



Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP

Monique Jaoul

Docteur en psychologie, psychanalyste, service d'AMP

du P^r J. Selva et

P^r A. Fauconnier, CHI Poissy Saint-Germain

Nous ne pouvons dissocier la question de l'impact psychologique du recours à l'AMP de la manière dont est vécue par les couples l'annonce de leur infertilité.

L'infertilité, le manque d'enfant, l'absence de descendance, lorsqu'elle est subie, est un grand traumatisme. Ses effets sont comparables à ceux du deuil.

La sidération psychique, le conflit affectif se mettent en place dès qu'une ombre est portée sur le projet d'enfant par un retard rencontré à sa réalisation. Cet affolement psychique survient parfois très tôt après l'arrêt de la contraception, quelquefois au contraire bien plus tard, comme si le temps s'était provisoirement arrêté : « *on n'a pas vu le temps passer* », peuvent déclarer certains couples après plusieurs années d'arrêt de contraception sans survenue d'une grossesse.

Malgré l'entrée dans les protocoles d'AMP qui ouvre un espoir de solution, cette sidération, cette répression de la vie psychique qui accompagne la lutte contre la dépression, persiste longtemps et c'est dans l'après-coup que l'on voit se dessiner une tentative de reprendre le contrôle « *là je ne contrôle plus rien* », de chercher des explications qui permettent de retrouver du sens et de tenter de réécrire cette histoire qui leur échappe — « *déjà enfant je pensais que j'aurai du mal à avoir un enfant* » ; c'est souvent à ce moment-là que la demande de consultation se produit. La demande de « comprendre » ce qui fait obstacle se dévoile peu à peu, un temps retenue par le mouvement auto-accusateur, souvent relayé par l'entourage, « *c'est dans la tête, n'y pense pas et ça viendra* ». La découverte d'une cause organique, souvent espérée, « *si au moins je savais pourquoi* », soulage un temps mais, le plus souvent, ne suffit pas à dépasser le traumatisme, à relancer la vie psychique qui finit par se concentrer presque uniquement sur la technique mise en œuvre dans le protocole d'AMP proposé. Les intérêts habituels s'estompent, le travail, les amis, les loisirs, tout perd de son intérêt ; toutes les préoccupations tournent autour des cycles, des traitements, des rendez-vous, de l'attente des résultats. Certaines femmes s'arrêtent de travailler pour se consacrer « entièrement » aux traitements, accentuant ainsi l'effet appauvrissant du traumatisme lui-même.

Le diagnostic d'infertilité ne vient pas seulement traumatiser la femme et son compagnon : l'interaction de ces deux souffrances modifie l'équilibre du couple et les rapports avec leurs ascendants, réveillant des souffrances et des deuils enfouis.

Ce sont ces effets dévastateurs de l'annonce qui pourront à leur tour, dans une boucle récursive, être

de nouveaux facteurs prenant leur part dans la genèse de l'infertilité.

Le recours à l'AMP, qui apparaît comme un espoir de solution, ne suffit pas à effacer le traumatisme de l'annonce de l'infertilité et va parfois même en accentuer les effets par une restriction de l'espace psychique à une médicalisation, une instrumentalisation du corps alors déserté de sa dimension libidinale, désirante.

De la douleur de l'infertilité au vécu de l'AMP

La douleur de l'infertilité

La souffrance d'infertilité réactive les souffrances passées. La souffrance associée au parcours d'AMP renforce la souffrance de l'infertilité : c'est une dynamique de circularité.

« *L'espoir, le projet d'une filiation individuelle induit toujours une rêverie subjective qui mobilise la mémoire inconsciente* », nous dit Monique Bydlowski [17]. Sous cet angle, il n'y a pas de séparation entre stérilité d'origine organique ou psychogène : les stérilités sans cause identifiée ne sont pas nécessairement psychogènes ; de même, lorsque des facteurs organiques sont impliqués dans l'infertilité, des facteurs psychologiques peuvent aussi intervenir.

Il ne faut pas confondre désir inconscient d'enfant, né de l'aventure œdipienne, toujours accompagné d'une certaine ambivalence issue des conflits affectifs du développement psychosexuel de l'enfant, avec projet d'enfant (la part consciente du désir d'enfant), désir de grossesse (visant à se réassurer sur sa capacité de reproduction) et besoin d'enfant (besoin impérieux qui s'installe, revendiquant ou dépressif après une atteinte de la capacité naturelle à procréer ou après un deuil ; l'enfant attendu étant un substitut supposé tout réparer, tout combler).

