la naissance en France (XVIIIe-XXe siècle). *AdSP*, 61/62(décembre 2007-mars 2008), 22-28.
- Moulin, G. (2010). *Enjeux psychiques de la très grande prématurité- Approche psychosomatique* (Thèse de doctorat en Psychologie (psychopathologie et psychologie cliniques)). Université Lyon II, Lyon.
- Mouras, M.-J. (2003). *La périnatalité : repère théorique et clinique*. Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Müller, J. (1932). A Contribution to the Problem of Libidinal Development of the Genital phase in girls. *International Journal of Psychoanalysis*, 13, 361-368.
- NIH. (2006). NIH State-of-the-Science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request. *NIH Consens Sci Statements*, 23(1), 1-29.
- Nzewi, C., & Penna, L. K. (2011). Caesarean section for maternal request. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 21(11), 327-328. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2011.09.004>
- Odent, M. (1980). Les positions de la mère pendant l'accouchement. In D. Rapoport (Éd.), *Corps de mère. Corps d'enfant* (p. 13-28). Paris: Stock.
- OMS - Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2010*. Genève.
- Osis, M. J. D., Pádua, K. S., Duarte, G. A., Souza, T. R., & Faúndes, A. (2001). The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Meeting: Conference Agreement on the Definition of Humanization and Humanized Care, 2-4 November 2000, Fortaleza, Brazil*, 75, S59-S66. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00518-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00518-5)
- Parat, H. (2006). *Sein de femme, sein de mère*. Paris: PUF.
- Park, C. S., Yeoum, S. G., & Choi, E. S. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00206.x>
- Park, K. (2006). *Secrets of Women: Gender, Generation, and the Origins of Human Dissection*. New York: Zone Books.

- Parquet, P.-J., & Delcambre, G. (1980). Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse. In D. Rapoport (Éd.), *Corps de mère. Corps d'enfant* (p. 201-217). Paris: Stock.
- Paumé, N. (1993). *Anesthésie péridurale et accouchement : une représentation sociale et idéologique de la maternité. Étude des stratégies cognitives de « résistance » et de « contournement de cette résistance » à des technologies biomédicales nouvelles*. Université Paris X, Nanterre. Consulté à l'adresse <https://books.google.fr/books?id=w-STtgAACAAJ>
- Penna, L., & Arulkumaran, S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3), 399–409. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00217-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00217-0)
- Périnatal ARS IDF 2014 d'après les données du PMSI 2013. (2014). Agence Régionale de Santé Ile-de-France. (71), 42-46 www.perinat-ars-idf.org
- Petroff, E. (1999). L'hospitalisation mère-bébé. In *Spirale* (Vol. 10). Ramonville: Erès.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality*. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333-343. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x>
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 311-319.
- Pottier-Sperry, F. (1996). *L'hysterotomotomie ou enfantement caésarien de François Rousset (Paris, 1581) : Le livre d'un imposteur ou celui d'un précurseur ? Intervention* (Vol. 30). Colombes: Arodan.
- Prat, R. (1996). Le miroir de la dépendance ou le traumatisme de la naissance vu du côté des parents. *Devenir*, 8(4), 7-21.
- Prat, R. (2008). Les bébés qui réactivent notre folie. *Spirale*, 45(1), 149-169. <https://doi.org/10.3917/spi.045.0149>
- Prieur-Richard, E. (2010). Une odyssée inconsciente, l'accouchement. Consulté à l'adresse <http://www.prieur-richard.net/odysee/index.php?>
- Racamier, P.-C. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolution psychiatrique*, 26(4), 526-570.
- Racamier, P.-C. (1979). *De psychanalyse en psychiatrie : études psychopathologiques : travaux réunis*. Paris: Payot.

