

COUPLES EN ESPÉRANCE D'ENFANT

« **D**onne-moi des fils ou je meurs » implore Rachel dans le livre de la Genèse (30,1). La souffrance des couples en espérance d'enfant concerne aujourd'hui un couple sur six. En effet, 18 à 24 % des couples ne parviennent pas à avoir un enfant après 12 mois sans contraception, selon l'Inserm.

Alors que la stérilité désigne l'impossibilité d'avoir un enfant naturellement, l'infertilité est le fait de ne pas avoir mené une grossesse à terme après un an d'essais. C'est à ce moment-là que les couples sont invités à consulter un médecin pour rechercher des causes. Si l'on a plus de 35 ans, on recommande maintenant de ne pas attendre plus de six mois avant de consulter.

Au-delà des causes potentielles d'infertilité (troubles de l'ovulation, endométriose chez la femme ou sperme non fécondant chez l'homme par exemple) et du facteur de l'âge au moment du souhait de démarrer une grossesse – l'âge moyen de la femme au moment du premier enfant est de 30 ans en 2014 contre 26 ans en 1975, et l'âge de l'homme joue aussi –, c'est la souffrance des couples qui est centrale. Doute, colère, sentiment d'infériorité, repli sur soi, culpabilité, mise à l'épreuve du couple... Le désir viscéral d'enfant est aussi fort que la déception mensuelle de ne pas voir de grossesse arriver peut être vive.

Un élément clé et plus rarement évoqué concerne les réactions de l'entourage face à cette situation délicate. Parfois le soutien est réel, comme pour Aurélie et Nicolas, en espérance d'enfant depuis 8 ans : « Nous avons mesuré combien la prière de notre famille, de nos proches, et parfois même de personnes que nous ne connaissons pas, nous porte au quotidien et nous aide à avancer. Nous sommes toujours particulièrement touchés d'apprendre que notre intention est portée par d'autres. »

Mais d'autres couples ont pu être blessés par des maladresses involontaires de leurs proches, tout particulièrement pour les couples confrontés à l'infertilité secondaire – qui survient après avoir eu un ou plusieurs enfants : « Il se passe rarement un mois sans qu'on nous demande si on est finalement déci-



*en même temps on s'interdisait de se plaindre
... on était jeunes et amoureux...
on avait eu cette chance inouïe de
trouver chacun notre âme sœur...*

dés pour en avoir un deuxième, ou quand est-ce qu'on le fait, que notre fils serait heureux d'avoir une petite sœur... » raconte Charlotte, mariée à Henri et mère de Tugdual (5 ans). Marie, qui a fait trois fausses couches après la naissance de sa fille Raphaëlle (4 ans), raconte une incompréhension face à l'infertilité secondaire : « Les gens ne comprennent pas pourquoi « Ça a marché une fois, ça ne marche plus », on entend parfois « qu'on doit mal s'y prendre », « que c'est psychologique, dans la tête, qu'en fait vous ne voulez pas vraiment d'autres enfants ». Le regard des gens est également suspicieux : « Tu sais, il faut arrêter la pilule plusieurs mois avant d'avoir un autre enfant » (je ne l'ai jamais prise), « C'est pour ta carrière que tu ne veux pas d'autres enfants ? » On nous renvoie l'image d'un couple égoïste. Le milieu catho peut être, paradoxalement assez rejetant pour les couples qui sont dans notre cas. Notre souffrance n'est pas toujours entendue, on nous répond souvent de nous émerveiller de l'enfant que l'on a déjà. »

Pour l'entourage qui ne connaît pas forcément la réalité de la situation du couple, et même quand c'est le cas, il est difficile de trouver la bonne posture. Dans *Une grossesse tant désirée* (Pierre Téqui éditeur), la philosophe Marie Cabaud-Meaney, qui a eu une petite fille neuf ans après son mariage et est éga-

- ces amis qui nous ont demandé d'être les parrain/marraine de leur fils...



lement confrontée à l'infertilité secondaire, donne des conseils à l'entourage concernant les pièges à éviter.

