

Psychopathologie et procréation médicalement assistée : Comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ?

Claire Squires, Pierre Jouannet, Jean-Philippe Wolf, Dominique Cabrol, Jean-Marie Kuntsmann

▶ **To cite this version:**

Claire Squires, Pierre Jouannet, Jean-Philippe Wolf, Dominique Cabrol, Jean-Marie Kuntsmann. Psychopathologie et procréation médicalement assistée : Comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ?. Devenir - Revue européenne du développement de l'enfant, 2008, 2 (20), pp.135-149. 10.3917/dev.082.0135 . hal-01519264

HAL Id: hal-01519264
https://hal.science/hal-01519264

Submitted on 10 Jun 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.

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

Clinique

Psychopathologie et procréation médicalement assistée :

Comment les couples infertiles élaborent-ils la demande d'enfant ?

Psychopathology and assisted reproductive technology :

How do infertile couples develop their request of a child ?

Claire Squires[1], Pierre Jouannet[2], Jean-Philippe Wolf[3], Dominique Cabrol[4] et Jean-Marie Kuntsmann[5]

Introduction

Les possibilités ouvertes par l'assistance médicale à la procréation conduisent les gynécologues et les biologistes à tenter de lever de plus en plus d'obstacles liés à la stérilité, à l'hypofertilité ou à l'âge… Les situations d'infertilité relative féminines ou masculines ou partagées s'avèrent insupportables pour les couples. Ces nouvelles thérapeutiques entraînent les patients et leurs gynécologues dans une spirale d'offre de soins et une demande d'enfant de plus en plus insistante. La possibilité technique d'avoir un enfant par le biais médical court-circuite souvent la procréation naturelle sans que la question d'une infertilité fonctionnelle soit même évoquée. Dans les infertilités inexpliquées, des déficits mineurs existent chez les deux membres du couple, se potentialisent et se conjuguent, alors qu'avec un autre partenaire une grossesse pourrait survenir. La dimension psychologique de l'infertilité n'est que rarement interrogée (Bydlowski, 2004).

Quelles sont les conséquences de l'extension des possibilités offertes par les procréations médicalement assistées ? Quels enjeux psychologiques résultent de ce contexte d'effervescence technologique pour les enfants, les parents et les équipes médicales ?

A côté des indications médicales traditionnelles d'aide à la procréation, comme la stérilité tubaire (fécondation in vitro, FIV) ou les insuffisances spermatiques extrêmes, de nouvelles demandes d'enfants apparaissent dans des situations d'infertilité relatives médicales (insémination intracytoplasmique de spermatozoïdes [ICSI], don de gamètes avec ou

[1] MD, PhD : clairesquires@noos.fr

[2] Professeur, MD.

[3] Professeur, MD.

[4] Professeur, MD.

[5] MD. Université Denis Diderot, Paris 7. Laboratoire de recherche de la maternité de Port-Royal-Hôpital Tarnier
89, rue d'Assas
75006 Paris, France

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

sans fécondation in vitro [FIV], don d'embryon) liées à l'âge ou bien aux marges des normes sociales admises jusque là : couples sans sexualité, demandes d'insémination de couples homoparentaux, gestation pour autrui, adoptions plus ou moins légales à l'étranger, adoptions par des parents seuls. Les lois concernant les dons de gamètes ou les adoptions et l'offre de soins étant différentes selon les pays, les cultures, les traditions, les couples se « débrouillent » pour avoir un enfant (le « tourisme procréatif »).

Or, plus les demandes de procréation assistée émanent de situations existentielles extrêmes, plus elles révèlent des personnes fragiles ; en effet, le fait psychopathologique apparaît souvent aux limites des normes sociales, biologiques ou juridiques... Dans la mesure où le parcours pour devenir parent est long, pénible (l'attente, les déceptions), semé d'embûches, le découragement est possible, mais aussi une persévérance excessive, voire un certain acharnement. Des couples sont prêts à tout tenter pour avoir un enfant. Goelb, *et al.* (2004) ont souligné la lourdeur des différents temps des prises en charge médicales de l'infertilité (attente de la grossesse naturelle, temps de l'investigation, de la procédure, des répétitions, des suites…) entraînant espoir, anxiété, déception si échec, tension de couple, médicalisation, anxiété si succès… Ainsi, en dehors des fragilités individuelles, le parcours du traitement de la stérilité pourrait, en soi, être déstabilisant. Certaines études montrent qu'en dépit de l'insistance des couples à entrer dans les protocoles d'AMP, près de 60% d'entre eux abandonnent les tentatives au bout de trois essais, même quand le pronostic médical est bon. Or, les motivations avancées tiendraient à un découragement, des sentiments négatifs dans la série anxieuse (Goelb, *et al.*, 2004).

Ainsi, les troubles liés à la difficulté de procréer constituent une souffrance reconnue de tous. De quelle souffrance s'agit-il ? Lorsque les chances d'aboutir sont très faibles, ne risque-t-on pas de laisser espérer les couples de façon illusoire ? Par exemple s'il s'agit d'une femme qui a largement dépassé la quarantaine ? Jusqu'où aller sans risque de nuire ?

