

Le médecin face à la demande d'AMP

Marie-Annick Rouméas

DANS **LAENNEC 2008/4 Tome 56** , PAGES 23 À 31

ÉDITIONS **CENTRE LAENNEC**

ISSN 1272-520X

DOI 10.3917/lae.084.0023

Date de mise en ligne : 01/01/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-laennec-2008-4-page-23?lang=fr>



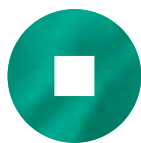
Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Centre Laennec.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Éthique

Actes du colloque

Marie-Annick Rouméas

Gynécologue médicale

Le médecin face à la demande d'AMP

*Face à la demande pressante
d'une aide médicale
à la procréation et en l'absence
d'anomalie reconnue, le médecin
peut décider d'emblée d'orienter
le couple vers un spécialiste
de l'AMP ou, au contraire, prendre
le temps d'accompagner l'homme
et la femme dans leur attente.
Gynécologue médicale*,
Marie-Annick Rouméas
témoigne de son expérience.*

* M.A. Rouméas a publié
l'ouvrage *À l'écoute du corps
et de la parole des femmes :
la pratique quotidienne
d'une gynécologue*,
Éditions Yves Michel, Gap, 2006.



Une femme sur six consulte pour infertilité au cours de sa vie. Gynécologue médicale installée en libéral dans une ville de la banlieue parisienne, je reçois souvent des femmes ou des couples qui, désirant une grossesse, craignent de ne pas avoir d'enfant et font une demande d'aide médicale à la procréation (AMP). En pareil cas, il relève certes de ma responsabilité de décider si une orientation vers un spécialiste de l'AMP est nécessaire mais, plus encore, il m'incombe d'accompagner le couple dans son attente. Après un examen clinique, deux types de situations sont envisageables suivant que l'on peut d'emblée suspecter un obstacle organique à la fécondation, soit 10 % des cas, ou pas. En l'absence d'anomalie reconnue, pourquoi se précipiter sur les techniques d'AMP comme si l'on n'acceptait pas qu'il ne soit pas toujours possible, pour un couple, de faire un enfant au moment même où il le veut ? Ceux que je vais évoquer sont des couples âgés de moins de 35 ans (1) dont l'histoire médicale ne suggère aucun obstacle à la survenue d'une grossesse, qui essaient d'avoir un enfant depuis quelque temps sans que cela dépasse 18 mois, et pour lesquels il n'est pas nécessaire de recourir à des investigations techniques de façon urgente.

Pourquoi attendre avant de recourir à la technique ?

Parce qu'il faut parfois simplement un peu de temps pour qu'une grossesse débute.

- Parce que souvent la femme se croit stérile *a priori* : en commençant des investigations techniques, je ne peux que renforcer sa crainte. Si je demande des examens c'est que je cherche une anomalie ; elle est confortée dans sa peur et peut même tomber réellement malade.
- Parce que je ne souhaite pas faire courir à la femme des risques inutiles, psychologiquement et physiquement. Je pense à ces couples pour lesquels aucun obstacle organique n'avait été décelé et qui, malgré les prouesses de la technique, n'ont jamais pu débiter une grossesse ou, si grossesse il y avait, n'ont jamais pu mener celle-ci à terme – ce qui veut bien dire que la technique ne maîtrise pas tout. La femme ne savait plus qui elle était, ou bien se vivait comme un corps

(1)
Après 35 ans, la fécondité diminuant, il est important de ne pas différer les investigations.

morcelé. Le mari se sentait mortifié, exclu, méprisé dans son intimité ou s'en voulait de ne pas ressentir le désespoir de sa compagne. Il est connu que la vie des couples est profondément modifiée, bouleversée par ce parcours difficile de l'aide à la procréation (2). L'expérience de certains patients m'a fait comprendre tout l'intérêt de temporiser.

- Parce que tout ce qui est mystérieux et singulier dans l'histoire de la femme et du couple, tout ce qui trace difficilement son chemin vers la parole ou la concrétisation d'une grossesse... toute cette complexité risque d'être étouffée par une réponse médicale technique. En effet, chaque femme et chaque homme ont à la fois de bonnes raisons pour désirer un enfant et des arguments pour ne pas en avoir. La plupart du temps, ils sont loin d'imaginer que ces aspirations contraires coexistent en eux. L'enfant ne vient pas parce qu'inconsciemment la femme a encore envie d'être libre, ou parce qu'elle ne veut pas vivre la même vie que sa mère. Tout en désirant un enfant, une femme peut redouter les changements de son corps pendant la grossesse. Un homme peut vouloir faire plaisir à sa femme mais ne pas se sentir prêt lui-même...