Tout d'abord, ne pas donner de conseils. Si la personne en parle, une simple écoute pleine de compassion suffit, ou avec un mot : « Je suis profondément désolé que tu souffres autant. » Mais si le couple n'en parle pas, il a de bonnes raisons, donc mieux vaut ne pas aborder le sujet et encore moins se montrer curieux.

S'il y a une grossesse à annoncer, mieux vaut ne pas attendre le dernier moment pour ne pas que le couple se sente exclu. Marie Cabaud-Meaney conseille de préférer un courriel plutôt qu'un coup de téléphone ou un face-à-face, permettant au couple de prendre le temps de passer par ce nouveau deuil de son infertilité, avant de pouvoir se réjouir. D'autres couples préféreront apprendre la nouvelle de vive voix, sentant qu'on prend en compte leur souffrance. Concernant les invitations aux baptêmes, il faut y intégrer le couple, mais aussi accepter une réponse négative dans le cas où le couple ne se sent pas le courage d'y assister, selon Marie Cabaud-Meaney. Évidemment, mieux vaut aussi éviter de se plaindre de son bébé qui ne fait pas ses nuits, car le couple donnerait beaucoup pour connaître cette fatigue-là !

Du côté du couple confronté à l'infertilité, les écueils sont également tentants, comme celui de garder rancune pour des paroles maladroitement. Marie Cabaud-Meaney cite une prière de Mère Teresa qui l'a éclairée : « Les gens sont souvent déraisonnables, illogiques et centrés sur eux-mêmes : pardonne-leur quand même... » Et ce d'autant que ces personnes peuvent aussi porter des blessures intérieures qui

réapparaissent à ce moment. Envier les autres - ces femmes qui deviennent enceintes en un éternuement - est naturel mais doit ensuite être accepté et offert à Dieu. Une autre tendance qu'il faut éviter, selon Marie Cabaud-Meaney, serait celle de fuir, d'éviter la souffrance à tout prix, de ne pas faire le deuil d'une fécondité biologique. C'est seulement en pleurant son infertilité qu'on pourra être consolé par le Christ. À l'inverse, s'apitoyer sans fin sur son sort ou même chercher des raisons à cette épreuve empêcheraient d'accepter peu à peu sa souffrance et de poser des actes de confiance en Dieu.

Cette croix peut devenir un chemin personnel de sainteté, comme le dit saint Jean-Paul II dans *Salvifici Doloris* : « À travers les siècles et les générations humaines, on a constaté que dans la souffrance se cache une force particulière qui rapproche intérieurement l'homme du Christ, une grâce spéciale. »

La dernière - et très forte - tentation du couple confronté à l'infertilité est la division. D'une part parce que les unions conjugales peuvent être soumises à une logique uniquement procréative et perdre leur dimension de communion spirituelle. D'autre part, l'homme et la femme souffrent différemment, notamment parce que la femme est appelée à vivre la maternité dans son corps en portant l'enfant, ce qui n'est pas le cas de l'homme. Chacun peut se replier, au lieu d'encourager l'autre à extérioriser sa douleur. C'est pourquoi il est important que les rendez-vous médicaux se fassent ensemble, car c'est une infertilité commune - « *Et tous deux deviendront une seule chair* » (Mt 19, 5) - et non celle de l'un ou de l'autre. Montrer à l'autre sa valeur et rire ensemble des difficultés permet aussi d'avancer.

L'expérience de l'infertilité peut donc aussi rapprocher les époux : « *Le positif de cette situation est que nous avons vraiment appris à communiquer avec mon mari, et non plus à juste se parler*, raconte Charlotte. *Un peu de manière forcée certes, mais pour tenir bon, il faut pouvoir vraiment se dire les choses, se soutenir alternativement... Nous nous rendons maintenant compte d'un énième décalage avec les couples de notre génération : c'est que nous communiquons de manière beaucoup plus fine et ciblée, et souvent vraie. »*

L'épreuve de l'infertilité a également soudé Aurélie et Nicolas : « *Bien sûr, cette attente nous fait souffrir, mais nous rions aussi franchement de certaines situations, de certaines remarques. Cette épreuve nous a transformés, elle nous façonne au fil des mois, nous fait grandir malgré tout. Nous ne sommes pas les mêmes que si nous avions eu des enfants rapidement, nous ne sommes plus les mêmes qu'après quelques années d'attente. Avant tout nous sommes profondément heureux et nous avons beaucoup de chance !* »

Solange Pinilla

QUELQUES RÉPONSES À L'INFERTILITÉ

La PMA, une fausse bonne réponse

QU'EST-CE QUE LA PMA ? La procréation médicalement assistée (PMA) ou assistance médicale à la procréation (AMP) s'adresse aux couples infertiles ou stériles, ou lorsqu'un des membres du couple a une pathologie grave transmissible à l'enfant.