Le devenir des enfants nés par PMA et nés en dehors d'un contexte d'infertilité ne semble pas différent quant au comportement. Des travaux restent à mener sur les conséquences psychologiques de ces techniques (la façon dont les enfants perçoivent la PMA, la révélation ou non de leur mode de conception) (Lazaratou et Golse, 2006).

Dans les cas où les somaticiens acceptent de traiter ces indications limites comme des cas plus classiques de stérilité, ils sont progressive-

ment conduits à s'entourer de précautions de façon à encadrer leurs pratiques. Ainsi, les indications discutables sont soumises à la concertation collective d'un staff ou d'une commission d'éthique. Si les cas sont discutés en commun, le sentiment d'être moins seul à prendre une décision est certes soulageant pour le praticien, mais ce dispositif ne résout pas tout. Peut-être manque-t-on encore de recul, de critères collectifs et d'exemples pour se rendre compte de l'impact psychologique des procréations médicalement assistées ; par souci de respect de la discrétion et de préservation de l'anonymat, on ne connaît pas précisément, par exemple, le devenir des enfants nés par insémination avec donneur.

De multiples problèmes psychologiques se posant aux couples (infertilité sans cause ou conséquences des traitements ou limites des traitements, la lourdeur des protocoles), le psychologue ou le psychanalyste complète le rôle du somaticien. Mais la question se pose de savoir à quel moment optimum pourrait-il intervenir ?

Les entretiens préalables aux traitements d'infertilité : vérifier la motivation du couple ?

La loi donne un cadre pour les indications médicales de la stérilité puisqu'elle stipule que l'assistance médicale à la procréation *« a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. Elle peut avoir pour objet d'éviter la transmission à l'enfant une maladie d'une particulière gravité »* (article L 152-2 du Code de la Santé publique, introduit en 1994).

L'AMP est aussi encadrée par des normes sociales puisqu'elle s'adresse à des couples mariés ou vivant ensemble depuis au moins deux ans. *« L'AMP est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple »* et les membres de l'équipe médicale devront *« vérifier la motivation de l'homme et de la femme formant le couple »* (article 152-10). Ainsi la loi permet qu'un entretien psychologique soit proposé au couple afin de préciser sa demande d'enfant. Le Code de la santé rend obligatoire l'entretien psychologique pour le receveur dans le cas d'un don de gamète, entretien avec un psychiatre ou un psychologue : *« Le doute sérieux sur la santé psychique des demandeurs ou la validité de leurs motivations pourra conduire, après entretien avec le psychiatre ou le psychologue, à un délai de réflexion supplémentaire ou à ne pas accepter la demande. »*

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

Comment vérifier la motivation des couples, authentifier en quelque sorte leur désir d'enfant, comme le précise la loi ? Qui doit prendre la responsabilité de l'acte médical, le gynécologue ou le psychologue ou le psychiatre ? S'agit-il d'un engagement personnel ou professionnel ou de la décision d'une équipe ? Les psychanalystes savent bien qu'au discours explicite *« Je veux un enfant »,* se mêlent des motivations plus obscures, plus ambivalentes, plus nuancées, des obstacles inconscients. Mais pour tenir compte de ces ambiguïtés liées au désir d'enfant et pour mieux les cerner, il faudrait ne pas trop se hâter de proposer des solutions purement médicalisées.

Une caisse d'Assurance Maladie a récemment enquêté sur le traitement des stérilités pour découvrir que les inducteurs de l'ovulation étaient administrés dans de nombreux cas dès les six premiers mois de tentative d'enfanter, sans examens biologiques préalables (spermogramme, courbes de température…).

Sylvie Epelboin, gynécologue à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, souligne la difficulté à aborder les questions du désir d'enfant et de la sexualité du couple : *« Dans l'investigation menée sur le contexte du projet d'enfant, nous sommes partagés entre deux volontés : ne pas passer à côté d'un problème majeur au sein duquel le désir d'enfant serait de colmater une brèche, mais aussi celle de ne pas obliger un couple à subir un "examen de passage". Sous prétexte que l'enfant désiré n'est pas venu dans un parcours naturel ou un délai souhaité, le couple se devrait de prouver la véracité de son désir et dévoiler les secrets de son intimité. L'obligation, pour ces couples, de présenter un projet construit, limite leur droit légitime à l'ambivalence »* (Eppelboin, 1999, p. 89). Il n'est pas non plus souhaitable que la question du désir d'enfant soit expulsée de la consultation, comme le souligne Dominique Memmi (2001).

Quelle est la place du psychologue ou du psychanalyste dans les protocoles d'assistance médicale à la procréation ?

Elle n'est certes pas facile à définir.

