

La parentalité d'hier à aujourd'hui

L'étude du vécu et des problèmes qui se situent dans des domaines de la vie affective, sexuelle, relationnelle, familiale et de couple, quelles que soient les formes de réalisation de vie choisies, constitue le fondement des objectifs et des préoccupations du CEFA. Parmi ces « problèmes », une place importante a été consacrée aux moyens contraceptifs et à l'Interruption Volontaire de Grossesse. L'image laissée dans le souvenir de nombreuses personnes est que le CEFA s'est beaucoup battu « pour » la contraception et surtout « pour » l'avortement. Peu pour l'agrandissement des familles par l'accueil d'enfants.

Or, le CEFA n'a jamais défendu, ni, à fortiori, préconisé l'IVG ; ses membres se sont mobilisés pour « la dépénalisation de l'avortement » et avant cela pour la dépénalisation de la contraception, ce qui est radicalement différent. C'est pourquoi, j'ai souhaité introduire dans ce recueil de textes à l'occasion du 50^e anniversaire du CEFA, un article sur la parentalité. En hommage aussi à l'attention constante apportée en direct ou en filigrane d'autres combats du CEFA, à la naissance et à la parentalité vécue dans sa dimension de réalisation de vie choisie².

J'ai choisi de réfléchir à cette question de la maternité et de la paternité en regard de tous les nouveaux moyens mis à la disposition des femmes et des couples par la science médicale. La parentalité est-elle vécue aujourd'hui différemment ?

C'est une réflexion à partir de l'angle psychothérapeutique. Autrement dit, je vous parlerai à partir de ce que j'ai appris de l'écoute répétée de mes patientes et patients. Ce n'est donc pas un discours habituel raisonnable ni issu du bon sens commun, c'est celui des pensées et des sentiments qui nous sont souvent inconnus et qui semblent relever de l'incompréhensible, voire de l'insensé ou de la folie.

Le désir d'enfant

C'est un discours qui laisse entrevoir le désir inconscient d'enfant, ce qui est très différent de ce que je souhaite, envie ou veux. Dire « je veux – je désire un enfant » ne suffit pas pour que ce soit réellement un désir.

« Le désir n'est pas une quête d'un objet ou d'une personne qui nous apporterait satisfaction. Il est la quête d'un lien, la recherche d'une retrouvaille, d'un moment de bonheur sans limite, bref la quête d'un paradis perdu. »³

Le désir de ces retrouvailles impossibles du paradis perdu (parce que meurtrières et incestueuses) sera refoulé dans l'inconscient et resurgira notamment sous forme de « désir d'enfant ». On veut ou non un enfant en fonction de ses idéaux familiaux et sociaux. Derrière ce projet conscient, il y a la dimension inconsciente.

On est donc loin de l'instinct parental, maternel ou paternel. Le désir d'enfant se construit et s'élabore à partir de nos désirs inconscients « premiers ».⁴ On ne peut donc assimiler le souhait conscient d'enfant au désir inconscient.

L'autre vaste aspect du sujet, ce sont les avancées scientifiques en matière de fertilité-infertilité, ce que d'aucuns appellent les « nouvelles maternités ». Mais, les progrès considérables de la médecine ont-ils vraiment renouvelé la maternité ?

Le non-désir d'enfant

Chez l'humain, à l'inverse des animaux dont on peut dire que l'instinct de reproduction protège l'espèce, chez l'être humain donc, le seul instinct qui persiste,

c'est celui de l'auto-conservation, celui qui le protège, lui et éventuellement son groupe très restreint, son couple. Et cela au prix du sacrifice de l'enfant⁵⁻⁶.

Il y existe chez l'humain d'autres voies de transmission que la vie et la reproduction. Il peut sublimer dans la créativité. Pour certains d'ailleurs, l'immortalité passe plus par les œuvres que par les gènes.

Catherine Valabrègue résume bien l'opinion de diverses auteures féministes lorsqu'elle évoque que le plus souvent le désir d'enfant ne concerne pas l'enfant, il concerne quelque chose de plus général qu'on essaie d'atteindre.

