

DÉSIR D'ENFANT
ET PAROLES DE FEMMES

Caroline Petitpierre

Désir d'enfant et paroles de femmes

*Réflexion sur
l'infertilité féminine*

Essai

Éditions Persée

Consultez notre site internet



© Éditions Persée, 2021

Pour tout contact :
Éditions Persée – Centre Chester Carlson
ZAC du Moulin des Landes – 2 rue Gutenberg,
44980 Sainte-Luce-sur-Loire
www.editions-persee.fr

*À toutes celles
qui se reconnaîtront.*

INTRODUCTION

Deux citations en guise d'introduction, qui représentent les deux axes sur lesquels s'appuieront mes questionnements. Le premier axe est le désir d'enfant inabouti, dans toute sa complexité : « Que le désir d'enfant devienne analysable, et il ne résiste guère à l'unité. C'est même, à l'inverse, la multiplicité de ses figures, des fantasmes qui en soutiennent l'accomplissement comme des entraves qui en empêchent la réalisation, qui est remarquable », constate André (in André et Chabert 2009). Je m'intéresserai ici au désir d'enfant non abouti, à la lumière d'auteurs qui se sont penchés sur les cas d'infertilité féminine et sur les procréations médicalement assistées.

J'emprunte la seconde citation à Lacan (1991), elle décrit mon second axe ainsi : « Le rôle de la mère, c'est le désir de la mère. C'est capital. Le désir de la mère n'est pas quelque chose qu'on peut supporter comme ça, que cela vous soit indifférent. Ça entraîne toujours des dégâts. Un grand crocodile dans la bouche duquel vous êtes – c'est ça, la mère. On ne sait pas ce qui peut lui prendre tout d'un coup, de refermer son clapet. C'est ça, le désir de la mère. (...) Il y a un rouleau, en pierre bien sûr, qui est là en puissance au niveau du clapet, et ça retient, ça coince. C'est ce qu'on appelle le phallus. C'est le rouleau qui vous met à l'abri, si, tout d'un coup, ça se referme ». Je considérerai dans cet essai une

relation dyadique originaire qui se maintient en dehors de toute triangulation, sans rouleau de protection en cas de fermeture du clapet et qui peut marquer ainsi la fille d'un sceau difficile à porter. Les auteurs sur lesquels je me base voient une influence de l'imaginaire maternelle toute-puissante sur la fertilité. Je m'intéresserai au vécu d'un désir d'enfant qui n'aboutit pas et je m'interrogerai sur la représentation maternelle chez les femmes infertiles.

Le désir d'enfant recouvre des valeurs sociales, culturelles, (trans)générationnelles, économiques, identitaires. Il est également imprégné d'inconscient. Ce concept multidimensionnel est récent puisqu'il n'est en effet apparu que depuis une soixantaine d'années en Occident, suite à l'avènement de la contraception et à la légalisation des méthodes d'interruption de grossesse qui ont donné aux femmes, aux couples une liberté nouvelle sur le plan sexuel, celle de décider du moment d'avoir ou non un enfant. Le projet d'enfant revêt désormais un aspect volontaire et relève d'un vœu, d'un désir, et l'« automaticité » de l'enfant, pour reprendre le mot d'André (2009), s'en est trouvée atteinte : on fait maintenant un enfant parce qu'on le souhaite, et celui-ci doit être désiré – Delaisi de Parseval (1997, 2008) dit à ce propos que l'enfant désiré est un mythe contemporain qui réifie le désir, ce qui mène à un contresens puisque le désir se construit dans la relation et n'est ressenti, reconnu que dans l'après-coup. Cette auteure relève également la « valeur refuge » de l'enfant sur-désiré, due à la baisse de fertilité des couples (en 2018 environ 1 couple sur 7 rencontre des problèmes de fertilité, chiffre en augmentation depuis plusieurs années).

Avec l'usage de la contraception est apparue l'idée d'une maîtrise de la fécondité, illusion qui permet de penser que pour avoir un enfant il suffit de programmer le moment de sa conception, ce que l'épidémiologie de la fertilité infirme absolument (Delaisi de Parseval 1983). Les procréations médicalement assistées (PMA)