Premièrement, le fait d'envisager un protocole d'AMP limite chez les couples les représentations de leur propre ambivalence, inhérente au désir d'enfant. Le fait de requérir un protocole médicalisé ne facilite cer-

tainement pas l'expression d'un doute ou une investigation personnelle sur son désir d'enfant. En réalité, lorsque les deux futurs parents semblent hésitants à s'engager rapidement et de plain-pied dans les protocoles d'assistance à la procréation, on est plutôt rassuré. Le travail psychologique autour du désir d'enfant pourrait plutôt se situer avant les protocoles médicaux d'assistance à la procréation puisqu'on conseille généralement aux patients de ne pas prendre trop de décisions avant de s'engager dans un travail psychologique. L'élaboration autour du renoncement à la filiation biologique pour un homme est possible avant d'entreprendre une procréation avec insémination à la femme du sperme d'un donneur. Apprendre sa stérilité, accepter de n'être pas le géniteur de son enfant, exposer son partenaire à cette nouvelle désastreuse, soutenir à nouveau un projet d'enfant porté par la femme, telles sont les étapes auxquelles sont confrontés les couples où l'homme connaît une stérilité. Dans ces cas précis, la motivation du couple à se lancer dans le protocole de procréation par don de sperme est abordée, mais il arrive que les étapes de la décision du don soient emmêlées ; par exemple, que le désir d'enfant de la femme fasse l'impasse sur les conséquences de la stérilité de l'homme.

Deuxièmement, les futurs parents, borderline ou psychotiques et déprimés, pourraient être repérés avant les tentatives d'AMP dans le cadre des consultations de stérilité masculine pour insémination avec donneur, puisque les entretiens psychologiques sont obligatoires. Dans les autres cas, la perspicacité clinique du gynécologue, du biologiste sera précieuse, ou bien, c'est à la maternité, après la naissance, qu'on retrouvera des parents en difficulté ne parvenant pas à gérer l'arrivée d'un enfant.

D'ailleurs, en troisième point, nous nous demandons souvent sur quels critères on pourrait déceler par anticipation les lignes de fragilité chez des candidats à l'AMP. Et, une fois qu'ils auraient été cernés, nous nous demandons aussi quel type de suivi on pourrait proposer à ces futurs parents. Il n'est pas rare, en effet, que la demande d'enfant ne soit pas ressentie avec autant d'acuité par les deux membres du couple, où, bien souvent, des hommes ou des femmes arrivent à exprimer leur différence dans leur perception du désir d'enfant. Mais souvent, l'action en PMA prend le pas sur la réflexion, d'autant que l'âge induit l'urgence, empêchant souvent de se poser sereinement des questions. Et même si les couples expriment en consultation des états d'âme, ils ont tendance à oublier leurs hésitations ou leurs réticences, une fois que la fécondation a réussi. Peut-être faudrait-il proposer un suivi durant la grossesse, mais

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

il n'est pas sûr que ce type d'invitation soit bien accueilli : les couples ne souhaiteraient peut-être pas être désignés comme différents des autres une fois qu'ils attendent un enfant.

En effet, une caractéristique de la pratique médicale revient à occulter, dans le cas des stérilités inexpliquées, la prégnance de surdéterminants inconscients pouvant constituer un obstacle à la procréation. Or, en suivant l'hypothèse que certaines stérilités inexpliquées seraient reconnues comme une défense, une arme inconsciente contre la procréation consciemment désirée mais involontairement refusée (Bydlowski, 2004), on pourrait imaginer que ne pas pouvoir procréer spontanément pour certains couples serait une sorte de protection contre un accès à la parentalité trop fragile. Toutefois, la validation d'une telle hypothèse demeure impossible en l'absence d'outils intellectuels pour penser cette psychogénèse.

Par contre, si le problème est déplacé vers le psychologue ou le psychanalyste, quel est son rôle ? La consultation, souvent unique, parfois renouvelée, a-t-elle un but d'expertise (détecter les cas difficiles et le cas échéant, les récuser) ou d'ouverture à la réflexion ou de soutien dans le parcours très médicalisé des AMP ?

Premier exemple clinique, une pathologie limite, la toxicomanie

Que dire de la « motivation » de ce couple dont la femme approche la quarantaine et l'homme, la cinquantaine, porteur du virus du sida et de l'hépatite C? Le gynécologue est d'avis que la toxicomanie de Monsieur Y. est toujours active, ce qui questionne la poursuite des démarches d'AMP. De plus, ce patient tient sa femme dans l'ignorance de son intoxication d'opiacés par injection. Ils se sont mariés, puis ont divorcé et se sont à nouveau réunis, notamment autour de ce projet d'enfant. Or, Madame Y., à 38 ans, vient de perdre un enfant durant une grossesse issue d'un autre partenaire occasionnel, ce qui explique une certaine agressivité quand on lui demande d'ajourner sa demande d'AMP. Les consultations des couples plongent le clinicien dans l'intimité conjugale et les méandres parfois tortueux de leurs secrets. Dans ce cas précis, le simple fait d'aller au-delà de l'acceptation d'une demande d'enfant et de soulever des questions à son sujet découragent le couple de poursuivre avec le Cecos (Centre d'Etude et de Conservation du Sperme, par extension des gamètes ou banque de gamètes et d'embryons).

