

Couple et filiation impossible

Les causes complexes et multiples de l'infertilité

Lorsqu'un couple connaît des problèmes d'infertilité, cela peut porter atteinte à l'estime de soi des partenaires. Pour Adriana Bouchat, psychothérapeute FSP, la psychothérapie de couple permet de les aider à comprendre les implications inconscientes de leur désir d'enfant. La psychologue aborde les diverses et multiples causes de l'infertilité.

«Fais-moi avoir aussi des enfants, ou je meurs !» lit-on dans la Bible. Rachel, désespérée par sa stérilité, implore son mari Jacob de lui faire un enfant. Jacob s'emporte: «Est-ce que je tiens la place de Dieu, qui t'a refusé la maternité ?» (Gn 30, 1-2). Mais Dieu est magnanime et Rachel pourra bientôt concevoir et enfanter un fils, Joseph, qui jouera un rôle important pour le peuple hébreu. Depuis la nuit des temps, des couples ont rencontré des difficultés à procréer

et ont cherché un remède auprès de puissances surnaturelles ou en se vouant au culte de différentes divinités de la fécondité. Dans l'Antiquité, ne pas avoir de descendance était en effet considéré comme une malédiction. Le plus souvent, la cause de la stérilité était attribuée à la femme. On n'envisageait même pas que l'homme puisse en être responsable. C'était même une raison pour répudier une épouse. Et ce n'est qu'au début du 20^e siècle que des hypothèses concernant l'infertilité masculine ont été formulées. Il faut relever que, chez l'espèce humaine, la fertilité

naturelle n'est pas assurée à 100% et que les chances d'obtenir une grossesse ne sont que de 25% à chaque cycle d'ovulation.

Le couple et l'infertilité

De nos jours, on n'invoque plus la clémence des dieux pour augmenter les chances de procréer, mais on s'adresse à la médecine. Dans certains cas, l'infertilité n'est plus une fatalité. Les premiers traitements hormonaux sont apparus dans les années cinquante et Louise Brown, premier bébé conçu hors du corps de sa mère, se porte bien et fêtera cet été ses 28 ans. Actuellement, on estime que, dans les pays développés, le pourcentage des couples en âge de procréer qui rencontrent des difficultés à avoir un enfant varie autour des 10%. La moitié de ces couples arrivera, toutefois, à surmonter son infertilité.

On définit l'infertilité comme l'impossibilité de débiter une grossesse après une année (six mois si la femme a plus que 35 ans) de relations sexuelles régulières avec le même partenaire sans moyen de contraception. On parle de stérilité lorsqu'il y a une incapacité définitive à enfanter. Environ 5% des couples en âge de procréer se trouveraient dans cette situation. Ils devront renoncer à tout jamais à concevoir un enfant biologique. Certains auteurs se montrent toutefois plus optimistes. Le rôle de chaque partenaire dans ces difficultés n'est pas aisé à définir, car les causes de l'infertilité sont complexes et souvent multiples. Les auteurs, toutefois, semblent s'accorder sur le fait que, dans environ un tiers des cas, l'infertilité est attribuable à la femme, dans un autre tiers à l'homme et dans le dernier tiers à des anomalies physiques présentes chez les deux membres du couple. Dans environ 5 à 10% des cas, l'infertilité reste inexplicite sur le plan médical et elle est alors imputée soit à des raisons psychologiques inconscientes, soit à des problèmes de nature biologique encore inconnus en dépit d'investigations poussées auprès des deux partenaires. Les causes physiques de l'infertilité

chez la femme sont variées et souvent plurifactorielles: elles peuvent concerner des troubles de l'ovulation, des défauts de la glaire cervicale ou de la muqueuse utérine, des problèmes au niveau des trompes ou d'autres anomalies. Chez l'homme, les problèmes se situent au niveau des spermatozoïdes, de leur quantité et de leur mobilité, voire de leur carence dans le liquide séminal.

Le nombre de cas d'infertilité est en constante augmentation suite à différents facteurs. La fertilité baisse avec l'âge et les couples sont de plus en plus âgés lorsqu'ils souhaitent avoir leur premier enfant.

