



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

En quoi l'infertilité peut être source d'un sentiment d'agression[☆]



How infertility can cause feelings of aggression

B. Rossin

Hôpital Saint-Joseph, 26, boulevard de Louvain, 13008 Marseille, France

Disponible sur Internet le 5 janvier 2019

MOTS CLÉS

Aggression ;
Reproduction ;
Désir d'enfant ;
Loi

Résumé

Objectif. – Évaluer l'agression du corps et de l'esprit autour de l'infertilité qu'elle soit médicale ou sociétale. Cette réflexion s'adosse sur la pratique de 30 ans d'expérience de prise en charge de couples inféconds au sein de l'unité d'assistance médicale à la procréation de l'hôpital Saint-Joseph à Marseille. Force est de constater le parcours difficile des couples dans la démarche diagnostique nécessitant des explorations complémentaires intrusives pour le corps et l'esprit. L'agression et l'espoir se succèdent, bousculant le ressenti des patients. Dans notre société en pleine mutation sur la famille, le personnel soignant se trouve confronté à l'expression du désir d'enfant, vécu comme un choix, une liberté, un droit. Sujet de controverses dans les débats de bioéthique (révision de la loi de bioéthique en cours).

Discussion. – Aggression du corps et l'esprit par les moyens diagnostiques et thérapeutiques, par l'échec, par l'impuissance devant l'âge qui avance avec la chute de la fertilité. L'agression en AMP se traduit par un taux d'abandon considérable et ce pour toute cause confondue : 35,6 % après une tentative, et augmente à chaque tentative supplémentaire, le taux cumulatif d'abandon est de 90 % après 3 cycles. Les stérilités idiopathiques stagnent de 25 % à 30 %, avec une stabilité déconcertant malgré les progrès diagnostiques. C'est une alerte pour les soignants et pour le politique.

Conclusion. – L'agression autour de l'infertilité, met en jeu, deux thématiques, celui de la démarche diagnostique et thérapeutique et celui spécifique du désir d'enfant. L'impossibilité d'accéder au désir d'enfant que ce soit naturellement ou après AMP constitue une agression du corps qui n'a plus vocation à porter un enfant, une agression de la psyché qui n'a plus vocation de transmission de l'histoire familiale. La famille a évolué, la place de l'enfant du désir est devenue centrale dans le lien affectif qui unit les parents. La société doit s'adapter aux désirs des patients.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Communication faite lors des journées Aius/Sexogyn, Marseille, oct 2018.
Adresses e-mail : b.rossin@wanadoo.fr, b.rossin@orange.fr

KEYWORDS

Aggression;
 Reproduction;
 Desire for children;
 Law

Summary. –

Objective. – Assess the levels of aggression on the body and the mind of medical or societal infertility. Study based on 30 years' practice in helping infertile couples in a medically-assisted reproduction unit at St Joseph's Hospital in Marseille. It is clear that the journey is difficult for couples looking for diagnosis requiring additional tests that are intrusive for the body and the mind. In our society undergoing serious transformations to family life, the care staff are confronted with couples explaining their desire for a child, experienced as a right, a form of freedom, a choice. This has become a controversial and topical subject in today's bioethical debates (with a revision underway of the French law on bioethics).

Discussion. – Perceived aggression of the body and the mind by the various diagnostic and therapeutic means, by failure, by feelings of powerlessness in the face of advancing age and falling fertility. The feelings of aggression through MAR are reflected in the high drop-out rates, regardless of the cause: 35.6% after the first attempt, increasing after each additional attempt up to 90% after 3 cycles of treatment. Cases of idiopathic sterility stagnate at 25% to 30%, with a worrying stability despite the progress made in diagnostic techniques, and this should be a warning for care staff and for the political world alike.

Conclusion. – Aggression around sterility brings two themes into play; firstly, the issue of the diagnostic and therapeutic approach and secondly the specific desire for a child. The impossibility of having a child, either naturally or by means of MAR, becomes a form of physical aggression to a body which can no longer have the vocation of carrying a child, in addition to an aggression of the mind which can no longer have the vocation of passing down the family history. The family has changed, the place of the child born of desire becomes central in the emotional bond between the parents.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'agression du corps et de l'esprit autour de l'infertilité est diverse et multiple, avec des conséquences redoutables. Cette notion doit interpeller non seulement les soignants mais aussi notre politique de santé publique. Le désir d'enfant, le désir de transmission garant de notre histoire familiale, s'inscrit dans notre société comme une « norme » et un accomplissement de soi. Mais la société a son mot à dire à travers les lois de la bioéthique qui régulent les normes d'accès aux procréations médicalement assistées quand celles-ci deviennent indispensables, et au-dessus il y a le politique qui décide de ce qui pourra être discuté au niveau de la bioéthique, et au final, la loi qui s'impose à tous au détriment parfois du désir personnel.

