



HAL
open science

L'infertilité : les questions qui s'oublent

Marie Letierce

► **To cite this version:**

Marie Letierce. L'infertilité : les questions qui s'oublent. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01654522

HAL Id: dumas-01654522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01654522v1>

Submitted on 4 Dec 2017

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

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

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

L'INFERTILITE :

les questions qui s'oublient

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marie LETIERCE

Sous la direction de

Monsieur Dominique RENIERS – Professeur en psychologie clinique et pathologique

Année universitaire 2016-2017

REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier Monsieur Dominique Reniers, professeur en psychologie clinique et pathologique, directeur de ce mémoire, pour son soutien, sa grande disponibilité et son apport de connaissances.

Je tiens à remercier également Madame Brigitte Emmerly, sage-femme enseignante référente pour sa disponibilité, sa rigueur et son encadrement très précieux tout au long de ce travail.

*« Ce qui ne s'exprime pas en mots s'imprime, et
s'exprime alors en maux¹ »*

¹ Psychogénéalogie, Anne Ancelin Schützenberger

Table des matières

1. Introduction.....	2
2. Matériel et Méthode.....	6
3. Résultats et Analyse.....	7
3.1 L'être dans sa dimension subjective	7
3.1.1 <i>Le psychosomatique : quand la cause en dépend</i>	7
3.1.2 <i>Histoire de vie</i>	9
3.1.2.1 Mémoire des anciens.....	11
3.1.2.2 L'ombre de la mère.....	12
3.1.2.3 Mémoire du corps	14
3.2 Que peut-on envisager ?.....	15
3.2.1 <i>Consultation en binôme</i>	15
3.2.2 <i>Ce que peut apporter la pratique de l'ostéopathie</i>	19
3.2.2.1 Définition et apports.....	19
3.2.2.2 Approche tissulaire	20
3.2.2.3 « Le corps n'est pas qu'un corps...il est langage ».....	21
3.2.2.4 Lever les kystes émotionnels	22
3.2.2.5 Ostéopathie et infertilité.....	23
3.2.2.6 En pratique	24
4. Discussion et Conclusion	26
5. Bibliographie.....	29

1. Introduction

La procréation naturelle se définit comme la capacité à produire et engendrer la vie [1]. Elle exige pour sa mise en œuvre 3 facteurs : des organes sains, des gamètes sains, des conditions psychiques favorables. Chacun de ces trois facteurs est essentiel, mais aucun n'est suffisant.

L'infertilité correspond à une aptitude diminuée à concevoir et à engendrer une descendance. De manière plus spécifique, elle correspond à l'inaptitude de concevoir après une année de rapports sexuels réguliers [2].

Il s'agit donc en théorie d'un état, qui existe indépendamment des tentatives effectuées pour concevoir et mener une grossesse à terme, mais en pratique seules ces tentatives permettent de repérer l'infertilité. En effet, celle-ci n'est pas un état pathologique se manifestant par des problèmes de santé spécifiques [3].

L'homme et la femme en bonne santé sont normalement fertiles.

Devenir mère suppose pour une femme la conjonction de différents paramètres. Certes le corps, par une dysfonction organique peut empêcher la conception mais le psychisme joue lui aussi un rôle majeur. Ces conditions psychiques sont probablement le facteur manquant dans de nombreux cas d'infertilité inexplicée sans cause organique. Le corps et le psychisme forment un ensemble physique – psychique – émotionnel – énergétique qu'il est important de considérer dans sa globalité.

En effet, 60% des femmes ne conçoivent leur premier enfant qu'après 26 ans [4]. De plus entre 18% et 24 % des couples ne parviennent pas à avoir un enfant après 12 mois sans contraception [5, 6]. Ce taux a tendance à augmenter du fait de notre mode de vie et du recul de l'âge de la procréation.

L'infertilité est dite inexplicée lorsqu'aucune étiologie n'est retrouvée, après un examen clinique, un bilan hormonal de la femme, l'évaluation de la perméabilité des trompes et un spermogramme. Selon une revue récente, l'infertilité inexplicée concernerait à ce jour 15 à 30 % des couples [3,7].

Depuis quelques décennies, la place et la valeur de l'enfant ont profondément changé. Les grossesses étaient autrefois subies, plus ou moins acceptées au nom des principes moraux, familiaux et religieux en cours. L'apparition de la contraception donne l'illusion de la maîtrise de la fécondité [8]. Ainsi, la vision « *un enfant si je veux quand je veux*¹ » devient « un enfant quand je veux dès que je veux » [8]. De ce fait, la proportion de couples restant « involontairement » sans enfant, ou qui éprouvent des difficultés à concevoir est difficile à estimer dans des pays comme la France où la régulation des naissances est largement répandue [9].

L'illusion de la maîtrise de la fécondation ramène l'enfant qui ne vient pas au rang des objets que le monde matériel peut offrir. Or, la fertilité résulte plutôt de l'intrication des fonctions biologiques et psychiques de l'individu [10].

Il s'ensuit une frustration lorsque la réalisation de ce souhait n'aboutit pas immédiatement alors que rien d'un point de vue médical ne s'y oppose [8]. Cette infertilité atteint l'identité féminine et masculine amenant une profonde remise en question personnelle. La femme passe par différentes réactions comme la révolte, la culpabilité, la recherche désespérée d'une cause. L'homme doute de sa virilité provoquant souvent, une baisse de l'estime de soi. Ainsi, la sexualité du couple peut-être perturbée [11].

Chacun est donc amené à se prononcer, de façon consciente, sur son souhait de concevoir ou non un ou des enfants. Et « ce n'est pas parce que la décision est prise consciemment, que l'inconscient suit » [8].

Ainsi, Monique Bydlowski insiste sur le fait que l'infertilité, en l'absence d'une étiologie biologique retrouvée, ne doit plus être considérée comme une pathologie médicale, mais comme un processus défensif contre la fécondité, inhibant tel ou tel mécanisme physiologique de la reproduction. « Ce système défensif est là pour protéger contre la menace d'effondrement psychique que provoquerait une grossesse consciemment désirée mais, en fait, très redoutée ». Elle observe que le désir ou le refus d'enfant affichés dans le discours conscient ne sont souvent que la face visible d'une contre-volonté inconsciente qui s'oppose au projet annoncé [10-12].

Lorsqu'aucune cause médicale n'a été mise en lumière, il peut être alors intéressant de se tourner vers une approche laissant place au subjectif en s'interrogeant sur l'Humain, sa construction, et de tenter de découvrir les poids, les nœuds, les verrous qui ont pu se former pendant l'enfance, nous empêchant de donner la vie [8].

¹ Slogan féministe des années 70

Comment se fait-il que des femmes ne parviennent pas toujours à concevoir un enfant alors que leur corps fonctionne normalement ?

Notre mémoire porte sur les infertilités pour lesquelles les recherches médicales n'ont traduit aucune anomalie anatomophysiologique sévère. Ces infertilités sont le plus souvent imputées à un dysfonctionnement ovulatoire, tubaire, sécrétoire, ou à un spermogramme à la limite de la normale. L'infertilité est classiquement abordée sur le mode d'un dysfonctionnement.

Aujourd'hui, nous avons malheureusement tendance à vouloir trouver une cause médicale évidente donc vérifiable à l'infertilité, notamment par une série d'exams détaillés. Or, il est important de considérer l'être humain dans sa globalité. Le versant psychologique est trop souvent oublié.

Rapidement intéressée par la psychologie et le fonctionnement de l'être dans son unité, persuadée que les événements de la vie qu'ils soient positifs ou négatifs, les personnes rencontrées n'étaient pas un hasard mais plutôt un chemin d'évolution, j'ai souhaité par ce travail apporter d'autres pistes de recherche pour tenter de comprendre ces infertilités qui ne relèvent d'aucune étiologie médicale.

Pourquoi la grossesse ne survient pas alors que le corps physique fonctionne ? Comment expliquer que des femmes, que les médecins identifient comme « stériles », tombent enceintes spontanément ? Comment expliquer qu'une grossesse survienne au moment où les parents s'engagent dans une procédure d'adoption ? Ce sont toutes ces questions qui m'ont poussée dans ce travail.

Il est ici essentiel de prendre conscience du poids de son histoire personnelle. Pour autant nous ne sommes pas tributaires de notre passé : chacun a le choix d'être acteur de son histoire et de participer à sa construction.

Il ne s'agit pas ici de percevoir l'infécondité comme un mauvais destin à conjurer mais plutôt de comprendre comment l'infécondité s'est construite dans l'histoire de chacun(e) et quel signe le corps et l'inconscient cherchent à nous transmettre.

L'infertilité est classiquement abordée sur le mode organique. Or, un certain nombre d'infertilités s'inscrivent dans l'économie psychique de la femme qui éprouve une difficulté majeure à être mère. L'infertilité est essentielle à rappeler que le désir d'enfant trouve place, fondamentalement, dans l'histoire de cette femme qui devient mère.

L'histoire de chacun se construit chaque jour par sa mise en mots. L'importance de la verbalisation, de la parole sera largement développée dans ce travail. En effet, la parole se veut libératrice des évènements, des tensions et des émotions qui ont pu être vécus et qui se sont inscrits dans notre corps. Ces inscriptions peuvent altérer le fonctionnement global de l'être.

L'ostéopathie est ainsi une autre approche pour permettre une unité entre la prise en charge du corps physique et du psychisme. Une partie sera donc consacrée aux apports de l'ostéopathie sur l'infertilité.