Dans ce premier exemple, il apparaît que l'entretien psychologique revient à encadrer une demande perçue comme problématique par le

somaticien ; sans refuser la demande de procréation assistée, le médecin peut l'ajourner, la faire maturer.

Un des jeunes couples où un homme avait une habitude de fumer de la marijuana quotidiennement sans paraître empressé d'avoir un enfant, alors que la femme d'origine africaine insistait pour une IAD, j'avais proposé d'attendre quelques temps avant de se lancer dans cette démarche. L'homme est revenu deux ans plus tard avec une autre partenaire en me remerciant d'avoir récusé la demande. D'où l'importance dans des cas ambivalents chez l'un des partenaires de pouvoir les recevoir séparément.

Les discussions éthiques autour de la sérodiscordance HIV des couples désirant procréer prennent en considération les intérêts du futur enfant, de la femme et des autres (la société en général et les autres couples infertiles). Si certains auteurs considèrent que le « meilleur intérêt de l'enfant» n'est pas pris en compte au cours des démarches d'AMP, d'autres pensent que la sérodiscordance conjugale HIV n'est pas en soi un motif de récusation d'AMP. En effet, ces cliniciens préconisent d'autoriser les couples sérodiscordants à avoir un enfant eu égard au risque très faible pour une mère séronégative de contracter le virus au cours de cette démarche et au risque minime pour une mère séropositive sous traitement antirétroviral de contaminer son enfant. Par exemple, le risque d'une femme séronégative d'être contaminée serait de 1/1000 et de contaminer son enfant serait de 1/50 (si les précautions sont prises pour empêcher le passage du virus) (Salvulescu, 2006).

Si une future mère est séropositive et le partenaire séronégatif, dans les pays où les mères porteuses sont autorisées, son ovule pourrait être lavé, les spermatozoïdes du mari injectés et l'enfant porté par une mère de substitution séronégative. Si le futur père est séropositif, une insémination avec sperme de donneur peut-être proposé.

Deuxième exemple, une première insémination par donneur précipite une pathologie limite

La stérilité entraîne un sentiment dépressif, une dépréciation de soi. Cette souffrance est souvent retrouvée chez des couples qui adoptent un enfant. Certains couples s'investissent tellement dans le projet d'enfant qu'ils s'abstiennent de s'intéresser à autre chose. Ils ont contracté un emprunt pour acheter une maison, ont organisé leur carrière, leur lieu d'habitation en conséquence et l'enfant se fait attendre. Ils ne peuvent s'investir dans autre chose. L'absence de grossesse est vécue comme une calamité.

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

Deuxième exemple clinique : une consultation pour une demande de deuxième enfant dans le cadre d'une AMP peut révéler une difficulté psychologique majeure. Madame X consulte dans ce cadre pour une demande de deuxième enfant par insémination avec donneur ; très vite au cours du premier entretien psychologique, la discussion porte sur l'accouchement vécu, comme si c'était hier, comme un véritable traumatisme et dans un contexte de dépression intense, toujours active. Le premier entretien est si incohérent qu'un suivi proche de son domicile est proposé à cette jeune femme, mais elle préfère revenir à l'hôpital Cochin. Cette jeune femme se sent toujours débordée par cette petite fille de deux ans, ses besoins, ses « caprices ». Lors du second entretien, il est question d'une séparation d'avec son mari, artisan dont elle fait la comptabilité. Puis, au troisième entretien, elle évoque sa mère malade, seule, dont la patiente doit gérer la dépendance ; jamais un projet de seconde grossesse, issu d'un couple réuni, ne se dessine au fil de nos entretiens. Le mari, vu seul, n'évoque pas non plus de projet de second enfant. Pourtant, à la fin du quatrième entretien, la jeune femme s'étonne que je n'obtempère pas et ne l'inscrive dans aucun protocole d'insémination avec donneur. Ainsi, la première grossesse d'un enfant issu d'une IAD a révélé ou précipité la décompensation d'un état-limite, diagnostiqué à partir de la dépression, des affects chaotiques avec persistance d'un contact avec la réalité malgré un déni massif de son état pathologique. Cette jeune femme se préparerait à renouveler une demande d'enfant, si une consultation psychologique n'évaluait pas la situation psychologique difficile du couple.

Les traumatismes obstétricaux, les deuils dans la famille ou les morts d'enfant constituent aussi des sources de souffrance, réactualisés par une infertilité ou peut-être à l'origine d'une infertilité. En effet, l'ovulation met en jeu des mécanismes intriqués d'origine neurophysiologiques et psychiques.

Troisième exemple, une situation-limite du côté masculin conduisant à un défaut de paternité

Les évènements de la vie obstétricale et personnelle des futurs parents peuvent être abordés au cours des entretiens et on peut avoir assez facilement accès aux affects, aux traces qu'ils laissent dans la vie psychique.