Le corps et l'esprit

Le désir d'enfant, dans une société occidentale qui a les moyens de maîtriser sa reproduction depuis le mouvement de libération des femmes des années 1970 succédant à mai 68, revendique la libre disposition des femmes de leur corps, « un enfant si je veux quand je veux » devient un enfant du désir. Il occupe une place centrale au sein de la famille. La contraception, l'interruption médicale de grossesse, offrent, la liberté du moment du désir d'enfant. Mais celui-ci quand il s'exprime devient urgent, il y a une modification des comportements. Peu de couples font le choix contraire ; celui de ne pas avoir d'enfant 3 à 4 % (Donati, 2003). Ainsi quand le désir d'enfant s'exprime, l'échec reproductif, conduit, a une demande de réparation, par le corps médical.

Là, l'agression commence dès l'anamnèse : l'âge (la prise de conscience de la chute de la fertilité avec l'âge, de son image de soi en situation d'incapacité), l'intrusion dans l'intimité et dans la sexualité (les rapports sexuels sont insuffisants, voire douloureux, ou impossibles), le « retour de souvenirs » parfois pénible (antécédents d'IVG, de viol), mais aussi l'expression de la souffrance du corps dans l'endométriose, avec des règles qui sont douloureuses et invalidantes. L'histoire du temps précédant la première consultation, fait de périodes d'espoir et de déception (culpabilité, sentiment de vide), voit une alternance d'émotion se succéder. Les premiers mots échangés entre patient-médecin, inaugurent un dialogue qui peut être perçu comme belliqueux des deux côtés. Les situations d'agressions physiques et psychologiques sont nombreuses et intrusives : le toucher vaginal, le spéculum acte de pénétration du corps de la femme, les tests post coïtaux où la sexualité du couple est mise à nue, l'exploration de l'intérieur du corps de la femme : l'hystérogaphie, coelioscopie hystérocopie, le jugement sur la capacité fécondante des spermatozoïdes, vécue dans l'angoisse. Plus loin encore dans le plus profond de soi, la génétique qui renseigne sur d'éventuels risques sur la descendance où le désir d'enfant ne peut plus se conjuguer avec le désir de transmission, et où la sexualité est en déshérence.

L'origine de l'infertilité établie, sonne un glas qui peut raisonner faux, inquiéter, tout dépend de la façon de le dire, de l'expliquer et de la situation du couple ou de chacun. L'infertilité masculine pose un problème éthique particulier (De la Rochebrochard, 2001) où les risques de la technique sont supportés par la femme alors que celle-ci présente une fertilité normale. En effet, les altérations des paramètres spermatiques (nombre, mobilité, et

