

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

**Ecole de sages-femmes Hôpital Foch**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**Maÿlis MOQUET**

**Née le 11 mai 1998**

**Les fondements inconscients du désir d'enfant chez la  
femme**

**Revue de la littérature**

Soutenu le : 10 juin 2021

Directrice de mémoire : Mme Roxane DEJOURS

Sage-femme et psychologue docteure en psychologie clinique

Numéro national d'étudiant : 2512060312P

# Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant aidée, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, un immense merci à Roxane Dejours pour son aide précieuse dès le début de ce travail. Merci d'avoir soutenu mon choix de sujet et d'avoir accepté de diriger ce mémoire.

Merci à mes proches pour vos nombreux encouragements et vos relectures, particulièrement mes parents et Alizée.

Merci Grand-Père, pour tout ce que tu m'as transmis. Je suis si fière de porter ton nom et, par cet intermédiaire, d'avoir la sensation de te prolonger modestement.

Enfin, merci à vous, lecteurs, de vous intéresser à ce travail et de prendre le temps de le lire.

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>VI</b>
<b>LEXIQUE</b>	<b>VII</b>
Définitions	VII
Abréviations	IX
<b>TITRE ET RESUME</b>	<b>X</b>
<b>TITLE AND ABSTRACT</b>	<b>XI</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
1.1 Expériences professionnelles	1
1.2 Ambivalence du désir d'enfant et pouvoir de l'inconscient	2
1.3 Enjeux vis-à-vis du suivi obstétrical	3
1.4 Comprendre le désir d'enfant	4
<b>2 MATERIEL ET METHODE</b>	<b>6</b>
2.1 Préambule	6
2.2 Objectif principal et secondaire	6
2.3 Type d'étude	7
2.4 Population étudiée	7
2.5 Source des articles	7

<b>2.6</b>	<b>Sélection des articles</b>	<b>7</b>
<b>2.7</b>	<b>Analyse des articles</b>	<b>9</b>
<b>2.8</b>	<b>Considérations législatives, éthiques et réglementaires</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Corpus d'étude</b>	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Analyse des articles</b>	<b>11</b>
3.2.1	Le complexe d'Œdipe et le complexe de castration	11
3.2.2	Le narcissisme	14
3.2.3	La dette de vie	19
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>22</b>
<b>4.1</b>	<b>A propos du sujet</b>	<b>22</b>
<b>4.2</b>	<b>A propos du matériel et de la méthode</b>	<b>22</b>
<b>4.3</b>	<b>A propos des résultats</b>	<b>24</b>
4.3.1	Corpus d'étude	24
4.3.2	Analyse des articles	25
	<b>CONCLUSION</b>	<b>27</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>29</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>32</b>
	<b>ANNEXE I : ALGORITHME DE SELECTION DES ARTICLES</b>	<b>33</b>
	<b>ANNEXE II : DIAGRAMME DE FLUX PRISMA</b>	<b>34</b>
	<b>ANNEXE III : LISTE DES ARTICLES DU CORPUS D'ETUDE</b>	<b>35</b>

# Liste des annexes

Annexe I : Algorithme de sélection des articles ..... 33

Annexe II : Diagramme de flux PRISMA..... 34

Annexe III : Liste des articles du corpus d'étude ..... 35

# Lexique

## Définitions

**Actes manqués** : Phénomènes qui se produisent lorsqu'une personne commet une erreur ou un oubli (Freud, 1901).

**Ambivalence** : « Présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine » (Laplanche and Pontalis, 1967).

**Ersatz** : Substitut de valeur inférieure.

**Fantasme** : « Scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient » (Laplanche and Pontalis, 1967).

**Inconscient** : « Ensemble des contenus non présents dans le champ actuel de la conscience » (Laplanche and Pontalis, 1967).

**Lapsus** : Phénomènes qui se produisent lorsqu'une personne prononce en s'en apercevant ou non, un mot autre que celui auquel elle pensait (Freud, 1901).

**Narcissisme** : « Amour porté à l'image de soi-même » (Laplanche and Pontalis, 1967).

**Refoulement** : « Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion. Il peut être considéré comme un processus psychique universel en tant qu'il serait à l'origine de la

constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme » (Laplanche and Pontalis, 1967).

**Transparence psychique :** « Etat particulier du psychisme où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience » (Bydlowski, 2001).

## Abréviations

AMP	Aide médicale à la procréation (autrement appelée PMA)
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
FIV	Fécondation <i>in vitro</i>
HFEA	Human Fertilisation and Embryology Authority
IVG	Interruption volontaire de grossesse
SA	Semaines d'Aménorrhées

# Titre et résumé

## Introduction / Objectifs

Composé de facteurs conscients et inconscients, le désir d'enfant est bien plus complexe qu'il n'y paraît. De ce fait, de nombreuses situations vécues en stage en tant qu'étudiante sage-femme m'ont interpellée. L'objectif principal de ce mémoire est de recenser les fondements inconscients du désir d'enfant chez la femme.

## Matériel et méthodes

Une revue de la littérature a été effectuée à partir d'articles qualitatifs.

## Résultats

Les principaux fondements inconscients du désir d'enfant chez la femme relèvent du complexe d'Œdipe, du narcissisme et de la dette de vie.

## Conclusion

En tant que professionnels de santé, être sensibilisé aux fondements inconscients du désir d'enfant permettrait de proposer aux patientes une écoute bienveillante ainsi qu'un discours compréhensif y compris dans des situations paraissant déroutantes. La maternité est une période de vulnérabilité : en tant que soignants, nous avons dès lors un rôle fondamental. Bien que la psychologie n'apparaisse pas dans le suivi de grossesse systématique, il semble primordial de l'intégrer et de ne pas réduire la maternité à un évènement simplement médical.

**Mots clés :** Désir d'enfant, inconscient, Œdipe, dette de vie, narcissisme, immortalité.

# Title and Abstract

## Introduction / Objective

Made up of conscious and unconscious factors, the desire for a child is much more complex than it seems. As a result, many situations experienced during my internship as a midwife student have piqued my interest. The main objective of this thesis is to identify the unconscious foundations of a woman's desire for a child.

## Methods

To carry out this work, a review of the literature was carried out based on qualitative articles.

## Results

The main unconscious foundations of a woman's desire for a child are the Oedipus complex, narcissism, and debt of life.

## Conclusion

As a health professional, being aware of the main unconscious foundations of a woman's desire for a child would allow me to offer patients a sympathetic ear as well as an understanding behavior, even in situations which may appear confusing. Motherhood is a vulnerable time: as caregivers, we therefore have a fundamental role. Although psychology does not appear in the systematic follow-up of pregnancy, it seems essential to integrate it and to not boil down maternity to only a medical event.

**Keywords:** Desire for a child, unconscious foundations, Oedipus, life debt, narcissism, immortality, pregnancy.

# 1 Introduction

## 1.1 Expériences professionnelles

Durant mes stages, de nombreuses situations m'ont interpellée quant à la façon dont chaque patiente appréhende sa grossesse. Deux exemples me viennent particulièrement à l'esprit.

Tout d'abord, je pense à une patiente dont je me suis occupée en suites de couches. Sous contraception orale oestro-progestative, elle n'avait découvert sa grossesse qu'à 17 semaines d'aménorrhée (SA) et l'avait très bien acceptée. Elle avait ensuite fait suivre sa grossesse de façon régulière et consciencieuse, réalisant les examens complémentaires et honorant ses rendez-vous mensuels. Elle se disait ravie de devenir mère une deuxième fois. La découverte de cette grossesse peut être considérée comme tardive puisqu'ayant eu lieu après le premier trimestre. On pourrait peut-être même la mettre en parallèle avec le déni de grossesse, défini comme « *la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre* » (Grangaud, 2002). Qu'il soit total ou partiel, c'est un cas relativement fréquent, estimé à 1/500 accouchements (Lansac et al., 2010) par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Ce phénomène met en jeu des processus inconscients (Bayle, 2005) au premier plan desquels on retrouve bien sûr le déni.

En parallèle, je pense à une patiente primipare de 38 ans dont la grossesse avait été obtenue par fécondation *in vitro* (FIV) après un long parcours d'aide médicale à la procréation (AMP). A 10 SA, cette patiente avait demandé une interruption volontaire de grossesse (IVG). En 2010, le Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA, autorité britannique de fertilisation et d'embryologie humaines) révélait que chaque année en Angleterre, 80 femmes demandent

l'interruption d'une grossesse obtenue par FIV (Pritchard, 2010). Ce cas, bien que très paradoxal en apparence, n'est donc pas unique.

