



HAL
open science

La césarienne sur demande maternelle : quels enjeux pour la femme ?

Alexandra Bouchard, Aline Cohen de Lara

► To cite this version:

Alexandra Bouchard, Aline Cohen de Lara. La césarienne sur demande maternelle : quels enjeux pour la femme?. Corps et psychisme : recherches en psychanalyse et sciences , 2016, N°69, pp.59 - 71. <10.3917/cpsy2.069.0059>. <hal-03988961>

HAL Id: hal-03988961

<https://hal.science/hal-03988961v1>

Submitted on 14 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

LA CÉSARIENNE SUR DEMANDE MATERNELLE : QUELS ENJEUX POUR LA FEMME ?

[Alexandra Bouchard, Aline Cohen de Lara](#)

L'Esprit du temps | « Corps & Psychisme »

2016/1 N° 69 | pages 59 à 71

ISSN 2496-4476

ISBN 9782847953633

DOI 10.3917/cpsy2.069.0059

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-corps-et-psychisme-2016-1-page-59.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps.

© L'Esprit du temps. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La césarienne sur demande maternelle : quels enjeux pour la femme ?

Alexandra Bouchard & Aline Cohen de Lara

À l'occasion de ce thème de réflexion concernant les enjeux du corps de la femme en médecine contemporaine, comment ne pas être troublé qu'Esculape, dieu de la médecine et de la chirurgie, soit né par césarienne *post mortem* comme il était d'usage de pratiquer à l'époque pour tenter de sauver les enfants lorsque leurs mères venaient à mourir ? Esculape qui 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. De quelle nature sont les liens qui unissent femmes et médecine : filiation, rivalité, envie, haine, amour, réparation ? C'est ce que pourrait suggérer l'histoire d'Esculape... Sur cette toile de fond mythologique, comment penser la situation actuelle de la médicalisation importante de la naissance, du recours de plus en plus fréquent à la césarienne et plus particulièrement de l'émergence des césariennes sur demande maternelle sans indication médicale ? La césarienne sur demande maternelle, élective, ou encore de convenance, désigne un accouchement par césarienne programmée sans indication médicale avérée. Dans cet article, nous présenterons brièvement l'état des recherches sur la question des césariennes sur demande maternelle. Puis, à partir d'extraits issus d'entretiens clinique préliminaires de recherche recueillis auprès de femmes ayant choisi d'accou-

Alexandra BOUCHARD - Psychologue Clinicienne à la Maternité de l'IHFB.
Doctorante Université Paris 13-SPC, UTRPP EA 4403.
alexandra.bouchard@free.fr

Aline COHEN DE LARA - Psychanalyste SPP. Professeure Université Paris 13-SPC, UTRPP EA 4403. aline.cohendelara@orange.fr

Corps & Psychisme, 2016, n° 69, 59-71.

cher par césarienne, nous présenterons le cheminement qui nous a conduit à poser la problématique d'une recherche en cours : l'évitement de la dimension sexuelle de l'accouchement est-il à l'origine de la demande de certaines femmes d'accoucher par césarienne ?

DE L'APPARITION À LA BANALISATION DE LA CÉSARIENNE

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 fut appelée *Lex Caesarea*, *caesere* étant le verbe latin pour couper. La césarienne fut ainsi réservée à la situation tragique de la mort en couches, jusqu'à ce que, au XVI^e siècle, le premier cas d'opération avec survie de la mère et de l'enfant soit rapporté. Les demandes maternelles de césariennes quant à elles sont apparues dès que la technique a été utilisée sur femme vivante et avant même d'offrir une quelconque garantie de survie ou de confort, entre le milieu du XVIII^e siècle et la fin du XIX^e, à une époque où l'opération césarienne était réalisée sans asepsie et sans anesthésie et conduisait à la mort de la parturiente dans plus de la moitié des cas (J. Gélis, 1988). « Le ventre ouvert, d'où on débusquait la vie toute frémissante, attirait (...) épouses épuisées ou provocantes demandaient à être *ouvertes par le côté*. » Mais il a fallu attendre la deuxième moitié du XX^e siècle, et plus particulièrement les vingt dernières années, pour qu'on assiste dans le monde à une banalisation de la césarienne, qui désormais apparaît comme une des deux voies possible pour venir au monde.