pourcentage de formes typiques des spermatozoïdes) sont les causes les plus fréquentes de stérilités masculines, hors, nos moyens thérapeutiques passent par le laboratoire et donc par la fécondation in vitro. Cette relation entre les corps (en particulier féminin) se pose aussi dans le cadre de l'insémination avec sperme de donneur (IAD) quand le conjoint présente une azoospermie ou est porteur d'une anomalie génétique à ne pas transmettre à sa descendance. Si les risques pour la femme de la technique sont faibles en IAD, ils sont nettement plus importants lors de la FIV avec ICSI avec des conséquences possibles pour la santé des femmes. L'infertilité féminine peut nécessiter une chirurgie (polype malformation hydrosalpinx endométriose). Celle-ci répare mais laisse des traces dans le corps et dans la mémoire. La sexualité est attaquée par l'échec reproductif, à moins qu'elle en soit la cause, de toute façon, elle est en souffrance. La santé sexuelle est une partie intégrante de la santé en général. Si le plus souvent, en dehors des procréations artificielles cela se passe plutôt bien, à condition que la sexualité soit replacée au centre des débats, dans le cadre des procréations médicales assistées, la problématique est un peu différente. Les techniques d'AMP sont agressives pour le corps (1 % à 2 % de complications sévères sur les statistiques de l'Agence de biomédecine, 2015, portant sur 142 771 tentatives : il s'agit le plus souvent hospitalisation pour hyperstimulation ovarienne 275 cas dont 14 accidents thromboemboliques (cinq embolies pulmonaires, cinq phlébites des membres inférieurs, une thrombose veine porte, deux accidents vasculaires cérébraux, une phlébite jugulaire et du tronc brachio-céphalique), un décès. Il peut s'agir aussi de complications liées aux gestes cliniques, à la ponction 88 cas en 2015 (torsion d'annexes, hémopéritoine hématome ovarien ou encore problème infectieux, voir des complications liées à l'anesthésie. À côté de ces risques graves, il existe une pénibilité du traitement liée à la stimulation ovarienne par des injections sous cutanées d'hormones à répéter une dizaine de jours à heure fixe, aux contrôles nécessaires de la croissance folliculaire par échographies et dosages hormonaux, à la ponction ovocytaire et son hospitalisation de jour, au transfert d'embryon dans l'utérus dans les jours (3 à 5) suivant la ponction. Elles sont agressives (Csemiczky et al., 1996) pour l'esprit (emploi du temps serré, rythme encadré des traitements, angoisse des erreurs, interrogations sur la qualité des ovocytes ou des embryons, l'échec, blessure narcissique, culpabilité). Elles déplacent la sexualité de son rôle procréatif, d'ailleurs est-il fondamental pour la vie psychique d'être né d'un rapport sexuel ? « L'AMP supprime et supplée le rapport sexuel que ce soit dans la fécondation in vitro (rapport hors corps hors temps hors lieu) que ce soit dans l'insémination artificielle avec donneur (rapport adultérin avec un autre homme que celui avec lequel la femme vit ou encore une version œdipienne plus primitive d'un dieu le père inconnu sans visage, venu magiquement ensemençer une vierge) » Ce qui compte c'est que la médecine ne fasse pas cela (l'acte sexuel) à la place du couple, qu'elle ne soit pas une trompe l'œil de l'absence de sexualité. Car dans ce cas chacun des éléments du couple risque de se retrouver dans une position infantile et de grande souffrance (indiquant une prise en charge psychothérapeutique ou sexothérapeutique du couple).

Morale et politique

Le désir d'enfant est vécu comme un choix, une liberté, mais aussi comme un droit, dans une société en pleine mutation sur la famille (l'enfant en ce 21^e siècle est l'élément central de la famille). Sujet de controverses dans les débats de bioéthique (la révision de la loi de bioéthique est en cours), la vie reproductive est de fait sous influence avec des conséquences sur la santé de la femme et de la génération à naître, dès lors que l'AMP devient nécessaire au désir d'enfant.

L'AMP soulève des questions. Des questions d'égalité devant la loi, donc une prise en charge par la sécurité sociale pour effacer les disparités sociales, une égalité homme-femme : don de sperme, don d'ovocyte, mais la demande d'enfant n'est pas un droit et donc la société ne peut répondre à toutes les demandes. Les nouvelles approches de traitements passent par les lois de bioéthiques qui les valident ou non, puis sera discuté la prise en charge pas l'assurance santé.

Les questions éthiques sont pertinentes : que faire des embryons surnuméraires cryo-conservés restants quand le couple ne désirera plus d'enfant ? La loi a prévu cette situation mais la morale moins : l'abandon ou la destruction est une agression psychique pour le couple et l'embryon lui aussi est agressé, sélectionné et finalement laissé pour compte. D'où l'importance des mots pour aider les patients dans leurs parcours : ce ne sont pas des enfants mais des potentialités de vie. Cependant dans ce domaine, en occident, il existe deux courants de pensée issus de notre histoire : la notion de liberté individuelle issue de la réforme, s'oppose à la notion de dignité humaine (la vie humaine doit être respectée dès sa conception) du monde catholique.

La préservation ovocytaire, fabuleuse avancée de la science permet de conserver ses gamètes pour plus tard, (après le traitement d'un cancer une maladie auto-immune, une insuffisance ovarienne précoce). C'est un potentiel de vie, une possibilité de transmettre sa génétique, certes il y a là un grand bénéfice, mais il y aura agression de la mémoire en replongeant la patiente lors de la réutilisation dans le « souvenir de la maladie. Mais la loi ne permet cette préservation qu'en cas de maladie altérant la fertilité ou si la patiente fait un don d'une partie de ses ovocytes à autrui. Elle est répressive, agresse la liberté de la femme de disposer de son corps quand elle refuse (pour l'instant la loi de bioéthique est en cours de révisions) la cryoconservation sociétale : « un enfant quand je veux » (c'est-à-dire, l'autorisation de préserver ses ovocytes vers 30–35 ans, si la patiente est célibataire pour les utiliser plus tard quand elle aura rencontré un partenaire, l'horloge biologique perd son importance, elle pourra enfanter à 40 ans voire plus, ses ovocytes gardent le pouvoir fécondant d'une femme de 35 ans).