Souvent la demande d'une seconde tentative de procréation par insémination avec donneur permet la révélation des difficultés liées à la première grossesse.

Troisième exemple clinique : dans les suites d'une insémination avec donneur, un homme éprouve un vacillement identitaire à la suite d'une grossesse par IAD. Monsieur Z. craint de ne pas pouvoir faire face à ses trois enfants dont les deux derniers jumeaux, une fille et un garçon, sont nés aussi par IAD. Monsieur Z. se sent brusque avec ses enfants, facilement irritable et redoute la faillite de son couple. Depuis le suicide médicamenteux de sa propre mère, une femme possessive, obèse, diabétique et dépendante des médicaments, son mal-être s'est accentué, accentué par la consommation d'alcool ou de cannabis. L'union de Monsieur Z. avec sa femme et la naissance des trois enfants par IAD ne furent jamais acceptées par la mère de Monsieur Z. Le rôle de la famille peut s'avérer parfois pesant, lorsque la naissance aidée de la technique en cas de don de gamètes n'est pas acceptée. Cet homme en difficulté traduit ainsi ses relations avec sa mère : « Elle m'aimait " tellement ", elle ne s'intéressait qu'à moi et à mon oncle (le frère de sa mère) ». Après un suivi de plusieurs mois pour endiguer cet épisode dépressif, Monsieur Z. accepte de prolonger les entretiens par un suivi à proximité de son domicile. Ainsi les entretiens psychologiques ont permis à cet homme de surmonter un moment difficile lié à une procréation avec un tiers donneur et à mieux accepter sa paternité.

Le cas des grossesses tardives

Certes, plus fréquentes qu'autrefois, mais malgré tout marginales, les maternités « tardives» commencent à représenter depuis vingt ans un nouveau modèle féminin. La procréation au-delà de 38-40 ans, liée à l'absence de prise de conscience de l'horloge biologique apparaît souvent comme un choix par défaut. Cette nécessité d'avoir un enfant est ressentie douloureusement par une femme qui voit son âge avancer. En effet, l'engagement professionnel, les aléas de la vie amoureuse, l'investissement dans un couple semblent contradictoires avec l'impérieux désir d'avoir un enfant. L'image de la femme qui renonce à l'enfant au profit de la carrière n'est pas valorisée. Dans notre culture, une femme ne se sent pas tout à fait adulte si elle n'a pas d'enfant, restant assujettie à sa propre mère. Et ne pas avoir d'enfant devient très angoissant pour une femme qui approche la quarantaine. Des hommes, eux aussi, souhaitent de plus en plus avoir des enfants de plusieurs unions.

Autrefois, les maternités successives d'une femme allongeaient le temps de la procréation sur une période de plusieurs dizaines d'années. Dorénavant, les maternités moins nombreuses tendent à séparer le temps

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

biologique de la procréation, le temps de la sexualité et le temps de la fécondité. Ainsi, l'image idéalisée de ces grossesses tardives contraste avec celle des femmes du même âge plus nombreuses et déjà mères de plusieurs enfants pour qui une naissance supplémentaire n'était pas désirée (Knibielher, 1999). Ce désir tardif de grossesse est aussi intriqué avec une fragilisation des unions, les familles recomposées. Comme le montrent Pascale Donati et Olivia Samuel (2003), les premières maternités tardives sont perçues avec une certaine ambivalence, à la fois désirées et considérées comme un acte égoïste : *« La décision de la venue d'un enfant, qui est aujourd'hui associée à la préoccupation de son épanouissement, tend à disqualifier ces choix procréatifs trop tardifs »* – les parents (surtout la mère) se devant de rester jeunes le plus longtemps possible.

Ce préambule sur les grossesses tardives me paraît d'autant plus important que les soignants sont souvent aux prises avec les normes que la société (et aussi la médecine) admet concernant l'âge acceptable pour avoir des enfants. Les demandes de procréation médicalement assistée sont souvent encadrées par des limites d'âge, variables selon les services hospitaliers, mais les cas individuels sont discutés en réunion d'équipe dans les meilleures hypothèses. Ainsi la demande d'enfant des individus n'est-elle pas toujours superposable à ce que la médecine peut reconnaître comme acceptable. Dans certains services hospitaliers, par exemple, les obstétriciens refusent de recevoir des femmes de plus de 43 ans. Un cas particulier, la grossesse tardive liée au parcours très long de la stérilité peut conduire des femmes et des hommes à transgresser ces règles éthiques et à aller voir ailleurs (dans un autre pays) si leur problème peut obtenir une meilleure réponse.