## **1.2 Ambivalence du désir d'enfant et pouvoir de l'inconscient**

Les deux exemples détaillés ci-dessus montrent une situation de départ qui semble opposée quant au désir d'enfant. Cependant, la façon dont les patientes ont abordé leur grossesse paraît inversement proportionnelle à leurs motivations de départ. Ces situations mettent en lumière la complexité du désir d'enfant. Il y a d'une part la volonté de mener à bien cette grossesse, et d'autre part sa remise en question. Ce tiraillement – que l'on peut autrement appeler « ambivalence<sup>1</sup> » – peut notamment se manifester par des « actes manqués »<sup>2</sup>, des peurs et angoisses exprimées par la femme enceinte (Pascal et al., 2011), telles que la peur de la mort ou bien des symptômes tels que des troubles du sommeil.

En plus de facteurs concrets, visibles de l'extérieur et ce notamment par les professionnels de santé, les auteurs psychanalytiques invoquent l'existence de facteurs inconscients, auxquels les patientes n'ont pas accès et que les soignants peuvent donc difficilement prendre en compte (Bydlowski, 2000, 2008).

Le terme inconscient est défini par Laplanche et Pontalis comme « *l'ensemble des contenus non présents dans le champ actuel de la conscience* », ce qui est

---

<sup>1</sup> Ambivalence : Présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine (Laplanche and Pontalis, 1967).

<sup>2</sup> Actes manqués : phénomènes qui se produisent lorsqu'une personne prononce en s'en apercevant ou non, un mot autre que celui auquel elle pensait, ou bien commet une erreur ou un oubli (Freud, 1901)

permis par le processus de refoulement<sup>3</sup> (Laplanche et Pontalis, 1967). Il est important de préciser que bien que n'étant pas accessibles à la conscience, ces contenus gardent un pouvoir d'action - pouvoir qui reste énigmatique - c'est-à-dire qu'ils vont guider nos actes alors même que nous n'avons pas accès à leur substance.

Ces propos illustrent un aspect fondamental de la grossesse : elle est un moment particulier quant aux processus psychologiques, avec de manière quasiment systématique un « combat » psychologique chez la femme enceinte. Certains auteurs parlent de « *crise* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Pelloux, 2011) ou bien de « *crise maturative* » (Racamier, 1961).

Alors que les fondements conscients du désir d'enfant renvoient souvent à un projet construit et raisonné, les fondements inconscients font fi de la réalité (Bydlowski, 2000, 2008). Y compris lorsque les conditions paraissant optimales ne sont pas réunies (qu'elles soient sociales, financières ou médicales), on note que ce désir d'enfant subsiste et va au-delà de la raison (Abdel-Baki and Poulin, 2004; André and Chabert, 2009). En tant que professionnels de santé, nous pouvons en être étonnés mais ne devons pas entrer dans le jugement.

### **1.3 Enjeux vis-à-vis du suivi obstétrical**

Il paraît important que les acteurs de santé soient informés de ces aspects qui motivent le désir d'enfant. Tout d'abord, cela permettrait aux professionnels de mieux comprendre le manque d'assiduité de certaines patientes dans leur suivi de grossesse même si celle-ci est dite désirée. Dans une telle situation, expliquer par

---

<sup>3</sup> Refoulement : Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion. Il peut être considéré comme un processus psychique universel en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme (Laplanche and Pontalis, 1967).

des arguments médicaux l'importance du suivi régulier n'est peut-être donc pas le bon moyen pour aider la patiente.

D'autre part, il est fréquent que pour des raisons médicales on demande à des femmes de planifier leur prochaine grossesse voire d'y renoncer. On peut citer comme exemple des antécédents multiples de césarienne, un cancer hormono-dépendant (Margulies et al., 2012) ou bien un diabète existant depuis un certain temps et très difficile à équilibrer (Gaucher et al., 2010). Quand on explique à ces patientes qu'il serait judicieux d'éviter une prochaine grossesse ou du moins de l'espace, on utilise en général des statistiques et données chiffrées en parlant des risques augmentés de morbi-mortalité. Si l'on peut comprendre, d'un point de vue strictement médical, que le discours des professionnels insiste sur les risques encourus par ces patientes si elles ne suivent pas leurs recommandations, il n'en reste pas moins que la prise en compte des motivations inconscientes du désir d'enfant pourrait peut-être permettre à ces mêmes professionnels non seulement de comprendre différemment la survenue de grossesse en dépit des contre-indications, mais également d'envisager autrement leur discours préventif.

Ainsi, alors que la prise en charge de la grossesse est très protocolisée sur le plan médical avec des rendez-vous systématiques depuis la découverte de la grossesse jusqu'aux six à huit semaines du post-partum, il apparaît essentiel de considérer également les autres dimensions dans lesquelles elle s'inscrit, et ne pas réduire au médical ni à des statistiques ce qui relève du psychisme. Prendre en considération les fondements inconscients du désir d'enfant permettrait aux professionnels de proposer une écoute plus attentive aux femmes, et d'adapter leur discours à l'adresse des patientes ainsi que leur prise en charge.

## **1.4 Comprendre le désir d'enfant**

Entre la volonté consciente du désir d'enfant et sa réalisation, on remarque parfois des paradoxes et contradictions. Ceux-ci peuvent être liés aux motivations

inconscientes du désir d'enfant qui vont parfois à l'encontre des motivations conscientes (Serre et Moro, 2002).

Lorsque j'ai décidé d'explorer ce thème dans le cadre de mon mémoire, si j'éprouvais un réel intérêt pour le sujet je ne me sentais pour autant pas particulièrement concernée à titre personnel. Pourtant, l'énoncé de cette problématique a immédiatement déclenché dans mon entourage une remarque qui m'a tout d'abord surprise – « Ah oui c'est bien toi ce sujet ! » – et qui m'a par la suite poussée à m'interroger sur les fondements personnels à cet intérêt clinique et de recherche. Finalement, je me suis assez rapidement rendu compte que ma propre envie d'être enceinte, dont je peux régulièrement faire part à ceux qui m'entourent, entrainait ici très probablement en jeu, ce qui m'a plus généralement amenée à me dire que l'inconscient est en effet puissant et a un réel impact sur nos actions sans que nous nous en rendions compte, y compris chez moi.

Je me suis donc posé la question suivante :

« Quels sont les fondements inconscients du désir d'enfant chez la femme retrouvés dans la littérature ? »

## **2 Matériel et méthode**

### **2.1 Préambule**

Ce mémoire va essayer de mettre en lien ce qui a été relevé dans la littérature avec la pratique clinique. Certaines hypothèses seront avancées pour illustrer le propos. Elles n'ont en aucun cas valeur de vérité absolue et ne sont pas là pour juger les comportements des patientes qui seront décrits. L'objectif de ces hypothèses est de prendre conscience que tout n'est pas rationnel mais que certains agissements incompréhensibles pour les professionnels peuvent trouver des explications liées à l'inconscient.

D'autre part, ce mémoire est réalisé dans le cadre d'études de sage-femme. Ce métier ne peut pas se substituer à celui de psychologue. Cependant, afin d'accompagner au mieux les patientes en tant que sage-femme, il paraît indispensable de s'intéresser à la psychologie afin de la prendre en compte, dans la limite de nos capacités et de nos connaissances. L'intérêt porté à cette discipline dans le cadre de la maternité est un atout pour travailler main dans la main avec les psychologues et permettre un accompagnement optimal des patientes.

### **2.2 Objectif principal et secondaire**

L'objectif principal de cette étude est de mieux connaître les aspects inconscients qui motivent le désir d'enfant. L'objectif secondaire est d'être sensibilisés, en tant que professionnels de santé, à l'importance d'être vigilants dans des situations qui sembleraient de prime abord ne présenter aucune difficulté, mais aussi à ne pas se laisser guider par des préjugés dans les situations ne répondant pas aux « critères » classiques, sur lesquelles il est facile de poser un regard dévalorisant.

## **2.3 Type d'étude**

Pour répondre à la question précédemment exposée, une revue de la littérature a été effectuée à partir d'articles de type qualitatif.

## **2.4 Population étudiée**

Le désir d'enfant chez un homme pourrait comporter certaines spécificités, le distinguant en partie de celui chez la femme. Afin de circonscrire notre objet de recherche, cette étude s'est concentrée sur le désir d'enfant chez la femme.