Comment pourrions-nous, en tant que sage-femme, par notre rôle d'écoute, aider la femme à comprendre cette infertilité ? Ce que son Etre, par ce signe physique cherche à lui indiquer ? Quels sont les outils à notre disposition ?

Nous avons formulé la problématique suivante :

L'infertilité ne se réduit pas seulement à des facteurs organiques. Elle peut être subordonnée à une causalité autre que physiologique ou biochimique comme en témoigne notamment certains travaux de psychanalyse. Cette autre dimension essentielle interroge la pratique de la sage-femme et rappelle, à partir de l'infertilité, que la mise au monde d'un enfant admet la dimension du désir et donc de la parole.

Qu'est-ce que la femme souhaite nous faire entendre par cette infertilité?

Notre mémoire aura comme objectif principal de comprendre l'impact et l'importance des troubles psychopathologiques féminins sur la capacité à procréer. Notre objectif secondaire sera de contribuer à proposer aux professionnels une autre approche pour tenter de lever les obstacles auxquels se heurtent les couples infertiles.

Ce travail est divisé en deux grandes parties. Une partie qui traitera tout d'abord de l'importance de considérer l'individu dans son unité puis de ce qui est à notre disposition et à celle des couples pour les aider dans ce cheminement. Une deuxième partie traitera de l'analyse critique et une discussion.

Par ce travail je souhaite apporter des pistes pour comprendre l'infertilité et accompagner au mieux les couples. Il ne s'agit en aucun cas d'un mémoire de psychologie ou d'ostéopathie. Je cherche à faire émerger ici le positionnement de la sage-femme.

2. Matériel et Méthode

Type d'étude

Notre recherche portera uniquement sur l'infertilité féminine.

Cette étude est une revue de la littérature, portant essentiellement sur des ouvrages français ainsi que sur quelques articles français et anglo-saxons.

Mots clés

- Infertilité féminine
- Infertilité non organique
- Infertilité féminine psychosomatique
- Infertilité et transmission
- Histoire de vie
- Parole et libération des tensions
- Messages de notre corps
- Ostéopathie et dysfonctions pelviennes féminines

Ressources

La plus grande partie des références de ce mémoire provient d'ouvrages manuscrits ainsi que d'entretiens téléphoniques réguliers avec trois ostéopathes.

Quelques autres ressources bibliographiques proviennent de :

- Bibliothèque du centre universitaire Vauban à Lille notamment le département de Psychologie et le département d'Obstétrique.
- Cairn
- Google Scholar

La bibliographie est référencée à l'aide du programme informatique Zotero.

Nous nous proposerons tout d'abord de nous intéresser à l'importance de considérer l'Être Humain dans son unité puis ce que la sage-femme pourrait proposer aux couples pour les accompagner dans la prise en charge de cette infertilité.

3. Résultats et Analyse

3.1 L'être dans sa dimension subjective

On a commencé à parler de psychosomatique, à propos de la maladie il y a une quarantaine d'années, sous l'influence de la psychanalyse ; mais on commence à aller plus loin depuis 1975-1980. Nous nous proposons d'étudier tout d'abord l'impact du psychosomatique.

3.1.1 Le psychosomatique : quand la cause en dépend

Le psychosomatique est défini comme ce qui concerne à la fois le corps et l'esprit [13]. Un être humain ne se résume pas à la somme de ses constituants physiques. Considérer l'être humain dans son unité c'est l'appréhender sur quatre niveaux : physique local, énergétique global, émotionnel et mental [14].

Pour Freud, Breuer et Charcot, médecins et chercheurs du 19^{ème} siècle, le lien entre le mental et le corps apparût assurément. Puis, dans les années 1950, l'observation des maladies a confirmé l'association de facteurs psychiques et la relation entre le corps et l'esprit se renforça [14].

Aujourd'hui, aborder la somatisation c'est poser le constat préalable de ce lien indéfectible entre l'appareil psychique et le corps, de ce lien entre les émotions, les pensées et les maladies. C'est aussi reconnaître l'expression de son dérèglement lorsqu'il se manifeste sous la forme d'une souffrance corporelle codée.

Quel va être l'intérêt pour l'Homme, de rechercher cet équilibre entre le corps et l'esprit ? L'intérêt essentiel est, par l'expression de ce corps, de décoder ce qui se passe dans son esprit [15].

Nous avons besoin de notre corps physique (gestes, paroles ou dessins) pour pouvoir exprimer nos idées, nos pensées, nos sentiments. Cependant, ces derniers sont parfois difficiles à verbaliser, à mettre en mots. Le corps va alors pour extérioriser ces pensées non dites, s'exprimer par trois niveaux d'intensité : les tensions physiques ou nerveuses, les traumatismes physiques ou psychologiques, et les maladies organiques ou psychologiques. Certes ce nouage

corps/psyché n'est pas parfait au niveau du sujet lui-même mais il s'accommode avec le réel [16].

Chaque niveau d'intensité peut être considéré comme un « signal ». Ces signaux sont des messages du corps et de l'Être, plus ou moins perceptibles. La prise de conscience de ces signaux n'est pas évidente et est en lien avec le temps et l'attention accordée par chacun mais aussi avec le cheminement personnel.

En effet, le rythme de vie, le stress, les conflits, les chocs émotionnels, le manque de communication, etc, tout tend depuis toujours à perturber la recherche d'harmonie de notre corps et en particulier les structures énergétiques. Cela crée des déséquilibres dans la circulation de ses énergies intérieures. Si ceux-ci disparaissent suffisamment tôt, les seules marques perceptibles de leur existence auront été des sensations de tensions ou de blocage dans certains points du corps. Mais en revanche si on laisse ces perturbations s'installer et se cristalliser, les fonctions organiques correspondant aux zones déséquilibrées seront-elles aussi perturbées avec toutes les conséquences que cela implique, en particulier pour la santé [17].

Ainsi, le premier type de signal va être celui d'un ressenti de tension, de désagrément, comme tensions dorsales, des difficultés digestives... Nous sommes au stade "normal" d'expression de la tension intérieure. Il s'agit d'un ressenti physiologique ou psychologique pour exprimer ce qui se passe. « *C'est le maître ou Guide Intérieur qui cogne au carreau de la Calèche pour faire signe au cocher et lui dire que quelque chose ne va pas (mauvaise direction, conduite inconfortable ou dangereuse, fatigue..)* » [16].

Si la personne est prête à entendre et à percevoir le message, elle mettra en place les changements comportementaux nécessaires et les tensions disparaîtront. Nous avons malheureusement beaucoup de difficultés à être réceptif dès ce niveau. Ainsi nous développons une sorte de surdité intérieure [17]. Lorsqu'aucune attention n'est portée aux premiers signaux, notre corps doit parfois avoir recours aux deux autres types de message : les traumatismes et les maladies. Ils sont clairement plus forts et plus percutants. Ils sont toujours décalés dans le temps par rapport à l'origine de la tension [16].

Tous ces signaux que nous avons reçus sous formes de tensions, puis de traumatismes pour lesquels nous n'avons porté aucune attention sont bien les témoins que notre corps parle et cherche à communiquer.

Dans le cas de l'infertilité, ces signaux peuvent nous révéler une inadéquation entre notre rythme de vie, notre qualité de vie (alimentation, stress), notre vie de couple et ce désir d'enfant. L'infertilité inexplicée peut-être ainsi le moyen de nous faire comprendre qu'il est temps de prendre conscience et d'opérer quelques changements au quotidien pour que cette grossesse arrive.

Dans ce cheminement de compréhension sur l'infertilité, il convient aussi de s'ancrer dans son histoire, histoire personnelle qui peut être riche de sens.

3.1.2 Histoire de vie

« L'expérience, ce n'est pas ce qui arrive à l'individu mais ce que l'individu fait de ce qui lui arrive »¹

Je trouve qu'il est nécessaire d'insister sur l'importance de la parole.

Nous sommes tous porteurs d'une histoire familiale et personnelle influencée par nos faits de vie. Nous ne sommes pas tributaires du poids des générations antérieures ou de notre passé. Notre histoire se construit chaque jour, en fonction de nos choix et du sens que nous souhaitons donner à notre vie.

L'histoire de vie est définie comme un récit, avec les événements vécus par une personne tout au long de son existence. Autrement dit, il s'agit d'un résumé des faits qui ont marqué l'existence d'un individu. Le choix de ce qui est raconté dépendra de la perspective de la personne. Ce récit se construit au moment où la personne parle. Ainsi, le récit de vie peut être défini comme étant la narration de sa propre histoire par une personne à l'intention d'une autre personne qui l'accompagne dans sa démarche, celle qui recueille le récit de vie. Cette mise en parole d'expériences et souvenirs douloureux constitue un soulagement voire une délivrance et permet aussi une décentration de soi vers les autres, vers le territoire familial, vers ses origines.

Pour compléter mes propos, cette citation se veut une bonne illustration :

« L'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet. »²

En effet, toute personne est tout d'abord produite par l'histoire : son identité s'est construite, d'une part à partir des événements personnels vécus et qui forment la trame de sa biographie, histoire singulière et unique, et d'autre part des éléments communs à sa famille, à son milieu qui le positionnent comme un « être socio-historique ».

De plus, toute personne est aussi productrice d'histoires : par sa mémoire, sa parole et son écrit, l'homme opère une reconstruction permanente du passé.

Ainsi, l'identité se formant à partir d'identifications successives, l'individu garde en lui ses relations antérieures et en premier lieu les liens avec son père et sa mère qui l'ont amené à se constituer [18].

