

Les troubles psychopathologiques de l'infertilité

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. Les infertilités secondaires.....	3
2. Les infertilités par fixation névrotique	4
3. Les infertilités liées à la perturbation de l'image consciente du corps féminin.....	5
Annexes.....	5

Prérequis

- Cours précédent : Les généralités sur les troubles psychiques
- Cours précédent : Les névroses

Objectifs spécifiques

- L'étudiant sage-femme doit comprendre l'impact et l'importance des troubles psychopathologiques féminins sur la capacité à procréer.

Introduction

La procréation naturelle exige pour sa mise en œuvre 3 facteurs :

- des organes sains,
- des gamètes sains,
- **des conditions psychiques favorables.**

Chacun de ces trois facteurs est essentiel, aucun n'est suffisant.

Ces conditions psychiques optimales sont probablement le facteur manquant dans de nombreux cas d'infertilité inexplicée sans cause organique.

Il pourrait s'agir d'une opération de défense inconsciente du psychisme en réaction à l'éventualité d'une procréation apparemment désirée mais en fait redoutée et donc refusée inconsciemment.

Dans ce cours, nous n'aborderons pas :

- les infertilités liées à toutes les dysfonctions de la sexualité du couple qui s'avèrent incompatibles avec la fécondation (impuissance, vaginisme, rapports non fécondants...).
- la souffrance psychique coexistante avec l'infertilité, douleur morale qui peut être une cause ou une conséquence de l'infertilité. Il ne faut pas oublier qu'elle peut se développer en souffrance sociale et souffrance narcissique mais également conduire au désespoir (idées de suicide, voire de meurtre).

Au-delà, les troubles psychopathologiques de l'infertilité seront traités ci-après en fonction des tableaux cliniques les plus souvent rencontrés.

Nous envisagerons ainsi :

- les infertilités secondaires à un événement traumatique,
- les infertilités névrotiques,
- les infertilités avec perturbation de l'image du corps féminin.

1. Les infertilités secondaires

→ L'infertilité secondaire succède le plus fréquemment à la perte de la grossesse ou de l'enfant précédents (fausse couche, IMG, MFIU, GEU).

Au-delà, tous les antécédents de pathologies obstétricales peuvent être par un effet traumatique, responsables d'une inhibition de la fécondité ultérieure.

Dans l'inconscient, tout se passe comme si la grossesse, si elle devait s'installer, se présenterait comme une catastrophe potentielle. La stérilité, aussi douloureuse soit-elle moralement, est une réponse inconsciente pour protéger la patiente de cette catastrophe possible. Il n'y a pas forcément une réalité médicale sous jacente.

→ L'infertilité secondaire peut aussi succéder au-delà à une catastrophe (parfois oubliée) ayant touché sa

lignée de filiation féminine (mère, grand-mère, tante).

Par exemples, il existe ainsi des cas où l'infertilité de la fille est liée

- à la représentation que celle-ci avait du viol ancien de sa propre mère,
- à la survenue d'une psychose puerpérale maternelle ancienne,
- à une mort maternelle en couches dans la famille, ... Tous ces cas sont le plus souvent simples à identifier par l'anamnèse précise.

Lorsqu'ils sont reconnus, ces situations sont d'accès simple à une psychothérapie et le pronostic de procréation est alors favorable sans aide spécifique.

Il faut cependant remarquer que ces femmes sont souvent très demandeuses d'AMP.

En effet, elles préfèrent souvent un parcours technique éprouvant dans ce cadre médical à un travail psychique qui ferait resurgir le passé et sa douleur.

2. Les infertilités par fixation névrotique

L'infertilité par fixation névrotique succède quant à elle à un arrêt du développement psychoaffectif et / ou psychosexuel de la patiente à une étape clé.

→ **Au moment de l'œdipe**

La problématique œdipienne que la jeune fille traverse et qui culmine à l'adolescence comporte souvent des représentations incestueuses particulièrement vives.

Dans l'inconscient, tout se passe comme si la grossesse, si elle survenait, donnerait corps à un fantasme de l'enfance (par exemple l'enfant que toute fille a un jour désiré de son père).

La stérilité permet alors d'éradiquer la représentation d'un inceste qui serait imaginativement accompli et porteur d'un fruit : l'enfant.

Ces situations se révèlent en général aisément au cours d'une psychothérapie.

Au-delà, il faut connaître que cette fixation œdipienne est très aggravée par l'intervention de l'AMP.

Le gynécologue vient y occuper une place privilégiée ravivant les fantasmes incestueux que les patientes projettent sur lui.

Pour conséquences, cela peut entraîner la disparition des fantasmes du couple et une perte du désir conjugal.

→ **Autour du lien d'identification à leur propre mère**

Dans la normalité et quel que soit la réalité des relations mères-filles, une idéalisation de l'image maternelle est nécessaire à la femme enceinte pendant la grossesse.

Ainsi, la représentation de l'image maternelle doit **s'attendrir** le temps de la gestation : la future grand-mère maternelle cesse d'être toute puissante pour faire son entrée dans la vieillesse en tant que future grand mère.

Ce processus est malheureusement inaccessible aux patientes qui ont perdu l'image maternelle de tendresse qui était probablement celle des débuts de leur vie de bébé.

Au cours de leur développement, elles sont devenues des femmes sans terre maternelle de référence.

Dans l'inconscient, tout se passe comme si la stérilité leur permettait ce bénéfice psychique d'entretenir un statu quo avec leurs représentations intérieures maternelles et donc de rester éternellement la fille en colère de leur mère.

Ces situations peuvent trouver une solution sans AMP au cours d'une psychothérapie mais il s'agit d'un travail souvent long de plusieurs années.

3. Les infertilités liées à la perturbation de l'image consciente du corps féminin

D'autres cas d'infertilité sont en rapport avec des Troubles de la Conduite Alimentaire (TCA) : anorexie et/ou boulimie.

Ils peuvent être actuels ou passés.

Il existe dans les TCA des perturbations inconscientes et importantes de l'image corporelle.

Pour la plupart, le corps est étranger à elles-mêmes ; elles tentent de le contrôler autant dans sa forme que dans son poids.

Leur corps est souvent nié en tant que vécu avec un faible ressenti des sensations agréables ou désagréables.

Ces patientes sont le plus souvent hostiles à une psychothérapie (la psychologie étant synonyme de départ vers un inconnu anxiogène avec perte de la direction des opérations).

En revanche, elles témoignent de beaucoup d'intérêt pour le champ médical qui vient les conforter dans leur maîtrise de leur propre corps, délégué ainsi aux praticiens.

Au total, ces patientes sont le plus souvent dociles lors des protocoles d'AMP même si il existe beaucoup d'échecs.

En guise de conclusion, ce dernier fait met encore une fois au premier plan la nécessité de conditions psychologiques favorables pour pouvoir faciliter et/ou débiter suivant les cas une grossesse.

Annexes

Bibliographie

- **Alain LIEURY** : *Psychologie cognitive*, 3ème édition, Editions DUNOD, 426 p, 2013
- **Antoine BIOY Damien Fouques** : *Psychologie clinique et psychopathologie*, 2ème édition, Editions DUNOD, 245 p, 2012
- **J. LABLANCHE J.-B PONTALIS** : *Vocabulaire de la psychanalyse*, Editions PUF, 523 p, 2009
- **M. Bydlowski** : *Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine*, paru dans *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* n°31, 2003, p 246–251