- Racinet, C., Favier, M. F., & Meddoun, M. (2002). *La césarienne*. Montpellier: Sauramps médical.
- Rank, O. (1924). *Le Traumatisme de la naissance*. Paris: Payot, 2002.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol Appl*, 39(4), 295-307.
- Revault d'Allonnes, C. (1976). *Le mal joli : Accouchements et douleur*. Paris: 10118.
- Revault d'Allonnes, C. (1991). *Être, faire, avoir un enfant*. Paris: Payot et Rivages, 2004.
- Revault d'Allonnes, C. (1996). Réflexions sur l'accouchement : Tout change ... et rien ne bouge. *Champ Psychosomatique*, 8, 17-27.
- Rey, A. (2012). *Le Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert.
- Rey, R. (1993). *Histoire de la douleur*. Paris: La Découverte.
- Riazuelo-Deschamps, H. (2007). *Anthropologie et psychanalyse de la grossesse : représentations maternelles au cours d'une première et d'une deuxième grossesse* (Thèse de doctorat en Psychopathologie psychanalytique). Université Paris X, Paris.
- Rivière, J. (1929). La féminité en tant que mascarade. In M.-C. Hamon (Éd.), V. Smirnoff (Trad.), *Féminité mascarade : études psychanalytiques* (p. 197-213). Paris: Seuil, 1994.
- Roth-Hailotte, R. (2011). Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel. *Connexions*, 95(1), 155-166. <https://doi.org/10.3917/cnx.095.0155>
- Roussillon, R., & Golse, B. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris: PUF.
- Rouveau, F. (2013). *Maternité et Toxicomanie : entre corps et psyché : l'expérience de la maternité chez la femme toxicomane* (Thèse de doctorat en Psychopathologie psychanalytique). Université Paris X, Paris.
- Ruleau, J. (1704). *Traité de l'opération césarienne...* Paris: J. Lefebvre.
- Saïet, M. (2015). Pulsion (représentant et représentation de la pulsion). In S. Contou-Terquem, *Dictionnaire Freud* (p. 796-798). Paris: Robert Laffont.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(5), 492-498. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x>
- Samacher, R. (1998). *Psychologie Clinique et Psychopathologie* (2^e éd.). Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Schaeffer, J. (1997). *Le refus du féminin*. Paris: PUF, 2008.

- Schaeffer, J. (2005a). Antagonisme et réconciliation entre féminin et maternel. *Dialogue*, 169(3), 5-18. <https://doi.org/10.3917/dia.169.0005>
- Schaeffer, J. (2005b). Quel retour d'âge ? Début de la fin ou fin du début ? *Revue française de psychanalyse*, 69(4), 1013-1030. <https://doi.org/10.3917/rfp.694.1013>
- Schilder, P. (1968). *L'Image du Corps*. Paris: Gallimard.
- Selvi Dogan, F., Calmelet, P., Cottenet, J., Sagot, P., & Mace, G. (2013). L'accouchement à bas risque : existe-t-il ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(6), 557-563. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.12.007>
- Shea, E., & Tronick, E. Z. (1988). The maternal self-report inventory: A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. *Theory and research in behavioral pediatrics*, 4, 101-139.
- Sjögren, B., & Thomassen, P. (1997). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(10), 948-952. <https://doi.org/10.3109/00016349709034907>
- Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. M. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 1037-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>
- Snaith, R., Baugh, S., Clayden, A., & Husain, A. (1982). The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *Br J Psychiatry*, 141, 518-523.
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 672-680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>
- Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic Stress after Childbirth: The Role of Obstetric Variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 31-39. <https://doi.org/10.3109/01674820209093413>
- Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2004). Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 127-142. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00242-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00242-6)
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
- Soubieux, M.-J. (2009). *Le deuil périnatal*. Bruxelles: Fabert.
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* (Thèse présentée