¹Aldous Huxley

²Vincent de Gaulejac, sociologue

Par ces apports, nous remarquons que l'individu se construit et qu'il reconstruit chaque jour son histoire. Nous ne sommes pas tributaire de notre passé, même s'il peut représenter un lourd bagage. Il est un véritable acteur.

Il devient alors intéressant pour chaque praticien de prendre le temps de s'intéresser à l'histoire de vie du patient.

L'histoire de vie parle de la personne sujet et de son histoire transgénérationnelle. Elle n'est pas scientifique. Elle doit ouvrir sur l'être humain, ses origines, ses événements vécus, ses transformations déjà faites et à faire, et non réduire la personne à une chose, un objet matériel, soumises à ses symptômes, à son "pas de chance dans la vie" [19].

En effet, l'histoire de vie s'intéresse au ressenti, aux paradoxes, aux émotions, aux mêmes familles d'émotions, aux dates, aux cycles d'anniversaire et aux fins de cycles (exemple changement de travail, d'emploi, une guérison), aux dates-miroirs, à la place généalogique occupée. Elle relève les événements purs mais les replace aussi dans leur contexte. Puis elle recherche les événements de même nature à relier pour comprendre ce qui se rejoue, ce qui se dit dans les profondeurs du psychisme de la personne.

La parole est essentielle. Notre histoire de vie est ainsi mise en mouvement grâce à la parole. Elle n'a pas pour objectif de lever le symptôme mais de permettre à chacun de se réapproprier sa propre histoire, ce qu'il est lui-même et ce qu'il souhaite devenir. La parole est singulière au sujet. Elle est élaboration, lieu du sens et de la mise en acte du Je. La parole ne se réduit pas aux mots, c'est l'être tout entier qui parle de tout son corps [20].

La parole est certainement le plus puissant « outil de libération ». Elle est au service de l'être. Elle libère des tensions, des sensations qu'elles soient positives ou négatives. La joie, la tristesse, la culpabilité, la peur, l'angoisse mènent tôt ou tard à la parole qui s'avère être un des meilleurs exutoires pour soulager l'âme et le corps d'une surcharge émotionnelle [21].

Une illustration imagée de l'importance de la parole pourrait être : la pâte à pain, avec le levain représentant les mots. En effet, une pâte à pain sans levain est inerte, sans mouvement tandis qu'avec du levain elle se met à s'aérer, changer de consistance et prendre une nouvelle forme.

Ainsi, la parole permet que quelque chose se mobilise et que là où se trouvaient des nœuds, des blocages, même inconscients, cela se desserre, et permette une meilleure compréhension et éventuellement la levée du symptôme [8].

Le sujet choisit de se mettre en mouvement et prend alors une démarche active dans son chemin de guérison.

Mais cette parole est essentielle, si seulement il y a une autre personne en miroir qui est prête à écouter. Prendre le temps d'écouter, prendre le temps de laisser parler est souvent difficile. L'écoute offre l'espace et le temps (durée) où cette parole peut naître.

Arrêtons-nous un instant sur la place que la psychanalyse a laissée à la parole.

3.1.2.1 Mémoire des anciens

« La stérilité paraît être le symptôme d'une souffrance antérieure. »¹

Cette citation nous permet de nous interroger sur la signification de « souffrance antérieure ». S'agit-il d'une souffrance qui a eu lieu dans les précédentes générations ? Durant l'enfance ?

Il peut être intéressant de s'arrêter sur les blocages qui ont pu avoir lieu dans les générations antérieures et qui pourraient expliquer cette infertilité. Blocages qui peuvent être des non-dits, des secrets de famille, des grossesses cachées, des interruptions volontaires de grossesse, mais qui restent en mémoire dans notre corps.

Attention cependant, il me semble important de préciser qu'il n'y a pas de causalité linéaire. En effet, si je prends l'exemple du traumatisme d'une mère absente durant l'enfance, cela peut conduire à l'infécondité, à la boulimie, à l'anorexie ou à de multiples autres difficultés.

Un des outils existant mais dont la simple prononciation peut faire « peur » est la psychanalyse transgénérationnelle. En effet, elle souligne l'importance de la place de la personne dans la génération et la différenciation entre les générations. « Or, pour donner la vie, il est indispensable et fondamental de s'inscrire dans la différence des générations. Mettre au monde des enfants, c'est à la fois donner naissance à la génération suivante et se séparer de la génération précédente. « Être à sa place » revient de façon essentielle dans la question de la fécondité » [11].

Le transgénérationnel se définit comme « le processus vital de transmission de l'esprit à travers les générations » [22]. Souvent nié par les sciences de l'homme, il s'intéresse à l'ensemble des phénomènes répétitifs qui se produisent sur plusieurs générations [23]. Certains auteurs parlent même de « fantômes » (traumatismes ancestraux) qui ressurgissent à la troisième génération sous forme de troubles psychopathologiques [24]. Jean Pierre Duthoit, définit le transgénérationnel comme « un autre mode de transmission, assurée par des mécanismes psychologiques, relationnels » [23].

¹ Bydlowski Monique. La Dette de Vie Itinéraire Psychanalytique de La Maternité. Le fil rouge, 1997.

Il s'agit donc de s'intéresser aux blocages saisissables qui ont pu avoir lieu aux générations antérieures et que l'intéressé déploie à travers la parole.

La psychanalyse n'a pas la prétention d'ouvrir les verrous les uns après les autres, comme si le sujet se tenait en face d'une porte close. Son but est que le sujet humain se réapproprie sa propre histoire. L'infécondité échappe à la psychanalyse, comme elle échappe en grande partie à la médecine. Elle invite chacun de nous à établir des liens entre l'infécondité et les aléas d'histoires parfois douloureuses, dont les difficultés sont souvent méconnues [8].

Comme le souligne Pascal Hachet, « Il ne s'agit pas d'ouvrir une enquête journalistique sur l'histoire familiale mais de permettre le retour des ressentis et émotions ayant accompagné la mise au secret de certains événements » [25].

Dans l'histoire de chacun, devenir père ou devenir mère suppose de renoncer à sa place d'enfant. Etape d'autant plus difficile lorsque cette place a été niée ou lésée. Devenir mère suppose également de reconnaître cette femme qui a exercé une fonction biologique sur nous en tant que mère puis de la quitter afin de prendre notre place de femme.

Ainsi, le processus complexe du devenir-mère ne se résume pas seulement à la mise au monde d'un enfant. Il oblige chaque femme à retrouver en elle le nourrisson qu'elle a été, à se reconnecter avec la mère qu'elle a eue (ou pas), le père qu'elle a eu.

3.1.2.2 *L'ombre de la mère*

Monique Bydlowki, dans plusieurs de ses ouvrages, souligne l'importance d'avoir ou d'avoir eu référence à une image maternelle pour enfanter. D'ailleurs, la clinique comme les récits mythiques en témoignent. La présence traditionnelle de femmes (sages-femmes, matrones) auprès des accouchées vise à l'institution sociale de cette référence maternelle.

L'ombre portée de la mère sur son enfant devenue ou en voie de devenir mère elle-même, constitue cet arrière-plan, cette base réelle ou virtuelle sur laquelle la future mère pourra s'appuyer, qui prendra soin de l'enfant si elle venait à défaillir. La seule femme à laquelle la mère puisse confier son enfant sans-arrière-pensée est sa propre mère idéalisée. Précisons que cette mère à l'intérieur de soi n'est pas forcément la mère biologique mais toute femme qui a joué un rôle décisif et pour laquelle la future mère dédie toute sa confiance. Monique Bydlowski le souligne d'ailleurs : « on peut confier son enfant en tant que mère qu'à une personne qui représente une mère pour nous » [26].

Enfanter, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi. Elle la devient, la prolonge tout en se différenciant d'elle. Ainsi, G.Groddeck [27] souligne que les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant car la haine ne leur permet pas de s'inscrire dans la continuité.

Lorsqu'on est privée de cette terre maternelle de référence on parle de « femmes amatrides ». En effet, ce terme d'« amatride » a notamment été décrit par J. Perrier comme « ces femmes à qui l'idéologie, le mythe, la légende, l'esthétisation de la mère, la scène primitive de la mère a manqué et qui ne peuvent pas supporter le problème qui se pose à toute femme, celui de savoir ce qu'on pourrait aimer de leur mère en elles, une fois qu'on les aime, elles » [28].

Pour ce travail sur l'infertilité, nous pouvons nous interroger sur la difficulté à se projeter, à s'investir mère lorsque notre propre mère était absente ou bien au contraire accaparante ? Et donc sur cet éventuel lien entre infécondité et référence maternelle.

Extrait de l'ouvrage « La dette de vie » [26] :

[...] Mme A., son père est effacé, elle le cherche en vain. Sa mère est trop grande, trop puissante, omniprésente même au téléphone "Elle sait tout sur la grossesse et les naissances. Elle m'a dit que cette fois encore je risquais une fausse couche. Je lui ai raccroché au nez..." La représentation terrifiante que Mme A. nous communique dès notre première rencontre comporte à la fois l'idée d'une faute, de sa punition excessive et celle d'une dépendance totale à l'égard de l'image maternelle. Mme A. est prise au piège de son impossible identification à une mère sans faille ni faiblesse, véritable Reine de la Nuit dans le regard de l'adolescente que continue de poser sa fille.