## **2.5 Source des articles**

Pour construire le corpus d'étude, les articles ont été sélectionnés selon un algorithme -détaille en annexe n°1- visant à vérifier la pertinence et la fiabilité des articles inclus, inspiré du diagramme de flux PRISMA, détaillé en annexe n°2. Ils sont principalement issus des sites du Cairn, EM-Consult (Elsevier-Masson), et l'« American Psychological Association ». Les sites internet des bibliothèques universitaires de Saint-Quentin en Yvelines (université dont dépend l'école) et Nanterre (pour la proximité géographique) ont également été utilisés. D'autre part, une recherche d'articles de proche en proche a permis de compléter la base de données.

## **2.6 Sélection des articles**

Les articles étudiés ne sont pas limités par date. Ce qui a été écrit il y a longtemps à ce sujet est toujours valable. De plus, le sujet étant déjà bien précis, se concentrer sur les écrits récents ne permettrait pas un nombre d'articles suffisants pour proposer une revue de la littérature la plus exhaustive possible.

D'autre part, ne traitant pas de pratiques propres à un pays, il ne me paraît pas justifié de sélectionner les articles selon la langue. Les articles inclus sont donc en français ou en anglais, dans un souci de compréhension.

Les critères d'inclusion sont donc les suivants :

- Articles qualitatifs
- Articles en français ou en anglais
- Articles traitant du désir d'enfant chez la femme.

Les mots-clés principalement utilisés pour la recherche d'articles sont les suivants : désir d'enfant/ children desire, grossesse/ pregnancy, instinct maternel/ maternal instinct, pulsion de vie/ pulse of life, dette de vie/ life drive, narcissisme/ narcissism, immortalité/ immortality, désir inconscient/ subconscious desire, désir de grossesse/ pregnancy desire. Il est important de préciser que le désir de grossesse et le désir d'enfant sont complémentaires mais non synonymes. Les combinaisons de mots clés et opérateurs booléens utilisés sont les suivants :

- Fondements inconscients ET désir d'enfant
- Désir d'enfant SAUF désir chez l'homme
- Désir d'enfant ET pulsion de vie
- Désir d'enfant ET dette de vie
- Désir d'enfant ET narcissisme
- Désir d'enfant ET immortalité
- Désir d'enfant ET instinct maternel
- Désir d'enfant ET désir de grossesse
- Désir d'enfant OU désir de grossesse.

Les articles ont été sélectionnés suivant un algorithme de recherche en utilisant les sites mentionnés plus haut. Ceux-ci regroupent de nombreux articles de psychologie, et ne s'intéressent pas qu'aux sciences dites « dures ». L'algorithme de recherche utilisé se trouve en annexe n°1. La liste des articles inclus dans le corpus se trouve en annexe n°2.

## **2.7 Analyse des articles**

Une fois sélectionnés, les articles ont été regroupés dans un tableau mentionnant le titre, les auteurs, la date de parution, les résultats. Ce tableau récapitulatif a permis d'avoir une vue d'ensemble.

La littérature à ce sujet, relevant du domaine de la psychologie, n'emprunte pas la même méthodologie que celle des sciences dites « dures ». Les articles inclus dans ce mémoire répondent aux exigences de fiabilité de cette discipline. Pour leur analyse, la méthode utilisée est l'examen narratif, une méthode particulièrement appropriée pour une discipline telle que la psychologie (Snyder, 2019).

## **2.8 Considérations législatives, éthiques et réglementaires**

Ce mémoire étant une revue de la littérature, il n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé (n°2012-300) et ne nécessite pas d'autorisation particulière. D'autre part, il n'utilise ni donnée personnelle ni donnée sensible donc ne pose pas de problème en termes d'éthique.

# 3 Résultats

## 3.1 Corpus d'étude

Tout d'abord, avant de détailler les résultats obtenus de par l'analyse des articles, il convient de présenter les articles en question. Voici donc la composition du corpus d'étude, par ordre alphabétique :

- « Désir d'enfant », de Line Petit (Petit, 2004)
- « Désir d'enfant et création de l'avenir », de Jacques Arènes (Arènes, 2013)
- « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement, perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse », de Amal Abdel-Baki et Marie-Josée Poulin (Abdel-Baki and Poulin, 2004)
- « Élaboration freudienne du désir d'enfant », dans Le Corps du désir, de Jean-Marie Delassus (Delassus, 2010)
- « Le bébé avant et après la naissance à partir d'analyses de femmes et notamment de femmes enceintes », dans L'enfant, la famille, l'école, de Colette Chiland (Chiland, 1993a)
- « Le désir d'enfant », dans L'enfant, la famille, l'école, de Colette Chiland (Chiland, 1993b)
- « Le désir d'enfant au féminin et sa relation à l'inconscient », dans La Dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité, de Monique Bydlowski (Bydlowski, 2008).

## **3.2 Analyse des articles**

### **3.2.1 Le complexe d'Œdipe et le complexe de castration**

Les différents textes de notre corpus d'étude se réfèrent de nombreuses fois au complexe d'Œdipe, dont le nom provient du mythe d'Œdipe. Nous allons développer dans cette première partie des résultats le lien entre Œdipe et le désir d'enfant.

#### **3.2.1.1 Le mythe d'Œdipe**

Le mythe d'Œdipe est originaire de la Grèce antique. Laïos était roi de Thèbes, marié à Jocaste. L'oracle de Delphes leur apprend que s'ils ont un fils, il tuera son père et épousera sa mère. A la naissance d'Œdipe, ses parents décident de l'abandonner pour éviter que la prophétie ne se produise. Quelques années plus tard, Œdipe tue un vieil homme sur sa route, sans savoir qu'il s'agissait de son père. Il accomplit la seconde partie de la prophétie quelque temps après, en épousant sa mère, ignorant également leur lien de parenté.

#### **3.2.1.2 Le complexe d'Œdipe**

Par extension, le complexe d'Œdipe désigne en psychologie l'attrait pour le parent de sexe opposé et le rejet pour le parent de même sexe (Laplanche et Pontalis, 1967). Ce rejet naît de la jalousie, ce parent étant alors considéré comme un concurrent.

Selon Freud, le complexe d'Œdipe chez la fille est introduit par le complexe de castration (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Delassus, 2010). En effet, en prenant conscience que les garçons ont un pénis contrairement à elle, la petite fille développe une forme de frustration, un sentiment d'infériorité (Delassus, 2010) et considère sa mère comme coupable de ne pas l'avoir dotée de pénis. En réponse à ce complexe, la petite fille se tourne vers la personne a priori la plus à même de lui

en donner un : il s'agit de son père, première figure de la masculinité (Bydlowski, 2008).

Le complexe d'Œdipe impliquant l'inceste, et celui-ci étant dressé comme interdit, il est refoulé au niveau inconscient. Sa résolution est permise par sa sublimation : l'envie de pénis laisse place au désir d'enfant (Chiland, 1993a; Delassus, 2010). A l'âge de la maturité sexuelle, « *l'enfant [devient] l'ersatz<sup>4</sup> du désir de pénis* » (Bydlowski, 2008), c'est-à-dire son substitut. Il permet enfin à la femme de ressentir une forme de « *complétude* » (Bydlowski, 2008; Chiland, 1993a). L'enfant œdipien est, selon Freud, à la fois « *un don fait au père* » (Arènes, 2013) et un « *cadeau* » (Delassus, 2010) reçu de lui : « *le désir incestueux se partage entre père et fille* » (Bydlowski, 2008).

Le cas classique emblématique de ce concept est celui de la petite fille qui dit vouloir épouser son père. Cet exemple est notamment très bien décrit par C. Chiland, se référant à la fille d'une de ses patientes :

- « - *J'épouserai Papa.*
- *Mais ce n'est pas possible, c'est mon mari.*
- *Eh bien, tu épouseras ton papa !* » (Chiland, 1993a).

D'autre part, le complexe d'Œdipe et notamment l'exemple exposé ci-dessus introduisent l'idée que la petite fille, en devenant mère, va prendre la place de sa propre mère. En ce sens, le désir d'enfant est une « *identification à la fonction reproductive maternelle* » (Kestenberg, 1956, cité par Abdel-Baki and Poulin, 2004). Groddeck dit à ce propos, de façon certes un peu lapidaire, que « *les gens qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant* » (Groddeck, 1979) tellement il est difficile pour eux de s'identifier à la leur. Selon l'un des textes de notre corpus d'étude, « *l'avortement a souvent ce sens de tuer la mère à l'intérieur de soi. [...] Un avortement peut être le prix du sang à verser pour devenir femme et mère soi-*

---

<sup>4</sup> Ersatz : Substitut de valeur inférieure.