facilitent encore ce fantasme de toute-puissance. Par ailleurs, Bydlowski (1998) le constate, cette impression de contrôle du processus de conception a entraîné une procrastination du projet d'enfant, les femmes ayant la possibilité de retarder le moment de devenir mères – pour des raisons sociales, professionnelles, etc. Or la réalité biologique se soustrait à toute maîtrise médicale et continue de montrer qu'à partir de 30 ans la fécondité féminine baisse rapidement, puis de façon exponentielle après 35 ans. Face au constat d'un délai incontrôlé, car incontrôlable, de la survenue d'une grossesse, la femme frémit : très vite, elle va craindre des problèmes de fertilité, le spectre de la stérilité se dessine. L'infertilité est évoquée après un an au moins (jusqu'à 24 mois selon certains auteurs) de relations sexuelles régulières sans contraception, Daubech (in André et Chabert 2009) constate cependant que les femmes consultent et demandent des examens médicaux dès le 3^e ou 4^e cycle. Cet auteur note que la médiatisation des techniques de PMA (ajoutée à l'usage de la contraception), en favorisant l'idée d'une maîtrise quasi inconditionnelle de la fécondation, contribuent à la précocité du sentiment d'inquiétude. Le rapport au désir d'enfant change alors rapidement, en parallèle au délai qui s'installe entre le projet d'enfant et sa réalisation. Le souhait d'enfant devient envahissant, obsédant, d'autant plus exacerbé qu'il atteste d'une non-maîtrise du fonctionnement du corps (Daubech 2009). Le désir d'enfant se convertit, se pervertit pourrait-on dire, et un glissement s'opère vers un sentiment de nécessité, de besoin qu'il faut absolument combler. La médecine peut maintenant y répondre très rapidement, et dans ce sens renforce le côté volontaire et souvent acharné que prend la demande d'un enfant à n'importe quel prix.

Les PMA présentent un taux élevé d'échecs d'origine inexplicquée, phénomène qui s'expliquerait par des causes psychiques. Les chiffres varient légèrement entre études, mais on estime de

façon générale que les PMA réussissent dans 20 % (FIV) ou 24 % (insémination artificielle) des cas, contre 25 % dans la fécondation spontanée, la différence est donc peu importante. Le taux de réussite des PMA en fonction de l'âge suit la même tendance à la baisse que lors d'une fécondation naturelle. Bydlowski (1997) a constaté au cours de sa pratique que les intervenants en clinique de l'infertilité (médecins compris) sont certains du rôle de la vie psychique dans l'infertilité féminine, même s'il n'y a pas de preuves scientifiques et que les hypothèses restent de l'ordre de l'intuition. Elle remarque que la fonction reproductrice est régie par des zones cérébrales en rapport avec la fonction émotionnelle, et donc avec la vie psychique (2008). Dans le même sens, Raphael-Leff (1991) mentionne des recherches qui suggèrent un lien entre une infertilité psychogène et une tension émotionnelle, de l'anxiété chronique et une peur inconsciente de la grossesse, ces facteurs affectant des mécanismes hormonaux impliqués dans l'infertilité. Mais l'origine psychique d'une infertilité n'est souvent pas prise en compte par les femmes qui en souffrent, et ce sont l'action, les actes volontaires, qui prennent le dessus, au détriment d'une démarche plus introspective. Giuffrida (in André et Chabert 2009), et avec elle d'autres auteurs comme nous le verrons plus bas, considère qu'une demande d'enfant à tout prix nie les besoins inconscients qui se sont peut-être exprimés à travers l'infertilité du corps, ce qu'elle perçoit comme une « violence sans bornes ».

Chaque analyste, selon André (in André et Chabert 2009), « a régulièrement l'occasion de vérifier l'équation inconsciente de l'enfant et du phallus », et de constater que beaucoup de parcours sont dédiés à la réalisation d'un « programme phallique maternel », suivant la logique freudienne du développement de la sexualité féminine. Ce versant œdipien n'est cependant pas le seul, Freud n'ayant pas théorisé *le* désir d'enfant mais l'une de ses variantes, car son œuvre indique d'autres voies pour comprendre l'origine

du désir d'enfant (André 2009). La période précœdipienne, quand la mère, grâce aux soins prodigués à l'enfant, acquiert une position de première séductrice et du tout premier amour, est primordiale et des traces de ce premier lien se retrouveront dans le désir d'enfant (faire un enfant à sa mère, en avoir un d'elle). Mentionnons également, au niveau pré-œdipien, la forme anale, représentation plus primitive dans laquelle l'enfant représenterait un objet anal, possession de la mère.

Le désir d'enfant s'inscrit donc dans l'inceste mais également sur le registre précœdipien. C'est à ce versant, maternel, que je m'intéresserai dans le cadre de cet essai et à ce qui s'exprime de lui à travers le discours de femmes infertiles. J'exclus donc le père de cette phase pour me concentrer sur la relation première de la fille à sa mère, tout en n'oubliant pas qu'une figure paternelle existe évidemment toujours, quelle que soit la place accordée par la mère.