Cette illustration avec Mme A., nous montre la difficulté d'être comme sa propre mère. Ici, on retrouve l'image d'une mère trop narcissique qui n'a jamais montré de failles, qui n'a jamais rien perdu et qui dans son grand âge, reste toute puissante transformant son pouvoir de génitrice en pouvoir de manipulatrice de sa famille.

Pour se reconnaître enceinte, pour assumer une grossesse et la conduire à terme, il faut se reconnaître identique à sa mère. C'est l'identification à une représentation mutuelle originare qui est ici convoquée, mémoire de la phase d'attachement tendre et passionné à la mère d'autrefois, celle des premiers soins, fontaine de vie et de tendresse [26].

Notre corps garde aussi des traumatismes physiques ou émotionnels en mémoire.

3.1.2.3 *Mémoire du corps*

Dans notre corps, la cellule est dotée d'une mémoire infailible. Toutes les émotions, les traumatismes, les chocs émotionnels et physiques s'y impriment et y restent gravés, en sommeil. Et quand ils se réveillent, lors d'un événement ou à travers une fragilité, c'est parfois sous une autre forme ou à un autre endroit. Les douleurs font leur chemin [29].

L'intérêt est de pouvoir accéder à ce code et libérer le corps des nœuds tissulaires qu'il a pu créer suite à des chocs émotionnels mal vécus et non exprimés. Car tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime, et quel meilleur terrain le corps pouvait-il choisir à part lui-même? Le corps n'oublie pas il ne sait pas mentir. Le tissu humain où sera enregistrée cette mémoire se nomme le fascia, et celui-ci est présent dans le corps entier de la tête aux pieds.

Le fascia enveloppe les muscles, les os, les organes, le cerveau, la moelle épinière, les vaisseaux artériels, veineux, les nerfs rachidiens. Tous ces fascias sont reliés entre eux et la moindre tension, à quelque niveau que ce soit, sera répercutée dans tout le corps par cette chaîne tissulaire et cela créera des dysfonctions à distance et sur différents organes par le biais des systèmes neurovégétatif et endocrinien. Les fascias participent à la régénération tissulaire, à l'élimination des toxines et à la défense de l'organisme.

Ainsi, quand on vit un choc émotionnel, que ce soit dans l'utérus de sa mère ou à n'importe quel autre moment de la vie, le corps est affecté d'une tension tissulaire minime qui se marquera sur le fascia. Cette tension, selon J. Upledger¹ se marque dans le tissu à l'image d'un kyste.

Dans le cas où la grossesse ne vient pas, arrêtons-nous quelques instants sur l'utérus ; organe reproducteur, symbole de la féminité et de la maternité. Il représente le nid, le foyer et la famille, il porte le futur enfant. L'utérus représente également le centre de la mémoire de la femme, l'endroit où s'imprègnent, "s'enkystent" des événements et des émotions, qu'ils soient positifs ou négatifs. Il s'agit de situation où le "non" est dit avec l'intellect mais pas voulu, ni ressenti physiquement. Ainsi, ces émotions logées et emprisonnées dans l'utérus vont progressivement perturber sa mobilité et sa motilité l'entraînant en dysfonction. L'utérus peut développer des pathologies comme des dyspareunies, des infertilités, des fibromes... [30].

Nous nous proposons maintenant de nous intéresser à ce que la sage-femme peut proposer à la femme, au couple pour l'accompagner dans sa démarche active pour comprendre l'infertilité.

¹Ostéopathe, professeur au service de biomécanique du Collège de Médecine ostéopathique de l'Université de l'Etat de Michigan

3.2 Que peut-on envisager ?

Pour permettre un accompagnement au plus près du besoin des couples, nous développerons tout d'abord ce que peut apporter une consultation où s'associent médecins et psychanalyste/psychothérapeute, puis nous exposerons les bienfaits de l'ostéopathie dans l'infertilité.

3.2.1 *Consultation en binôme*

Actuellement, les textes officiels précisent que les équipes d'AMP (Aide Médicale à la Procréation) doivent comprendre un(e) psychologue. En revanche, le psychanalyste est très rarement cité dans l'équipe pluridisciplinaire de l'AMP et sa position est inconfortable. En effet, il ne peut trouver sa place sans l'ouverture et la bienveillance des responsables médicaux amenés à supporter l'étrangeté du discours psychanalytique.

La psychanalyse va permettre de mettre en route la parole. On peut relever la méfiance de certains médecins vis-à-vis d'une intervention psychique. Car il s'agirait pour eux d'admettre que la fécondité ne se joue pas uniquement dans le corps machine mais dans un corps psychique habité par une histoire et pris dans un désir, au sein d'un couple.

De plus, les couples qui consultent pour un parcours d'AMP, arrivent avec l'urgence de la procréation à laquelle s'ajoute une réelle pression. Pression pour les couples, car ils savent que l'horloge biologique tourne, certaines blessures suite aux échecs, mais pression également pour l'équipe médicale qui souhaite réussir vite. Le temps d'analyse et de parole est ressenti comme étant à contre-courant de l'urgence.

Cette infertilité atteint les couples comme un traumatisme qui dépasse totalement les biologistes ou médecins.

Ainsi, dans les parcours de procréation médicalement assistée, depuis quelques années, se développe une consultation « en binôme » entre psychanalyste et gynécologue [8]. On peut notamment citer ici René Frydman, « père » du premier bébé éprouvette français (Amandine, en 1982), qui s'est associé avec une psychiatre et une psychanalyste.

Cette consultation en binôme permet donc une prise en charge globale (corps et esprit) de la femme et/ou du couple. Une recherche clinique psychologique nouvelle s'est ainsi développée [31].

Les rencontres en couples, accompagnées du psychanalyste et du gynécologue, sont riches d'enseignements. Chacun entend l'autre parler de sa lignée maternelle ou paternelle, de secrets de famille permettant ainsi de découvrir des pans d'histoires qui n'ont pas forcément été dévoilés au cours de la relation de couple. Chaque conjoint réalise ce que l'autre a vécu et la relation s'enrichit d'un regard différent [8].

Le psychanalyste n'est pas là pour traiter l'infécondité. Il replace la femme, le couple dans une démarche active, où ce sont eux les principaux acteurs et non l'équipe médicale. Il ne se place pas du côté de l'explicatif puisque dans la vie psychique il n'y a pas de causalité linéaire. Les remaniements psychiques se réalisent dans un travail de maturation intérieure. Un temps plus ou moins long d'élaboration, de prise de conscience, s'avère nécessaire pour qu'un nœud puisse se desserrer, qu'un verrou puisse éventuellement s'ouvrir.

De multiples ingrédients s'imbriquent et aboutissent parfois à l'infécondité d'un couple: secrets de famille qui pèsent dans l'héritage transgénérationnel, limite mal établie dans l'enfance sur la différence des sexes ou des générations, deuils. L'infécondité est un symptôme qui peut en cacher d'autres, et masquer des souffrances qui seraient peut-être réapparues sans elle à d'autres époques de la vie.

Pour illustrer mes propos, voici quelques exemples de couple, souffrant d'infertilité, ayant suivi un ou plusieurs entretiens. Extrait de l'ouvrage « les verrous inconscients de l'infécondité ».

C'est à la suite d'une conférence sur les verrous de la fécondité qu'Aline se décide à consulter. A 27 ans, Aline ressemble à une jeune fille de 16 ans: cheveux frisottés, petite bouille charmante, air malicieux...une adolescente! Depuis son mariage, il y a plus de 3 ans, le couple essaye d'avoir un bébé. Aline a fait une fausse couche très précoce [...]. Elle consulte donc l'équipe d'AMP. Les examens médicaux révèlent qu'elle souffre d'une endométriose qui empêche l'implantation d'un embryon. Des kystes ont été découverts un an après son mariage. [...]. Du côté d'Alain aucun problème médical n'a été découvert. Parallèlement, le couple s'est engagé dans des démarches d'adoption [...]. Aline vient seule rencontrer la psychanalyste. Comme la plupart des personnes en quête d'enfant, elle affirme qu'elle a une histoire normale et qu'elle a eu une enfance heureuse. Elle a été une enfant désirée, puis une enfant aimée.

Elle a une sœur plus jeune, des parents qui s'entendent bien. Dans le tableau qu'elle dessine au départ tout va très bien. Elle estime donc qu'il n'y a rien à chercher dans son histoire personnelle, ni dans la relation avec ses parents qu'il est hors de question de remettre en cause.

Il faudra plusieurs séances pour formuler les souffrances traversées et démêler en douceur l'écheveau de liens complexes. Le premier événement notable est qu'Aline aurait été conçue avant le mariage de ses parents. Elle en mesure la portée en commençant à parler de son histoire. Aline a perçu très tôt combien sa naissance avait embarrassé la vie de sa mère et reconsidère petit à petit la "normalité" de sa construction affichée au départ [...]. Dans l'histoire d'Aline se dessine très rapidement une dépendance étroite à sa petite sœur. Aline semble avoir adopté depuis toujours, à l'égard de sa cadette une position d'aide, de soutien et

d'accompagnement, à la place d'une mère qu'elle finit par décrire comme dépassée, incapable et inadéquate [...]. Aline semble s'être toujours mise en position de mère pour sa sœur. Mais celle-ci va de plus en plus mal depuis qu'Aline a rencontré son mari et quitté sa région d'origine. Aline se trouve donc en échec dans la mission de maternage qu'elle s'est attribuée.