- comme exigence partielle du doctorat en sémiologie). Université du Québec à Montréal, Frelighsburg, Québec.
- Stark, M. (1994). A technique of cesarean section: the Misgav Ladach method. In D. R. Popkin & L. J. Peddle, *Women's health today : perspectives on current research and clinical practice : the proceedings of the XIV World Congress of Gynecology and Obstetrics, Montreal, September 1994* (p. 81-85). New York: Parthenon Publishing.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. (D. Cupa, Trad.). Paris: Calmann-Lévy.
- Szasz, T. S. (1986). *Douleur et plaisir*. Paris: Payot.
- Teissède, F., & Chabrol, H. (2004). Les dépressions du postpartum: étude comparative de deux programmes de dépistage, de prévention et de traitement chez 450 femmes. In C. Tychev (Éd.), *La Prévention des dépressions* (p. 79-85). Paris: L'Harmattan.
<https://doi.org/10.1177/070674370404900108>
- This, B. (1980). La femme horizontale. In D. Rapoport (Éd.), *Corps de mère. Corps d'enfant* (p. 127-150). Paris: Stock.
- Unicef. (2016). Caesarian section - Percentage. Consulté à l'adresse http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/Caesarian-section_updated-Dec-2016.xlsx
- Usta, I. M., Hobeika, E. M., Abu Musa, A. A., Gabriel, G. E., & Nassar, A. H. (2005). Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 193(3), 1045-1049. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.037>
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., ... Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 367(9525), 1819-1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68704-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68704-7)
- Vuille, M. (1998). *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*. Lausanne: Antipodes.
- Wagner, M. (1996). Active Management of Labour. *Midwifery Today*, (37).
- Wallon, H. (1959). Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. *Enfance*, 12(3), 252-263. <https://doi.org/10.3406/enfan.1959.1440>
- Waniez, P., Wurtz, B., & Brustlein, V. (2006). L'abus du recours à la césarienne au Brésil : dimensions géographiques d'une aberration médicale. *Santé : Cahiers d'Etudes et de Recherche Francophones*, 16(1-2), 21-31.
- Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., & Blackstone, J. (2005). Patient Choice Cesarean—The Maine Experience. *Birth*, 32(3), 203-206. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2005.370_1.x

- Widlöcher, D. (1975). *L'interprétation des dessins d'enfants*. Bruxelles: Dessart et Martaga.
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(6), 587-597.
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00041-8)
- Wiklund, I., Edman, G., & Andolf, E. (2007). Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *86*(4), 451–456. <https://doi.org/10.1080/00016340701217913>
- Wing, J. ., Cooper, J. ., & Sartorius, N. (1974). *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and CATEGO Program*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In J. Kalmanovitch (Trad.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 285-291). Paris: Payot, 2004.
- Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. In J. Kalmanovitch (Trad.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 325-333). Paris: Payot, 2004.
- Winnicott, D. W. (1988). *La nature humaine*. Paris: Gallimard, 1990.
- Wolf, M. (1998). La psychose puerpérale : une problématique d'autoengendrement et de maternage. In M. Bydlowski & D. Candilis (Éd.), *Psychopathologie Périnatale* (p. 129-148). Paris: PUF.
- Wu, S., Kocherginsky, M., & Hibbard, J. U. (2005). Abnormal placentation: Twenty-year analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *192*(5), 1458-1461.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.074>
- Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(1), 61-71. <https://doi.org/10.1080/01674820701804324>
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *30*(2), 75-84. <https://doi.org/10.1080/02845710121310>
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *9*(2), 122–130.
<https://doi.org/10.1002/cpp.305>
- Zazzo, R. (1973). La genèse de la conscience de soi, la reconnaissance de soi dans le miroir. In *Psychologie de la connaissance de soi* (p. 145-188). Paris: PUF.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