L'épreuve de l'infertilité

La prise de conscience de l'infertilité représente un choc. La plupart des couples ne s'y attendaient pas et ne s'avisent de leurs difficultés à procréer qu'à partir du moment où ils arrêtent la contraception. En général, ils imaginent que le renoncement aux méthodes contraceptives devrait automatiquement donner lieu à une grossesse. Cela ébranle des convictions profondes. Le contrôle des naissances a alimenté le mythe de la maîtrise de la procréation, voire de la maîtrise en tant que telle qui fait tellement partie de notre culture. Comme si le fait de pouvoir prévenir une conception impliquait nécessairement aussi la capacité de concevoir. L'atteinte narcissique est de taille et concerne la société entière et pas seulement les individus qui y sont confrontés.

A l'annonce du diagnostic, les femmes ont souvent tendance à s'attribuer la responsabilité de l'infertilité, même si celle-ci est constatée chez leur partenaire. Les stratégies d'adaptation varient selon les individus et les couples, en fonction de la résonance de l'infertilité avec l'histoire personnelle. Le couple est mis à rude épreuve malgré le fait que ce soit la femme qui est principalement la cible du traitement médical contre l'infertilité, et cela quelle qu'en soit l'étiologie. C'est aussi elle qui est en premier lieu confrontée à la survenue ou à l'absence d'une grossesse, à la

Bibliographie

- Bydlowski, M. (1980). Désirer un enfant ou enfanter un désir. In F. Charvet (Ed.), *Désir d'enfant – Refus d'enfant*. Paris: Stock Pernoud.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: PUF.
- Flis-Trèves, M. (1998). *Elles veulent un enfant*. Paris: Albin Michel.
- Pasch, L., & Christensen, A. (2000). Couples facing fertility problems. In K. Schmaling (Ed.), *The psychology of couples and illness*. American Psychological Association.

déception face à chaque cycle qui se solde par un échec. Le travail de deuil est difficile car l'espoir renaît à chaque tentative de conception. Le niveau de détresse augmente exponentiellement en fonction du nombre d'essais infructueux.

Des sentiments de colère, de frustration, d'impuissance, de honte, d'anxiété sont mis en avant. Si les femmes peuvent les exprimer parfois haut et fort, les hommes se réfugient le plus souvent dans le retrait, l'évitement, la fuite, voire même le déni. Il ne faut pas oublier qu'il est socialement moins admis qu'un homme exprime de la détresse. Le degré de concordance entre les manifestations émotionnelles des deux partenaires est un indicateur du rapprochement du couple et de sa capacité à affronter ensemble la situation. Certains couples sortiront plus unis de cette épreuve. D'autres, qui auront vécu l'infertilité et les traitements pour y pallier d'une manière totalement divergente, risqueront de se distancier l'un de l'autre et de se réfugier dans l'incompréhension mutuelle.

Les traitements contre l'infertilité représentent un stress non négligeable. La médicalisation d'un acte qui, dans l'idéal, devrait être naturel comporte un vécu à connotation persécutoire. L'intervention médicale peut être perçue comme une effraction dans l'intimité du couple. Le médecin peut être considéré de différentes manières: soit comme le représentant idéalisé d'une puissance tutélaire qui aurait le pouvoir d'accorder la grossesse comme une faveur, soit comme un *deus ex machina*, froid et distant, qui arbitrairement la refuserait en guise de punition pour des fautes inavouées et inavouables. Le rôle

surmoïque du médecin peut être renforcé par la prescription d'avoir des rapports sexuels au moment de l'ovulation. Le plaisir est ainsi escamoté au profit de la finalité reproductive. Certaines mesures de soins rendues nécessaires, comme l'injection d'hormones pour stimuler l'ovulation, pratiquée parfois par l'homme sur sa partenaire, à sa demande, influencent la dynamique du couple. Ces gestes peuvent représenter un moment de partage des responsabilités du traitement, mais aussi être interprétés comme une agression mutuelle. Le recours à la procréation médicalement assistée est éprouvant et comporte une connotation sado-masochique vite refoulée si le traitement est couronné de succès, mais qui persistera en cas d'insuccès.

Les conséquences de l'infertilité sur la vie sexuelle du couple sont souvent désastreuses à moyen terme. Face à ce constat, des couples peuvent décider de s'accorder une pause dans le traitement et consulter un psychothérapeute.