*même* » (Bydlowski, 2008). Ainsi, le désir d'enfant est intrinsèquement lié à l'image que l'on a de notre propre mère, à la ressemblance que l'on accepte ou non d'avoir avec elle.

Ces propos me renvoient à une patiente qui décrivait sa mère comme « un bourreau », une personne d'une extrême violence et avec laquelle elle ne voulait donc plus aucun lien. Cette patiente disait n'avoir aucun désir d'enfant, mais voulait réaliser des examens médicaux poussés afin de savoir si son corps était apte physiquement et biologiquement à porter une grossesse. On retrouve ici les propos de Groddeck : la haine envers sa mère ne permet pas d'être mère à son tour : l'identification maternelle n'est psychiquement pas possible. En revanche, la patiente voulait s'assurer du bon fonctionnement de son corps. On peut supposer ici de nombreuses hypothèses. Cela pourrait relever d'un souci de « normalité », d'acquis de conscience que son corps est en bonne santé. Ou bien, le lien à la mère pourrait être ambivalent malgré la violence et la haine : la fille veut à la fois reconnaître la mère en elle, sans non plus s'y identifier au point de devenir mère. Ou encore la fille peut vouloir vérifier que tous ses désirs de mort vis-à-vis de sa propre mère n'ont pas pour conséquence de la rendre stérile (même si cela n'est de toute évidence pas rationnel). Ou encore la fille pourrait vouloir réparer les relations désastreuses qu'elle a avec sa propre mère en ayant elle-même un enfant avec lequel elle pourrait bien s'entendre...

A l'âge de la maturité affective et sexuelle, quand cela se passe bien, il y a un déplacement du désir, qui passe ainsi du père au conjoint. Le désir d'obtenir un enfant de son père se transforme en désir d'obtenir un enfant de l'homme aimé. Une idée populaire explique d'ailleurs que les femmes recherchent inconsciemment un homme ressemblant à leur père. Bien que cette idée soit discutable, elle peut trouver son explication dans l'Œdipe. Le choix d'objet d'amour peut être compris en lien avec l'investissement œdipien aux parents. Il ne faut cependant pas faire de raccourci, le choix amoureux n'est pas totalement ni uniquement dicté par la question œdipienne.

Ainsi, le désir d'enfant qui a pour fondement inconscient la volonté de résolution du complexe d'Œdipe est dans un certain sens une motivation narcissique<sup>5</sup> (Abdel-Baki and Poulin, 2004) : je veux un enfant non pas pour l'objet du désir lui-même, mais pour me sentir complète, guérir et combler ce que je ressens comme un manque. Nous allons détailler dans la partie ci-dessous les motivations narcissiques du désir d'enfant.

### 3.2.2 Le narcissisme

En psychanalyse, le narcissisme est « *l'amour porté à l'image de soi-même* » (Laplanche et Pontalis, 1967). Il est donc nécessaire pour l'estime de soi et n'a pas la connotation péjorative qui lui est prêtée dans son utilisation quotidienne.

Les articles de notre corpus d'étude mentionnent à maintes reprises des motivations narcissiques comme étant décisives dans l'élaboration du désir d'enfant.

#### 3.2.2.1 Immortalité et transmission

L'enfant désiré est souvent vu comme un prolongement de soi, permettant de façon illusoire de se considérer immortel. Selon Freud, avoir des enfants est « *l'unique accès à l'immortalité* » (Freud, 1900). Cet enfant, avec qui les parents partagent la moitié de leur patrimoine génétique, va pouvoir faire perdurer entre autres « *leur savoir, leurs biens, leur nom* » (Chiland, 1993a), leurs gènes. Ils « *permettent de perpétuer la famille, le nom, la transmission des valeurs* » (Petit, 2004) ... c'est-à-dire une partie de ce qui façonne l'identité. En présupposant que son propre enfant donnera naissance à son tour, il va permettre une « *transmission transgénérationnelle* » (Arènes, 2013; Bydlowski, 2008; Chiland, 1993a, 1993b). L'enfant est ainsi porteur, dès sa naissance, de l'attente de ses parents qu'il perpétue

---

<sup>5</sup> Narcissisme : Amour porté à l'image de soi-même, en référence au mythe de Narcisse (Laplanche and Pontalis, 1967).

ce qu'il a hérité d'eux : il leur est d'une certaine manière redevable. Nous reviendrons plus tard sur ce point et sur la notion qui en découle, la « *dette de vie* » (Bydlowski, 1997).

A travers l'enfant, nous voyons donc un « *prolongement de soi* » (Arènes, 2013; Chiland, 1993b), un « *double narcissique* » (Bydlowski, 2008), « *l'illusion narcissique de la jeunesse* » (Bydlowski, 2008), un gage d'« *immortalité* » (Bydlowski, 2008; Delassus, 2010; Petit, 2004). Ces concepts relèvent du narcissisme : ils s'inscrivent en effet dans une dynamique d'amour de soi, qui justifie la volonté de se perdurer.

La notion de jeunesse est fondamentale. Il est cependant important d'en noter l'ambivalence. En effet, la prolongation de soi par un enfant permet de nier notre propre finitude : ce que nous lui transmettons, qui faisait en partie notre identité, est promis à être perpétué. Cela donne une illusion de jeunesse, la mort n'a plus ce pouvoir de tout faire disparaître, son poids en est allégé. Par l'enfant en tant que prolongation de soi, nous augmentons virtuellement notre espérance de vie et reculons nos limites. Cependant, cette illusion de jeunesse est vite modulée. En effet, la grossesse et la maternité impliquent de s'identifier « *à la mère vieillissante* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Bydlowski, 2008), de reconnaître « *l'approche implicite de sa propre mort* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Bydlowski, 2008). Ainsi, la maternité fait coexister chez la future et jeune mère à la fois ce sentiment d'immortalité permis par l'avènement d'un être nouveau - promesse de longévité - et la conscience de son propre déclin en ayant pris le rôle de sa mère.

### **3.2.2.2 Fantômes et réparation**

Nous venons de le voir, à travers l'enfant nous voulons nous prolonger, faire persister ce qui nous constitue (nom, valeurs, croyances...). Cependant, le désir d'enfant va au-delà d'une simple transmission : nous pouvons parler de sublimation.

Les textes de notre corpus d'étude mettent en lumière l'importance de l'idéalisation de l'enfant rêvé. « *Avant toute réalisation, l'enfant est imaginaire* » (Bydlowski, 2008), porteur d'une « *représentation idéale* » (Bydlowski, 2008).

L'enfant avant la naissance est irréel. Malgré des techniques échographiques de plus en plus performantes, « *il reste non représentable jusqu'au jour de la naissance, tant dans son sexe que dans son apparence physique* » (Bydlowski, 2008). Revient fréquemment le fantasme<sup>6</sup> de l'enfant qui comble tout, en étant de sexe indifférencié tant qu'il n'est pas né, y compris lorsque l'échographie a permis aux parents de connaître le sexe en anténatal. L'enfant est « *rêvé [et] idéalisé* » (Arènes, 2013). Le désir d'enfant s'appuie sur le fantasme de l'enfant idéal, « *supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin* » (Bydlowski, 2008). On attend de « *l'enfant des rêves* » (Chiland, 1993b) qu'il remédie à « *nos propres défaillances* » (Chiland, 1993b). Il s'agit plus que d'une simple prolongation mais bien d'une « *réparation narcissique de soi* » (Chiland, 1993a) en lui « *[attribuant] toutes les perfections* » (Delassus, 2010).

Les expressions des textes de notre corpus d'étude relevées ci-dessus mettent en exergue l'idée des parents que l'enfant répare et comble. Ces notions peuvent porter sur différents critères. Cela me rappelle notamment une patiente que j'ai pu accompagner lors d'un stage en service de consultations.