Le don de gamètes ou d'embryons, régulé par la loi, permis aux couples hétérosexuels, demain aux femmes homosexuelles et aux femmes seules, bouscule les patientes dans le dire de la transmission à l'enfant de son histoire, cette histoire doit s'écrire avec de nouvelles modalités, l'important est d'aider la patiente ou le couple à franchir les barrières de la tradition.

Cette même loi est répressive pour les femmes de plus de 43 ans qui vivent cela comme une injustice.

La société doit s'adapter à de nouvelles normes de parentalité mais avec quelles limites ? Le double don (ovocyte et spermatozoïde, crée un enfant sans transmission génétique de ses parents) concerne essentiellement des femmes seules de plus de 40 ans, la loi dit non, la morale n'y est pas favorable. Cependant à l'échelle individuelle, cela est vécu comme une atteinte à la liberté, les patientes partent le réaliser en Espagne ou ailleurs dans le monde moyennant finance. La gestation pour autrui (modification du corps et de la mémoire suivis de séparation de l'enfant et de la gestante, marchandage du corps des femmes) est interdite par la loi en France mais réalisable à l'étranger.

Demain que diront la morale et la politique sur les gamètes artificiels, la science issue de la volonté de réparer les corps et les âmes, a toujours une longueur d'avance. Il y a peu de spécialités médicales aussi régulées, mais ici sont en jeu les enfants de demain. La littérature internationale, sur les enfants de l'AMP est plutôt rassurante, restent cependant des zones d'ombre non encore explorées (celle de la GPA, du double don et celles en cours d'expérimentation) (FIVNAT) (4).

Discussion

Le corps est de fait agressé par les moyens diagnostiques et thérapeutiques. La chirurgie ou la cœlio-chirurgie sont indispensables afin de permettre l'ablation des trompes irréparables, la destruction de lésions d'endométriose, la réparation des malformations. Mais l'agression du corps par le scalpel, améliore nettement les taux de grossesse en cycle spontané ou en AMP. La réussite (Verhaak et al., 2005) aide à l'oubli de la violence faite au corps mais pas l'échec. L'esprit est agressé par l'échec, son impuissance devant l'âge, l'horloge biologique devient stressante et en inadéquation avec l'image que ce fait la femme d'elle-même. La prise de conscience de la chute de la fertilité, et le discours qui l'accompagne dans les médias est très anxiogène « si vous voulez être mère n'attendez pas ». Spontanée ou après AMP, la fertilité diminue dès 30 ans, et nettement entre 35 et 40 ans, presque nulle à 45 ans. Au total, 86 % de taux cumulatif de grossesse sur un an (Rossin et al., 2008 ; De Mouzon, 2011) à 20–24 ans 63 % à 30–34 ans 52 % à 35–39 ans. L'âge du père, est peu médiatisé, ils sont rarement invités à tenir compte de leur capital fertilité et pourtant l'impact n'est pas négligeable et ce n'est pas uniquement pour des raisons physiologiques mais plutôt sexiste la parentalité reste materno-ciblée. Chez l'homme, la fertilité diminue dès 30–34 ans, après 50 ans elle diminue de moitié. Cette diminution est moins nette et plus tardive que chez la femme, à cela s'ajoute une augmentation des risques chromosomiques (De la Rochebrochard, 2001). Beaucoup de couples imaginent pouvoir maîtriser la fertilité comme ils ont pu contrôler la contraception.

L'agression du corps et de l'esprit par l'AMP se traduit par un taux d'abandon considérable (Rossin et al., 2008) et ce, pour toutes causes confondues. Il est à la fin du 1^{er} cycle de 35,6 % et augmente à chaque tentative supplémentaire, le taux cumulatif d'abandon est de 90 % après 3 cycles. C'est une alerte pour les soignants et pour le politique. Ce taux très élevé est en partie lié au parcours long et difficile de

l'AMP. Une prise en charge psychologique est indispensable mais les centres n'en ont pas les budgets. Une adaptation du temps de travail est nécessaire (un effort a été fait par la loi, la journée d'absence pour acte d'AMP est considérée travaillée). L'échec est source : d'incompréhension, de révolte, de dépression (32 % des femmes et 23 % des hommes), troubles sexuels (12 %) et relationnels (9 % de difficultés relationnelles 15 % de séparation). Il a une impatience des patients, tout doit aller vite, être performant immédiatement, dans une société connectée « question posée réponse instantanée ».