Il existe trois techniques de PMA actuellement légales en France. D'abord, l'insémination artificielle, avec le sperme du conjoint ou d'un donneur anonyme ; la femme suit préalablement un traitement hormonal pour mûrir un à deux follicules susceptibles d'être fécondés. La deuxième technique, plus invasive, est la fécondation in vitro (FIV) : les spermatozoïdes sont déposés au contact des ovocytes qui ont été prélevés, puis l'embryon - il peut y en avoir deux ou trois - est transféré dans l'utérus. La majorité des FIV se fait maintenant avec micro-injection (ICSI), c'est-à-dire injection directe du spermatozoïde dans l'ovocyte.

cuves d'azote liquide des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain (Cecos). « 17%, soit quelque 30 000 embryons, ne font plus l'objet d'un projet parental » soulignait Dominique Royère, de l'Agence de la biomédecine lors d'une commission à l'Assemblée en 2013. Par ailleurs, près de 10% des embryons ne résistent pas à la décongélation. Enfin, on propose également aujourd'hui l'« accueil d'embryon » : l'embryon de donneurs anonymes, issu d'une fécondation in vitro, est transféré dans l'utérus.

Les actes d'AMP sont pris en charge à 100% par la Sécurité sociale, jusqu'aux 43 ans de la femme, pour maximum 6 inséminations artificielles et 4 FIV.

Depuis la naissance en 1982 d'Amandine, premier enfant né d'une fécondation in vitro, plus de 200 000 enfants sont nés par FIV en France. Concernant le taux d'efficacité, pour ce qui est de la fécondation in vitro, les derniers chiffres sur la période 2007-2014 sont les suivants : sur les 130 000 femmes ayant réalisé une première ponction d'ovocytes à partir de 2010, 60% d'entre elles ont accouché dans les cinq ans, avec de fortes disparités liées à l'âge, selon l'Agence de la biomédecine.

LES RISQUES MÉDICAUX ET HUMAINS DE LA PMA

Outre le taux important d'embryons conçus lors d'une FIV qui ne verront jamais le jour, il peut y avoir des effets secondaires et des complications pour la femme. Outre le syndrome d'hyperstimulation ovarienne, qui reste rare, le risque de fausse couche et de prématurité est deux fois plus important en cas de PMA, selon une étude publiée par la revue scientifique *Plos One* en 2014.

Comme en France on transfère souvent deux voire trois embryons pour augmenter les chances de survie d'au moins un bébé, les grossesses étaient gémellaires pour 19 % d'entre elles en cas de FIV en

2010, selon l'Agence de la biomédecine, ce qui implique les risques de toute grossesse de jumeaux - retard de croissance et prématurité notamment. Dans les cas, rares en France, de grossesses de triplés, on propose souvent la « réduction embryonnaire », c'est-à-dire l'avortement d'un des bébés, ce qui pose de graves questions éthiques, sans compter l'épreuve pour les parents. En 2015, l'Agence de la biomédecine a reçu un total de 491 déclarations de vigilance sanitaire dite « AMP vigilance », avec 366 effets indésirables et 125 incidents.

Par ailleurs, une récente étude de l'université de Bruxelles a montré que les hommes conçus par micro-injection (ICSI) sont trois fois plus susceptibles d'avoir une concentration de spermatozoïdes inférieure au niveau considéré comme normal par l'Organisation mondiale de la santé : l'étude souligne que le problème d'infertilité est renvoyé à la génération suivante.

Concernant les enfants issus de dons de gamètes, ils traversent souvent une crise d'identité, comme en témoigne l'association Procréation Médicalement Anonyme, qui rassemble des adultes issus de la première génération d'enfants issus d'un don de gamètes anonyme, et qui milite pour l'accès aux origines.