1. DÉVELOPPEMENT DU FÉMININ

Du continent noir au lien mère-fille

Dans une perspective psychanalytique classique, le désir féminin et tout ce qui a trait à la sexualité de la femme s'inscrit dans un système où le référent unique est le phallus : la femme est sous le joug de l'envie du pénis manquant. En effet, dès 1905, dans les *Trois essais sur la sexualité*, Freud élabore une théorie sur le développement psychosexuel de l'individu en posant l'évolution de la fille comme symétrique à celle du garçon et basée sur l'envie de pénis et le renoncement au clitoris.

Mais Freud admittra plus tard l'importance du lien précœdipien dans l'évolution psychique de la fille : en 1931 dans *Sur la sexualité féminine* et en 1932 dans *Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, il reformule sa position : « c'est leur mère qu'elles ont d'abord aimée et non leur père, tout est à revoir », « c'est la phase du tendre attachement pré-œdipien qui est décisive pour la femme » (1931) et « on ne peut comprendre la femme si on ne [la] prend pas en considération » (1932). L'équivalence de l'Œdipe entre garçons et filles est mise en question par la reconnaissance du fort attachement de la fille à sa mère, et la compréhension du développement de la femme prend dès lors une autre

tournure en effaçant le primat du phallus pour les deux sexes. Freud aura ouvert des voies pour l'exploration du féminin en admettant l'importance de cette période d'avant l'Œdipe, « préhistorique », mais il ne développera pas beaucoup plus son approche et continuera de se centrer sur le développement du garçon.

Le parcours de la petite fille est donc envisagé à partir d'un point beaucoup plus précoce de son développement que le moment œdipien, puisqu'il s'agit de son premier objet d'amour, sa mère. On interprète alors différemment le sens du manque de même que le choix d'objet ultérieur. Deux phases peuvent être identifiées : l'œdipe positif et l'œdipe négatif. Le premier représente le moment où la fille se tourne vers le père, poussée par l'envie du pénis, le second correspond au travail de détachement, d'abandon, de trahison envers l'objet premier d'amour. Avant d'en arriver au désir pour l'homme, la fille doit renoncer à l'amour qu'elle éprouve pour sa mère : situation conflictuelle qui n'est jamais complètement dépassée et qui, imprégnant le lien entre mère et fille, marquera le devenir psychique de la petite fille, en entretenant une nostalgie perpétuelle envers la mère.

Freud et le désir d'enfant

Le désir d'enfant chez Freud est un désir « terminal », qui « vient conclure un enchaînement symbolique dont l'envie de pénis est le point de départ », écrit André (in André et Chabert 2009). L'enfant est à peine une représentation inconsciente, ajoute cet auteur, il est plutôt en effet la réalisation du processus de symbolisation, l'accomplissement du désir incestueux œdipien – recevoir un enfant du père – et guérison de la blessure narcissique.

Moral (2005) rappelle que le désir de la fille n'est pas soumis à un interdit dont la transgression mènerait à une castration

phallique : la fille n'ayant pas de pénis, elle ne risque pas de le perdre. Il explique que la castration est ici comprise à un niveau archaïque, c'est-à-dire que la transgression serait « punie par la perte de l'amour du premier objet, la mère, et perdre cet amour, c'est se perdre ». Freud pose la question suivante : « Le complexe d'Œdipe de la petite fille recèle un problème de plus que celui du garçon. Au début, la mère était, pour l'un comme pour l'autre, le premier objet et nous n'avons pas à nous étonner du fait que le garçon le conserve pour son complexe d'Œdipe. Mais qu'est-ce qui amène la petite fille à y renoncer, et à prendre pour cela le père comme objet ? » (1931). La séparation d'avec la mère se fait très tôt lorsque la fille change d'objet, changement qui s'opère sur la base d'un reproche concernant l'absence de pénis ou la non-transmission du phallus, note Moral. Cet auteur ajoute que les interdits structurants permettront ensuite l'émergence du désir pour l'objet de sexe opposé ainsi que du désir d'avoir un enfant.

L'éloignement entre la mère et la fille se fait au niveau du complexe de castration, et l'hostilité s'installe en toile de fond : aux yeux de la petite fille, sa mère est responsable de son manque de pénis – elle vit sa castration comme un malheur individuel. Dans un second temps, la privation de la mère, sa castration, lui permettra de faire entrer le manque dans le symbolique de la loi (Léon-Lopez 2008). L'amour de la fille s'adressait à la mère phallique, et lorsqu'elle découvre que cette dernière est castrée, elle accède à la possibilité de s'en séparer en tant qu'objet d'amour, le ressentiment s'installe alors.

Selon Moral (2005), de nombreux courants de pensée expliquent le changement d'objet chez la fille par le désir d'enfant, désir qui revêtirait alors une valeur de restauration narcissique/phallique, mouvement facilité par « le silence sur le vagin et sur la jouis-