Quand une femme ne parvient pas à avoir d'enfants, la question se pose de savoir si elle a occupé et occupe encore une place de mère pour un enfant de substitution [...]. Pour Aline, deux verrous se dessinent là dans l'ambivalence de sa maternité: elle surpasserait sa mère en ayant une grossesse choisie, ce qui pourrait la blesser, et abandonnerait sa sœur qui a pris la place de l'enfant et occupe tout l'espace psychique [...].

Alain est d'accord pour un entretien en même temps qu'Aline. La rencontre est chargée d'émotion, comme souvent quand un homme ose livrer son histoire aux côtés de sa compagne. Il raconte sa famille, avec deux enfants, comme celle d'Aline [...]. Alain explique la jalousie ravageuse de sa sœur aînée à son égard par les très graves problèmes de santé qu'il a vécu à sa naissance [...].

Pour un homme donner la vie, c'est d'abord rendre heureuse la femme qu'il aime et approcher de la paternité au cours de la grossesse en "adoptant" progressivement l'enfant à naître. Il s'agit pour lui de transmettre une histoire, de poursuivre une lignée. Dans l'histoire masculine, la lignée paternelle et la relation établie avec le père ont une importance primordiale. L'histoire transgénérationnelle pèse pour les deux partenaires, comme si une lignée devait s'arrêter lorsqu'il y a eu trop d'effractions dans les générations précédentes... [...].

Pour donner la vie, il est fondamental de s'inscrire dans la différence des générations. Mettre des enfants au monde c'est à la fois donner naissance à la génération suivante et se séparer de la génération précédente. Aline dit qu'elle n'a pas eu d'enfance, qu'elle a été adulte avant l'heure. Il n'y avait pas deux adultes et deux enfants, mais quatre personnes qui avaient exactement la même place. Il n'y avait pas d'adulte capable d'autorité et donc en mesure de poser la différence des générations [...]. Etre à sa place revient de façon essentielle dans la question de fécondité.

Il me semble que cet exemple est intéressant pour plusieurs éléments : tout d'abord par le fait qu'Aline, dès le premier rendez-vous, insiste sur le fait qu'elle a eu une « histoire normale », une « enfance heureuse » et « elle estime donc qu'il n'y a rien à chercher dans son histoire personnelle ». Elle vient donc à cette première consultation avec l'idée qu'il n'y a pas grand-chose à remettre en cause. On voit ici rapidement l'impact de la parole. Par le fait de raconter son histoire, Aline se rend elle-même compte de la répercussion de certaines situations de son enfance ou de la génération de ses parents, jusque-là anodines sur sa vie actuelle.

Ensuite, son rôle dans la fratrie et le maternage de sa sœur : Aline peut refuser inconsciemment d'être mère pour protéger sa sœur et ne pas la voir malheureuse. Sa position de mère renverrait directement Aline à l'image qu'elle a de sa propre mère décrite comme « dépassée, incapable ». Comment réussir à se projeter en tant que mère, lorsqu'on ne possède aucun exemple maternel ? Comment fabriquer la génération suivante tant qu'Aline ne bascule pas dans une position qui la poserait comme adulte face à un enfant ?

Voici une deuxième illustration [8] :

Pour ce jeune couple, Laure et Laurent devenir mère et devenir père représente un danger. Depuis plusieurs années déjà, le couple est engagé dans une démarche d'AMP. Laure a déjà subi deux stimulations ovariennes qui ont échoué et le couple projette de s'engager dans un protocole de fécondation in vitro. [...] Laure coupe les ponts avec son père, alcoolique, qu'elle ne revoit plus après le divorce de ses parents. Elle vit avec sa mère qui la considère comme sa seule raison de vivre. Surprotectrice, sa mère la traite comme une petite fille. [...] Laurent, lui, se trouve dans une histoire inverse. Sa mère quitte le foyer conjugal en abandonnant ses enfants alors qu'il est âgé de 7 ans et sa sœur de quelques semaines. Le père se retrouve seul à élever les enfants dans une position renforcée de maternage et de surprotection. [...] La symétrie semble complète dans ce couple. Dans l'histoire de Laure, la place du père est vouée à l'échec et à l'abandon; il en est de même pour la place de la mère dans l'histoire de Laurent. Tous les deux ont souffert de carences affectives. Or la mise en route de la parentalité mobilise toutes les ressources affectives de l'individu.

Comment donner la vie dans la crainte que se répète une disparition, celle du père pour Laure, celle de la mère pour Laurent?

Cette troisième illustration est issue d'une histoire rencontrée personnellement, qui m'a d'ailleurs poussée à m'interroger sur l'impact du psychique sur l'infertilité.

Carole et Bastien sont mariés depuis déjà un an, quand ils se posent la question de la parenté. Trois ans après leur mariage sans l'arrivée d'un enfant, ils se tournent vers une prise en charge médicalisée pour rechercher une éventuelle cause à cette infertilité primaire.

Bastien et Carole sont tous les deux les aînés, d'une famille de trois et deux enfants. Eux aussi se présenteraient comme ayant eu une enfance très heureuse, avec des parents présents et aimants.

Elle entretient une relation très fusionnelle avec sa mère. Son père, pour qui elle a beaucoup d'admiration, se veut plus froid exprimant très peu ses émotions et sa fierté vis-à-vis de sa fille.

Carole est pleine de vie, sa joie de vivre et une certaine insouciance nous laisserait croire parfois qu'elle a encore 20 ans. Elle s'investit beaucoup dans son travail et ses loisirs. Toutes ses activités lui laissent peu de répit. Bastien, d'une grande délicatesse, travaille beaucoup, plus de 13h par jour et aime très peu la routine. Ce couple très dynamique, a donc une vie effrénée (travail, sortie entre amis, loisirs) avec très peu de moments de pause.

Les examens médicaux amènent Carole à subir une intervention au niveau des trompes. D'un point de vue médical plus rien ne s'oppose à l'arrivée d'un enfant. Mais les mois passent et rien ne vient.

Carole et Bastien viennent de familles où dans la logique des choses après le mariage viennent les enfants. Cependant, Carole au fond d'elle, n'a pas envie d'enfant tout de suite. Et si cet enfant venait perturber cette liberté ? Et si cet enfant devenait un frein à la réalisation de ses projets ? Au fond

d'elle, Carole et Bastien laissaient peu de place dans leur organisation, activités à l'arrivée d'un tiers. Carole avait d'ailleurs dit « comment devenir maman quand on se croit encore petite fille ? »

Je pense que cet exemple de cas, me permet de souligner :

- l'importance de faire une place à cet enfant désiré pour qu'il se sente attendu.
- l'importance que la femme, le couple puisse oser verbaliser cette appréhension de devenir parent sans être jugé par l'environnement familial.

3.2.2 Ce que peut apporter la pratique de l'ostéopathie

« Ce que cache mon langage, mon corps le dit »¹

3.2.2.1 Définition et apports

L'ostéopathie se définit comme l'art de diagnostiquer et de traiter par la main les dysfonctions de la micro-mobilité de tous les tissus du corps. Ces dysfonctions de la mobilité entraînent toutes sortes de troubles fonctionnels qui peuvent perturber l'état de santé à différents niveaux de l'être.

Cette pratique manuelle est basée sur toute l'anatomie et la liberté des mouvements. Elle aborde la structure humaine depuis ses densités les plus compactes et organisées jusqu'aux densités les plus structurées, voire immatérielles [19].

C'est à la fin du 19ème siècle que l'Américain Andrew Taylor Still a mis au point (1828-1917) la philosophie ostéopathique. La philosophie qu'il a développée s'intéresse au patient considéré comme un tout, un système dans son ensemble, plutôt que de le restreindre à une vision segmentée [32].

Parmi les principes posés par Still nous trouvons :

1. La structure gouverne la fonction (la structure comporte les os, les fascias, les organes, les muscles, les glandes exocrines et endocrines, la peau... et la fonction qui comporte le système digestif, respiratoires, circulatoire, cardiaque). Ainsi, si la structure est équilibrée, la fonction l'est aussi.

2. L'homéostasie, l'unité du corps. L'homéostasie est la capacité du corps à se stabiliser au niveau de ses constantes physiologiques telles que l'équilibre, la thermorégulation.

¹ Roland BARTHES, "fragment d'un discours amoureux" 1 Avril 1977

En effet, le corps fonctionne selon la loi du moindre effort et du confort. Le corps préférera rester en mouvement en provoquant une lésion à distance plutôt que de se corriger immédiatement. Il créera un système de dette et, quand il sera au bout de ses compensations, paradoxalement, il se figera et sera dans ce qu'on nommera un état de saturation où surviennent les fameux "blocages" tels que les lumbagos, torticolis.

3. l'auto guérison qui va dépendre de la qualité de notre système lymphatique, notamment pour lutter contre les infections microbiennes.

Ainsi, Still souligne l'importance de considérer le corps humain dans sa totalité si l'ostéopathe souhaite obtenir un résultat satisfaisant dans son traitement [32].

Cette vision globale de l'individu se développe qu'à partir des années 1990. Avant, l'ostéopathie parlait de globalité essentiellement corporelle.

Le corps humain est comme un livre. Il se lit avec les mains que l'ostéopathe utilisera comme détecter des tensions tissulaires. Le corps parle [32].

La plupart des pathologies rencontrées dans les cabinets d'ostéopathie sont causées par des tensions corporelles qui sont à l'origine de multiples symptômes chez les patients. On s'aperçoit vite que ces tensions sont de type involontaire et largement liées aux réactions du système nerveux neurovégétatif (SNNV) face à différentes agressions physiques traumatiques, mais aussi émotionnelles et mentales induites entre autres par le stress [14].