Il ne s'agit donc pas d'attendre pour attendre mais de laisser le temps à la vie, et aussi de favoriser le déplacement de ces ambivalences qui s'interposent entre le désir de grossesse et sa réalisation dans le corps.

L'histoire de Linda

Sa mère était morte quand elle avait 8 ans et Linda ne parvenait pas à être enceinte. Elle n'arrivait surtout pas à dire son angoisse de mourir et, comme sa mère, de laisser derrière elle une orpheline. Inversement, elle craignait que sa tante et sa grand-mère ne la croient ingrate. Elles l'avaient élevée, l'avaient rendue heureuse, Linda ne voulait pas les faire souffrir. Quelques temps après avoir exposé son dilemme, Linda a commencé une grossesse.

Comment vivre cette attente ?

Comment aider la femme ?

Une demande technique m'est adressée qui émane de la femme ou du couple – mais si je demande à rencontrer le couple, c'est le plus souvent la femme qui vient seule, dans un premier temps, inquiète, angoissée.

(2)

Le documentaire « En Vie », d'Emmanuelle Verani et Éric Bu (2004), illustre les émotions et les questions que ce couple a affronté : que signifie vivre ? Est-ce seulement devenir père ou mère ? Qu'est-ce qui nous unit ?



Face à une exigence technique forte...

« Je suis mariée depuis le printemps dernier et je ne suis pas encore enceinte. »

« Je ne comprends pas, j'ai arrêté la pilule il y a cinq mois, je n'arrive pas à débiter une grossesse. »

« Mon compagnon s'inquiète. »

« Je n'en peux plus d'attendre ! » Dans les faits, l'attente dure depuis huit mois, mais chaque mois qui passe est source de désespoir.

« Est-ce que je suis stérile ? »

« Pourrons-nous avoir des enfants ? »

« Quels examens faut-il faire ? »

Ces paroles révèlent une grande détresse. Il ne s'agit pas pour moi de minimiser ou de nier ce que la femme ressent, ni de la rassurer par des propos de réconfort facile. Ce qui m'importe, c'est d'accueillir son angoisse et de l'accompagner dans son attente.

Cette femme impatiente d'être enceinte fait pression sur moi avec sa demande technique. Elle s'étonne : elle a pu ne pas avoir d'enfant quand elle n'en voulait pas, pourquoi n'est-elle pas enceinte maintenant qu'elle désire une grossesse ? Elle est persuadée qu'une fois la « cause » détectée par les examens adéquats, une réponse « médicale » pourra résoudre son problème. Comment résister à l'anxiété de cette femme qui exige et dit ne plus supporter d'attendre encore ?

Je sais ceci : je ne suis pas obligée de répondre d'emblée à cette angoisse par la mise en route d'une spirale d'examens menant tout droit à une aide médicale à la procréation. Ma responsabilité de médecin n'est-elle pas de rassurer au lieu de dramatiser ?

Je sais aussi ce que je désire pour cette femme : ne pas lui faire prendre de risques inutiles. Je souhaite qu'elle retrouve confiance dans ce corps qu'elle a pu ressentir défaillant ; qu'elle se rende compte qu'elle est capable de mobiliser des forces pour vivre cette attente ; qu'elle reste actrice de son histoire au lieu de s'en remettre complètement au médecin.

... rester à l'écoute de la personne

Pour cela il me faut respecter ses mots à elle : ils ont leur

poids, ils recèlent un sens et n'ont pas à être convertis en termes techniques. Son « J'ai peur qu'il me quitte si je ne le lui fais pas d'enfant » n'équivaut pas au « Vous êtes angoissée par votre infécondité » que formule le praticien dans son propre langage.

Il faut prendre le temps d'écouter l'histoire singulière qui se dit par fragments – et, par exemple, garder en mémoire ces paroles : « Je suis née par césarienne, ma mère a failli y rester. »

Il faut aussi profiter de l'examen gynécologique pour poser un constat de « normalité », en nommant geste par geste ce que je perçois et les conclusions que j'en tire. C'est un effet bénéfique de l'examen : si les peurs de la femme resurgissent concernant ses capacités, elle pourra toujours se référer à ce qui a été dit. Elle y trouvera aussi parfois la réponse à une question qui la troublait. Je me rappelle l'étonnement d'une patiente : « Vous avez pu m'examiner facilement ; je croyais que j'étais trop étroite et que je ne pourrais jamais accoucher. »

Il faut enfin laisser le temps à la femme d'intervenir, d'exprimer ses peurs ou son manque de confiance en elle. Par exemple lui laisser suggérer ou dire comment son corps a pu être agressé et combien elle craint que ce malheur ne l'empêche de devenir mère. Je me souviens de cette femme qui, petite fille, avait subi des attouchements de la part de son grand-père. Elle pensait qu'elle ne pourrait faire confiance à personne si elle avait un enfant.