Dans la République Populaire de Chine, on pratique six millions et demi de césariennes par an, ce qui représente la moitié des naissances annuelles (M. Odent, 2005). Au Brésil, dont la population équivaut à la somme des populations allemande, française et espagnole, les taux sont au dessus de 50%. Dans les hôpitaux privés des grandes villes comme Sao Paulo et Rio, quatre bébés sur cinq naissent par voie haute— soit 80%. 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, ainsi que dans la moitié sud de l'Italie. Aux États-Unis le taux est de 27%, alors qu'en Europe occidentale, c'est environ un bébé sur cinq qui naît par césarienne (P. Waniez et al., 2006).

Si les taux de césariennes sont partout en constante augmentation, c'est d'abord et avant tout parce que l'intervention se fait dans de meilleures conditions pour la patiente. En ce qui concerne la sécurité, une étape décisive a été franchie peu de temps après la deuxième guerre mondiale quand l'incision segmentaire basse a remplacé l'incision verticale. Cette évolution de la technique fut, de plus, contemporaine des progrès de l'anesthésie, de l'introduction des antibiotiques et du recours possible à la transfusion sanguine. Les principaux progrès de l'anesthésiologie avec notamment la péridurale et la rachianesthésie, le fait que les produits ne passent pas dans le sang maternel et que la mère soit consciente pendant l'intervention, font que la césarienne s'effectue dans des conditions toujours accrues de sécurité et de confort (M. Odent, 2005).

L'ÉMERGENCE DES CÉSARIENNES SUR DEMANDE MATERNELLE

Dès que la césarienne a été perçue comme une façon habituelle d'accoucher, le droit de choisir a été revendiqué par certaines femmes et nous sommes entrés dans « l'ère des césariennes à la demande ». Une étude anglaise montre que la part des césariennes sur demande maternelle parmi le nombre total de césariennes augmente et que celle-ci a une influence significative sur le nombre total de césariennes (N.-V Jackson, et L.-M. Irvine, 1998). Dans le même temps, le discours dans les revues médicales à propos des césariennes électives a évolué. « À la fin du XXe siècle, les médecins se demandaient s'il fallait accepter de faire une césarienne à la demande. Au début du XXIe siècle, ils se demandent s'ils ne devraient pas offrir le choix de la césarienne à toutes les femmes enceintes » (M. Odent, 2005).

Une étude suédoise réalisée sur un échantillon de 91 femmes ayant demandé d'accoucher par césarienne, sans indication médicale pour un premier enfant, met en évidence leurs motivations conscientes : une perception moins bonne de leur santé, la peur d'un manque d'accompagnement pendant

le travail, la peur d'une perte de contrôle et des inquiétudes pour d'éventuelles blessures ou la mort du bébé à venir. Les femmes interrogées relatent une naissance compliquée dans leur entourage proche dans 20 % des cas, la peur de la douleur pendant la délivrance dans 18% des cas et un antécédent de violence sexuelle dans 11% des cas (I. Wiklund et al., 2007). Cette même étude rapporte que deux jours après la délivrance, les femmes du groupe « césarienne planifiée » relatent un meilleur vécu de l'expérience de la naissance que celles du groupe « vaginal ». Trois mois après la naissance, ces différences persistent. Pour les auteurs, ceci est à mettre en lien avec le fait que les femmes qui demandent une césarienne ont pu élaborer davantage que les femmes « tout venant » autour de l'accouchement.

Toutefois, le rôle de la demande des femmes doit être nuancé comme facteur explicatif de l'augmentation du nombre de césariennes. L'impact des médias et le conformisme social dans l'accroissement seraient également significatifs (J. - A. Gamble et D. K. Creedy, 2001). En effet, les obstétriciens participent directement ou indirectement au développement rapide de ces nouvelles tendances. 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 (R. Al-Mufti. et al., 1997). Des préférences semblables ont été exprimées parmi les gynécologues-accoucheurs d'Amérique du Nord (S.G. Gabbe et G.B. Holzman, 2001). Une étude réalisée auprès d'obstétriciens du Maine a montré que 84,5% des participants seraient prêts à répondre favorablement à une demande de césarienne (Wax J. R. et al., 2004) et 21,1% d'entre eux choisiraient ce mode d'accouchement pour eux-mêmes ou pour leur conjoint (M. C. Klein, 2005).