L'ostéopathie peut aider dans le traitement de l'infertilité féminine lorsque cette dernière s'installe et qu'elle ne résulte pas d'anomalie médicale ou biologique.

3.2.2.2 *Approche tissulaire*

L'approche tissulaire en ostéopathie a été fondée par Pierre Tricot à partir de l'hypothèse suivante : corps vivant, corps conscient. Les techniques tissulaires travaillent selon le concept que toute structure vivante est consciente.

Pour le praticien concevoir le système corporel comme conscient l'oblige à modifier complètement sa manière de l'aborder : d'objet sur lequel agir, il devient sujet avec lequel communiquer. Mais le système corporel est également extraordinairement complexe. Reconnaître, accepter, composer et communiquer avec cette complexité oblige à collaborer avec le vivant pour l'aider à recouvrer harmonie et santé.

Ainsi, en s'adressant au vivant comme à une conscience le praticien englobe et unifie le système corporel.

L'approche tissulaire en ostéopathie instaure une communication avec les tissus en tant que consciences cellulaires qui s'adaptent à la survie. La structure est vivante, consciente, et communicante. Face aux difficultés de la vie, pour sa survie, elle peut retenir l'énergie, réduire sa capacité à communiquer, sous forme de rétentions tissulaires, de tensions [33].

C'est ainsi que l'ostéopathe par sa palpation, va rencontrer, libérer ces phénomènes de rétention et restaurer la mobilité de l'ensemble de ces tissus, afin d'assurer une bonne physiologie de la sphère pelvienne. Les tissus cherchent à communiquer ; l'ostéopathe va donc tenter de comprendre les signaux que notre corps nous envoie [34].

3.2.2.3 « *Le corps n'est pas qu'un corps...il est langage* »¹

L'ensemble du corps du sujet communique sur son état d'être, sur son moi intime. Ce langage peut être perceptible par les autres sous réserve d'être à l'écoute.

Il s'agit pour l'ostéopathe d'écouter le patient à partir de ce qu'il nous indique : écouter sa parole, ce qu'il a à dire, de sa souffrance, de ses symptômes, de son histoire, de ce qu'il ressent. Puis au moment de poser les mains écouter le récit de son corps : ce que nous racontent ses tissus. Je cite Pierre Tricot : «une séance d'ostéopathie est une discussion entre l'ostéopathe, le patient et ses propres tissus.»

Il y a deux manières de comprendre le corps [35] : « *Les allemands distinguent deux mots, deux concepts de corps, Körper et Leib. Pour simplifier, Körper évoque le corps anatomique, le corps que l'on a, tandis que Leib nomme le corps existentiel, le corps que l'on est, le corps de relation* ». Le corps que l'on a, correspond au corps physique qui recherche l'efficacité et la santé. Le corps qu'on est, c'est l'ensemble des gestes dans lesquels on s'exprime et on se réalise, dans lesquels on se présente en tant que personne.

En ostéopathie c'est le corps anatomique (le corps que l'on a) qui est appréhendé en premier lieu et constitue une base de soins. La connaissance approfondie du corps est indispensable, car le corps est objectif, palpable, fragile, il peut se casser et se réparer, certaines parties se remplacent ou se greffent. Mais considérer le corps comme un ensemble physique et segmenté paraît insuffisant voire insatisfaisant : l'ostéopathe va au-delà, à la rencontre du sujet par son corps de relation : le corps vivant.

L'ostéopathie s'adresse à cette unité du corps vivant rythmé, corps organique mais qui n'est pas une machine, corps psychique mais bien réel, corps spirituel mais bien humain, corps mémoire car il porte en lui les traces de l'histoire de la vie du sujet [20].

¹ Dolto Françoise

Par le toucher, l'ostéopathe élabore un diagnostic et un traitement ostéopathiques à partir des empreintes laissées sur le corps du patient, traces visibles ou non mais perceptibles au toucher, traces mémorielles de l'histoire du sujet. Permettre au patient de s'exprimer et de se sentir écouté va libérer les tensions physiques et psychiques et ainsi remettre en mouvement l'ensemble corps/psyché.

Ainsi, la parole, à travers les mots du corps, s'inscrit dans la pratique ostéopathique en ouvrant une porte vers les parts de soi dans le corps, figées dans les traumatismes. La personne prend alors une part active dans son chemin de guérison. L'ostéopathe ne peut pas soigner seul le corps du patient. Il faut que la personne accepte de s'ouvrir, de communiquer pour qu'il se crée un véritable dialogue entre la personne, son corps et l'ostéopathe.

3.2.2.4 *Lever les kystes émotionnels*

Les chocs émotionnels vécus par le patient peuvent être à l'origine de tensions tissulaires. Cette tension se marque dans le tissu sous forme de kystes aqueux ou kyste d'énergie [30]. Une quantité d'énergie peut se retrouver prisonnière et « s'enkyster » dans certaines zones anatomiques du corps, à la suite de divers traumatismes physiques ou psychologiques. Ces kystes d'énergie ainsi formés deviennent des zones de perturbation pouvant entraver le fonctionnement harmonieux de l'organisme.

L'ostéopathie peut aider à éliminer les nœuds énergétiques associés à ces chocs émotionnels non exprimés. En libérant la tension tissulaire, on va libérer le choc émotionnel refoulé. Cette pratique, appelée l'ostéopathie somato-émotionnelle, est douce et non intrusive. L'ostéopathe cherche à ressentir sous ses mains une libération tissulaire pendant que le patient verbalise ses émotions. D'où l'importance de la parole.

Au fur et à mesure que le patient parle, il revit, se remémore des événements plus ou moins pénibles permettant ainsi à des émotions profondes et inconscientes de refaire surface.

Un choc émotionnel profond, des chagrins ou des colères laissent aussi leurs empreintes internes. Chaque organe peut être porteur de charges émotionnelles enkystées. Certains d'entre eux peuvent d'ailleurs être le site privilégié d'une émotion : le rein = la peur ; le foie = la colère; le cœur = l'affectif, le poumon = la nostalgie etc... [29].

Viola Frymann, grande ostéopathe Américaine, écrit dans ses recueils de pensées et de conférences:

Certaines choses semblent avoir disparu du champ de la conscience, mais restent cependant bien présentes au fond de nous. Il existe des forces cachées au plus profond de nous-même. Par exemple, lors d'un traumatisme physique, des forces ont été enfermées et il est nécessaire de

libérer tout ce qui est enfermé, tout ce qui est prisonnier de notre inconscient. »La meilleure histoire est toujours incomplète. Fréquemment le patient oublie ou ne sait pas choisir les événements traumatiques qu'il raconte.

Le corps humain enregistre les traumatismes significatifs et le praticien par sa sensibilité peut lire et comprendre le langage des tissus; il pourra trouver et changer les effets de ces flux d'énergie bloqués avec un bénéfice durable pour le patient.

Ces traitements ne sont efficaces que si on prend en considération le traitement global de la personne ainsi que la dimension psychosomatique et émotionnelle.

3.2.2.5 *Ostéopathie et infertilité*

Pour être effectives, la fécondation et la nidation exigent qu'aucune tension n'existe, susceptible de perturber le fonctionnement des organes de reproduction (utérus, ovaires, trompes etc...) [36, 37].

L'ostéopathie, en travaillant sur les tensions physiques et la mobilité des organes, permet d'aider à la fécondation et à la nidation des embryons, notamment en redonnant de la mobilité au bassin, aux ovaires, aux trompes et à l'utérus [38] et leur faire retrouver leurs pleines fonctions et permettre aux articulations de regagner leurs amplitudes.

Ces tensions, ce manque de mobilité, peuvent être dues à une chute importante même ancienne, un accident de la voie publique, à un choc traumatique émotionnel, à des infections à répétition, à des séquelles de chirurgies (ponction d'ovocytes etc...) pourvoyeuses d'adhérences cicatricielles minorant l'élasticité tissulaire, modifiant des plans de glissements et de ce fait affectant la mobilité viscérale [30]. En effet, ces adhérences entraînent, suivant leur sévérité et la taille de l'organe, des fixations articulaires partielles ou totales. Les fixations articulaires partielles modifient l'axe de motilité, l'adhérence en devient l'axe. Les fixations articulaires totales inhibent complètement la motilité, l'organe est alors inerte, il a perdu son rythme, sa vitalité, sa fonction est atteinte.

Une harmonie parfaite entre les différents protagonistes de la sphère génitale que sont l'utérus, l'ovaire et les trompes est essentielle. Par exemple, la physiologie tubaire est sous la dépendance de phénomènes complexes et nombreux. La moindre perte de mobilité, le moindre spasme, la plus petite contrainte mécanique anormale peut déséquilibrer l'ensemble du système et avoir des effets délétères sur la fertilité.

Les manipulations jouent un rôle sur les problèmes d'adhérences et de perte d'élasticité tissulaire. Elles peuvent restaurer la mobilité des différents organes et avoir une action au niveau musculaire afin de relâcher un spasme, contribuant à redonner un bon équilibre aux rapports utéro-tubo-ovariens [30].

Les différents organes urogénitaux (utérus, trompes, ovaires) ainsi que les tissus mous intrapelviens sont en permanence sollicités et mobilisés par les fonctions respiratoire, urinaire, génitale et intestinale. Tous ces éléments sont étroitement intriqués : il est donc indispensable que l'ostéopathe appréhende et manipule le corps humain dans sa globalité. En effet :

- **le crâne** à une implication essentielle. On retrouve souvent des fixations de l'occiput et des os en relation avec celui-ci. Les dysfonctions urogénitales restreignent la mobilité du sacrum, créant ainsi des tensions sur l'axe craniale qui se répercutent sur le crâne. Inversement une dysfonction crânienne peut perturber le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire et modifier l'équilibre hormonale de la sphère pelvienne [30].