Les raisons qui poussent un homme ou une femme à devenir parents pour la première fois à un âge avancé ressemblent globalement à celles qui les poussent à avoir un enfant lorsqu'ils sont plus jeunes. Au-delà des modèles sociaux, familiaux et médicaux, le désir d'enfant est aussi infiltré de significations inconscientes, d'identifications aux parents, mais aussi d'enjeux narcissiques. Il est lié aussi à l'expression du sentiment intime de n'avoir pas interrompu la chaîne des générations, d'avoir, comme le dit Monique Bydlowski (2004), « réglé sa dette de vie ».

Un cas clinique de grossesse tardive médicalement induite chez une mère psychotique ?

Nous présenterons un quatrième cas clinique qui souligne la nécessité pour les médecins de juger au cas par cas l'opportunité de répondre à la

demande tardive d'enfant. Il est issu d'une recherche à la maternité de Port-Royal sur les mères avec des troubles de la personnalité et leurs jeunes enfants. Ces mères, souvent impulsives, imprévisibles, s'avèrent intrusives dans les relations précoces ou tiennent leurs enfants à distance.

M^me^ A. est une femme d'origine algérienne de 49 ans qui vit avec ses deux parents respectivement de 83 et de 79 ans. Après une stérilité d'une dizaine d'années, elle a eu un enfant, que l'équipe de recherche de la maternité de Port-Royal sur « les grossesses-limites » rencontre à deux mois, par un don d'ovocytes d'une connaissance en Belgique après une stimulation hormonale en France. Elle accouche par césarienne en raison d'une mauvaise progression du travail. Elle est signalée par la psychologue afin de la rencontrer à domicile car elle se sent fatiguée, angoissée. Elle écrit d'ailleurs spontanément à la psychologue de l'hôpital. Sa maison est vaste avec quatre pièces. L'enfant n'a pas de chambre à lui et reste dans la salle commune. Il est dans un lit à barreaux, inerte, complètement inexpressif. Il y a dans la pièce un bruit continu de colombes et de six énormes chats.

Dès notre arrivée, elle nous propose une collation. L'enfant a eu un vaccin, il « chouine » sans cesse, elle lui donne un biberon couché dans le lit, sans le prendre dans ses bras. Il se raidit ensuite dans ses bras, détourne le regard. L'enfant esquisse un léger sourire, il régurgite, sa peau est cireuse. Elle nous dit qu'elle lui donnera un suppositoire pour le calmer à la prochaine visite. La puéricultrice de secteur est inquiète, M^me^ A. n'ose pas donner un bain à son fils, ayant peur qu'il se noie. A la seconde visite, une semaine plus tard, les relations avec l'enfant apparaissent de plus en plus anarchiques. Il ne cesse de pleurer, il est ankylosé car il ne sort pas de son lit. Après l'intervention de plusieurs pédiatres, nous parvenons à la faire suivre dans un dispensaire pour des entretiens psychologiques et de la psychomotricité. M^me^ A. a interrompu momentanément les séances pour se préparer à un nouveau don d'ovocyte avec le sperme de son ami, pour avoir une fille. Sur notre sollicitation, elle revient au dispensaire, où sera tenté un cadrage de cette mère perdue grâce à l'exemple de sollicitude et d'attention donné par la psychomotricienne : quelques massages destinés à détendre le bébé pour son torticolis induit par l'ankylose, un bain de langage adressé à l'enfant, la recherche d'une détente de son corps par un positionnement confortable, une sollicitation pour se retourner doucement ou saisir quelques objets doux.

J'aimerais soulever quelques questions posées par ce cas clinique. Tout d'abord, sur le plan éthique, que penser de ce don d'ovocyte, dissimulé

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

dans un premier temps au psychothérapeute (la patiente évoquait tour-à-tour un don d'embryon puis une insémination avec donneur), chez une femme ayant dépassé l'âge de procréer naturellement ? Le gynécologue, qui lui a prodigué un traitement de stimulation hormonale en France, alors que le don a eu lieu en Belgique, trouvait certes M^me^ A. originale, mais sans plus… N'est-il pas étrange d'accepter un tel traitement chez une femme qui se présente toujours sans partenaire ?

Ensuite, la personnalité de M^me^ A. paraît importante à prendre en compte pour orienter la décision thérapeutique.

La personnalité de M^me^ A. semble aussi atypique qu'apparaît singulière son envie d'avoir des enfants à n'importe quel prix. Son comportement, ses relations à autrui sont également étranges.

Elle évoque une psychose par le manque d'appréhension de la réalité, l'impression de bizarrerie qui se dégage, le comportement en surface laissant supposer des poches d'étrangeté enkystées. Elle écrit des cartes assez mystiques qu'elle nous adresse, mais en vérité, on ne sait à qui elle les destine.