La demande d'aide est souvent confuse. Parfois, c'est la femme seule qui consulte pour une anhédonie sexuelle. Ce manque de désir n'est que le symptôme manifeste d'un sentiment dépressif diffus. Se précipiter pour traiter ce symptôme ne serait d'aucune utilité. Il convient, toutefois, d'en tenir compte, d'accueillir la souffrance exprimée à travers le corps meurtri, épuisé par les interventions médicales et les grossesses inabouties. Il s'agit d'aider ces femmes et leurs partenaires à se reconstruire sur le plan narcissique. Il est nécessaire aussi d'interroger le désir d'enfant et de comprendre les implications inconscientes de l'impossibilité de procréer.

Les vraies infertilités psychogènes sont rares. Il serait fallacieux de prétendre qu'il suffirait de résoudre un conflit inconscient autour de la parentalité ou de mettre à jour un conflit larvé de couple pour surmonter une stérilité pour laquelle aucune explication physiologique n'existerait. Il est vrai que des grossesses inespérées, voire difficiles à obtenir, ont été favorisées, sans aide médicale, lors de psychothérapies individuelles ou de couple ou après que des couples hypofertiles aient adopté un enfant. Mais ce sont des exceptions. D'ailleurs, les doutes et l'ambivalence ressentis par les couples infertiles sont aussi souvent partagés par ceux qui n'ont aucun problème à procréer. Ceci dit, peu importe l'étiologie de la difficulté à procréer, peu importe qu'elle soit organique ou psychologique. Quel est son impact sur le vécu de chacun, quel est le sens que chaque membre du couple donne à cette impossibilité d'avoir des enfants biologiques ?

L'énigme du désir d'enfant

Derrière tout désir d'enfant, il faut différencier la part consciente de ce désir (la volonté) de la part inconsciente (le vrai désir). Ce qui relève de l'inconscient échappe la plupart du temps, reste opaque, voire obscur. Il peut y avoir ambivalence ou même antinomie entre ce qui est souhaité consciemment et le désir profond. Sur le plan symbolique, accéder à la parentalité signifie abandonner l'enfance, prendre la place de ses parents, se mettre à pied d'égalité avec eux, les rendre grands-parents, les faire vieillir, les rapprocher en quelque sorte de la mort et se situer ainsi dans la suite des générations. Cela suppose

L'auteure

Adriana Bouchat, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, exerce en cabinet privé et dirige la Consultation conjugale et de sexologie de la Fondation Profa à Lausanne. Depuis une vingtaine d'années, elle s'intéresse à la relation de couple, à la sexualité et à la parentalité dans une approche psychodynamique. Elle a suivi en psychothérapie de nombreux couples, mais également des personnes seules confrontées au désir inassouvi d'avoir un enfant.

Adresse

Adriana Bouchat, Grand-Chêne 5, 1003 Lausanne
Adriana.Bouchat@psychologie.ch

pour chaque sujet l'acceptation du temps qui passe et de la finitude de toute existence humaine. Cela implique, au niveau plus intime, d'admettre l'inéluctabilité de sa propre mort, car l'enfant grandira et prendra à son tour la place de ses parents. C'est paradoxal, car le désir d'enfant exprime aussi un désir d'immortalité et de triomphe sur les contingences corporelles.

D'autre part, enfanter, transmettre la vie permet d'afficher sa propre sexualité d'une façon socialement admise et de passer outre les interdits parentaux concernant la sexualité infantile. Pour une femme, exhiber sa grossesse revient à montrer qu'elle a eu des relations sexuelles avec un homme, qu'elle est adulte et pleinement femme. De même, pour un homme, avoir de nombreux enfants peut être une confirmation de sa virilité. Mais, pour pouvoir devenir parent, chaque sujet doit être convaincu que ses propres parents l'autorisent à le faire.

Chez la femme, le désir d'enfant (de donner la vie et d'élever un enfant) doit être distingué du désir de grossesse qui n'a qu'une finalité limitée à l'expérience somato-psychique d'être enceinte, de porter un enfant dans son ventre, de vivre une gestation. Toutes les femmes ne partagent pas ce désir. Certaines peuvent être habitées par des angoisses archaïques comme la crainte d'être envahies, dévorées de l'intérieur par le fœtus. Pour elles, l'infertilité assume après coup le sens d'une défense.