- Akrich, M., & Pasveer, B. (1996). *Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo.
- André, J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris: PUF.
- André, J. (2010a). Introduction. In J. André & L. Aupetit (Éd.), *Maternités traumatiques* (p. 9-16). Paris: PUF.
- André, J. (2010b). *Les désordres du temps*. Paris: PUF.
- Assoun, P. (1994). Du sujet de la séparation à l'objet de la douleur. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 42(8-9), 403-410.
- Atlan, H. (2005). *L'utérus artificiel*. Paris: Seuil.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Beck, C. T. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth: The Aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
- Belmont, N. (1989). Propositions pour une anthropologie de la naissance. *Topique*, 43(1), 7-18.
- Belmont, N. (1995). Le rite de passage et la naissance. *Dialogue*, 127, 30-44.
- Benachi, A., Luton, D., Mandelbrot, L., & Picone, O. (2014). *Pathologies maternelles et grossesse*. Paris: Elsevier Masson.
- Benhaïm, M. (2001). *Etude psychanalytique sur la position maternelle*. Toulouse: Erès.
- Bergeret-Amselek, C. (2001). Interrogations autour de l'accompagnement des femmes enceintes en psychanalyse. In C. Bergeret-Amselek (Éd.), *Naître et grandir autrement*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Boudou, M., Teissèdre, F., Walburg, V., & Chabrol, H. (2007). Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. *L'Encéphale*, 33(5), 805-810. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.10.002>

- Brette, F. (2005). Le traumatique : effets positifs et organisateurs. In F. Brette, M. Emmanuelli, & G. Pragier (Éd.), *Le traumatisme psychique : Organisation et désorganisation* (p. 69-88). Paris: PUF.
- Callister, L. C. (2004). Making Meaning: Women's Birth Narratives. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 508–518.
<https://doi.org/10.1177/0884217504266898>
- Carton, S., Chabert, C., & Corcos, M. (2011). *Le silence des émotions. Clinique psychanalytique des états vides d'affect*. Paris: Dunod.
- Cheyney, M. (2008). Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace. *Qualitative Health Research*, 18, 254-67.
- Chinchard-Sepeda, L. (2006). *Through her eyes : A case study of women's experience of pregnancy and childbirth with out-of-hospital midwifery care* (Thèse de doctorat). California Institute of Integral Studies, San Francisco.
- Cohen de Lara, A. (2015a). Annulation – Isolation. In *Dictionnaire Sigmund Freud L'homme et l'œuvre* (p. 62-64). Paris: Robert Laffont.
- Cohen de Lara, A. (2015b). Complexe d'Œdipe – Angoisse de castration - Complexe de castration. In *Dictionnaire Sigmund Freud L'homme et l'œuvre* (p. 177-180). Paris: Robert Laffont.
- Cramer, B. (1994). Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans « l'épingle d'identité ». *Devenir*, 6(2), 15-21.
- Croix, L. (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de psychologie clinique*, 23(2), 11-23.
<https://doi.org/10.3917/cpc.023.011>
- Cyrulnik, B. (1995). L'Empreinte : de l'animal à l'homme. *Champ Psychosomatique*, 4, 13-21.
- Denis, A., & Callahan, S. (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4), 116-119. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.002>
- Deutsch, H. (1944). *La psychologie des femmes* (Vol. 1). Paris: PUF, 1953.
- Dugnat, M., Fontanges-Darriet, M., & Missonnier, S. (1997). *Grossesse et naissance : Le passage*. Paris: Erès.
- Fain, M. (1971). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue française de psychanalyse*, 35(2-3), 265-365.
- Ferenczi, S. (1932). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris: Payot, 2004.