En effet, si on résume les raisons données pour avoir un enfant, il s'agit du besoin de justifier sa vie, de se confondre à la norme, de faire l'expérience de donner la vie, de combattre la solitude et la crainte de la mort, de laisser trace et il est certes plus facile de faire des enfants que de poursuivre la création d'une œuvre tout au long de sa vie.

C'est parce que selon Simone de Beauvoir, la femme est presque toujours insatisfaite : « sexuellement elle est frigide ou inassouvie, elle n'a pas de prise sur ce monde ni sur l'avenir, elle cherchera à compenser à travers l'enfant toutes ses frustrations ».

Le désir d'enfant ne semble à aucun moment ni généralisé, ni absolu. Non avouable, le non-désir d'enfant n'est pas toujours repérable ni repéré. Il est le plus souvent refoulé et se manifeste par des signes.

Les historiens⁷ pointent des pratiques telles que les infanticides⁸, avoués ou dissimulés, abandons d'enfant, les mises en nourrices (avec négligences graves pour le nourrisson), les avortements... Ils peuvent interpréter l'importance de la mortalité infantile comme le résultat du manque d'attention des parents à l'égard de leurs enfants, ils peuvent taxer d'infanticide déguisé certaines pratiques courantes comme les mettre trop près du feu ou de faire dormir le nourrisson dans le lit parental⁹.

C'est nettement moins facile comme psychothérapeute, de repérer de telles traces de non-désir malgré la volonté affichée d'avoir un enfant. Toute cette ambivalence est fort perceptible au niveau des PMA¹⁰ : par exemple la demande d'IVG pour un des embryons surnuméraires, des demandes répétées d'amniocentèse avec risque important de fausse couche alors qu'il y a clai-

rement une décision préalable de garder l'enfant même en cas d'handicap et anomalie fœtale, etc.

On peut subodorer également ce non-désir dans les cas de déni de grossesse¹¹, de fausses couches tellement inexplicables et inexplicables qui elles semblent psychosomatiques¹², certaines IVG, les œufs clairs, une part des infertilités, certains accouchements prématurés ou post maturés...

Du vœu d'enfant au besoin d'enfant – les PMA¹³

Le fait que la femme aujourd'hui maîtrise sa contraception de façon tellement efficace, entraîne l'illusion d'un contrôle de la conception¹⁴.

Du vœu d'enfant au « veux un enfant », il n'y a qu'une lettre de différence o/x. Et cette « exigence » d'enfant deviendra perceptible lorsque l'enfant ne paraît pas naturellement alors qu'il est désiré.

Dès lors, lorsqu'un couple se trouve confronté à l'infécondité, il fait la rencontre d'une expérience stressante et angoissante de perte de sa puissance procréative, il rencontre alors la douleur, c'est une atteinte au désir d'avoir un enfant.

La démarche médicale permettant de fabriquer un enfant en dépit de tous les obstacles induit un glissement du désir d'enfant vers le besoin d'enfant. Il ne subsiste plus de place pour l'impossible, le non, le manque. Avec humour, le psychanalyste Jean-Pierre Lebrun parle de « **procréation médicalement insistée** ». Les réponses fournies par les PMA permettent de transformer le vœu d'un enfant en besoin qui se mue à son tour en droit à l'enfant. Le manque d'enfant et la souffrance qui en découle prennent des nombreux cas, l'aspect d'un véritable symptôme somatique, voire d'un handicap grave.

Ce symptôme de l'enfant à tout prix dont parle Geneviève Delaisi de Parceval, propulse le désir d'enfant à l'arrière-plan et focalise toute l'énergie sur la réussite du projet procréatif. L'important, c'est la réussite d'une entreprise. L'enfant fantasmé est oublié durant le processus de PMA au profit de désirs tout-puissants.

Cette polarisation sur la réussite de la PMA a des retentissements importants sur la vie conjugale et sexuelle des candidat.e.s à la parenté. On oublie trop

souvent cet aspect des choses qui risque de prendre après les traitements réussis ou non toute l'ampleur conflictuelle qu'on lui aura déniée au cours des traitements.