Enfin la PMA n'est pas sans risque pour le couple. Alors que l'infertilité est déjà douloureuse, les parcours PMA sont « extrêmement éprouvants, physiquement et psychologiquement », racontent Violaine et Matthieu, pour qui le choix de la PMA n'a pas été concluant. Bien qu'ayant eu une équipe médicale bienveillante, Violaine dit que « c'est toujours une souffrance de devoir faire appel à la médecine pour aider à concevoir un enfant, personne ne rêve de devoir pousser les portes d'un hôpital pour cela ». « Mon intimité est constamment livrée à une équipe médicale, j'ai l'impression de faire l'enfant non plus avec mon mari mais avec le gynéco » témoignait aussi une femme dans un article du magazine *Marie-Claire*. ➤ S.P.

En 2012, près de 24 000 enfants sont nés suite à une PMA, soit 2,4% des naissances, ou une sur 35.

« Quand le nombre d'embryons obtenus est supérieur au nombre d'embryons transférés, les embryons surnuméraires peuvent être congelés en vue d'un transfert ultérieur » affirme l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Le couple peut également décider d'en faire don à la recherche, à un autre couple ou de les détruire. En 2010, 171 000 embryons humains étaient stockés dans des

Père Brice de Malherbe :
« PMA : voulons-nous transgresser les limites pour répondre à la souffrance ? »

Prêtre du diocèse de Paris et docteur en théologie, le Père Brice de Malherbe est professeur à la Faculté Notre-Dame et co-directeur du département de recherche éthique biomédicale au Collège des Bernardins. Entretien.

> « Les valeurs fondamentales relatives aux techniques de procréation artificielle humaine sont au nombre de deux : la vie de l'être humain appelé à l'existence, et l'originalité de sa transmission dans le mariage » disait la Congrégation pour la doctrine de foi dans *Donum vitae* en 1987. Concernant ce deuxième critère, pourquoi est-il si important de ne pas séparer union sexuelle et procréation ?

La question est celle de la relation juste entre les adultes et les enfants, afin que chacun soit respecté dans sa personne. La PMA génère un double déséquilibre. Du côté des adultes, on hypertrophie la dimension de leur esprit et de leur désir d'enfant, et on néglige la dimension de leur corps et le fait que la relation charnelle est contournée avec la PMA. Du côté des enfants que l'on désire, on ne considère que leur réalité corporelle, vue comme d'abord des « cellules embryon-

naires ». On refuse au corps embryonnaire sa dimension spirituelle.

> Pourquoi la présence des embryons dits « surnuméraires » pose-t-elle problème au regard du respect de la vie humaine ?

Avec les embryons dits surnuméraires, on est passé d'une logique de procréation à une logique de production. L'enfant dans son stade embryonnaire est un objet que l'on fabrique, le fruit d'une sélection, que l'on peut stocker et congeler. Le terme de « surnombre » est d'ailleurs inadéquat : on a tout fait pour provoquer des conceptions multiples, puis certains embryons sont déclarés « de trop ». On sait qu'il y aurait une perte importante de toute façon – 20 à 25 % de réussite de grossesse par FIV - et l'on fait courir à l'embryon des risques disproportionnés.

> Que dit l'Église à propos du don de gamètes ?

Le don de gamètes suppose que l'on prévoit la naissance d'un enfant qui ne serait pas le produit de la rencontre physique et spirituelle de ses parents. Cela blesse donc l'unité du mariage.

> Si un couple a des embryons congelés, quelle est la solution la moins grave pour ne pas laisser ces embryons dans cette situation ?

Il n'y a pas de solution satisfaisante. Les embryons congelés sont dans une situation absurde qui se prolonge. Le fait de « laisser mourir » ces embryons en les décongelant me semblerait moins mauvaise,

moins complexe que de leur faire subir le parcours du combattant de la FIV, avec les risques de mort que cela implique lors de l'implantation ou de la gestation.

Dans l'union conjugale, l'homme et la femme sont coopérateurs du Créateur. Saint Jean-Paul II dit dans sa *Lettre aux familles*, que « dans la biologie de la génération est inscrite la généalogie de la personne » : donc quand on touche à la biologie de la génération, cela a un impact important sur l'histoire de la personne, corporelle et spirituelle.