- Ferenczi, S. (2006). *Le traumatisme*. Paris: Payot et Rivages.
- Fonty, B. (1986). *Bonjour l'aurore*. Paris: Joseph Clims.
- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. In S. Freud, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard, 1976.
- Gepner-Debrun, A. (2000). L'analgésie péridurale obstétricale : victoire sur le destin ou destin d'une victoire ? *Champ Psychosomatique*, 17, 69-89.
- Houzel, D. (1991). *Le traumatisme de la naissance*. Paris: Le Centurion.
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris: PUF.
- Johnson, L. (1997). *Childbirth as a Developmental Milestone* (Thèse de doctorat en Psychoanalysis and Women's Studies). The Union Graduate School, Cincinnati, Ohio.
- Klein, M. (1952). De la théorie de l'angoisse et de la culpabilité. In M. Klein et al., *Développements de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Knibiehler, Y. (2004). *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Paris: PUF.
- Knibiehler, Y., & Thebaud, F. (1995). La médicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970. In *Catalogue de l'exposition « L'heureux événement » : une histoire de l'accouchement, 7 avril-16 juillet 1995* (p. 101-111). Paris: Musée de l'assistance publique de Paris.
- Le Guen, C. (1974). *L'Œdipe originaire*. Paris: Payot.
- Lemaître, V. (2004). Little Big Man : symptômes dépressifs en pré- et post-partum, dystocie obstétricale et processus de parentalisation. In S. Missonnier, B. Golse, & M. Soulé (Éd.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 559-596). Paris: PUF.
<https://doi.org/10.3917/puf.misso.2004.01.0559>
- Lepic, P. (2006). *Naître*. Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Lyons, S. (1998). Post-traumatic disorder following childbirth : causes, prevention and treatment. In S. Clement (Éd.), *Psychological Perspectives on Perspectives on Pregnancy and Childbirth* (p. 123-143). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Marbeau-Cleirens, B. (1988). *Les mères imaginées : Horreur et vénération*. Paris: Les Belles Lettres.
- Marinov, V. (2010). L'ivresse dionysiaque : Giacometti, Brel. In *Entre corps et psyché : les addictions* (p. 138-149). Paris: EDK, Groupe EDP Sciences.
- Mijolla, A. de. (1981). *Les visiteurs du moi, fantasmes d'identification*. Paris: Les Belles Lettres.

- Missonnier, S. (2013). Grossesse, stress et psychanalyse. Un débat primordial. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 37-66. <https://doi.org/10.3917/psy.561.0037>
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 491-509. <https://doi.org/10.1348/135910706X120627>
- Odent, M. (2005). *Césariennes : questions, effets, enjeux*. Paris: Souffle d'Or.
- Péruchon, M. (1997). Le rituel et son pouvoir de liaison, Perspectives psychanalytiques. In M. Péruchon, *Rites de vie, rites de mort*. Paris: PUF.
- Pierrehumbert, B., Borghini, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2007). Risques périnataux et difficultés d'attachement. *Contraste*, 26(1), 137-143. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0137>
- Prat, R. (2013). La terreur de la dépendance comme expérience fondatrice du maternel. *Le Carnet PSY*, 168(1), 26-35. <https://doi.org/10.3917/lcp.168.0026>
- Racamier, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Payot.
- Racker, H. (1957). Contribution to the Problem of Psycho-Pathological Stratification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 223-239.
- Reik, T. (1928). *Le rituel : Psychanalyse des rites religieux*. Paris: Denoël, 1974.
- Ricœur, P. (1983). *Temps et récits*. Paris: Le Seuil.
- Ricœur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. In J. . von Kaenel (Éd.), *Souffrances. Corps et âmes, épreuves partagées* (p. 58-69). Paris: Autrement.
- Rossiter, L. (2008). *The development of a midwife-mother relationship questionnaire (MMRQ)* (Thèse de doctorat). University of Regina.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Hösli, I., Amsler, F., Leupold, J., Schwendke-Kliem, A., ... Bürgin, D. (2001). Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 205-214. <https://doi.org/10.3109/01674820109049975>
- Stern, D., & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris: Odile Jacob.
- Thomson, G. M., & Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 102-112. <https://doi.org/10.1080/02646830903295000>

Tuohy, A., & McVey, C. (2008). Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 43-47.

<https://doi.org/10.1080/13548500701294531>

Winnicott, D. W. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard.