

Rencontres du Cercle Freudien, Dijon
Le devenir des fantasmes dans la clinique de l'infertilité

Caroline Ghizzi-Carimantran

Samedi 26 janvier 2013

Je remercie Marie-Laure de m'avoir proposé d'échanger avec vous cet après-midi et d'être sa « discutante », ce terme me paraît tout à fait approprié à notre relation à toutes les deux, il s'est présenté à moi comme un prolongement de ces longues conversations que nous avons, à la maternité, à propos de la clinique et de la psychanalyse telle qu'elle peut y être appliquée. Ce lieu où nous exerçons toutes les deux, où nous nous sommes retrouvées après s'être rencontrées durant nos études, et où, nous sommes devenues amies, est en effet un lieu très particulier, où, comme Marie-Laure le reprend si finement dans son texte, nous sommes amenées à faire des aller-retour entre la réalité de la grossesse qui se présente ou pas, les transformations du corps, le rêve, l'infantile, les fantasmes, la souffrance et l'angoisse. Il est donc précieux pour moi d'y travailler à deux, de faire circuler la parole et la pensée entre nous, alors que la matière clinique touche d'aussi près à l'archaïque.

Dans son travail sur le fantasme de grossesse, Marie-Laure a expliqué comment ce fantasme circulait de façon particulière pour les couples rencontrés en assistance médicale à la procréation et chez chacun de nous, je me propose donc, dans le prolongement de son exposé, de revenir sur la particularité de cette clinique de l'infertilité et d'explorer le devenir des fantasmes chez les patientes tels qu'ils me semblent apparaître lors des consultations.

Les progrès de la médecine ces dernières années en termes de contraception et la procréation ont permis d'espérer maîtriser les mystères de la fécondation, or, il est très complexe de savoir ce qui relève d'une origine psychique ou biologique dans l'infertilité, tant il y a une influence réciproque de l'un sur l'autre. 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, aujourd'hui, 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 jeux lors des consultations avec ces patientes.

Lorsqu'elles font la démarche de venir parler à une psychologue à la maternité, elles sont dans une grande détresse, c'est ce qui motive leur prise de rendez-vous. Elles souffrent et elles sont angoissées, elles ont besoin d'adresser à l'autre leur ressenti, un autre qui pourra accueillir de façon bienveillante, et sur un autre mode que celui du médical, ce qu'elles traversent. 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. Même si les résistances inconscientes du Sujet, qui ne veut pas disparaître pour devenir objet de l'autre, se manifestent par des actes manqués ou des somatisations qui vont bien souvent déconcerter les équipes médicales : 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 les patientes pourront entendre qu'une résistance a pu s'exprimer alors. Mais il ne s'agit pas seulement d'une résistance à la maternité, mais bien plutôt d'une résistance face au risque de leur disparition en tant que sujet. Comme l'a fait entendre Marie-Laure, notre rôle à la maternité est de soutenir la position subjective du sujet, l'enjeu est alors, non pas une élucidation des raisons inconscientes de l'infertilité, même si elles peuvent advenir au cours du travail, mais un accompagnement des mouvements psychiques provoqués par ce

traumatisme que peut représenter l'annonce d'une infertilité et le fait de devoir recourir au médical pour avoir un enfant.

Lorsque ces patientes arrivent en consultation, 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 « ce 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, permettrait 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. 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, à la patiente de surmonter le traumatisme que peut représenter pour elle cette difficulté, afin que celle-ci puisse devenir représentable et prendre sens pour elle dans la singularité de son histoire. Les consultations peuvent permettre alors de passer du traumatisme de l'annonce de l'infertilité, de ce blanc de pensée, qu'évoquait Marie-Laure, à une représentation de soi qui n'est plus laissée béante, dans l'impensé de la découverte de l'infertilité.

Pour reprendre les paroles de Marie-Laure dans son texte, ce qui me paraît être un moment tout à fait important de basculement pour les femmes dans la détresse et l'angoisse, c'est lorsque « au fur et à mesure du temps et des échecs qui vont émailler le parcours médical auquel sont soumis les couples, le désir d'enfant s'exprime progressivement sous la forme d'un besoin, besoin d'avoir un enfant. » Il me semble que c'est à partir de là que commence à surgir l'envie et la colère par rapport aux autres femmes enceintes ou déjà mères.

« Elles en ont un et pas moi » « elles me mettent face à ce que je n'ai pas ».