Manipuler la région crânienne a donc une action sur la régularisation des hormones et permet de contribuer au confort de la patiente en l'aidant à se détendre et à retrouver une certaine sérénité.

- **les vertèbres cervicales** : au niveau de la jonction cervico-thoracique, les dysfonctions de C7, T1, de la 1ère cote et de la clavicule, par leurs effets sur les ganglions stellaires et la thyroïde, peuvent affecter l'imprégnation hormonale génitale. Il existe également une relation entre axe hypothalamus-hypophysaire et sphère uro-génitale.

- **les vertèbres lombaires, le sacrum et le coccyx** sont en étroite relation avec la zone génito-urinaire. On trouve fréquemment des fixations lombo-sacrées dans les problèmes urogénitaux, par effet réflexe ou mécanique, avec une mention toute particulière pour l'articulation sacro-coccygienne [30].

- **la région utéro-tubo-ovarienne** : permettre de redonner de la mobilité au corps et au col utérin, de repositionner l'ovaire dans la cavité péritonéale et lui assurer une mobilité et une liberté et permettre l'élasticité de la trompe [30].

3.2.2.6 *En pratique*

Il semble que la période la plus propice pour effectuer ce traitement se situe dans la semaine qui suit les règles. L'imprégnation hormonale rend nos techniques plus efficaces, et les tissus de la sphère génitale sont plus réactifs.

Chaque ostéopathe a sa propre manière de fonctionner. Cependant, les différents ostéopathes avec qui j'ai pu échanger à ce sujet, suggèrent que, pour assurer une efficacité optimale à cette prise en charge, il est conseillé d'effectuer trois séances espacées d'un mois chacune.

De plus, en complément du traitement ostéopathique, il peut être judicieux de donner quelques conseils hygiéno-diététiques qui peuvent être un facteur d'amélioration de la fécondité:

- Vie professionnelle : tenter de limiter les facteurs de stress au travail ou ralentir le rythme en cas de nombreux déplacements.

- Le tabac : fumer provoque une vasoconstriction des artérioles vascularisant les ovaires et l'utérus ; l'arrêt du tabac est donc indispensable.

- Activité physique : pratiquer un exercice physique quotidien permet d'améliorer la circulation veineuse et de lutter contre les stases du petit bassin. Cela permet aussi de limiter le surpoids.

- Alimentation : privilégier les graisses polyinsaturées, en mangeant des poissons gras et de l'huile de colza (permet d'équilibrer le rapport oméga 3/oméga 6 et améliorerait la fertilité en augmentant la fluidité des membranes) [30]. De plus, limiter les apports en lait de vache (produits laitiers, fromages frais) pour changer le pH du corps en acidité et ainsi normaliser les échanges biochimiques et biophysiques.

4. Discussion et Conclusion

Les progrès de la médecine ont permis une réelle avancée dans la prise en charge et le traitement des infertilités. Cependant, la vision cartésienne prônée par les sciences médicales a développé chez les soignants et les patients une obsession de trouver pour un symptôme donné une cause localisée. Cette philosophie de soin repose sur une distinction corps/esprit.

Par ce travail, j'ai souhaité souligner l'importance d'appréhender le patient, la personne dans son unité et de ne pas se limiter à la symptomatologie. Accompagner un couple souffrant d'infertilité, signifie soulager la femme, le couple non pas uniquement dans leur chair, mais également dans leur vie relationnelle et émotionnelle.

Ainsi, les difficultés de recherche pour ce travail portaient essentiellement sur le nombre limité d'études et d'articles à propos des infertilités non organiques. Ce qui témoigne bien de la difficulté d'introduire, auprès des couples et des soignants, la dimension psychique qui provoque craintes et résistance. On voit la réticence des professionnels de santé sur le fait qu'il puisse exister une causalité autre que scientifique, en s'intéressant à l'importance de la part psychique de la fécondité.

Le parcours médical des couples infertiles notamment dans ces techniques d'aide médicale à la procréation (AMP) est très éprouvant tant pour l'homme que pour la femme. Le plus motivé des futurs pères est repoussé à la périphérie du projet d'enfant par la technologie biomédicale, réduit au simple rôle de géniteur. Tandis que la femme multiplie les examens, les injections douloureuses. Ainsi se crée un lien de dépendance intense entre les interlocuteurs médicaux considérés comme des ingénieurs de l'espèce et le couple. Or, cette technicisation peut échouer.

Lorsqu'aucune étiologie n'est retrouvée, c'est qu'un blocage existe ailleurs, au-delà du quantifiable et de l'explicable. Il n'y a pas de causalité linéaire. Le point de départ dans la prise en charge de l'infertilité c'est le sujet, la personne qui parle. Chacun prend conscience et construit son histoire au moment où il prend la parole.

Accéder à la parenté et avoir un enfant c'est se construire soi-même et s'inscrire dans la différence des générations. Cette infertilité peut ainsi être l'occasion de se libérer du poids des générations antérieures : lourd bagage certes, car riche d'histoires et de sens mais source de compréhension, nécessaire à l'élaboration de sa propre histoire et de cette nouvelle génération. Lorsqu'on met au monde un enfant, on s'inscrit comme le maillon d'une chaîne. Maillon de la

génération antérieure qui rend compte de la difficulté de s'inscrire par rapport à ses propres parents puis maillon créateur de la future génération. Chaque personne fait le choix de devenir acteur de sa propre histoire.

Là où la médecine prétend inscrire techniquement la question de l'infertilité, nous avons montré par ce travail que la parole, que la psychanalyse peut notamment apporter, propose de remettre de l'âme, du corps, du cœur et du désir dans la conception. Car « concevoir » c'est tout simplement comprendre, penser, se faire une représentation. Elle peut aider à comprendre et à prendre conscience des histoires parentales boiteuses pour écrire et créer sa propre vie.

Même si le terme de « psychanalyse » possède bien souvent une connotation négative, j'insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas ici de faire une analyse, une remise en question ou de juger sur des choix et des histoires qui ont pu avoir lieu aux générations antérieures. Mon but est de montrer qu'il est important de prendre conscience que certains événements peuvent entrer en résonance entre eux et avec ce que nous savons de l'inconscient. Car mettre au monde un enfant nous amène sur une autre scène : celle de l'inconscient.

Comprendre, penser, libérer cette tension, ce blocage, est possible grâce à la parole. La parole est essentielle. Elle permet à chacun d'être acteur de son histoire et de participer à sa construction. Elle n'a pas pour objectif de lever le symptôme mais de permettre à chacun de se réapproprier sa propre histoire, ce qu'il est lui-même et ce qu'il souhaite devenir. La parole ne se réduit pas aux mots, c'est l'être tout entier qui parle de tout son corps.

Ensuite, ce travail nous a permis de réaffirmer l'importance d'une prise en charge de l'être dans son unité : unité physique, psychique et émotionnelle.

Nous l'avons vu, les indications au traitement ostéopathique dans le cadre de l'infertilité sont nombreuses et variées, mais sachons toujours garder à l'esprit la notion d'interdépendance et de lésion globale.

L'ostéopathie est une approche globale. En effet, la palpation ostéopathique ouvre la relation avec le patient essentiellement par le toucher, espace de dialogue par l'intermédiaire du corps physique. En effet, il existe bien souvent un motif de consultation précis qui constitue l'ouverture du dialogue entre le praticien et la femme. C'est grâce à ses compétences et à un dialogue sans cesse renouvelé avec le monde médical que l'ostéopathe peut s'inscrire comme un acteur incontournable dans la prise en charge et l'accompagnement de l'infertilité.

Ce dialogue est possible si le praticien est à l'écoute et prend le temps de l'écoute. C'est ici toute la difficulté. Pour que le couple, la femme accepte de se confier c'est au professionnel de s'intéresser à l'histoire de la femme, à ce qu'elle ressent : c'est accepter d'entendre des questions sans forcément pouvoir apporter une réponse !

Ainsi, en consultation, temporiser, laisser parler plutôt que de se soumettre d'emblée à l'acte médical, se déplacer de l'urgence de la conception à l'élaboration de sa propre histoire, peut produire des effets inattendus. La grossesse n'étant plus exigée comme un dû, il arrive qu'elle surgisse dans le mouvement et la surprise d'une vie qui reprend son souffle.

La sage-femme se situe à une place privilégiée et stratégique dans la rencontre avec les mères. Le terme de « mère » a ici tout son sens. En effet, chaque femme devient mère dès lors qu'elle désire un enfant : le simple désir de vouloir être mère, c'est déjà acquérir une fonction de mère. Ainsi, être mère ne se réduit pas à porter un être dans sa chair, c'est avant tout désirer un enfant.

La sage-femme doit prendre en charge la femme dans son unité, tant du point de vue médical, social que psychologique. Cette relation privilégiée repose sur deux bases essentielles : la communication et la confiance. Etre sage-femme implique de prendre le temps de l'écoute pour que la femme, en confiance, puisse prendre la parole.