On observe généralement une baisse du désir sexuel pour le ou la partenaire avec lequel se vit le projet de procréation. Il n'est même pas rare de voir se déclencher des aventures extraconjugales de type principalement sexuel. Durant toute cette période de PMA, l'homme est considéré comme le mâle reproducteur, comme celui dont on sollicite le sperme pour faire fabriquer à sa partenaire un bébé par un autre. Dans les cas d'oligospermie¹⁵ ou d'azoospermie¹⁶ sa participation reproductrice est inexistante.

Quant à la femme, elle n'est plus qu'un ventre tourné vers la production d'ovules. Elle exerce une surveillance de tous les moments sur l'état de son cycle menstruel, sur les signes d'apparition éventuelle de règles ou de grossesse. On peut comprendre que cette expérience s'accompagne souvent de symptômes dépressifs. Et qui dit symptôme dépressif, dit désinvestissement de la sexualité.

Et l'adoption...

S'il est une autre démarche qui relance la question du désir et du non désir d'enfant, c'est bien celle de l'adoption. Elle est un choix qui s'opère généralement après avoir tenté toutes les autres démarches et peut être parfois vécue comme un lien de seconde zone. Or, les futurs adoptants doivent le vivre comme une parentalité à part entière.

Le travail psychothérapeutique va permettre à ces parents de :

- faire le deuil d'une grossesse, d'un enfant biologique ;
- faire le deuil d'« offrir » à leur conjoint.e, un enfant de sang et à leurs parents un petit-enfant (loyauté primaire verticale en paiement de leur dette de naissance). Le désir d'enfant prend ses racines dans une envie profonde de donner de l'amour et d'offrir une descendance à son/sa partenaire ;
- se confronter à l'abandon. Dans l'adoption, la souffrance se trouve plus du côté de l'abandon que de l'adoption. Tout.e.s nous y sommes confronté.e.s et lorsque nous nous intéressons à l'adoption, c'est parce

qu'il y a en nous encore souvent un noyau qui souffre d'un abandon irrémédiable de quand nous sommes nés ou dans le lien particulier que nous avons eu avec nos propres parents. Comme parent, le père ou la mère peut se trouver en image miroir et vouloir donner à son enfant tout son amour en voulant réparer son propre abandon. S'il y a superposition des deux vécus, il y a risque de dérapage surtout lorsque l'enfant va nommer sa question d'abandon.

Il est des parents dont le narcissisme n'est pas atteint par la question des enfants. D'autres le sont lorsqu'ils ne se sentent pas « adoptés » par leur enfant ;

- travailler leur culpabilité toujours assez douloureuse à l'égard de leurs enfants adoptés. Luc Parise¹⁷ rappelle que l'enfant abandonné que l'on adopte a fait le choix de vivre. Il est des enfants qui se laissent mourir suite à un abandon précoce et personne ne peut aller à l'encontre de ce phénomène, il ne nous reste plus qu'à l'accompagner dans ce mouvement de mort. Le parent adoptant ne doit donc jamais s'imaginer qu'il doit réparer l'irréparable. Il appartient à l'enfant de faire son travail de deuil ;
- établir une filiation en ce sens que ce n'est pas parce que l'enfant a été abandonné et puisqu'il a subi un grave préjudice, qu'il ne faut pas lui poser les mêmes exigences qu'à un autre enfant. Sinon cela mènera un jour à la catastrophe ;
- se sentir « normaux » : on peut adopter et ne pas avoir de problèmes et ne pas avoir envie de voir de psychothérapeute. Mais la société se pose beaucoup de questions sur le devenir des enfants adoptés et a mis en place un certain nombre de structures qui poussent les parents d'enfants adoptés à consulter.

En guise de conclusion...

Je voudrais reprendre cette question de l'incidence des avancées scientifiques en matière de fertilité-infertilité sur ce que d'aucuns appellent les « nouvelles parentalités ». Les progrès considérables de la médecine ont-ils vraiment renouvelé la parentalité ?