Les stérilités idiopathiques représentent 25 % à 30 % des couples venant consulter, avec une stabilité déconcertante dans le temps malgré les progrès diagnostiques. Tout un pan de la souffrance psychologique trouve ici son expression : l'anxiété de la grossesse, les problèmes relationnels avec la mère, attachement excessif au père, le non-investissement du conjoint, les accidents de vie qui resurgissent (mort d'un enfant, violences sexuelles, culpabilité antécédent d'IVG, accouchement difficile voire dangereux de la mère ...), dépression narcissique.

L'échec du désir d'enfant peut être une source de sentiment d'injustice, de révolte contre le corps médical et de violence contre soi-même et son conjoint. La société doit s'adapter, certes, informer les patients sur la fertilité, mettre en place des mesures d'aide des jeunes couples (crèche, congés parentaux), faciliter l'accès à l'AMP, mais aussi prendre en compte les changements de la famille (femmes seules, homosexuelles, maternités différées) Alors que des associations de femmes contre les violences gynécologiques et obstétricales (Ciane.net), se constituent et permettent de libérer la parole des femmes face au corps médical. Celui-ci doit nécessairement évoluer dans sa pratique d'autant qu'il est détenteur du savoir et place le patient dans un place d'infériorité, même si d'énormes progrès ont été réalisés dans la prise en charge de la douleur, le chemin à parcourir est encore important puisqu'il a nécessité l'intervention de la secrétaire d'État aux droits des femmes, le 20 juillet 2017, sous forme d'un rapport sur les violences, commandité auprès du haut conseil d'égalité. Le respect du corps et d'esprit est un droit, il est inscrit dans la loi qui régit notre société, et pourtant celle-ci voit naître en son sein, une explosion de violence individuelle d'être en perte de repères.

Conclusion

L'agression autour de l'infertilité, met en jeu, deux thématiques, celui de la démarche diagnostique et thérapeutique et celui spécifique du désir d'enfant. Toute exploration gynécologique est de fait une agression du corps des femmes, celle-ci ne doit être réalisée qu'avec l'accord de la patiente, en expliquant le pourquoi et le comment de l'acte, avec respect et délicatesse.

L'impossibilité d'accéder au désir d'enfant que ce soit naturellement ou après AMP constitue une agression du corps qui n'a plus vocation à porter un enfant, une agression de la psyché qui n'a plus vocation de transmission de l'histoire familiale, rupture de la chaîne du temps qui relie les êtres humains à ceux qui les ont précédés et à ceux qui leur succéderont, avoir un enfant est une continuité de la

vie. La famille a évolué, la place de l'enfant du désir est devenue centrale dans le lien affectif qui unit les parents. La société doit s'adapter aux désirs des patients dans le cadre d'une réflexion de bioéthique mais le désir d'enfant n'est pas un droit.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

Références

- Agence de biomédecine. [le rapport médical et scientifique de l'agence de biomédecine 2015, données statistique agence-biomedecine.fr; 2015.](#)
- Csemiczky G, Landgren BM, Collins A. [The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment : psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. Hum Reprod 1996;11\(2\):274–9.](#)

- De la Rochebrochard E. [Stérilité, fertilité : la part de l'homme, population, Ined n°371; 2001.](#)
- De Mouzon J. [Epidémiologie de l'infertilité. Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain. Paris: Springer; 2011. p. 113–9.](#)
- Donati P. [La non procréation : « un écart : un écart à la norme » informations sociales, Cnaf n°11; 2003.](#)
- Rossin B, de Mouzon J, Pouly JL, Taar JP. [Taux cumulatif de grossesses en AMP. FIVNAT; 2008 \(Registre Français sur AMP\).](#)
- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijaak FW, Braat DD. [Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Hum Reprod 2005;20\(8\):2253–60 \[Epub 2005 Apr 7\].](#)

Pour en savoir plus

- www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/07/cp-violences-obstetricales-240717-1.pdf.
- <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>.