Rappelons que ledit « désir d'enfant » est créé dans son expression actuelle par les progrès de la modernité avec le contrôle des naissances. Il est la face consciente d'une réalité psychique complexe : sous l'angle psychanalytique, il est une locution qui vient en lieu et place d'un sens ignoré par le sujet du fait du refoulement ; suivant Bydlowski, nous dirons qu'il est un héritier de l'Œdipe : le désir d'enfant va donc rencontrer les butées qui sont celles de l'achoppement de l'Œdipe (ambivalence à l'égard des figures parentales, rivalités, désir d'évincer le rival).

Ainsi la douleur d'infertilité peut parfois être précédée d'autres douleurs plus anciennes ayant pu jouer un rôle dans la survenue de l'infertilité elle-même. L'infertilité et la souffrance qui en résulte doivent être envisagées

en fonction du conflit œdipien chez l'homme comme chez la femme et, en particulier, la souffrance liée au non-règlement de la dette de vie à l'égard des parents — on « doit » un petit-enfant à ses parents.

Depuis déjà longtemps la plupart des travaux sur l'infertilité s'accordent à mettre au premier plan la souffrance dépressive commune à l'homme et à la femme [48].

Comme nous le disions, l'annonce d'une stérilité entraîne souvent les mêmes réactions que celle d'un deuil ou d'une maladie grave : incrédulité, parfois même déni, recherche désespérée d'une cause, révolte, jalousie, culpabilité. Les femmes sont psychologiquement plus affectées que les hommes par leur infertilité et ont un score plus élevé aux questionnaires évaluant la dépression. Les hommes auront plus souvent des réactions plus inhibées et contrôlées, leur difficulté émotionnelle peut se traduire par une hyperactivité sociale et professionnelle plus que par un état dépressif franc. D'autres études, portant plus spécifiquement sur la stérilité masculine, montrent, de leur côté, que l'homme est aussi affecté que la femme par l'infécondité et elles relèvent des difficultés dans le couple, en particulier sexuelles, dans 20 % des cas. La moitié des hommes à qui on apprend une anomalie du sperme présentent des difficultés érectiles transitoires. Du point de vue du couple, la « sexualité stérile », celle qui n'aboutit pas à la naissance d'un enfant, remet en cause le lien construit au moment de l'Œdipe entre sexualité et procréation : « la mise en cause de la solution œdipienne que constitue la sexualité stérile fissure le cadre psychique contenant l'identité personnelle en provoquant une grande souffrance » [39]; l'identité personnelle construite dans l'enfance est remise en cause : l'identité sexuelle, comme l'appartenance à la lignée.

La souffrance d'infertilité chez la femme : ce sera une blessure narcissique et objectale (venant de son « objet d'amour », autrefois le père, aujourd'hui le compagnon) : à côté de la déception de ne pas recevoir cet enfant du père désiré en secret depuis l'enfance, il y a la blessure de ne pas pouvoir, à travers une maternité, retrouver la mère perdue des débuts de la vie ; l'enfant sera toujours celui qui manque à l'appel pour venir combler tous les chagrins et toutes les blessures de la vie. C'est la douleur de cette incomplétude qui tiendra souvent la plus grande place, à côté de celle de ne pas recevoir de son compagnon le « cadeau » d'un enfant, substitué de celui attendu du père dans l'enfance.

Pour l'homme, il ne s'agira moins de complétude narcissique, son assurance narcissique étant assurée par sa sexualité, que d'avoir à témoigner de sa virilité à travers la survenue d'une grossesse de sa femme. La stérilité était jusqu'au développement des techniques d'AMP généralement attribuée aux femmes et l'annonce de la stérilité masculine reste encore difficilement avouable. L'entourage amical et familial est plus rarement informé de l'infertilité du couple lorsqu'elle est d'origine masculine. Que le père du sujet ne soit pas informé est

une situation des plus courantes ; ce qui est rarement le cas pour l'infertilité d'origine féminine.