Cependant, l'organisation mondiale de la santé (2010) considère autour de 15% un taux de césarienne qui rendrait compte d'une évaluation optimale de la nécessité d'une intervention chirurgicale. Et pourtant, le nombre de césariennes est en augmentation partout dans le monde. « Si les tendances actuelles se confirment, il est vraisemblable que de nombreuses grandes villes et de nombreux pays auront dans un avenir proche, dépassé la barre des 50% » (M. Odent, 2005). Or, ni le nombre des traumatismes pelviens, ni la morbidité des

nouveaux-nés ne suffisent à expliquer ces chiffres. Comment, alors, comprendre qu'une femme puisse préférer une intervention chirurgicale dont on sait qu'elle n'est pas sans risque, à un processus physiologique ?

QU'EN EST-IL DES MOTIFS INCONSCIENTS DE LA DEMANDE DES CÉSARIENNES ?

Parmi les multiples facteurs explicatifs de l'accroissement du nombre de césariennes et de l'apparition des césariennes électives, il semblerait que la dimension intrapsychique de l'expérience que représente l'accouchement ait été encore peu abordée. Ce silence relatif contraste avec le retentissement déterminant que cette expérience semble avoir sur les femmes si on en juge par la vivacité et la précision des récits d'accouchement que nous recueillons, parfois même des années plus tard, en entretien. Ce décalage, cet écart, a suscité notre curiosité et nous a conduit à mettre en place cette étude dont la question de départ fut : de quelle manière l'accouchement met-il à l'épreuve l'économie psychique de la femme ? D. Cupa (1997) 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. » Si nous avons choisi de nous centrer sur la femme dont le corps est engagé dans l'expérience, nous n'excluons pas l'idée, au contraire, que les autres acteurs de cette scène inaugurale que sont les soignants, le père et l'enfant soient également fortement mobilisés.

À la relecture des pages d'O. Rank (1924) et de S. Freud (1926) sur le traumatisme de la naissance, J. André (2010) est frappé, et nous le sommes avec lui, par l'absence de prise en considération de l'expérience vécue du point de vue de la mère : « l'angoisse de la naissance, le trauma de cette expérience ne sont envisagés que du point de vue de l'enfant. Pas un mot sur la *mère*, celle qui accouche, ni sur ce qu'elle éprouve ; rien sur ce qui éventuellement transite de l'un à l'autre des deux protagonistes de la scène, rien sur cette première expérience intersubjective. »

Peu de cliniciens, qu'ils soient psychanalystes ou psychologues, se sont en effet intéressés à l'accouchement dans sa dimension économique. C'est plus souvent de son retentissement sur le lien à l'enfant dont il est question. Parmi ceux qui ont abordé cette perspective, M. Bydlowski (1997; 2004) considère que l'accouchement, et tout particulièrement le premier dans la vie d'une femme, peut, par la violence somatique qu'il comporte, être vécu comme un traumatisme psychique d'une exceptionnelle intensité. « En quelques instants, toutes les valeurs vitales sont rassemblées : risque mortel, espoir de vie et toute-puissance du sexe. » « Chez la plupart des femmes », écrit-elle, « 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 des voies de la jouissance de celle de l'enfantement. » Toutes les femmes enceintes ont à faire face à cette expérience de premier ordre mais chacune s'y confronte d'une manière singulière.

Afin d'approfondir notre compréhension de la préférence de certaines femmes pour la césarienne, nous avons donc fait l'hypothèse suivante : les représentations et les sensations liées à l'emprunt de la filière génitale, et plus spécifiquement du vagin, pour donner naissance seraient à l'origine d'une quantité d'excitation importante, potentiellement désorganisatrice, que la décision du recours à la césarienne aurait pour fonction de maîtriser.