La sage-femme a un rôle d'accompagnante et d'écoute : oser poser des questions ou lancer des pistes de réflexion sans forcément attendre de réponses peut être libérateur chez la femme. Est-ce que je désire un enfant uniquement pour combler les attentes des personnes qui m'entourent, mais qu'au fond de moi je ne le désire pas vraiment ? Est-ce pour retenir mon conjoint ? Peur de ne pas réussir à assumer mon rôle de parent ? Ai-je peur de perdre un sentiment de liberté, que cet enfant soit un poids ? Peur de faire vivre à mon enfant les souffrances que j'ai vécues ? Peur de m'identifier par une grossesse à ma propre mère et aux souvenirs qui ont pu m'affecter ?

La sage-femme doit aussi travailler en pluridisciplinarité et ainsi permettre d'orienter ou mieux encore de créer des consultations avec plusieurs professionnels réunis pour tenter de répondre au mieux aux besoins ressentis par la femme, le couple.

Ce « chemin de guérison » n'est possible que si la personne elle-même le décide. C'est au couple, à la femme, de faire le choix ou non d'être acteur de cette démarche.

5. Bibliographie

- [1] Centre national de ressources textuelles et lexicales, consulté en janvier 2017, <http://www.cnrtl.fr/etymologie/procreer>
- [2] CPMA, Centre de procréation médicalement assistée, consulté en Novembre 2016, <http://www.cpma.ch/fr/infertility/definition.html>,
- [3] Rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et par l'Agence de la biomédecine à la demande du Parlement, Les troubles de la fertilité, état des connaissances et pistes pour la recherche, le 18 décembre 2012, p53
- [4] Bydlowski M. - La dette de vie, enjeu de la filiation féminine, Presses Universitaires de France, 2008, pages 163-85
- [5] Slama R. - La fertilité des couples en France- Inserm U823- Équipe d'épidémiologie environnementale appliquée à la reproduction et la santé respiratoire- Grenoble- 2012
- [6] Association française d'Urologie - stérilité du couple : conduite de la première consultation – chapitre 2 - Consulté en Janvier 2017- Consultable à l'URL <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sterilite-du-couple.html#c2366>
- [7] CGNOF - Un bébé quand je veux, ou un bébé quand je peux ? - Dossier de presse – Consulté en Janvier 2017 - Consultable à l'URL http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/091126_fertilite_doss_presse.pdf
- [8] Desjardins-Simon J. et Debras S. - Les verrous inconscients de la fécondité - Albin Michel- 2010 – 246p
- [9] Leridon H. - Stérilité, hypofertilité et infécondité en France - Année 1982 - Volume 37 Numéro 4 - pp. 807-836
- [10] Bydlowski M. – Les enfants du désir - Odile Jacob – 2008 – 203p
- [11] Cortassa M. - Infertilité et psychanalyse transgénérationnelle - Néo santé -Mars 2015- revue 43 <http://www.neosante.eu/infertilite-et-psychanalyse-transgenerationnelle/>
- [12] Avakian D. - Les enfants du désir de Monique Bydlowski - Revue française de psychanalyse - 4/2009 (Vol. 73) - p. 1185-89.
- [13] Larousse –Définition psychosomatique – février 2017

- [14] Demelt J.M. - La kinesithérapie énergétique, [en ligne] - Consulté en Février 2017- Consultable à l'URL <http://www.kine-energetique.com/uploads/presse/article-mains-libres-4-weekends.pdf>
- [14'] Alpin D., Limikou B. - Philosophie de la psychologie et psychanalyse chez Freud : enjeux épistémologiques contemporains. Philosophie. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2014 – 693 p
- [15] Odoul M. – Dis moi où tu as mal, Le Lexique – Albin Michel – 2003 - 281p
- [16] Odoul M. - Dis-moi où tu as mal, je te dirai pourquoi : les cris du corps sont des messages de l'âme - Albin Michel -2009 – 239p
- [17] Odoul M. - L'harmonie des Energies : guide de la Pratique taoïste et des fondements du Shiatsu - Abin Michel – 2002 – 216p
- [18] Bonetti M., de Gaulejac V.- (1988) - L'individu, produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet - Revue Espaces Temps - Volume 37
- [19] Schweitzer C. - Ostéopathie intra pelvienne et arbre gynécologique sexualité et identité – Robert Jauze – 2005 – 162p
- [20] Larrieu M. - L'écoute, un sésame pour l'ostéopathe , [en ligne], 2014-2015, consulté en Mars 2017, Consultable à l'URL : <http://www.ucl.fr/les-formations-par-niveau-de-diplome/du/memoire-du-philosophie-de-l-osteopathie-l-ecoute-un-sesame-pour-l-osteopathe-par-michele-larrieu-148783.kjsp?RH=1480512035904>
- [21] Barroux L. -Un outil magique : la parole, [en ligne], 2016, consulté en Mars 2017, consultable à l'URL : <https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2107/files/2016/03/Un-outil-magique-la-parole.-Lucie-Barroux.-2016.pdf>
- [22] Canault N. (Auteur), Ancelin Schützenberger A. (Préface)- Comment paye-t-on les fautes de ses ancêtres : L'inconscient transgénérationnel - Broché – 6 juillet 2007
- [23] Duthoit, JP - Essais sur les phénomènes transgénérationnels – Broché – 1999 – 263p
- [24] Abraham N., Torok M. - L'écorce et le noyau- Champs essais- 1987 – 480p
- [25] Hachet P. - Cryptes et fantômes en psychanalyse. Essais autour de l'œuvre de Nicolas Abraham et de Marie Torok- L'Harmattan – 2006
- [26] Bydlowski M.- La Dette de Vie Itinéraire Psychanalytique de La Maternité - Le fil rouge – 1997 – 220p
- [27] Abdel-Baki A., Poulin M-J., Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse, Psychothérapies, 1/2004 (Vol. 24), p. 3-9.
- [28] Koren D., Perrier F. - La Chaussée d'Antin. Œuvre psychanalytique I et II - Essaim, 1/2009 (n° 22), p. 137-139
- [29] Barral JP. – Comprendre les messages de votre corps – Albin Michel – 2005 – 311p

- [30] Bazin O., Naudin M. - Manipulations des dysfonctions pelviennes féminines – Elsevier Masson – Avril 2016 – 297p
- [31] Bydlowski M. - Je rêve d'un enfant, l'expérience intérieure de la maternité - Odile Jacob, 2000 – 185p
- [32] Fiammetti R. - Le langage émotionnel du corps 1, l'approche somato-émotionnelle, chemin de libération - Dervy – 2015 – 298p
- [33] Tricot P. - Approche tissulaire de l'osteopathie, un modèle conscient – Sully – 2003 – 320p
- [34] Thinat M. - ostéopathie et mots du corps : l'exploration d'une alliance , [en ligne], 2015-2016, Consulté en Mars 2017, Consultable à l'URL : www.ucl.fr/medias/fichier/monique-thinat_1474280614665-pdf?INLINE=FALSE
- [35] Lécu A. - Des Larmes – Les Editions du Cerf – 2012 – 160p
- [36] Dutemple B. - Emergence et évolution du concept de la globalité dans la fasciathérapie, méthode Danis Bois, [en ligne] - Consulté en Février 2017- Consultable à l'URL http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3400/3/DM_22701.pdf
- [37] Villette P. - Ostéopathie & fertilité, [en ligne] - Octobre 2012 - Consulté en janvier 2017 - Consultable à l'URL <http://www.osteopathie-france.net/gynecologie/971-osteopathie-fertilite>
- [38] L'ostéopathie – FIV.fr [en ligne] – Consulté en Janvier 2017 – Consultable à l'URL <http://www.fiv.fr/osteopathie-fiv/>

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2017

TITRE : L'infertilité : les questions qui s'oublent

AUTEUR : Marie LETIERCE

Sous la Direction de : Monsieur Dominique RENIERS

MOTS-CLES : infertilité féminine, infertilité non organique, infertilité féminine psychosomatique, infertilité et transmission, histoire de vie, parole et libération des tensions, messages de notre corps, ostéopathie et dysfonctions pelviennes féminines.

RESUME :

L'homme et la femme en bonne santé sont normalement fertiles. A ce jour, l'infertilité inexplicée concernerait 15 à 30% des couples. Certes, le corps par une dysfonction organique peut empêcher la conception mais le psychisme joue lui aussi un rôle majeur. Lorsqu'aucune cause médicale n'a été mise en lumière, il peut être intéressant de se tourner vers une approche plus subjective en s'interrogeant sur l'Humain, son histoire, sa construction. Il s'agit de comprendre comment l'infécondité s'est construite dans l'histoire de chacun(e) et quel signe le corps et l'inconscient cherche à nous transmettre.

Qu'est-ce que l'infertilité féminine souhaite nous faire entendre ? **Cette revue de la littérature** a pour objectifs de comprendre l'impact et l'importance des troubles psychopathologiques féminins sur la capacité à procréer et de proposer aux professionnels une autre approche pour tenter de lever les obstacles auxquels se heurtent les couples infertiles.

Accompagner un couple souffrant d'infertilité, signifie soulager la femme, le couple non pas uniquement dans leur chair, mais également dans leur vie relationnelle et émotionnelle. Cette infertilité peut être l'occasion de se libérer du poids des générations antérieures. Car accéder à la parenté et avoir un enfant, c'est se construire soi-même et s'inscrire dans la différence des générations. Ce travail nous a permis de réaffirmer l'importance d'un travail en pluridisciplinarité (sage-femme, ostéopathe, psychanalyste, psychothérapeute) dans la prise en charge de l'infertilité pour permettre d'écouter et de comprendre la personne dans sa dimension subjective.