Chez l'homme, l'impossibilité de devenir père peut signifier, dans une lecture œdipienne inconsciente, la réalisation de la menace de castration redoutée dans l'enfance, issue des désirs incestueux du petit garçon pour sa mère : se débarrasser du père pour prendre sa place auprès de la mère. Cette lecture éclaire les différentes études citées qui mettent en avant la culpabilité, le sentiment d'impuissance, le questionnement sur la virilité, le secret par rapport au père. Les hommes vivent souvent cette souffrance d'infertilité dans une grande solitude, tenus qu'ils sont par les représentations sociales attachées à leur genre, et par le rôle de soutien auprès de leur compagne qu'ils s'attribuent généralement : « on ne peut pas être mal tous les deux ». Dans notre expérience, peu d'hommes demandent ou acceptent une consultation avec un psychologue ; 2/3 des demandes émanent des femmes et 1/3 émane des couples.

Pour les deux membres du couple, il faut ajouter une culpabilité à l'égard de la famille (impossibilité de s'acquitter d'une dette générationnelle, de transmettre le nom) et un questionnement sur le rôle social ; en particulier pour la femme, le statut social de « vraie femme » et de mère est remis en cause : « je me sens à part, pas comme les autres », « j'évite les amis qui ont des enfants, on ne parle pas des mêmes choses » ; il y a aussi une culpabilité de désobéir à la loi du groupe qui exige des enfants.

Il faut souligner que l'extension des possibilités offertes par les procréations médicalement assistées n'est pas sans conséquence : elle entraîne les patients et leur médecin dans une spirale d'offre de soins qui court-circuite les enjeux de la procréation naturelle, qui n'est plus dès lors interrogée par les couples [55]. En promettant la possibilité d'une conception hors sexualité, c'est la mise à l'écart de la souffrance d'une « sexualité stérile », qui opère, empêchant l'élaboration du traumatisme, et laissant ainsi place au déni de cette souffrance.

Le vécu de la prise en charge d'AMP

Comme nous l'indiquions, la prise en charge par l'AMP est tout à la fois source d'espoir et l'occasion de nouvelles souffrances. La souffrance de la stérilité qui a été déniée ne disparaît pas. Le manque d'enfant est exacerbé, très souvent la certitude de la réussite dès la première tentative s'impose, malgré les informations reçues sur le taux de succès statistiquement attendu ; la déception est alors très grande lorsque la grossesse ne survient pas. L'attribution à la médecine d'un pouvoir quasi magique est suivie d'un temps de désillusionnement douloureux et parfois emprunt d'agressivité : « Il est le roi du château », dit une patiente en parlant de son gynécologue d'AMP. Après deux échecs répétés, ce désillusionnement est à son comble, les femmes surtout se décrivant sans plus d'espoir de réussite, « je n'y crois plus » ; reprendre une nouvelle tentative peut



L'assistance médicale à la procréation

être une véritable épreuve, mais voir approcher la fin des tentatives administrativement accordées (4 pour des tentatives prises en charge par la Sécurité sociale) amène un stress particulièrement douloureux, surtout lorsque l'amorce d'un processus de deuil de l'enfant biologique du couple, voire le deuil d'une maternité, ne s'est pas encore opéré. C'est à ce moment que peut survenir une certaine « errance médicale », à la recherche du centre d'AMP ou du médecin qui rétabliraient cette illusion de toute — puissance médicale. Même si la souffrance de la crise identitaire provoquée par la « sexualité stérile » semble s'apaiser après la naissance d'un enfant, les adultes stériles devenus parents seront confrontés aux questions posées par cette procréation hors sexualité : D'où vient l'enfant ? Est-ce l'enfant de la PMA ? Est-ce l'enfant de la science ? Court-circuit fragilisant les repères symboliques œdipiens entraînant un imaginaire angoissant. L'impact considérable du jargon médical de l'AMP sur le couple, qui alimente cet imaginaire, en est le témoin. Le rôle des médecins sera d'aider les couples à retrouver leurs repères en réaffirmant le principe d'une procréation « hors de l'acte sexuel mais pas hors sexe » [39], puisque l'embryon se constitue bien à partir de gamètes sexuées, réaffirmant

ainsi que la procréation se fait dans la différence des sexes.