Un autre pôle de sa personnalité laisse envisager des traits de perversion dans son comportement « sur-adapté » : la manipulation de l'entourage. Elle offre des cadeaux de toute nature, et qui se mangent, à chaque rendez-vous, à chacun des thérapeutes ou des stagiaires. Au minimum, M^me^ A. manifeste une capacité de manipulation de la situation incroyable: il y a un père (ou un donneur de sperme), muni d'un compte en banque, lequel vit chez ses parents et qu'elle rencontre au café pour lui montrer l'enfant. « Un homme servi par sa mère peut-il savoir s'occuper d'un enfant ?» se justifie-t-elle. Elle a inventé un moyen de faire taire ses interlocuteurs lorsqu'elle vient à chaque rendez-vous avec des cadeaux pour chacun d'eux. Par ailleurs, elle est grossièrement mythomane, ce qu'elle reconnaît tantôt puis nie cinq minutes plus tard. Nous ne savons plus qui est qui, pourquoi elle change de nom, pourquoi elle nous reçoit dans une tenue très légère. Surtout, elle induit chez l'interlocuteur confusion et doute, d'où une grande difficulté à constituer un cadre thérapeutique et s'y tenir.

Certainement, M^me^ A. est sur un registre limite de personnalité par l'écart entre sa conduite et l'expérience qu'elle en a, le déni de ses émotions, l'idéalisation d'avoir un enfant. Elle dévalorise immédiatement ce qui la menace : ici, les services sociaux trop perspicaces. Elle nourrit oralement l'objet reconnu comme bon tout en tentant de le contrôler.

Ces considérations nous guident pour la thérapeutique exigeant un investissement actif de notre part, ce qui n'est pas évident contre-trans-

férentiellement du fait de la discontinuité psychique, des affects paranoïdes qu'elle suscite chez nous.

Comment gérer une relation thérapeutique si difficile avec une mère qui peine à s'identifier à son enfant, ne reconnaissant ni ses besoins physiques (par exemple quand il a de la fièvre) ni sa personne singulière (pour elle, le bébé va toujours très bien). Le travail conjoint et séparé avec la psychomotricienne permet à la mère d'accéder un peu à sa capacité de décrypter la situation. Au début, M^me^ A. nous plaçait son enfant dans les bras en disant, « Il est si bien dans vos bras », se transformant en photographe et imprimant sur le papier des signes tangibles de l'existence de l'enfant. Nous sommes devenus des membres de sa famille spirituelle, elle qui est si croyante. Elle parvient à dire à présent qu'au début, c'était difficile pour elle parce qu'elle ne savait pas pourquoi son fils pleurait… A présent, elle parvient parfois à calmer Kévin dans ses bras, puisqu'elle peut se considérer un peu comme sa mère. C'est d'ailleurs, peut-être, ce qui la poussera à vouloir recommencer une autre grossesse puisqu'elle a pu se sentir un peu exister en présence d'un enfant.

On peut remarquer que l'enfant devient un peu plus un être humain aux yeux de sa mère, avec un prénom et un sexe, cessant d'être le jouet exposé au milieu de la salle commune, posé sur sa couche comme un animal domestique et objet de l'idéalisation de cette femme étrange.

La relation thérapeutique n'exige-t-elle pas un discours de sincérité ? Quelle sollicitude ressentir face au mensonge ? Ne se dit-on pas que, plus tard, à force d'étayage et, certainement, avec une dose de naïveté réparatrice, la patiente pourra enfin un jour avoir accès à ses émotions, dire la vérité sur cette procréation et peut-être faire des liens avec son propre passé ? M^me^ A. et son fils ont réussi à envahir notre vie psychique et le dispensaire à tel point que l'équipe se demande si on a raison de partir en vacances. En rentrant de vacances, nous nous sommes inquiétés de savoir ce que M^me^ A. et Kevin étaient devenus, le suivi au dispensaire ayant été interrompu car la patiente devait poursuivre ses traitements gynécologiques en vue d'une nouvelle grossesse. Ensuite, elle nous a raconté qu'elle avait accouché de jumeaux, ce qui était faux. Nous avons été conduits à faire un signalement au procureur pour faire part de nos inquiétudes au sujet de l'enfant Kevin, mais six mois après, la réponse se faisait toujours attendre.

Le travail psychologique en AMP conduit à se demander comment gérer les personnalités difficiles, mais, à partir du moment où des médecins acceptent de répondre à des demandes de procréation aussi atypiques,

Devenir, volume 20, numéro 2, 2008, pp. 135-149

on risque de rencontrer des situations familiales extrêmes. Les médecins ont la légitimité médicale avec eux ; alors, comment travailler dans ce contexte des demandes d'enfant dans des situations limite afin de les faire évoluer sur le plan psychologique ?

Conclusion

Pour conclure, nous pourrons constater que l'assistance médicale à la procréation a tendance à occulter les enjeux liés à la procréation naturelle dans leur dimension à la fois somatique et psychique. Toutefois, l'ambivalence marquant toute conception d'enfant réapparaît lors de la naissance de l'enfant ou plus tard ; c'est bien souligner l'importance de ne pas occulter le complexe désir d'enfant des consultations gynécologiques et de conserver une attention particulière à ses aléas.