Madame G. est une patiente de 29 ans, qui a appris il y a un peu plus d'un an qu'elle était atteinte d'un cancer du poumon. Les résultats de ses derniers examens n'étaient pas très rassurants. Cette patiente non fumeuse n'avait aucun facteur de risque de développer une telle maladie. Devant ses questionnements à propos de sa fertilité, son oncologue lui avait expliqué (de façon rationnelle et scientifique donc) les

---

<sup>6</sup> Fantasme : Scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient (Laplanche and Pontalis, 1967).

risques qu'impliqueraient une grossesse : difficulté d'établir un traitement efficace tout en évitant les effets tératogènes et autres effets secondaires sur le fœtus, risque d'aggravation des métastases... Madame G. avait très bien compris. Simplement, comme elle le disait si bien, elle ne voulait pas que « la mort ait le dernier mot ». Ce n'est pas son risque de mourir qui allait lui dicter que faire ou non. Cette épée de Damoclès avait démultiplié son désir d'enfant déjà présent au moment du diagnostic. Pour contrer un pronostic sombre, cette patiente désirait donner la vie – et le désir fut mis en œuvre.

Dans la même optique, une étude américaine portant sur des adolescentes enceintes de façon imprévue a montré qu'une proportion significative de ces jeunes filles avaient vécu un deuil il y a peu (Coddington, 1979). La mort appelle la vie, comme si la grossesse ou bien l'enfant à naître venait combler un vide nouveau.

Les rêves d'enfant idéal évoqués précédemment peuvent apparaître comme un lourd fardeau qui pèse sur l'enfant. Nous le savons, « *l'enfant réel n'est pas l'enfant imaginaire* » (Chiland, 1993b). Ce fossé rêve/réalité que « *les parents doivent accepter* » (Chiland, 1993a) est la raison du caractère « insatiable » (Abdel-Baki and Poulin, 2004) du désir d'enfant. « *Fantasmer un prochain enfant face à celui qui vient de naître, c'est avoir recours à un tiers séparateur et laisser une place vacante où l'enfant naissant pourra grandir* » (Bydlowski, 1978).

D'une part, les rêves portés par les parents sont porteurs et peuvent donner à l'enfant un élan. Cette notion est très bien décrite dans *La Promesse de l'Aube* de Romain Gary, un roman d'inspiration autobiographique (Karpel, 2019). Le personnage principal est porté par l'ambition extrême de sa mère, qui lui assure « *Tu seras un héros* » (Gary, 1960). L'auteur a eu une carrière brillante, que ce soit en tant que militaire ou en tant qu'écrivain. Il serait lapidaire de penser que seules les ambitions et les paroles de la mère lui ont suffi pour accomplir de grands succès. Cependant, comme l'explique l'auteur, cette confiance de la mère pour son fils lui a donné une forme d'assurance qui elle-même est un atout pour prospérer.

D'autre part, c'est par cette dissociation enfant rêvé/enfant réel que celui-ci construit de façon libre son identité. Entre le fantasme et la réalité il existe un large champ des possibles permettant à l'enfant de se dissocier de l'idéal de ses parents. Dans cet espace, il va pouvoir grandir, se construire et faire ses propres choix. Il s'individualise et construit son identité. « *L'enfant ne répare rien* » (Chiland, 1993a) mais « *[ses] parents sont enrichis* » (Chiland, 1993a) par lui.

Ainsi, l'enfant désiré est un enfant idéalisé, bien plus qu'un double de soi. Par son intermédiaire on veut à la fois « *se prolonger* » (Arènes, 2013) et « *se réparer soi-même* » (Chiland, 1993b), « *compenser nos failles, [...] réparer notre enfance* » (Petit, 2004).

Pour éclairer ces propos, il est intéressant ici de relater le cas d'une patiente dont je me suis occupée en suites de couches. Madame F. n'avait plus que très peu de contacts avec sa mère, et avait un suivi régulier avec sa psychologue, suivi ayant débuté en dehors de tout contexte de maternité. Par ailleurs, cette patiente avait fait de brillantes études de commerce. En s'engageant dans cette voie, elle disait avoir perdu la reconnaissance de sa mère. Celle-ci lui avait toujours dit qu'elle serait ingénieure, en vantant les avantages de ce métier. En post partum, madame F. répétait fréquemment avoir peur d'être « une mauvaise mère ». « Je ne sais pas changer les couches », « je ne sais pas comment laver mon bébé », « j'ai peur de mal faire », « dites-moi si je fais mal » disait-elle. L'équipe médicale avait noté un besoin très important de cette patiente d'être rassurée dans ses capacités maternelles. Un après-midi où je m'occupais des soins de sa fille, j'ai dit à madame F. trouver des traits de ressemblance entre le nouveau-né et elle. « Ce sera moi, mais en mieux ! » avait-elle répondu. Puis, regardant son enfant, elle ajouta doucement « Tu seras ingénieure ma fille. Moi, en mieux. »

Accéder à la maternité donne un statut particulier, une forme de reconnaissance sociale. Il s'agit de « *l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004). La maternité fascine, les regards se tournent facilement vers la femme enceinte, « *[valorisée] aux yeux des autres* »

(Chiland, 1993b). Ici, nous nous approchons de la subtilité entre le désir de grossesse et le désir d'enfant : ce n'est pas tant l'enfant qui est désiré, mais le statut de femme enceinte, et donc la grossesse.

Pour approfondir la question narcissique, il est intéressant d'évoquer la notion de la défaillance du corps. L'incapacité à avoir un enfant révèle en effet une finitude, cela impacte l'ego. La personne concernée par la stérilité est confrontée de façon ostensible à l'une de ses limites : son corps est faillible. De nombreux articles concernant l'aide médicale à la procréation soulignent la blessure narcissique induite par cette lacune. « *L'enfant à naître [étant] objet de valorisation narcissique* » (Hamdane, 2011), le manque d'enfant induit une « *souffrance d'infertilité* » (Jaoul, 2011) une « *blessure narcissique* » (Jaoul, 2011; Jordana, 2014), un « *narcissisme blessé* » (Delaisi de Parseval, 2012). On peut parler de « *douleur de cette incomplétude* » (Jaoul, 2011). Une étude comparative a trouvé un résultat surprenant compte tenu de ce qui vient d'être décrit : les femmes infertiles auraient un plus haut degré de narcissisme que les femmes fertiles, mais celui-ci serait utilisé sur un mode défensif, ce qui le différencie d'un narcissisme sain (Poddar et al., 2014).

### **3.2.3 La dette de vie**

Avant de développer cette notion, il convient de préciser que les éléments détaillés sont à entendre dans une dimension plus psychique que réelle, c'est-à-dire relevant davantage du fantasme et de l'inconscient que d'éléments comportant en eux-mêmes une réalité concrète.

Nous avons évoqué précédemment le rôle de l'immortalité et de la transmission dans le façonnage du désir d'enfant, avec l'attente des parents que l'enfant perpétue

la lignée. Cet espoir dont la responsabilité est fantasmatiquement imputée à l'enfant ébauche la notion de « *dette de vie* » (Bydlowski, 1997)<sup>7</sup>.

Plusieurs des articles inclus dans notre étude se réfèrent à cette idée, que ce soit vis-à-vis des parents – principalement la mère, on parle alors de dette maternelle (Bydlowski, 2008) – ou bien symboliquement envers la « *Terre mère* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Bydlowski, 2008). Nous avons en effet une responsabilité dans la « *prolongation de l'espèce* » (Bydlowski, 2008), « *la prolongation du monde* » (Arènes, 2013)... En somme la « *survie* » (Arènes, 2013; Chiland, 1993b) de notre culture et de l'espèce humaine.

La dette de vie évoque le fait qu'on se sente redevable envers nos parents : ils nous ont donné la vie, nous ont élevé et transmis leur nom... En plus de prolonger notre espèce, nous devons permettre la continuité de la lignée familiale en ayant à notre tour des enfants. La dette de vie est en ce sens imbriquée avec la transmission dont nous avons détaillé l'importance en amont. Pour approfondir cette notion, rembourser sa dette de vie peut avoir la valeur de « *réparation des parents* » (Chiland, 1993a). Désirer un enfant aurait donc non seulement le sens de se réparer soi – comme vu précédemment –, mais également de réparer ses parents (donc les grands-parents de l'enfant désiré).

La reconnaissance de cette « *dette d'existence* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Bydlowski, 2008) qu'éprouve une fille envers sa mère vient appuyer l'hypothèse de Groddeck déjà évoquée selon laquelle « *la haine ne permet pas de s'inscrire dans la continuité* » (Abdel-Baki and Poulin, 2004; Bydlowski, 2008). En effet, avoir un enfant présupposerait de reconnaître et supporter la dette envers sa propre mère. L'hostilité

---

<sup>7</sup> Cette expression est le titre d'un ouvrage de Monique Bydlowski - *Dette de vie* (Bydlowski, 1997) - dont la première édition date de 1997 et la seconde, réactualisée, de 2008. C'est pourquoi les textes inclus au corpus d'étude qui proviennent de ce livre sont datés de 2008 et non de 1997.

empêche la reconnaissance de sa dette ou du moins entraîne un refus de la rembourser.