Au terme de toute cette réflexion, je ne crois pas qu'aujourd'hui la maternité et la paternité se vivent différemment sur le plan du désir. Au cours de toute mon expérience clinique, j'ai toujours entendu les mêmes désirs, les mêmes craintes, les mêmes soucis et surtout l'expérience de certains.e.s de la révélation de l'amour « total » entre eux et pour leur bébé au moment de la naissance.

Cependant l'arrivée d'un enfant chamboule la vie affective et sexuelle du couple. Une des nombreuses demandes de consultation psycho-sexologique émises par les patientes après la naissance concerne la perte de désir sexuel. Le plus souvent elles relaient la plainte de leur conjoint. Le vrai souci est souvent pour elles de ne pas vivre dans des tensions conjugales. Avoir un enfant ensemble coulait de source avant la conception, il allait renforcer et consolider leur amour. L'après-naissance crée des distances. Certaines femmes (surtout entre 20 et 30 ans¹⁸) considèrent l'arrivée d'un enfant comme renforçant l'amour au sein du couple, cet avis est plus mitigé chez de nombreuses autres femmes (notamment autour des 40 ans) qui en viennent même à penser qu'un bébé peut briser un couple !

La baisse de la libido fait partie des nombreux problèmes conjugaux liés à la maternité. Le fantasme du bébé-amour d'avant s'estompe devant la réalité et les exigences du nouveau-né. Mais plus profondément, il y a ce sentiment de comblement de la jeune mère qui fusionne avec son bébé et ne voit plus que lui. L'homme se sent délaissé au bout de quelques jours, de quelques semaines ou de quelques mois, parfois d'années, selon les cas. Assez souvent, la femme n'éprouve plus de désir sexuel alors qu'elle continue d'aimer son compagnon.

Beaucoup de jeunes mères consultent parce qu'elles sentent le danger de se laisser complètement accaparer par le bébé dès la naissance ou par l'enfant adopté qui vient d'arriver : c'est parfois difficile de conjuguer le rôle de mère, de femme et d'amante. Leur compagnon réclame une place

sa place d'homme, de partenaire et de père alors qu'elles sont tout à leur bonheur d'avoir un enfant et de pouponner!

Jusque là, il me semble qu'il n'y a rien de vraiment nouveau en matière de parentalité.

Par contre ce qui me paraît avoir changé, c'est l'inacceptable des limites, la non-acceptation de l'infertilité, l'exigence du contrôle des naissances, du refus de tout handicap de l'enfant... Cela se marque dans le glissement de l'exigence des moyens vers l'exigence de la fin. Il n'y a plus beaucoup de place pour l'inconnu et la recherche de soi. Certaines personnes précocisent même de donner des cours pour devenir parents...

Reste que la notion du « don » se profile comme une voie qui permet de continuer à se chercher et à se promener sur les chemins inconnus des rapports parents-enfants car le don n'est pas « une chose, mais un rapport social. Il constitue même le rapport social par excellence, rapport d'autant plus redoutable qu'il est désirable »¹⁹.

Plus j'ai avancé dans l'analyse de la parentalité, plus j'ai acquis la certitude que le don permettait de répondre aux questionnements du couple d'amoureux et du couple de parents. « Rien ne peut s'amorcer ou s'entreprendre, croître et fonctionner qui ne soit nourri par le don. À commencer par le commencement, autrement dit par la vie elle-même. C'est ainsi qu'on "donne" la parole à quelqu'un »²⁰. C'est, me semble-t-il, un des enjeux majeurs de la fonction de thérapeute, donner la parole au couple et à ses enfants et la faire circuler, donner et se donner. « En circulant, le don enrichit le lien et transforme les protagonistes. Le don contient toujours un au-delà, un supplément, quelque chose de plus, que la gratuité essaie de nommer. C'est la valeur de lien. La plus-value, c'est l'absorption de ce supplément par la chose qui circule, et par l'un des protagonistes, la transformation d'une valeur de lien en valeur d'échange »²¹.