En particulier, nous avons montré l'importance de repérer des situations difficiles révélées par des demandes d'enfant à la limite de ce que la société peut accepter ; des situations de toxicomanie encore active, de séropositivité, de dépressions postnatales majeures chez la mère, mais aussi chez le père à la suite de dons de gamètes, des demandes d'enfants hors fertilité naturelle chez des mères psychotiques.

Le psychologue, le psychiatre ont un rôle à jouer au moment des demandes d'AMP afin de permettre aux couples, ensemble ou séparément, d'élaborer avec les médecins gynécologues ou biologistes des projets de procréation avec des tiers donneurs. En outre, ils peuvent permettre d'encadrer la demande d'enfant, lorsque le projet d'enfant semble difficile à mener sereinement, de suivre le couple au cours du déroulement de la grossesse et parfois après la naissance dans les moments délicats que les parents traversent. Le travail psychologique se poursuit au sein des équipes dans les discussions pluridisciplinaires sur les dossiers cliniques.

Toutefois, des limites à ce travail d'élaboration sont vites atteintes : tout d'abord, il n'est guère facile pour les patients stériles, déjà blessés narcissiquement, de se projeter à ce moment dans l'avenir. Pour des dons de gamètes avec un tiers donneur, une phase de renoncement à la procréation naturelle est avant tout nécessaire; deuxièmement, l'intérêt de l'enfant à naître dans un contexte favorisant une maltraitance apparaît parfois contradictoire avec le libre-arbitre des parents potentiels de cet enfant ; dans ces cas, la discussion en équipe pluridisciplinaire est très utile, faisant souvent apparaître les projections mentales des soignants sur leurs patients.

Résumé

A côté des indications médicales traditionnelles d'aide à la procréation, comme la stérilité tubaire ou les insuffisances spermatiques extrêmes, de nouvelles demandes d'enfants apparaissent dans des situations d'infertilité relatives, liées à l'âge ou bien aux marges des normes sociales admises jusque là. Or, plus les demandes de procréation assistée émanent de situations existentielles extrêmes, plus elles semblent révéler des personnes fragiles ; en effet, le fait psychopathologique apparaît souvent aux limites des normes sociales, biologiques ou juridiques... ainsi les équipes de procréation médicalement assistée sont conduites à s'entourer de précautions et à soumettre ces demandes à un encadrement où le psychologue et le psychiatre ont leur place.

Mots-clés

Assistance médicale à la procréation.
Infertilité. Désir d'enfant.

Les staffs ou groupes de travail, peuvent permettre, lorsque la discussion met de côté les enjeux de pouvoir, d'exposer le vécu et les contre-attitudes des soignants au cours des consultations. Souvent, à l'issue de ces discussions, les cas difficiles se soldent par un renoncement à l'AMP, par une mise en échec de la procédure ou une séparation du couple ; troisièmement, la place du « psy » n'est pas facile à tenir dans ces cas d'AMP parce qu'il est rapidement débordé par deux attitudes fréquentes des gynécologues ou des biologistes, à savoir l'*acting* médical ou bien le laisser-faire.

(Reçu en septembre 2007, révisé et accepté en janvier 2008)

Références

[1] BYDLOWSKI M. : *Dictionnaire de la sexualité humaine*, sous la direction de Philippe Brenot, Paris, l'Esprit du temps, 2004.

[2] GOËB J.L., FÉREL S., GUETTA J., *et al.* : « Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006 ; *164* : 781-788.

[3] LAZARATOU H, GOLSE B. : « Du désir à l'acte: les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA) », *Psychiatrie de l'Enfant*, 2006; *49* : 573-599.

[4] EPELBOIN S.: « Assistance médicale à la procréation. Principes et réflexions cliniques », *in Espaces éthiques, pratiques hospitalières et lois de bioéthique. Perspectives de révision des lois du 29 juillet 1994*, APHP, 1999, pp. 93-98.

[5] MEMMI D. : « Sonder les âmes ou radiographier les corps ? », *in* IACUB M., JOUANNET P. (éds) : *Juger la vie*, La découverte, Paris, 2001.

[6] SAVULESCU J. : « Assisted Reproduction for HIV serodiscordant couples : the ethical issues in perspective », *American Journal of Bioethics* 2003 ; *3* (*1*) : 53-57.

[7] DONATI P., SAMUEL O. : *Les temps de la procréation féminine,* www.sociologies.org/ temporalistes/ home, 2003.

[8] KNIBIELHER Y. : *La révolution maternelle*, Paris, Perrin, 1997.

Summary

Beside traditional medical indications of assistance to procreation, like extreme Fallopian tube sterility or spermatic insufficiencies, new requests of children appear in situations of relative infertility, related to age or close to margins of allowed social standards. However, the more the requests of assisted procreation emanate from extreme existential situations, the more they seem to reveal fragile people; indeed, the psychopathological fact often appears in extreme cases of the social, biological or legal standards... thus the teams of procreation medical assistance are led to be cautious and submit these requests within a framework where the psychologist and the psychiatrist have their place.

Key words

Assisted reproductive technology.
Infertility.
Desire of a child.