Reconnaître et rembourser cette dette de vie implique de se dégager de l'emprise de nos parents. Nous ne sommes plus simplement leurs enfants, mais désormais enfants et parents. La position enfantine, être « enfant de », passe donc en arrière-plan. En devenant parent, on prend la place de ses propres parents, ce qui peut avoir le sens de réaliser l'interdit œdipien enfoui dans l'inconscient. Ce phénomène induit à nouveau un conflit psychique. Pour le résoudre, il faut que les nouveaux parents puissent ériger leur propre légitimité parentale. Les soignants ont ici un rôle très important : celui de confirmer les parents dans leurs capacités, ce qui peut notamment passer par l'approbation des soins qu'ils prodiguent au nouveau-né.

La maternité implique en outre de s'identifier à une figure maternelle vieillissante. Accéder à la maternité suppose donc de supporter l'idée de sa propre mort. En d'autres termes, avoir des enfants nécessite de reconnaître et d'accepter sa finitude. De façon similaire, en devenant parents nous poussons nos propres parents - devenant ainsi grands-parents - vers la fin de vie. En ce sens, reconnaître sa dette de vie envers ses parents est une idée ambivalente : on admet leur être redevable tout en les attaquant du fait de l'approche de la mort. Cette ambivalence, source d'un conflit psychique, peut raviver dans certains cas des angoisses de mort qui seront susceptibles de prendre différentes formes cliniques, notamment les cauchemars mettant en scène un décès.

Ainsi, la dette de vie est un des piliers principaux du désir d'enfant. Cette notion s'articule de façon très précise avec les autres fondements inconscients qui ont été détaillés au fur et à mesure de ce travail.

## **4 Discussion**

### **4.1 A propos du sujet**

Ce sujet est innovant étant donné que jusqu'à présent, les articles et mémoires qui abordent cette problématique ont été réalisés dans un contexte centré sur la psychologie. Travailler ce sujet dans l'optique d'un mémoire de fin d'études de sage-femme apporte une dynamique différente.

Sage-femme est un métier médico-psycho-social. Durant les études, la branche médicale est particulièrement développée mais les deux autres relativement peu. Ce mémoire permet de développer les connaissances relevant de la psychologie afin de proposer une prise en charge plus globale aux patientes et de renforcer l'ouverture d'esprit nécessaire à une collaboration optimale au sein des équipes médicales.

On voit aujourd'hui beaucoup de jugements de la part des soignants, susceptibles d'occasionner une certaine souffrance chez les femmes qui peuvent se sentir incomprises, et de ce fait mal vivre le suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Il est important de s'intéresser à cette question pour sensibiliser les professionnels de santé à une dimension de la maternité encore trop peu abordée et prise en compte dans la pratique actuelle. L'un des avantages de ce mémoire est qu'il n'est pas exclusivement à l'attention des sages-femmes, mais de tout professionnel en lien avec la maternité.

### **4.2 A propos du matériel et de la méthode**

La force de cette étude est liée à la multiplicité des sources, des auteurs et des dates d'écriture, permise par un algorithme de recherche assez peu restrictif, permettant ainsi de proposer une étude la plus exhaustive possible.

L'un des biais de ce travail est lié à la sélection des articles selon le critère de « pertinence », comme mentionné dans l'algorithme de recherche. En effet, il est difficile de définir la pertinence de façon tout à fait objective. Ainsi, il semble qu'au début du travail de sélection des articles, chaque résultat trouvé semblait relativement pertinent, puisqu'apportant de nouvelles informations. Au fur et à mesure de l'avancée de la sélection, la redondance des résultats a très certainement durci involontairement le critère de pertinence, rendant le jugement des articles plus strictes et donc leur inclusion d'autant plus pointilleuse. Ainsi, la sélection des articles est probablement en partie biaisée du fait de la chronologie dans laquelle elle s'inscrit, bien que l'utilisation d'un tableau récapitulatif ait pour but de limiter ce phénomène.

D'autre part, mon souhait était de mettre en lien les fondements inconscients retrouvés dans la littérature avec des exemples cliniques auxquels j'ai été confrontée dans ma pratique. Il s'est avéré bien plus compliqué que je ne le pensais de lier ces deux dimensions. Autant, dans certaines situations le sens semble plutôt logique et il est donc relativement aisé de mettre en lien la clinique et la théorie, autant un grand nombre de situations comporte un sens bien moins évident. Savoir les décrypter suppose d'avoir des clés de compréhension que je n'ai pas en tant qu'étudiante sage-femme.

Ce travail de recherche est exclusivement basé sur des données de la littérature, dont seuls quelques articles relatent des paroles de patientes. Il aurait été plus enrichissant encore de pouvoir fonder notre propos directement en ayant recours à des entretiens avec des femmes. Bien sûr, n'étant pas moi-même psychologue, il aurait fallu adapter la trame de ces entretiens et les analyser avec l'aide d'un psychologue.

## 4.3 A propos des résultats

### 4.3.1 Corpus d'étude

Bien que la méthode et l'algorithme de recherche aient été basés sur des critères peu restrictifs – comme évoqué précédemment – le corpus d'étude obtenu est assez restreint, ne comportant que sept articles. Ce biais s'explique probablement en partie par la subjectivité du critère de pertinence, dont nous avons parlé précédemment.

Une limite de ce travail qu'il est important de mentionner est le fait que les articles retenus ne sont qu'en français, bien que l'anglais ait été accepté dans l'algorithme de sélection. Cependant, les articles sélectionnés se réfèrent à des écrits ni francophones ni anglophones (notamment des écrits de Freud, ainsi que le Livre du ça de Groddeck...), ce qui permet indirectement d'inclure aux résultats des données supplémentaires, que je n'aurais pas pu inclure du fait de leur langue d'écriture.

Le lecteur notera bien sûr une certaine redondance relative aux auteurs d'une part, aux sources des concepts développés d'autre part. Cela n'enlève cependant rien à la pertinence des articles sélectionnés, mais tend au contraire à montrer la force et la solidité des notions et idées déployées qui, reprises de nombreuses fois par des chercheurs et cliniciens reconnus, ont pu être éprouvées et confirmées cliniquement en dépit des changements temporels sociétaux : il s'agit de la transférabilité des résultats. D'autre part, la redondance des articles indique que nous avons atteint le point de saturation : les données recueillies se recoupent, ce qui indique *a priori* l'exhaustivité des résultats obtenus.

Parmi les articles inclus, tous n'ont pas eu autant d'impact sur les résultats obtenus. Comme évoqué précédemment, la chronologie de sélection des articles a très certainement joué un rôle dans ce sens. *A posteriori*, je me rends compte que l'article « Désir d'enfant » de Line Petit (Petit, 2004) aurait pu être exclu : il n'enrichit

pas les résultats et apporte peu. J'ai cependant choisi de laisser le corpus d'étude tel quel par souci de transparence vis-à-vis de ma démarche.

### **4.3.2 Analyse des articles**

Les résultats obtenus permettent de répondre à l'objectif principal de ce travail de recherche. En effet, du fait des différents articles étudiés, nous avons pu dresser une vue d'ensemble des fondements inconscients qui façonnent le désir d'enfant chez la femme.

Si cela est important, ce n'est pas tant pour que nous, étudiantes sages-femmes et sages-femmes, essayions de les mettre en évidence – cela n'est pas notre métier et ce n'est pas de cela dont les patientes ont besoin lorsque nous les accompagnons lors des moments décisifs de la grossesse, de la naissance et du post-partum. En revanche, si nous nous sommes intéressés à cette question et si elle nous paraît essentielle à prendre en considération, c'est avant tout pour ne pas oublier que nos patientes sont agies par des forces qui, toujours, sont en partie guidées par leur inconscient. De ce fait, les motifs qui les poussent à être enceintes, à décider ou non de garder une grossesse, et plus généralement à adopter des conduites qui parfois nous semblent incompréhensibles, sont parfois sous-tendus par des éléments qui leur échappent à elles-mêmes mais qui ont néanmoins leur logique propre – bien que nous ne puissions pas y avoir accès directement.