Les deux partenaires peuvent aussi simultanément désirer devenir parents et le craindre, par peur d'être déçus par l'enfant réel qui ne sera pas nécessairement conforme à leurs attentes idéalisées concernant l'enfant imaginaire. Le diagnostic d'infertilité les soulage momentanément, car il permet de sortir de ce dilemme. D'autres couples peuvent craindre que l'arrivée d'un enfant remette en question la stabilité de leur relation. D'autres encore souhaitent un enfant pour s'adapter aux normes sociales, pour être comme les autres ou pour répondre aux attentes de leurs familles respectives.

Le travail avec les couples infertiles

Tous les couples confrontés à l'infertilité s'interrogent à propos de leur sexualité qui change de finalité et devient plus difficile à vivre au cours des années. Dans un premier temps, une espèce d'acharnement est mis en œuvre pour obtenir une conception naturelle. Les rapports sexuels ont lieu au moment de l'ovulation au détriment de la spontanéité de la rencontre amoureuse. Lorsque les déceptions se succèdent, cycle après cycle, le désir sexuel diminue. Dans le cas d'un recours à la procréation médicalement assistée, les traitements invasifs donnent à la femme une image réductrice d'elle-même qui tourne autour du corps surmédicalisé, d'une «machine à produire des bébés», comme disait une patiente. La femme ne se sent plus désirable et n'arrive plus à accéder à son propre désir, parce qu'elle se vit comme abîmée et vide. Le vécu d'infertilité suscite des angoisses à propos de l'identité sexuelle en accentuant des troubles éventuels. «Suis-je assez femme ?», «Suis-je assez homme ?» se demandent les couples infertiles. L'impact psychologique d'un tel doute est important. Une collusion défensive contre la sexualité, une sorte de pacte inconscient peut être mis en place par les deux partenaires pour écarter ces interrogations douloureuses du champ de la conscience et anéantir tout désir sexuel qui les remettrait à l'ordre du jour.

Cette «collusion stérile» défensive envahit d'autres aspects de la vie commune et le couple semble sombrer dans un vécu dépressif marqué par l'absence d'objectifs communs, chacun restant enfermé dans sa douleur, indicible et incommunicable. La femme est particulièrement touchée par le «syndrome du berceau vide»: elle semble inconsolable devant cette maternité impossible et peut s'aliéner la compréhension et le soutien du conjoint. Les couples confrontés à l'incapacité d'avoir un enfant biologique vivent donc une crise profonde. Lorsqu'ils consultent un psychologue de couple, ils sont souvent au bord de la rupture.

Il s'agira donc de les accueillir, de les

entendre dans leur désarroi, de recevoir leur plainte, de créer un lien, un cadre pour que le travail psychothérapeutique puisse s'engager.

Le psychologue va questionner l'histoire du couple, en réintroduisant une perspective temporelle et narrative là où le temps semble être suspendu («Nous tournons en rond !», «Nous sommes bloqués !» disent-ils). Il revisite avec le couple le désir qui a été constitutif de leur rencontre amoureuse, en amont du désir d'avoir des enfants. Dans la mesure du possible, il va les aider à «renaître à leur couple» et à envisager de nouveaux projets. Le travail de deuil, souvent figé dans la quête obsessionnelle d'un enfant biologique à tout prix, peut se réamorcer et amener une nouvelle sérénité. Le couple va repenser la place de son désir d'enfant à la lumière de l'expérience personnelle de chacun et de son histoire familiale ainsi qu'en fonction du vécu commun. En faisant la part des choses, il pourra alors décider d'essayer encore une fois d'avoir recours à des techniques de procréation médicalement assistée, ou alors amorcer un processus de renoncement. Parfois, l'idée du recours à d'autres formes d'accès à la parentalité apparaît. Le couple peut considérer une demande d'adoption et s'engager dans ce nouveau chemin.

Sur le plan relationnel, les liens se renforcent et les deux conjoints peuvent redécouvrir une dimension libidinale qu'ils ne s'étaient plus autorisée.

Zusammenfassung

Die wenigsten Paare erwarten, dass sie auf natürlichem Weg keine Kinder zeugen können. Umso grösser ist der Schock, wenn genau dies zutrifft. Nehmen solche Paare eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung in Angriff, so müssen sie auch mit psychischen Belastungen rechnen und nicht selten nehmen Beziehung und Sexualleben Schaden. Darüber schreibt Adriana Bouchat. Sie äussert zudem Gedanken zum Kinderwunsch und berichtet von ihrer psychotherapeutischen Arbeit mit ungewollt kinderlosen Paaren.