AU-DELÀ DU MANIFESTE, LE DÉSIR LATENT D'ÉVITEMENT DU SEXUEL

Madame A est une femme de 42 ans qui a accouché d'une petite fille deux semaines plus tôt lorsque nous la rencontrons. Les éléments amenés par Madame A sont tout à fait en adéquation avec les résultats trouvés dans la littérature sur les raisons conscientes qui conduisent les femmes à choisir la césarienne, c'est-à-dire : la peur de la douleur, la crainte d'une blessure pour la mère ou pour le bébé à venir, et la peur de perdre le bébé. Madame A : « Pour moi, l'accouchement c'est vraiment la douleur, les cris, les heures de travail, le bébé qui reste coincé, les déchirements. J'avais envie de ne prendre aucun risque pour mon bébé », et nous pourrions ajouter pour elle-même, ce qu'elle ne peut se formuler consciemment. Cepen-

dant, il est frappant de constater que dans l'entretien, le désir d'accoucher par césarienne est amené dès le début : « La césarienne, moi j'y avais déjà pensé bien avant d'être enceinte. Quand j'étais plus jeune, je ne me voyais pas accoucher par voie basse... » Les autres points (la douleur, les risques de blessures) sont amenés dans un second temps, comme des rationalisations d'un désir d'évitement de la filière génitale, sous-tendu par une probable théorie sexuelle infantile de naissance par ouverture du ventre maternel liée à la méconnaissance du vagin qui préexiste à la demande actuelle de césarienne. Or, le plus troublant est que Madame A ne reconnaît pas pleinement chez elle ce souhait et fait porter au médecin la décision de la voie d'accouchement. Elle est très surprise, presque choquée, quand ce dernier lui demande de choisir. Cela traduirait-il une tentative de négation de son désir de césarienne qu'elle a pourtant énoncé clairement ? « Et puis très rapidement mon gynéco quand j'ai été en consultation de suivi de grossesse, m'a dit un jour : faudra choisir comment vous voulez accoucher. Et j'ai dit : mais j'ai le choix ? J'étais un peu interloquée ! » « Je sais que lui, il est plus favorable aux césariennes chez des femmes qui sont un peu âgées (...) Donc je savais qu'il le faisait assez facilement. » Chez Madame A, il y aurait en quelque sorte une négociation entre son propre désir et celui prêté au médecin qui aboutirait à la décision de césarienne, choix ainsi partagé, lui évitant d'assumer pleinement ses désirs latents.

Dans ce contexte de médicalisation de la naissance, où les éléments objectivables de prise de décision (âge de la mère dans le cas de Madame A) ne sont pas toujours ni évidents, ni consensuels, nous nous sommes demandés quels pouvaient être les désirs ou les défenses inconscients, chez les femmes, susceptibles de conduire à une telle demande. Nous nous sommes posés la question de savoir si, au-delà du discours manifeste sécuritaire autour du recours à la césarienne, il n'y avait pas une demande latente adressée par la femme au corps médical, et si oui, sur quoi cette demande porterait-elle ?

DISJOINDRE LE COURANT TENDRE ET LE
COURANT SENSUEL

L'accouchement serait en analogie plus étroite avec le coït qu'avec les autres fonctions du corps (H. Deutsch, 1925; 1949). « Le coït et l'accouchement forment un processus unique (...). 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 ». Dans sa clinique, H. Deutsch retrouve constamment, écrit-elle « l'identité du plaisir du coït et de la douleur de l'accouchement dans les associations, les rêves, et les symptômes névrotiques ». Elle exprime également cette idée scandaleuse que l'acte de naissance représente « l'acmé du plaisir sexuel et que l'acte de parturition est pour la femelle une débauche de plaisir masochiste ». Comment cette proposition nous permet-elle d'éclairer la décision des femmes qui choisissent la césarienne pour accoucher ? Il semblerait que les questions autour de la maîtrise du sexuel soient prépondérantes. Madame Y: « Je préfère avoir des complications, au niveau du ventre que au niveau d'un endroit où que je ne 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. » Dans ce court extrait, la pulsion scopique, dans sa dimension de maîtrise, apparaît nettement et porte sur le sexe. L'endroit que je ne vois pas, que je ne maîtrise pas c'est le sexe... L'endroit que je souhaite maîtriser, c'est le sexe.