À l'issue de cette consultation, le plus souvent, j'explique à la patiente que ce qu'elle m'a raconté de son histoire, ainsi que les données de l'examen auquel j'ai procédé, ne m'orientent pas vers un obstacle organique à la survenue d'une grossesse et qu'il n'est donc pas nécessaire de mener de façon urgente des investigations techniques. Je lui rappelle aussi qu'une majorité de couples met plusieurs mois avant de débiter une grossesse, et ce en l'absence de problèmes physiologiques. Je souligne enfin que cette attente n'est en rien due à la prise de la pilule. Généralement, la femme est tranquilisée par cet entretien et je lui propose un prochain rendez-vous avec son compagnon.

Comment aider le couple ?

Quelle aide apporter à ce couple angoissé qui, même s'il n'y a pas lieu de s'alarmer d'emblée, a toujours une vraie raison d'être inquiet ? Injonction familiale, peur ancienne... cette raison, quelle qu'elle soit, doit être respectée, même lorsqu'elle n'est pas encore formulée. Deux points me semblent importants pour cet homme et cette femme : trouver en face d'eux un médecin clairement situé ; sortir de la confusion entre attente et stérilité.

Être clair dans sa position de médecin

Que signifie « être au clair » pour moi, en tant que médecin ? M'efforcer de demeurer lucide et vigilante face aux impressions très diverses qui me traversent. Par exemple, il peut m'arriver d'éprouver un désir « dé-placé » que la patiente arrive à être enceinte : elle souffre tellement cette jeune femme ! En me mettant ainsi à sa place, je risque de ne plus tenir la mienne. Dans d'autres cas, lorsque je connais la femme depuis très longtemps, il arrive que son compagnon ne corresponde pas du tout à ce que j'avais imaginé. Je me demande même parfois pourquoi ils sont ensemble. Et je risque de laisser passer cet étonnement dans le ton de ma voix.

Il ne s'agit pas, bien sûr, de rester neutre et froide mais simplement de ne pas dessaisir l'homme et la femme de leur histoire passée et de leur émotion présente. Il me faut garder constamment à l'esprit le fait que ce couple existe – avec ses questions et son inquiétude – en dehors du temps de la consultation. Les mots prononcés, les paroles échangées, l'homme et la femme les emporteront avec eux ; c'est pourquoi je dois être claire aussi dans mes propos. Je me souviens d'une question à laquelle j'avais répondu par un sourire : il s'agissait de savoir si tel caractère était héréditaire ou non. J'ai oublié la question mais je sais que la femme a interprété mon sourire comme une tentative pour ne pas l'inquiéter, et cela a augmenté son angoisse qu'elle a conservée jusqu'au rendez-vous suivant.

Sortir de la confusion

Il faut également aider le couple à sortir de la confusion assimilant à une stérilité le fait de ne pas débiter une grossesse dans les mois qui suivent la décision de faire un enfant. Pour

favoriser une approche plus objective, je présente toujours au cours de la consultation une courbe de Gauss ; cette courbe en forme de cloche montre le nombre de grossesses survenées dans un délai donné, à partir du moment où les couples ont décidé de faire un enfant. La majorité des grossesses intervient entre 12 et 24 mois, le sommet de la courbe se situant à 18 mois. Le plus souvent, les couples qui consultent sont rassurés de comprendre qu'ils ne sont pas les seuls à attendre et que cette attente ne signifie pas impossibilité de concevoir. Il m'arrive alors d'entendre des réflexions telles que : « On va y arriver, on est presque au sommet ! » ou bien « Au sommet, on y verra plus clair ! »

Je prends le temps d'expliquer. Je décris la maturation des gamètes, le chemin qu'ils ont à parcourir et les conditions nécessaires pour entraîner une fécondation. Je montre des schémas, des planches anatomiques. Pourquoi cette mise au point qui peut sembler un peu « primaire » ? Elle permet de réintégrer la réalité ; on sort d'une peur gigantesque qui prenait toute la place. Je constate l'intérêt dont témoignent tant le mari que la femme, et je vois l'homme, quelquefois distant jusque-là, rapprocher sa chaise de mon bureau. Il se sent plus à l'aise, ce qui se passe dans la consultation l'intéresse. C'est aussi l'occasion pour tous deux de poser des questions sur un épisode de leur histoire qu'ils pensent en relation avec « leur stérilité », ou d'oser dire que leur attente d'enfant n'est pas si urgente à leurs yeux, ou encore d'évoquer l'injonction de l'une ou l'autre famille : « Ah, si vous saviez, la mère elle sait tout. Elle dit que c'est la faute de ma femme car ma sœur, elle, a été enceinte au bout de deux mois ; mais moi je ne suis pas pressé, nous sommes jeunes. »

Ainsi, ce temps d'explication atténue l'angoisse ; il laisse au couple la possibilité de réfléchir et de percevoir combien il a de bonnes chances d'avoir un enfant spontanément – 91 % des femmes auront un enfant naturellement au bout de quatre ans.