Ainsi, en dehors des fragilités liées à l'histoire individuelle, le parcours de la prise en charge médicale de la stérilité peut être en lui-même source de déstabilisation.

Les conséquences sur la vie du couple

De nombreuses études montrent que les couples ayant recours à l'AMP sont le plus souvent en bonne harmonie dans la période qui précède la prise en charge en AMP ; les difficultés apparaissent et culminent à la troisième année d'infertilité, touchant particulièrement les couples ayant des ressources d'adaptation face au stress insuffisamment assurées.

Le nombre de couples abandonnant l'AMP après 3 cycles pour des raisons psychologiques n'est pas négligeable, même si le pronostic médical est encourageant.

- Les conséquences sur la vie sexuelle : les recherches cliniques s'accordent à souligner l'impact délétère des traitements sur la sexualité des couples, particulièrement une diminution du désir, due à l'intrusion du médical dans leur vie sexuelle [44]. Les hommes peuvent se sentir remis en cause dans leur

Témoignages : la place des associations de patients

La fiabilité des méthodes de contraception, puis les progrès réalisés dans le domaine de l'aide médicale à la procréation (AMP), largement médiatisés, ont pu laisser croire que l'on maîtrisait totalement la capacité de faire un enfant.

- Et le temps passe et les années, les projets se réalisent, sauf un et le plus important, « avoir un enfant ». (Emmanuelle)

- En une micro-seconde et comme au ralenti, ma vie bascule en enfer, je perds pied, je suis comme aspirée par un trou noir vertigineux. La gynécologue s'évertue à me parler chinois, je ne comprends rien à ce qu'elle raconte, « oligo-astheno-téatospermie, ICSI, spécialiste, le meilleur ». Je ne retiens que ce « vous ne pouvez pas avoir d'enfants ». (Anne)

- Après 2 ans sans avoir réussi à obtenir une grossesse, nous voici orientés vers l'AMP. Puis toute une batterie d'exams dont je vous épargne, rien de bien méchant, dit le gynécologue, 6 inséminations négatives puis 7 FIV, seulement 3 transferts, dernière solution le don d'ovocytes, une coelioscopie plus tard, découverte surprise au bloc opératoire d'un goitre, un nodule enlevé suivi d'une irradiation, nous ne perdons pas courage et programmons une dernière insémination. Théo est là maintenant, j'ai accouché à 37 ans, 12 ans d'attente, pleins de chagrins, mais nous serions allés au bout du monde si c'était la solution... (Séverine)

- Rares spermatozoïdes mobiles. Oligospermie très sévère. Je me suis répété cette phrase des centaines de

fois. Nous avons 25 ans, 3 FIV-ICSI avec prélèvements testiculaires sont faites, pas de grossesse... J'ai 27 ans je veux entendre des cris d'enfants... L'idée d'un don de sperme germe petit à petit dans notre tête, nous en parlons longuement, je voulais surtout que mon mari soit certain de ses sentiments... Il me dit que le fait de vivre une grossesse, il commencera déjà à être père et je crois qu'il ne veut pas me priver de la joie de porter un enfant et nous décidons de nous inscrire au Cecos. 16 mois d'attente... qui nous permettrons de continuer une ou deux tentatives d'ICSI avec toujours l'espoir d'une réussite. Échecs... Première insémination, échec, je ne comprends pas... la deuxième, le plus grand bonheur, un garçon, puis revient ce désir, nous recommençons : nous avons trois enfants. De rien de possible, nous sommes passés à tout : une famille ! (Sophie)

On parle de l'infertilité comme d'un « mal du siècle », loin de là ! Le combat pour la vie traverse les civilisations depuis la nuit des temps, l'infertilité est une maladie et il faut la traiter comme telle, ce n'est ni un caprice, ni une fantaisie, ni une simple question de mieux-être, c'est l'histoire unique, banale et originale, entre un homme et une femme, une histoire d'amour dont les liens se tissent et qui se concrétise par l'envie de fonder une famille... Une histoire qui ne tient compte ni de données géographiques ou ethniques, ni de modes ou de croyances religieuses, une histoire intime, universelle et intemporelle. Ne l'oublions pas... ☺

Dominique Lenfant
Association
www.paulineadrien.com

virilité et soumis à une exigence de performance, les femmes peuvent vivre une subordination de leur vie sexuelle à leur désir de grossesse, celle-ci, recherchée principalement en période ovulatoire, perdant ainsi de sa spontanéité et de sa qualité hédonique, au détriment de la relation de couple.