> Quelles réponses l'Église apporte-t-elle à la souffrance des couples infertiles ?

Les réponses sont spirituelles et humaines. L'absence d'enfant fait partie des plus grandes souffrances. Mais est-ce que nous voulons transgresser les limites pour répondre à la souffrance ? Ou est-ce que nous voulons les accepter avec l'humilité du Christ pour vivre un plus grand amour ? L'Église propose un accompagnement spirituel (*lire page suivante*) pour vivre cela dans une autre manière de se donner. Pour ce qui est la réponse humaine, nous sommes invités à assumer notre humanité, à accepter nos limites, à accepter de renoncer à des réponses efficaces qui seraient au détriment de nos relations humaines. Nos choix individuels ont des conséquences sur la société entière et peuvent la faire régresser ou au contraire grandir en humanité. ➔
Propos recueillis par S.P.

QUELQUES RÉPONSES À L'INFERTILITÉ (SUITE)

✿ LA NAPROTECHNOLOGIE

Le terme NaProTechnologie (Natural Procreative Technology) a été créé par un gynécologue-obstétricien américain, le Dr Hilgers, au début des années 1990. La NaProTechnologie se définit comme une « médecine restauratrice de fertilité naturelle », le mot naturel se référant à la conception dans une union conjugale. La « NaPro » permet de repérer des anomalies dans les tableaux de cycles des femmes, pouvant être causes de difficultés à concevoir, et à trouver les traitements adaptés. La fertilité de l'homme peut également être évaluée et traitée

si besoin. Les premières consultations ont été rendues possibles en France en 2010 et l'on compte environ 45 instructrices francophones, en France et dans le monde.

Concrètement, lors d'un premier rendez-vous, le couple raconte son parcours et l'instructrice présente le modèle Creighton, qui permet de remplir un tableau de fertilité avec le système Fertility Care (également créé par le Dr Hilgers). Glaires et saignements sont observés et notés de façon standardisée et codifiée. On peut parfois d'ores et déjà repérer des anomalies : absence de glaire ou période postovulatoire trop courte par exemple. « *Un couple est venu me voir après avoir fait des bilans dans un service d'AMP*, raconte Juliette Chové, sage-femme et

instructrice en NaProTechnologie dans son livre « *Soyez féconds et multipliez-vous* ». *Couples infertiles : des raisons d'espérer à Sainte-Anne-d'Auray* (Pierre Téqui éditeur). *La conclusion du gynécologue était la suivante : infertilité inexplicée. Comme instructrice, je pouvais déjà dire à ce couple que faute de glaire, leur infertilité n'était pas si inexplicée que cela.* » Les couples peuvent aussi être orientés vers un médecin formé à la NaProTechnologie. Le diagnostic peut être confirmé par des examens sanguins et des échographies réalisés à des moments précis en fonction de chaque cycle.

« *Une fois le diagnostic posé, la phase thérapeutique commence, de manière à ce que la femme ait une bonne glaire, des règles normalisées, une ovulation de qualité, et que l'homme puisse avoir un spermogramme satisfaisant* » explique Juliette Chové. Les époux restent acteurs et ce sont eux qui décident d'avoir une union tel ou tel jour de fertilité. Le recueil du sperme en vue d'un spermogramme peut se faire lors d'une union conjugale. Des traitements hormonaux sur mesure permettent de soutenir l'ovulation et la phase postovulatoire. La chirurgie est parfois nécessaire, lorsque l'endométriase ou des adhérences rendent difficile une conception. Lorsqu'une grossesse s'annonce, le couple peut bénéficier d'une prise en charge pour éviter les fausses couches.