Lors des consultations, des patientes, pourtant bienveillantes par ailleurs par rapport à leur entourage, peuvent énoncer des paroles et des jugements d'une grande violence par rapport aux mères ou aux femmes enceintes. Elles leur dénie leur capacité à s'occuper de

l'enfant à venir, elles se réjouissent d'une difficulté rencontrée dans le couple de celle-ci au cours de sa grossesse. Elles ont parfois envie de les agresser et de leur prendre leur bébé, même si ne s'agit là que de rêveries et qu'elles savent qu'elles ne passeraient pas à l'acte. Elles ont parfois de grandes difficultés à voir leurs amies ou leurs sœurs enceintes craignant ce que cela pourrait provoquer en elle. Chaque annonce d'une grossesse autour d'elle est vécue non seulement comme une blessure, mais aussi comme une agression « *elle aurait pu attendre que je sois enceinte aussi avant d'attendre un deuxième enfant* », des sentiments de persécution peuvent alors surgir dans des réflexions comme « *pour tout le monde ça avance sauf pour moi* »,

L'angoisse par rapport au temps qui passe est alors prégnante « *l'horloge tourne contre moi.* », cette formulation renvoie à la question de la mort, nous aurons l'occasion d'y revenir par la suite.

Elles expliquent refuser de porter un nouveau-né dans leur bras ou craindre qu' « *on leur colle dans les bras* », alors qu'elles espèrent en porter un dans leur ventre. Ces femmes se disent alors déconcertées par ce qu'elles ressentent : « *je ne me reconnais pas* », se demandant alors « *d'où cela leur vient ?* »

Le surgissement de cette violence inconsciente, qui ne peut plus être refoulée, et qui prend la forme d'une inquiétante étrangeté, va susciter une très forte angoisse.

Que vient révéler cette angoisse quand elle apparaît face à une femme enceinte ou à une mère de nouveau-né ?

L'hypothèse que j'aimerais partager avec vous, est que dans l'attente de la grossesse qui dure et qui semble être une attente sans fin, l'enfant du fantasme et son lien avec le désir inconscient devient de plus en plus actif et envahit le champ du psychisme.

Lorsqu'une femme souhaite être enceinte, cette demande consciente correspond, en partie à un désir inconscient, un désir infantile. La psychanalyse a bien montré le décalage entre la demande consciente et le désir qui, lui, est inconscient. Dans l'inconscient, la question de l'enfant, et du désir qui y est associé correspond à différents mouvements et fantasmes. Au cours de la traversée de l'Œdipe, la petite fille demande au père un bébé en substitution du phallus. Ce bébé est aussi un désir adressé à la mère phallique de la petite enfance et à sa

toute puissance. Le bébé, dans le fantasme, peut devenir un objet de complétude narcissique d'une femme manquante puisque soumise, comme tout humain, à la castration. Le désir du sujet par rapport à la question de l'enfant, de porter l'enfant, est donc pris dans le réseau de ses fantasmes. Dans le psychisme de la femme, ce bébé fantasmatique inconscient va infiltrer de projections l'enfant réel lorsqu'il viendra au monde. C'est particulièrement le cas au cours de la grossesse où les filtres habituels du refoulement et de la censure sont moins efficaces. Mais l'enfant de la réalité, si la mère n'est pas psychotique, pourra être reconnu comme tel avec ses qualités propres et ne sera pas uniquement pris dans les projections maternelles.

Mais quel est le devenir de ce fantasme quand la grossesse ne vient pas le confronter à la réalité ?

C'est, à mon sens, ce qui se traduit par l'envie dans le rapport aux autres femmes et à leur bébé nouveau-né ou à venir.

Le fantasme inconscient, qui a pris forme dans la petite enfance de la femme, revient sous une forme active chargée de haine et de violence par rapport à la mère précœdipienne et œdipienne, par rapport au père œdipien qui refuse de donner à la petite fille ce qu'elle désire et qui le garde pour une autre femme. Peuvent se réveiller également une ancienne rivalité fraternelle, une fragilité narcissique liée à la castration, etc... C'est le versant de haine du fantasme qui se manifeste alors dans ces mouvements de violence.

Le fantasme est une construction imaginaire qui tente d'éviter au sujet la rencontre avec le réel de la castration et de la perte, dans tout fantasme il y a une part de haine et d'agressivité adressée à l'autre. La question de l'envie se joue de façon très précoce chez l'enfant. Nous pouvons à ce propos citer Mélanie Klein et ses travaux concernant la relation à la mère archaïque. Ainsi, elle décrit ainsi l'envie dans son livre « Envie et Gratitude »¹ : « *L'envie est le sentiment de colère qu'éprouve un sujet quand il craint qu'un autre ne possède quelque chose de désirable et n'en jouisse ; l'impulsion envieuse tend à s'emparer de cet objet ou à l'endommager.* » [...] « *L'envie, elle, ne vise pas seulement à la déprédation du sein maternel, elle tend en outre à introduire dans la mère, avant tout dans son sein, tout ce qui est mauvais, et d'abord les mauvais excréments et les mauvaises parties du soi, afin de la détériorer et de la détruire. Ce qui, au sens le plus profond, signifie détruire sa créativité* ».

¹ Klein, M. 1957, *Envie et gratitude*, Gallimard, Paris, 1968.