Madame S: « Et là très rapidement, c'était clair pour moi, j'étais enceinte de 5 semaines, je suis allée voir mon gynécologue pour la toute première fois, et je lui ai dit, vous saurez, c'est césarienne et pas d'allaitement. Moi, je changerai de médecin jusqu'à ce que j'obtienne ce que je veux. Moi, il n'y a pas d'autre alternative que : une césarienne, programmée quand je veux en tout cas, en tout cas pas d'allaitement. » Les propos de Madame S. sur l'allaitement convoquent les théorisations d'H. Parat (2006) autour de la problématique de partage du sein, du clivage de ce sein dont théologiens et médecins ont tenté de disjoindre l'aspect érotique et l'aspect nourricier en allant parfois jusqu'à interdire les relations sexuelles pendant l'allaitement de peur que le lait ne soit corrompu par le désir maternel. Pour H. Parat « ces partages entre sein de mère et sein de femme, le jeu de tension entre ces

partages seraient sous-tendus par une hiérarchie des érotismes, par un désir de maîtrise » et tenteraient, écrit-elle « d'escamoter le scandale d'un sein conjointement excitant et allaitant » mais plus encore, nous semble-t-il, celui de la femme désirante, excitée et allaitante. Pourrait-on transposer cette nécessité de séparer sein érotique et sein maternel au sexe de la femme, tantôt source et objet de plaisir, tantôt délivreur d'enfant ? Dans ce cas, choisir la césarienne comme voie d'accouchement serait un moyen tout à fait efficace d'y parvenir car la dichotomie entre les organes de la reproduction (ovaires, trompes, utérus) et les organes du plaisir (vagin, clitoris), serait ainsi achevée.

H. Parat nous autorise également à penser la relation médecin-patiente autour de l'accouchement en analogie avec la relation médecin-patiente autour de l'allaitement. « Il y a généralement beaucoup d'attention envers la mère ou d'attention envers l'enfant, examens des bénéfices ou des risques, le plus souvent physique, pour l'un ou pour l'autre, mais la difficulté est grande à penser la relation entre mère et enfant. » C'est en effet souvent sous cet angle que sont abordées les modalités de la naissance par le corps médical. Il s'agit d'évaluer les bénéfices et les risques pour aboutir à une décision partagée avec la patiente. La question de ce qui se joue entre la mère et l'enfant à ce moment-là, la trace laissée par cette première expérience de séparation par exemple, est laissée de côté.

H. Parat enfin voit dans le désir des médecins de contrôler l'allaitement une tentative de se protéger de la toute puissance du sein, assimilé au phallus. Pourrait-on transposer ce besoin de protection, cette défense, à la situation particulière de l'accouchement et plus particulièrement à la phase appelée expulsion qui correspond à la sortie de l'enfant du sexe maternel ? En effet, à la fin de l'accouchement, la tête de l'enfant vient progressivement distendre le périnée tandis qu'elle se porte en avant dans un mouvement de rotation autour de la symphyse pubienne. Dans le jargon médical, on parle de l'ampliation du périnée. Pendant quelques minutes, le sexe de la femme se présente à la fois comme distendu, bombé et plein. Lors d'un accouchement par le siège, au cours duquel les jambes de l'enfant dépassent de la vulve, la femme peut sembler pourvue d'un pénis. L'épisiotomie raccourcit le temps de l'expulsion et permet au visage de l'enfant d'apparaître plus

vite. Le théâtre de la naissance offre une scène où les risques de collusions entre fantasmes et réalité sont accrus. Contrôler les modalités de la « sortie » de l'enfant par le biais d'une épisiotomie, ou plus radicalement encore d'une césarienne, pourrait-il témoigner d'une stratégie inconsciente qui permettrait de contenir l'angoisse suscitée par de telles représentations ?