Malgré de nombreuses grossesses permises par la NaProTechnologie, celle-ci ne garantit pas forcément l'arrivée d'un enfant, comme le racontent Aurélie et Nicolas : « *Nous sommes suivis en NaProTechnologie depuis un peu plus de 2 ans à plus de 400 km de chez nous et malgré de nouveaux examens les résultats sont toujours les mêmes : « Vous devriez être enceinte », « J'ai vu des grossesses avec des taux bien moins bons », « Nous ne savons pas où est le problème. »* »

✿ LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Outre une bonne hygiène de vie, « *une aide peut être apportée par l'acupuncture, l'auriculothérapie, l'homéopathie, l'ostéopathie, qui peuvent agir sur le terrain, l'anxiété, le stress, aider au sevrage tabagique et à une régulation du cycle hormonal ou à une stimulation de la spermatogenèse* » souligne Juliette Chové, ajoutant qu'il est important d'avoir recours à un praticien diplômé sérieux, éventuellement spécialisé dans les troubles de la fertilité.

✿ L'ADOPTION

Fréquemment présentée comme la solution quand « rien d'autre n'a marché », l'adoption n'est pourtant pas à envisager pour tous les couples. Il s'agit souvent aussi d'un parcours du combattant, comprenant de nombreuses enquêtes psychologiques et sociales afin d'obtenir un agrément, et de l'attente d'un enfant généralement pendant plusieurs années. Pour autant, adopter un enfant peut être aussi un beau chemin de fécondité.

✿ L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Des traumatismes ou d'autres événements peuvent parfois faire en sorte que de manière inconsciente, la

femme ne « s'autorise » pas à être enceinte. D'où le fameux exemple du couple qui reçoit un agrément pour adopter puis débute naturellement une grossesse, ayant reçu d'une certaine façon l'autorisation extérieure. Mieux vaut néanmoins éviter de parler à la femme de « blocages » ou d'inciter au « lâcher-prise », ce qui est culpabilisant pour la femme et son mari et laisse entendre que leur infertilité est de leur faute. Dans tous les cas, un accompagnement psychologique ou psychothérapeutique, ou encore l'aide d'un conseiller conjugal, peut aider à éviter la dépression ou simplement à être écouté dans son histoire.

✿ L'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL

Juliette Chové propose un chemin intéressant pour les couples en espérance d'enfant, s'inspirant des personnes consacrées afin de découvrir elles aussi leur fécondité spirituelle. Il s'agit de vivre les vertus de pauvreté, de chasteté et d'obéissance dans le mariage. Il ne s'agit pas de mener une vie monastique, mais de vivre en couple une fécondité spirituelle.

La pauvreté est simplement celle de ne pas avoir d'enfant, et de transformer cette absence en un don pour leur prochain, à l'image de Raoul et Madeleine Follereau, consacrés aux lépreux, ou encore du roi Baudouin et de la reine Fabiola de Belgique. La chasteté – qui n'est pas la continence mais le don de soi bien compris – donne l'occasion de purifier son désir d'enfant et de ne pas se replier sur soi. Enfin l'obéissance va s'exercer par exemple dans le fait de ne pas recourir à la PMA, dans le respect du dessein de Dieu exprimé par l'Église ; l'infertilité est un temps de croissance de la foi et de confiance en Dieu. Les couples infertiles sont aussi témoins pour toute la société de ce que l'enfant est un don et non un dû. ➔ **S.P.**

PROCHAINES PROPOSITIONS DE L'ÉGLISE POUR LES COUPLES EN ESPÉRANCE D'ENFANT

7 décembre 2016 ♦ Soirée « Couples en espérance d'enfant, en parler ensemble », comme chaque mois à la Maison des Familles du 92 (Boulogne-Billancourt). La Maison des Familles de Lyon propose également des soirées sur ce thème.

6 janvier 2017 ♦ Soirée de partage pour les « couples en espérance d'un deuxième enfant » à la paroisse sainte Colette des Buttes-Chaumont (Paris 19^e). Cette paroisse propose également une journée de rencontre trimestrielle pour les couples en espérance d'enfant.

18 et 19 mars 2017 ♦ Retraite pour couples en espérance d'enfant avec Notre-Dame et Saint Joseph, au Sanctuaire de l'Île-Bouchard (37) animée par Amour et Vérité.

28 au 30 avril 2017 ♦ Week-end pour couples « Lorsque l'enfant ne paraît pas » à Manrèse, Centre spirituel jésuite en Île-de-France à Clamart (92), animé par le Père Bruno Saintôt et Hélène et Patrick Mommessin. ➔

♦ Et aussi : prieredesfutursparents.com