Avoir ces éléments en tête me semble dans cette perspective indispensable, afin de nous garder de jugements hâtifs et parfois insuffisamment bienveillants à l'égard de nos patientes, à un moment de vulnérabilité où précisément elles ont plus que jamais besoin de pouvoir être accueillies avec leurs contradictions et leurs difficultés.

Connaitre ces différentes notions et les mettre en relation avec quelques exemples cliniques aide à comprendre l'impact de l'inconscient et à modérer certains jugements. En tant qu'étudiantes sages-femmes, sages-femmes, et plus largement

professionnels de santé, nous n'avons pas la capacité de discerner lesquels de ces fondements inconscients sont les plus décisifs chez telle ou telle patiente. Les compétences nécessaires relèvent du travail des psychologues. En revanche, en avoir connaissance permet une ouverture d'esprit et donne des clés pour appréhender de façon plus impartiale et bienveillante des situations qui pourraient interpeller.

# Conclusion

Ce travail nous permet d'affirmer que les principaux fondements inconscients qui façonnent le désir d'enfant chez la femme relèvent du complexe d'Œdipe, du narcissisme et de la dette de vie. Liées à l'inconscient, ces notions peuvent guider certains de nos actes sans notre assentiment, et induire des conflits ou difficultés psychiques, d'autant plus que la grossesse est une période de « *transparence psychique* »<sup>8</sup> (Bydlowski, 2001).

Les fondements inconscients du désir d'enfant associés à la transparence psychique induisent des conflits et réorganisations qui bouleversent les repères de la femme. De ce fait, la maternité, le processus de devenir mère, la grossesse et l'accouchement sont autant d'évènements et de périodes susceptibles de vulnérabilité chez la femme. En tant que soignants, nous avons dans ce contexte un rôle fondamental dans la confirmation de la légitimité des parents, une forme de maternage et d'englobement, pour leur permettre de vivre ces expériences dans un lieu rassurant, une enveloppe bienveillante, qui leur permette un épanouissement et un développement sain de leur rôle parental.

Nous avons détaillé tout au long de ce travail l'importance de l'inconscient et donc du psychisme dans l'expérience de la maternité. Aujourd'hui, dans le suivi de grossesse systématiquement proposé aux femmes, le suivi psychologique n'apparaît pas. Il semble cependant primordial de prendre en compte les femmes dans leur globalité et de ne pas simplement répondre à leurs interrogations d'ordre médical. L'entretien prénatal précoce, systématiquement proposé depuis peu, s'inscrit dans cette démarche. Il a pour objectif d'adapter le suivi de chaque femme et peut dans

---

<sup>8</sup> Transparence psychique : « état particulier du psychisme où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience » (Bydlowski, 2001)

certains cas aboutir à l'orientation des patientes vers d'autres professionnels du secteur médico-psycho-social. Cependant, une situation que les professionnels de santé jugeraient idéale pourrait tout de même nécessiter l'intervention d'un psychologue. En outre, certaines femmes – pour ne pas dire la grande majorité - n'ont pas conscience de ce qui se joue au niveau psychologique pendant leur grossesse. Les professionnels réalisant l'entretien prénatal précoce, bien qu'ayant du recul quant aux propos tenus par leurs patientes, ne sont pas formés en psychologie et ne peuvent pas proposer une écoute équivalente à celle d'un psychologue – ce n'est d'ailleurs pas leur objectif.

Ce mémoire renforce l'idée qu'il serait judicieux de proposer aux femmes de rencontrer un psychologue pendant la grossesse, et ce aussi bien quand nous jugeons la situation compliquée que dans des situations que nous pourrions qualifier de façon un peu hâtive d'idéales et dans lesquelles nous ne décelons pas cette nécessité. D'autre part, il confirme l'importance de l'accompagnement des nouvelles et futures mères, que ce soit en post-partum ou en anté-natal.

Comme le dit si bien Monique Bydlowski, « *il nous semble en effet que le propos d'une collaboration entre un obstétricien et un psychiatre-psychanalyste est moins de prendre en charge tous les cas difficiles que de sensibiliser les membres de l'équipe au vécu psychique des accouchées et futures accouchées, et de développer des réponses adéquates* » (Bydlowski, 1997).

# Bibliographie

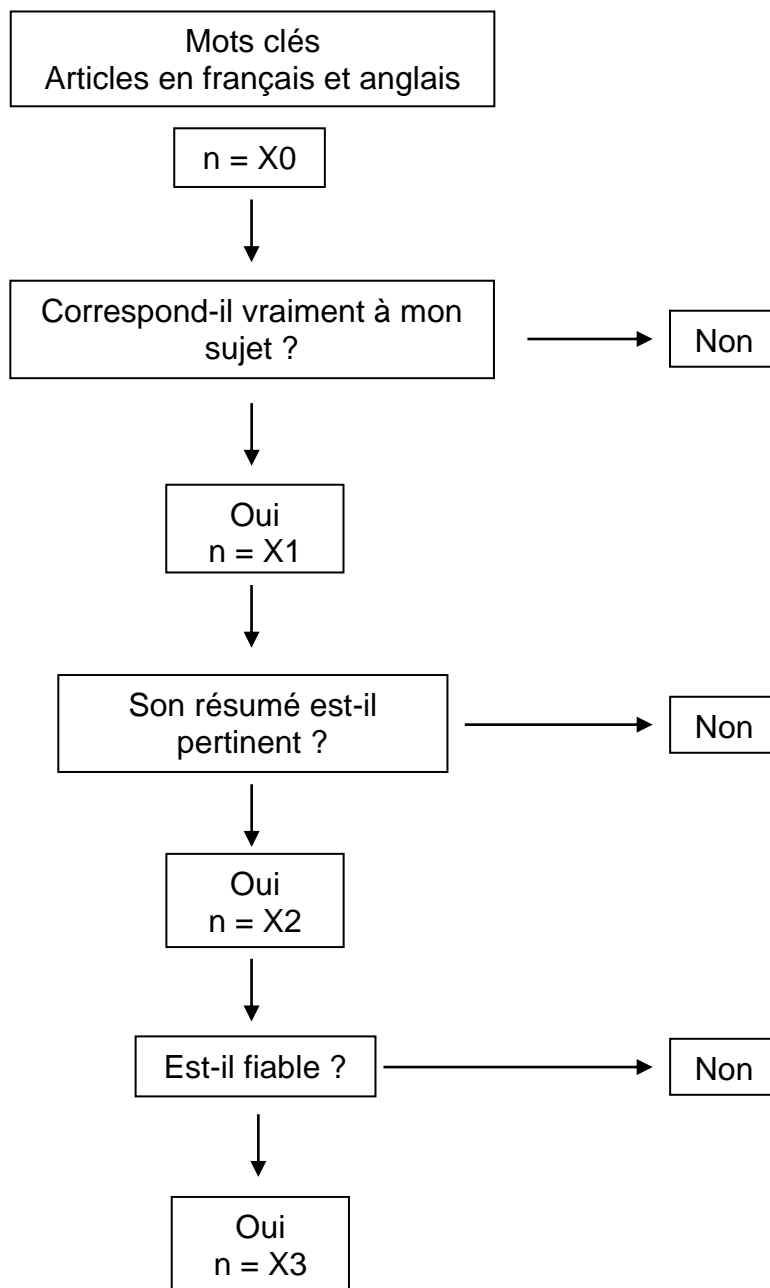
- Abdel-Baki, A., Poulin, M.-J., 2004. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychotherapies* Vol. 24, p. 3–9.
- André, J., Chabert, C., 2009. *Désirs d'enfant*, Petite bibliothèque de psychanalyse. Presses Universitaires de France.
- Arènes, J., 2013. Désir d'enfant et création de l'avenir. *Études* n°419, p. 327–336.
- Bayle, B., 2005. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation et déni). *Vie Enfant*, p. 169–204.
- Bydlowski, M., 2008. Le désir d'enfant au féminin et sa relation à l'inconscient. In : *La dette de vie, Le fil rouge*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 63–89.
- Bydlowski, M., 2001. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir* Vol. 13, p. 41–52.
- Bydlowski, M., 2000. *Je rêve un enfant : L'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob.
- Bydlowski, M., 1997. *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Puf, Le fil rouge.
- Bydlowski, M., 1978. Les enfants du désir : le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient. *Psychanal. À Univ.* n°4, p. 59–92.
- Chiland, C., 1993a. Le bébé avant et après la naissance à partir d'analyses de femmes et notamment de femmes enceintes. In : *L'enfant, la famille, l'école. Le Psychologue*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 20–35.
- Chiland, C., 1993b. Le désir d'enfant. In : *L'Enfant, la famille, l'école. Le Psychologue*. Paris : Presses Universitaires de France, p. 9–19.
- Coddington, R.D., 1979. Life events associated with adolescent pregnancies. *J. Clin. Psychiatry* n°40, p. 180–185.
- Delaisi de Parseval, G., 2012. « To fiv or not to fiv » : les enjeux psychiques de l'amp, La maîtrise de la vie. *Èrès*.