On entend la part de haine et de destruction liée à ce fantasme dans la première relation à la mère comme étant constitutif du lien. La femme enceinte se transforme en objet d'envie et c'est cette capacité maternelle que la femme en attente d'enfant va attaquer chez elle car elle ne peut pas l'obtenir. Ne pouvant avoir l'objet bébé (mis à la place fantasmatique du sein), elle projette les mauvaises parties d'elle dans la femme enceinte.

Je remercie Monique Tricot qui m'a fait part du travail très intéressant menée par Pascale Hassoun à propos de l'envie et qu'elle reprend notamment dans un article intitulé « L'envie » publié dans la revue *Filigrane*². Ainsi, elle explique ce qui est pour elle l'envie du côté des femmes, je la cite : « *L'envie, définissant un rapport d'inclusion, se trouve presque obligatoirement dans le rapport mère-fille. Elle se révèle particulièrement vive lorsqu'il s'agit d'opérer une différenciation sans élément qui fasse tiers. Avant que soient trouvés les points d'identification spécifiant chacune d'elles, la différenciation passe par l'envie et la haine. Le parcours œdipien de la petite fille est semé de déceptions, reproches, demandes de réparation d'un dommage [...] L'envie serait ce qui reste de la dimension imaginaire infinie qui soude toute petite fille à sa mère.* ». Dans la relation mère-fille, l'envie est constitutive du lien et des processus identificatoires, depuis la toute petite enfance puis durant la période œdipienne et ensuite à l'adolescence.

Lorsqu'une femme est enceinte, il y a une réactualisation de ces mouvements anciens, ceci participe au travail psychique nécessaire pour devenir mère. On le perçoit notamment lors des consultations avec les femmes enceintes, elles attaquent beaucoup leur mère, leur reprochant d'être soit trop là, soit pas assez, en tout cas de ne jamais répondre à ce qu'elle leur demande. Quand une patiente n'arrive pas à tomber enceinte, c'est toujours en partie à sa mère qu'elle le reproche, la rendant inconsciemment responsable de ne pas lui avoir transmis le maternel et réactivant ainsi cette ancienne haine. L'envie du pénis de la petite fille transformée en envie d'obtenir un bébé du père, lorsque la femme est confrontée à l'infertilité, devient une envie par rapport à la femme enceinte porteuse de ce bébé phallus du fantasme, elle est alors l'adresse de la colère car elle refuse d'accorder l'objet précieux. C'est la formulation « *elle me met face à ce que je n'ai pas* » que j'évoquais tout à l'heure.

² Hassoun, P. 2008, *L'envie*, « Filigr@ne », volume 17, n°1, 2008

Cette violence, en lien avec le fantasme inconscient, devait elle aussi restée cachée, en revenant sur le devant de la scène, elle crée l'angoisse par son inquiétante étrangeté.

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. On peut à encore faire le lien avec la question de l'envie évoquée tout à l'heure. Car le processus de l'envie, tel que le décrit Pascale Hassoun est une « pathologie de l'identification projective ». Les deux mouvements de clivage et d'identification projective y participent. On peut ainsi comprendre que la haine projetée par les femmes suivies en AMP sur la femme enceinte, alors mise à la position symbolique de La mère, revienne en retour sur le sujet qui va récupérer pour lui-même cette partie mauvaise. Mais comme la frustration est très importante par rapport à l'objet manquant, cette partie qui revient sur le sujet le rend « sans valeur ». Ainsi, dans ces moments dépressifs aigus, le vide semble envahir toute la vie psychique, comme si cette vie était privée de sens, en l'absence de maternité : « si je n'ai pas d'enfant à quoi bon continuer à vivre ». L'enjeu alors serait la disparition du sujet si le désir s'éteint. La sphère pulsionnelle semble en effet toute prise dans la question « d'être enceinte » ou d' « avoir un bébé », si ce vœu ne se réalise pas, ce serait alors un risque pour la patiente de ne plus avoir de désir de vie.

On peut faire le lien avec ce que décrit Marie-Laure de la question du trauma lié à l'infertilité et des angoisses de mort qui apparaissent quand il s'agit pour une femme de ne pas avoir d'enfant donc de n'être pas inscrite, dans la société, par la filiation. Je cite ici Marie-Laure : *« Car si l'enfant n'arrive pas, la différence des générations n'a plus de futur, la lignée reste conjuguée au présent et l'angoisse qui émerge et qui cherche ses mots vient convoquer toutes les traces du passé. »*

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. Car l'objet du fantasme n'est pas l'enfant, et encore moins celui de la réalité, c'est un leurre. Ainsi, une autre des interrogations très active chez ces patientes en attente de maternité depuis longue date 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, quand est prégnante l'envie par rapport aux femmes enceintes avec la réactualisation des mouvements archaïques qui l'accompagnent. 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 prise en compte de ces mouvements dans le travail de consultation permet un déplacement, les projections diminuent et le refoulement peut de nouveau opérer. Demeure, parfois, la tristesse de ne pas porter d'enfant, mais celle-ci, une fois dégagée de la violence, peut évoluer grâce une transformation du désir, par la sublimation, un désir porté par le fantasme de grossesse.