Cette valeur-là traverse les époques. Lorsqu'elle est (re)trouvée par le couple amoureux et parental, il et elle se donnent beaucoup et reçoivent beaucoup de leurs enfants, directement ou indirectement.

Directement parce que « le don est rarement triste! Il y a retour immédiat dans le plaisir du don, constatation sur laquelle on fait le plus souvent l'im-

pas et qui peut commencer à faire comprendre la gratuité »²². Le don gratuit et spontané est plaisir et s'apparente à la liberté puisqu'il se démarque de la contrainte et se marque de liens interpersonnels.

Indirectement lorsqu'ils peuvent se réjouir de la vie et de leur cheminement...²³

Notes

1. Psychothérapeute, Psychologue clinicienne, anciennement directrice du CEFA.
2. Des séminaires et des journées scientifiques ont été consacrés notamment aux questions des nouvelles parentalités, de l'adoption, ...
3. STYCKMAN N., « La violence dans les familles recomposées », 4^e journée scientifique du CEFA, 19 novembre 1994.
4. *Idem, ibidem*.
5. *Idem, ibidem*.
6. On a vu des populations s'éteindre en arrêtant de se reproduire.
7. SHORTER E., *Naissance de la famille moderne*, Paris, Seuil, 1977 et ARIES Ph., *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Seuil, 1973.
8. Le déni de grossesse existe probablement depuis des siècles, mais n'a pu être reconnu que tardivement. L'évolution des mentalités, l'évolution socio-économique, médicale, etc. a permis d'inventer ce concept. Au xi^e siècle, après l'instauration de l'édit d'Henri II, les grossesses non déclarées sont définies par le terme « recel » de grossesses. Il est probable qu'une proportion non négligeable de femmes ignorait leur état gravide. Le concept de recel renvoie bien à la possibilité d'infanticide. Cf. GORRE FERRAGU, « Le déni de grossesse : une revue de littérature », in *Université de Rennes 1*, 2002, dirigé par Dr. LEVASSEUR G.
9. Le risque de mourir étouffé sous le poids des parents qui se retournent dans leur sommeil!
10. PMA = Procréation Médicalement Assistée.
11. En 1949, H. DEUTSCH, dans son tome II de *Maternité* consacré à la psychologie des femmes, décrivait déjà le déni de grossesse, sans lui donner ce nom, en ces termes : « La lutte de la femme contre une grossesse qu'elle ne désire pas se sert d'autres moyens encore que l'avortement provoqué ou spontané. Bien des femmes prennent, contre le fait d'avoir un enfant, une attitude psychique si arrêtée qu'en dépit de modifications physiques évidentes elles nient leur grossesse, en toute bonne foi semble-t-il, et la rendent ainsi, d'une manière passive, psychologiquement inexistante ». cf. GORRE FERRAGU, « Le déni de grossesse : une revue de littérature » in *Université de Rennes 1*, 2002, dirigé par LEVASSEUR G.
12. Parfois les patientes elles-mêmes posent ce diagnostic!
13. J'ai axé mon propos à ce sujet sur deux des thèmes qui ont été traités par le CEFA dans ses journées scientifiques, les PMA et l'adoption.
14. BYDLOWSKI M., « Problèmes psychologiques posés par les nouveaux modes de procréations », in *Journée scientifique du CEFA*.

15. Faible quantité de spermatozoïdes dans le sperme.
16. Absence totale de spermatozoïdes dans le sperme.
17. PARISEL L., « L'aide psychologique aux enfants », in *Actes de la 3^e journée Scientifique du CEFA, « L'adoption... les questions d'identité »*, Bruxelles, le 20 novembre 1993.
18. SOUSA A. – Mis à jour le 13 mars 2009
19. GOTBOUT J.T., *L'esprit du don*, Paris, La découverte, 1992.
20. GOTBOUT J.T., *op. cit.*
21. TREMBLAY J.-M., « Don, marché et gratuité », in site de TREMBLAY J.-M., professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi. Dernière mise à jour de cette page le dimanche 22 juillet 2007.
22. *Idem, ibidem.*

CEFA^{asbl}
www.asblcefa.be

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et de la Province du Brabant wallon

