

Clinique de l'infertilité : L'angoisse au féminin

Caroline Ghizzi-Carimantran

Ecole de la Cause Freudienne de Dijon

novembre 2012

Karolina, lorsqu'elle m'a proposé d'intervenir ce soir au près de vous, m'a invitée à transmettre ce que j'avais retiré comme savoir du travail de cartel sur le séminaire livre X « l'angoisse » de Lacan, que nous menons depuis septembre 2011. Cet exercice me paraît difficile, voir impossible à traduire. Je me suis donc demandée quels effets ont eu pour moi, et ont encore, ces temps d'échanges, d'élaboration et de mise en commun de notre pensée et de notre expérience. C'est dans mon écoute clinique que je les ai ressentis, et c'est donc de cela dont j'aimerais témoigner.

Ainsi, c'est à partir de ma pratique de psychologue à la maternité du CHU du Bocage, que je souhaiterais vous faire partager comment cette question de l'angoisse, que nous travaillons dans notre cartel, est venue rencontrer et modifier mon écoute des femmes que je reçois.

Dans mon activité à l'hôpital, je reçois les femmes en consultation durant lors grossesse et/ou après leur retour à la maison, ces rendez-vous peuvent alors s'adresser à la dyade mère-bébé. Je rencontre également les patientes dans les services durant leur séjour à la maternité ou lorsqu'elles sont hospitalisées. Ma pratique s'adresse aussi aux couples en difficultés pour concevoir un enfant ; ils sont accompagnés par le service d'assistance médicale à la procréation et, dans ce cadre, des rencontres avec les psychologues de la maternité leur sont proposées. C'est précisément des femmes « en mal de grossesse » ou « en mal d'enfant » dont j'aimerais vous parler ce soir.

Les progrès de la médecine en termes de contraception et la procréation ont permis d'espérer maîtriser les mystères de la fécondation, il est très complexe de savoir ce qui relève de la psychogénèse ou de l'organogénèse, tant il y a une influence réciproque de psychisme et du corps. L'infertilité peut, bien-sûr, être traitée comme un symptôme, il s'agirait alors d'un refus conscient ou inconscient de procréer. La peur de la grossesse ou son refus inconscient pourrait entraîner directement l'infertilité, de même par exemple que la question de la transmission impossible entre mère et fille du maternel. Ainsi, certains traitements se révéleront inefficaces pour des couples chez qui aucun problème somatique n'a été détecté, alors que pour d'autres une « grossesse surprise » se présentera quand tout traitement aura été suspendu. Mon propos, ce soir, n'est pas de réfléchir à ces limitations conscientes ou inconscientes qui barrent l'accès à la grossesse et à la parentalité, mais

d'aborder les mouvements psychiques en jeu lors des consultations avec ces patientes. Je n'évoquerai que la question des femmes ici, même lorsque l'on évoque l'infertilité, dans 30 à 50 % des situations il s'agit d'une infertilité masculine.

Lorsque ces patientes font la démarche de venir me parler, elles sont dans une grande détresse. Elles arrivent après un parcours de déjà parfois plusieurs années en assistance médicale à la procréation, souvent douloureux et qui a mis à l'épreuve leur corps, leur moral et aussi leur couple. Elles s'en sont remises à la médecine, à ce corps médical, pour obtenir ce que la nature paraissait refuser de leur donner. Elles se plient alors aux demandes des équipes, aux rythmes qu'elles leur imposent concernant leur intimité, la sexualité du couple, les traitements. Elles se soumettent à ce grand Autre du médical qui ordonne (perdez du poids, arrêtez de fumer, les piqûres sont à heures fixes, etc.), et qui accordera ou pas l'enfant tant espéré. Devenues passives, elles se sont transformées en objet de la médecine, ayant ainsi l'impression de perdre leur place de sujet désirant, désirant avoir un enfant de leur compagnon. Même si le désir ne se laisse pas annuler aussi facilement, et le Sujet va résister en refusant de disparaître dans les protocoles médicaux : ainsi telle femme oubliera d'aller chercher son traitement, une autre n'aura pas la vessie pleine lors de l'échographie rendant impossible le prélèvement de ses ovocytes, ou encore le corps réagit aux traitements par une hyperstimulation des ovaires qui met en péril la fertilité par la suite.

Ces phénomènes pourront être compris après coup, justement au cours des consultations où elles pourront entendre qu'une résistance a pu s'exprimer alors. Mais il ne s'agit pas seulement d'une résistance à la maternité, comme elles l'entendent si souvent sous la forme « tout ça c'est dans la tête » ou « ça viendra quand tu arrêteras d'y penser » (une dernière formulation bien paradoxale et bien impossible, alors que le rythme de leur vie même est dicté par les traitements). Il s'agit bien plutôt d'une résistance face au risque de leur disparition en tant que sujet capable de donner le tempo de sa propre vie.

C'est dans cette tentative de subjectivation, de remise en jeu de leur désir et de leur place d'être humain, et de femme qu'elles viennent en consultation. C'est lorsque le désir d'enfant a changé de registre en devenant besoin d'enfant que la souffrance surgit.