- Les conséquences sur la vie relationnelle : comme nous venons de le voir, la stérilité et les échecs des tentatives entraînent des blessures narcissiques qui peuvent être importantes ; à cela viennent souvent s'ajouter des difficultés au niveau du couple [23]. Une synergie relationnelle réactionnelle peut s'installer, entraînant une autre souffrance : c'est celle que nous rencontrons lorsque la demande d'entretien est faite pour le couple. Cette demande émane le plus souvent de la femme, qui espère ainsi trouver une écoute, voire une alliance face au blocage de la relation. La plainte est toujours la même : devant un compagnon souvent silencieux, elles expriment leur déception, voire leur colère : elles se sentent seules, abandonnées par leur conjoint qui ne semble pas comprendre leur état de désespoir et se cantonne à manifester un optimisme sans faille, « *ça va marcher, ça sera pour la prochaine fois* », supportant mal les larmes et les moments de découragement. Cette position de force inébranlable augmente leur sentiment d'être les seules à souffrir et amène une grande frustration dans le couple. Lors des séances, plus la douleur de la blessure féminine s'exprime, plus l'homme s'efface dans son fauteuil, sans réponse à ce déferlement de griefs ; sa souffrance et sa tristesse sont tangibles, ce qui échappe le plus souvent à son épouse, toute à sa douleur. Lorsque la parole leur est donnée, en prenant soin de passer par l'entremise de leur femme pour rétablir une circulation dans le couple : « *que pensez-vous que votre mari éprouve en ce moment ?* », ils arrivent, dans le cadre sécurisant de l'entretien, à la grande surprise de leur compagne, à évoquer leur sentiment de détresse et d'impuissance face à la violence de ce chagrin et à l'impossibilité de trouver une réponse qui vienne l'apaiser. Eux, qui sont déjà atteints dans leur virilité et marginalisés dans le processus d'assistance à la procréation qui implique

majoritairement la femme, se sentent inutiles, incompetents et se réfugient souvent dans le travail, ce qui augmente le sentiment d'abandon de leur femme ; le cercle vicieux de l'incompréhension s'installe, mettant le couple en difficulté. Nous retrouvons cette problématique que l'homme soit ou non « responsable » de l'infertilité. Avec cette prise de conscience du vécu d'impuissance de son compagnon, la femme pourra le soutenir dans ce deuil d'une toute-puissance qui le privait d'accéder à l'expression d'un manque, d'une souffrance : ce sera possible si elle a déjà suffisamment traversé l'expérience de la castration, en particulier si elle a refoulé son investissement œdipien d'un père phallique idéalisé. Dans le cas contraire, elle aura du mal à l'investir comme futur père de son enfant.

La prise en charge

La prise en charge de la souffrance de l'infertilité et du vécu émotionnel du parcours d'AMP, souvent difficile lorsque la grossesse ne survient pas rapidement, pourra être proposée afin que les traumatismes concernés ne viennent pas se figer dans un deuil impossible, recouvrant les deuils antérieurs non élaborés. Cette prise en charge psychothérapique pourra s'avérer recommandée pour que se fasse l'élaboration de la faille partielle de la fonction génitrice, dans le cas d'une infertilité prise en charge en AMP, ou totale dans le cas d'une stérilité, et que l'engagement vers un réaménagement narcissique soit possible. Elle le sera aussi pour qu'une sublimation du désir de reproduction puisse permettre au couple infertile d'envisager sereinement d'autres formes de parentalité, en particulier en cas d'échec de procréation intraconjugale. Pour qu'une proposition d'aide psychologique soit envisageable, il faut que le sujet ne soit pas dans le déni de l'effraction psychique que produit l'annonce de son infertilité. Si c'est le cas, une prise en charge du couple peut, au moins, permettre de restaurer une part de la blessure narcissique liée à la souffrance du couple qui vient souvent se surajouter à la blessure de l'infertilité. L'enjeu est d'importance car il s'agira aussi de protéger l'enfant à naître des effets d'un deuil inassumé. ☹