Définir une stratégie

Vient alors le moment d'élaborer une stratégie avec le couple ; pour cela, j'explique les différents examens pos-



sibles, les renseignements qu'ils sont susceptibles de fournir et pourquoi ils s'échelonnent dans le temps dans un ordre précis. Et je réfléchis avec la femme et son compagnon quant à l'intérêt de faire ces examens rapidement ou, au contraire, d'attendre. Cela dépend de ce qu'ils ressentent : l'envie d'être rassurés ou la prise de conscience qu'ils peuvent se faire confiance. Nous planifions le temps, convenons ensemble de l'intervalle qui pourra être vécu plus sereinement avant le prochain rendez-vous, après des vacances, après le passage d'un moment important dans leur vie... et nous projetons les examens basiques, sans danger, qui pourront alors être demandés. Lors de chaque prise de décision, je les informe que nous pourrions reconsidérer ce qui a été convenu.

Quels sont les effets de ce choix concerté de prendre son temps – un temps où le couple ne sera pas seul ? Le plus souvent, la notion d'urgence s'éloigne. C'est l'occasion pour l'homme et pour la femme d'exprimer devant un tiers leurs manières différentes de vivre l'attente « – Toi tu paniques toujours ! – Et pour toi, rien n'est jamais grave. – Non, moi j'ai confiance » ou même le décalage de leurs projets respectifs. Cela peut amener une décrispation favorable à la survenue d'une grossesse... ou encore laisser émerger une petite phrase empoisonnée, mille fois ressassée, qui, d'être dite tout haut, perd un peu de son venin stérilisant : « Un jour ma mère m'a dit : "Heureusement que tu n'as pas d'enfant, tu ferais comme ton père, tu partirais." »

L'homme et la femme se retrouvent dans un projet et non plus dans un échec vécu douloureusement. Ils ne forment plus ce couple qui a échoué chaque mois, sans comprendre pourquoi, mais celui qui espère à nouveau. Le temps n'est plus cette entité écoulée angoissante qui ne leur a pas encore permis d'avoir un enfant, mais l'allié grâce auquel leur projet a des chances de se réaliser.

Conclusion

Toute mon expérience médicale me conforte dans cette conviction : quand une femme va voir le médecin pour lui dire « Je veux un enfant », la survenue d'une naissance ne

dépend pas de la rapidité du praticien à débiter une AMP. Hormis les cas où l'histoire de l'un ou de l'autre peut évoquer un obstacle organique, il est urgent d'aider la femme et le couple à attendre.

Pour autant, il est vrai que c'est une souffrance pour une femme de voir les mois passer sans que son désir de grossesse prenne corps. Tout est remis en question, tout vacille pour elle et pour son compagnon. Mais, même s'ils ne le savent pas encore, ce vacillement va peut-être leur permettre de déplacer l'angoisse ou la crainte qui leur barrait le chemin de la grossesse. J'ai choisi d'accompagner ce douloureux et patient travail de déplacement et de conforter la confiance de la femme et du couple en leurs possibilités. Pouvoir être mère, pour une femme, c'est avoir la possibilité d'entendre résonner très profondément en elle, du plus lointain de son histoire, cette parole discrète qui lui assure qu'elle peut faire confiance à la vie. De même pour un homme, pouvoir devenir père n'est pas seulement une affaire de corps, mais aussi une histoire de parole.

Médecin, gynécologue, j'ai la chance de faire ce métier qui me permet d'être, le temps des consultations, aux côtés de cet homme et de cette femme qui désirent un enfant mais n'y arrivent pas aussi vite qu'ils le voudraient. Les accompagner est parfois une tâche difficile : il m'arrive de douter et de me demander s'ils n'ont pas raison de s'inquiéter. Mais ce que je constate, et qu'ils me disent eux-mêmes après, quand l'enfant est arrivé, c'est qu'ils ont appris au fil du temps qu'ils pouvaient se faire confiance. Ils ont découvert aussi que cet enfant longuement attendu a son propre rythme dans la vie ; c'est son temps à lui, ils ont envie de le respecter.

● Marie-Annick Rouméas