J. Schaeffer (1997), propose l'idée selon laquelle l'accouchement peut être perçu comme « le vécu orgasmique violent et douloureux d'un coït gigantesque, assimilant pénis et enfant ». Le terme de percevoir se réfère à la fois au personnel soignant, médecins, sages-femmes qui (a)perçoivent, qui voient la scène, qu'à la femme qui la perçoit c'est-à-dire qui la ressent, qui l'éprouve dans son corps, dans sa chair. Cette représentation d'un coït gigantesque convoque deux autres représentations insupportables, toutes deux de natures incestueuses. La première est celle d'un inceste père-fille. La mise au monde d'un enfant serait l'équivalent de la réalisation d'un désir incestueux infantile œdipien de la fille envers son père (M. Bydlowski, 1997). « Tout se passe », écrit-elle, « comme si la femme avait transgressé l'interdit de l'inceste, l'avait mis en acte dans son corps (...) l'enfant serait alors le corps de ce délit ». La seconde représentation est celle d'un inceste mère-enfant, *l'inceste primordial* (G. Cabrol, 2011). *L'inceste primordial*, tel que le définit G. Cabrol, est un inceste mère-enfant, imposé par la nature, du fait que le vagin de la mère soit le passage obligé de l'enfant, et refusé par la culture à cause de sa dimension incestueuse. Pour lui, l'expérience de l'accouchement est un impensé radical transgressif qui tombe sous le double interdit à penser : la conception d'un fantasme agi de l'inceste primordial associé au refoulé originaire du vagin. En choisissant la voie que les médecins appellent *haute*, la césarienne, par opposition à la voie *basse*, la voie vaginale, les femmes évitent ainsi probablement l'émergence de ces fantasmes incestueux sous-jacents ou du moins tentent de contenir l'angoisse qui les accompagne.

LA QUESTION DU VAGIN

Dans son analyse des controverses sur la sexualité féminine D. Kaswin-Bonnefond (2013) rappelle que, depuis S. Freud,

les propositions relatives à la psychosexualité féminine, qu'elles s'y conforment ou la contestent, se réfèrent à la théorie du monisme phallique. Cette question cardinale, écrit-elle, « peut se décliner en quelques thèmes majeurs : envie du pénis, connaissance précoce du vagin, complexe de castration, importance de l'analité, et spécificité de l'œdipe chez la fille ». L'orchestration dynamique de ces pôles constituerait alors la trajectoire dynamique de la psychosexualité de la femme. Parmi les auteurs qui ont travaillé sur cette question, les théorisations de M. Fain et D. Braunschweig (1971) ont particulièrement retenu notre attention. Pour eux, l'envie du pénis est avérée. Mais il s'agit d'un contenu manifeste qui permet à la fille de contourner les enjeux essentiels du conflit avec sa mère. Sa revendication foncière est en effet que sa mère la reconnaisse elle-même comme pourvue d'un vagin. Pour ces auteurs, la représentation refoulée de la naissance a 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. Le fait que le passage de l'enfant par le vagin de la mère ait une place dans la construction de la psychosexualité de la fille peut-il nous amener à penser que l'expérience de l'accouchement de la femme fasse également partie de ce processus ? Et plus avant, le refus de la voie basse, le passage par le vagin, relèverait-il d'un évitement inconscient de cette dimension de la psychosexualité féminine ?

POUR CONCLURE

Éviter la douleur de l'enfantement, protéger l'intégrité du sexe, maîtriser la temporalité de la naissance : tels seraient quelques uns des enjeux conscients pour la femme de la césarienne sur demande maternelle en dehors de toute indication médicale, pour une première naissance. Mais au-delà de ces demandes manifestes, ne pourrait-on pas entendre la demande de césarienne maternelle comme une modalité de traitement spécifique de l'excitation engendrée non seulement par la reviviscence du complexe d'œdipe (M. Bydlowski, 1997), mais également par le travail de l'accouchement lui-même, caractérisé par les contractions utérines, et l'emprunt du vagin par l'enfant ? Serait-il dans ce cas possible de consi-