Lorsque ces patientes arrivent, elles semblent à bout de fatigue et de tristesse. Elles disent leur culpabilité de ne pas pouvoir porter d'enfant et leur honte aussi de devoir passer par l'assistance médicale à la procréation, se demandant « se qui cloche chez elles », « ce qu'elles ont pu faire pour mériter cela ». Lorsque la médecine donne une raison à l'infertilité, elles peuvent être partiellement soulagées, mais l'imaginaire reste actif, les idées d'autopunition reviennent régulièrement alimenter la culpabilité : un IVG dans le passé, la décision de repousser le moment de concevoir un enfant, etc. La demande peut être alors une quête de sens de l'infertilité, adressée au clinicien, qui, comme par magie, en donnant l'accès aux raisons cachées de la difficulté à tomber enceinte, permettra au verrou de

s'ouvrir, et au « miracle » de se produire. Le psychologue peut être alors considéré comme le dernier recours face à un corps qui ne répond pas aux demandes conscientes de grossesse. Elles viennent en consultation pour répondre à cette injonction « c'est dans la tête », elles rencontrent donc le spécialiste de la tête. Il me semble important de se garder justement d'alimenter la quête de sens, de répondre à la demande d'une interprétation ou d'un savoir détaché du sujet qui conduirait à donner « La » raison de l'infertilité. L'accompagnement permet, au contraire, au sujet de surmonter le traumatisme que peut représenter pour lui cette difficulté, afin que celle-ci puisse devenir représentable et prendre sens pour lui dans la singularité de son histoire.

Lors des consultations, ce qui se manifeste, témoignant de ce changement de registre que j'évoquais plus haut, c'est le surgissement de l'envie et de la colère face aux femmes enceintes et celles qui ont un bébé. « Elles en ont un et pas moi ». Avec parfois des fantasmes violents envers elles, ou le plaisir de dérouler des scénarios imaginaires où celles-ci perdent leur bébé ou démontrent leur manque de capacité à être mère. On entend alors se réactiver des mouvements anciens refoulés liés à la castration, mais encore plus, me semble-t-il, à une rivalité voire une haine envers la mère archaïque, celle qui a détenu et détient encore, tant que la fille ne lui a pas pris, la pouvoir de procréer et donc la puissance. Cette mise en mot de la haine peut susciter un sentiment d'inquiétante étrangeté jusqu'à, pour le sujet, être saisi par l'angoisse quand il s'agit de rencontrer une amie ou une sœur qui vient d'accoucher. Les patientes disent alors « ne pas se reconnaître », avoir l'impression que ces sentiments ne font pas partie d'elles, qu'ils leur sont étrangers. Ce malaise, cet embarras face à ce surgissement peut les amener à douter d'elles –mêmes et à retourner cette colère envers elle, justement dans une tentative pour se dégager de l'angoisse que suscite la mise à jour d'un tel refoulé. La violence, c'est à leur ventre qu'elle l'adresse, ce signifiant peut devenir peu à peu pour elle celui de l'échec. Elles critiquent leur ventre qui résiste aux tentatives d'insémination, qui demeure vide, les renvoyant alors à leur vide intérieur. A l'extrême, j'entends un ventre attaqué par les mots (« c'est pourri à l'intérieur », « il ne sert à rien »), et aussi dans la réalité avec les piqûres dans le ventre pour les traitements contre l'infertilité, qu'elles se font souvent elles-mêmes. Ce geste-même symbolise pour elle une agression de cette partie de leur corps, ce que viendront confirmer les hématomes qui suivent les injections. Dans des moments dépressifs aigus, le vide semble envahir toute leur vie, comme si celle-ci devenait privée de sens, en l'absence de maternité : « si je n'ai pas d'enfant à quoi bon continuer à vivre ».

Cette idéalisation de la représentation de l'accès à la maternité et au statut de mère peut induire, lorsque l'enfant arrive enfin, des mouvements dépressifs en post-partum importants, avec une chute de ce qu'elle pensait être l'accomplissement et la résolution de leur désir. Ce qui me conduit enfin à vous parler d'une autre des interrogations, très active chez ces patientes en attente de maternité depuis longue date : c'est la question de leur valeur en tant que femme. « Suis-je vraiment une femme, si je ne peux pas porter

d'enfant ? », ce qui revient à la question : qu'est-ce qu'une femme, en dehors de la mère. C'est donc leur qualité même de femme que ces patientes viennent mettre en doute, se comparant aux autres femmes, déjà mères, considérées par elles comme étant complètes, alors qu'elles ont un vécu de leur corps et, et de leur être de femme, comme inachevé. Elles restent filles (de leur mère), elles ne deviennent pas femmes, comme si la maternité était un passage obligé par accéder à cette position de femme.

Dans les consultations, grâce au transfert sur moi et sur le lieu-même de la maternité, ce sont ces questions du rapport à l'objet de leur désir, de leur rapport à leur corps et à leur identité de femme dont elles viennent parler. La souffrance vient de l'absence d'enfant et du vécu d'échec, et donc de l'atteinte narcissique qui s'en suit ; l'angoisse, quant à elle arrive lorsque surgit la violence refoulée jusqu'alors envers l'image de la mère et envers le corps. L'accueil de cette parole peut permettre que ce ressenti ne se transforme pas en passage à l'acte dans une tentative liquider l'angoisse, et que le sujet puisse se reconnaître en tant que femme même s'il doit renoncer, peut-être, à la maternité.

La lecture du séminaire de Lacan, et les temps d'échanges et d'élaboration lors du cartel autour de l'angoisse ont modifié mon écoute des patientes, ils m'ont permis d'entendre de façon différente comment leur angoisse et leur rapport à leur désir se manifestaient. Il est difficile pour moi de discerner de quelle façon exactement, c'est pourquoi, j'ai souhaité témoigner de ma clinique pour vous transmettre comment certaines de ces questions se sont mises au travail pour moi.