- Delassus, J.-M., 2010. Élaboration freudienne du désir d'enfant. In : Le corps du désir. Psychismes. Paris : Dunod, p. 103–118.
- Freud, S., 2003. L'interprétation du rêve. (Altounina J., Trad). Paris : Puf. (Œuvre originale publiée en 1900).
- Freud, S., 2013. Introduction à la psychanalyse. (Jankelevitch S., Trad). Paris : Payot. (Œuvre originale publiée en 1917).
- Gary, R., 1960. La Promesse de l'aube, Paris : Gallimard.
- Gaucher, D., Saleh, M., Sauer, A., Averous, L., Bourcier, T., Speeg-Schatz, C., 2010. Progression de la rétinopathie diabétique durant la grossesse. J. Fr. Ophtalmol. n°33, p. 355–361.
- Gedda, M., 2015. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie Rev. n°15, p. 39–44.
- Grangaud, N., 2002. Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature. Perspect. Psy n°41, p. 174–181.
- Groddeck, G., 1979. Le Livre du ça. (Jumel L., Trad.). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1923).
- Hamdane, N.B., 2011. Impact de certaines Procréations Médicalement Assistées (PMA) complexes sur le vécu de maternalité. Topique n° 116, p. 123–126.
- Jaoul, M., 2011. Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. Adsp.
- Jordana, H., 2014. Les enfants de Narcisse. Empan n° 96, p. 120–129.
- Karpel, L., Psychologie de la grossesse. Cours magistral. Ecole Foch, Suresnes. Janv 2019.
- Kestenberg, J.S., 1956. Vicissitudes of female sexuality. J. Am. Psychoanal. Assoc. n°4, p. 453–476.
- Lansac, J., O'Byrne, P., Masson, J.M., 2010. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique : le déni de grossesse. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., 1967. Vocabulaire de la psychanalyse.

- Margulies, A.-L., Berveiller, P., Mir, O., Uzan, C., Chabbert-Buffet, N., Rouzier, R., 2012. Grossesse après cancer du sein : mise à jour des connaissances en 2012. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* n°41, p. 418–426.
- Pascal, C., Spiess, M., Thévenot, A., 2011. Expérience de passivité et affects d'anxiété dans le temps de la grossesse. *Dialogue* n° 192, p. 137–148.
- Pelloux, A.-S., 2011. Une demande qui devient ordinaire ou devrait le devenir : Pourquoi les soins psychiques en périnatalité sont-ils nécessaires ? *Enfances Psy* n° 52, p. 38–48.
- Petit, L., 2004. Désir d'enfant. *Spirale* n°32, p. 19–26.
- Poddar, S., Sanyal, N., Mukherjee, U., 2014. Psychological profile of women with infertility : A comparative study. *Ind. Psychiatry J.* 23, p. 117–126.
- Pritchard, S., 2010. UK's HFEA releases termination of pregnancy data. *BioNews*.
- Racamier, P.-C. et al., 1961. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In : *Evolution Psychiatrique*.
- Serre, G., Moro, M.R., 2002. Petits théâtres du désir. *L'Autre*, n°3, p. 197-198.
- Snyder, H., 2019. Literature review as a research methodology : An overview and guidelines. *J. Bus. Res.* 104, p. 333-339.

# Annexes

## Annexe I : Algorithme de sélection des articles

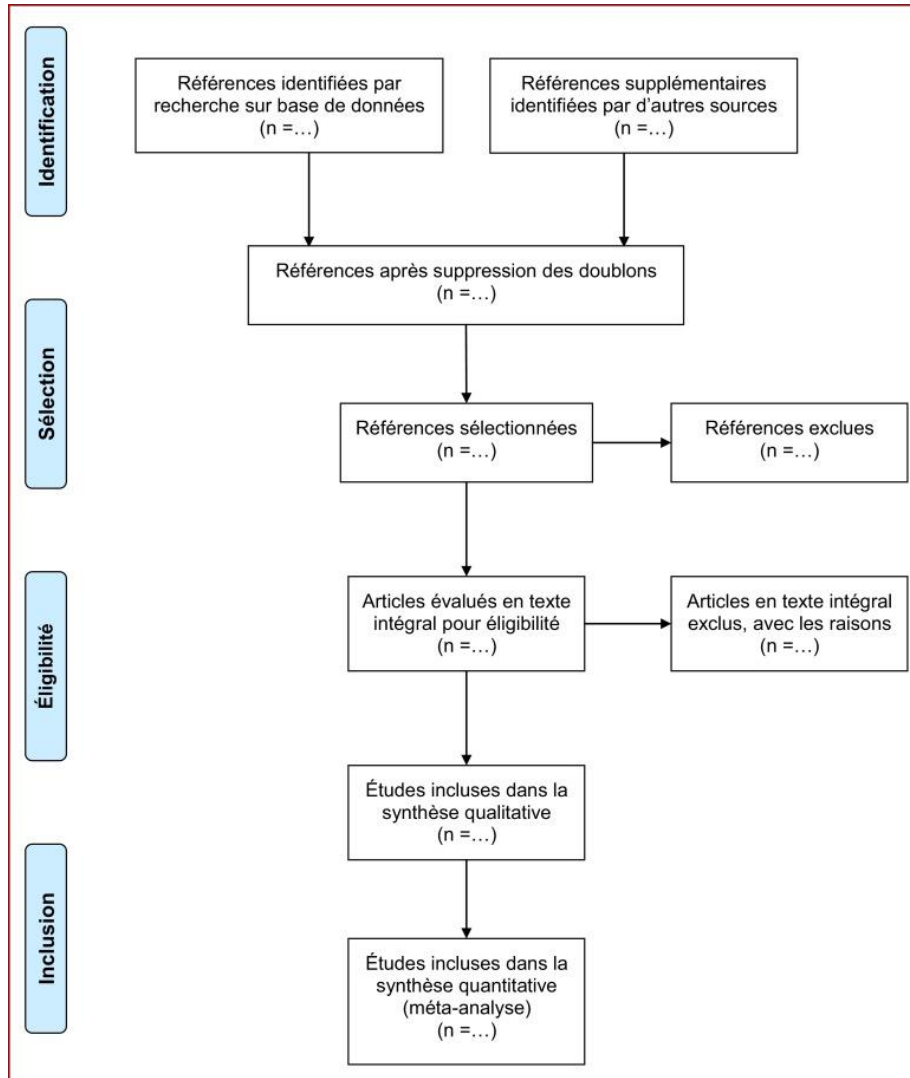


*n étant le nombre d'articles*

*X3 étant le nombre d'articles inclus au corpus*

## Annexe II : Diagramme de flux PRISMA

Ce diagramme (Gedda, 2015) a aidé à la réalisation de l'algorithme de sélection des articles, présent ci-dessus.



## Annexe III : Liste des articles du corpus d'étude

Voici la liste des articles inclus à notre étude (classés par ordre chronologique), obtenue grâce à l'algorithme présenté précédemment.

- Le bébé avant et après la naissance à partir d'analyses de femmes et notamment de femmes enceintes, dans L'enfant, la famille, l'école, de Colette Chiland (Chiland, 1993a)
- Le désir d'enfant, dans L'enfant, la famille, l'école, de Colette Chiland (Chiland, 1993b)
- Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement, perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse, de Amal Abdel-Baki et Marie-Josée Poulin (Abdel-Baki and Poulin, 2004)
- Désir d'enfant, de Line Petit (Petit, 2004)
- Le désir d'enfant au féminin et sa relation à l'inconscient, dans La Dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité, de Monique Bydlowski (Bydlowski, 2008)
- Élaboration freudienne du désir d'enfant, dans Le Corps du désir, de Jean-Marie Delassus (Delassus, 2010)
- Désir d'enfant et création de l'avenir, de Jacques Arènes (Arènes, 2013)