dérer que cette première expérience impliquant le sexe d'une manière radicalement nouvelle chez la primipare comme une véritable mise à l'épreuve de son organisation psychosexuelle et notamment de la dimension phallique de celle-ci ? Il nous semble en effet que la différence des sexes est bien au premier plan dans l'expérience de l'accouchement car si le plus souvent les hommes et les femmes font et élèvent des enfants ensemble, ce sont les femmes qui actuellement encore les portent et les mettent au monde. Dans ce cas, s'interroger sur la façon dont les femmes abordent aujourd'hui l'expérience de l'accouchement, en allant parfois jusqu'à demander une césarienne, reviendrait-il alors à considérer l'idée selon laquelle l'accouchement constitue non seulement une expérience psychique et somatique de premier ordre, une crise dans la crise qu'est l'accès à la parentalité, mais aussi un temps singulier, au sein de la trajectoire psychosexuelle de la femme ?

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ, J. (2010), « Introduction », *Maternités traumatiques*. Paris : PUF, 9-16.
- AL-MUFTI, R.; MCCARTHY, A. et 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.
- BIBRING, G.L.; THOMAS, F. et DWYER, M. (1961). « Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship: Some Propositions and Comments », *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-24.
- BRAUNCHWEIG, D. et FAIN, M. (1971) *Eros et Antéros. Réflexions psychanalytiques sur la sexualité*. Paris : Payot, 2013.
- BYDŁOWSKI, M. (1997) *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF, 2006.
- BYDŁOWSKI, M. (1999) « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie » in DUGNAT, M (ss dir.) *Devenir père, devenir mère*. Paris : Erès, 75-81.
- CABROL, G. (2011). « Le refoulement de l'inceste primordial », *Revue Française de Psychanalyse*, 75 (5), 1583-1588.
- CUPA, D. (1997). « Rêves d'accouchement, émergence de fantasmes originaires », *Champ Psychosomatique*, 8, 37-48.
- DEUTSCH, H. (1924) *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*. Paris : PUF, 1994.
- DEUTSCH, H. (1949) *La psychologie des femmes*. Paris : PUF, 1949.
- FREUD, S. (1926) « Inhibition, symptôme et angoisse » in *Œuvres complètes : Psychanalyses, volume XVI*. Paris : PUF, 203-270, 1992.

- FREUD, S. (1931) « De la sexualité féminine », *Œuvres complètes : Psychanalyses, volume XIX*. Paris : PUF, 9-28, 1995.
- GABBE, S. G. et HOLZMAN, G. B. (2001) « Obstetricians' choice of delivery », *Lancet*, 9257, 357-722.
- GAMBLE, J. A.; CREEDY, D. K. (2001). « Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors », *Birth*, 28(2), 101-110.
- GÉLIS, J. (1988) *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris : Fayard.
- JACKSON, N.-V. et IRVINE, L.-M. (1998). « The influence of maternal request on the elective caesarean section rate », *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 18, 115-119.
- KASWIN-BONNEFOND, D. (2013) « Un siècle de controverses sur la sexualité féminine » in CABROL, G.; EMMANUELLI, M.; NAYROU, F. et PARAT, H. (ss dir de) *La sexualité féminine*. Paris : PUF, 15-52, 2013.
- KLEIN, M. C. (2005). « Obstetrician's Fear of Childbirth: How Did It Happen ? », *Birth*, 32(3), 207-209.
- ODENT, M. (2005) *Césariennes : questions, effets, enjeux*. Paris : Souffle d'Or, 13-16.
- PARAT, H. (2006) *Sein de femme, sein de mère*. Paris : PUF.
- RANK, O. (1924) *Le traumatisme de la naissance*. Paris : Payot, 2002.
- SCHAEFFER, J. (1997) *Le refus du féminin*. Paris : PUF.
- WANIEZ, P.; WURTZ, B. et 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), 21 – 31.
- WAX, J. R.; CARTIN, A.; PINETTE, M. G. et BLACKSTONE, J. (2005). « Patient choice cesarean-the Maine experience », *Birth*, 32(3), 203 – 206.
- WIKLUND, I.; EDMAN, G. et 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.