

# Les troubles sexuels à l'origine d'une infertilité sont-ils une indication ou une contre-indication de l'A.M.P. ?

Olivier KERNEIS

Praticien attaché, Service d'Urologie, C.H.U. de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre

## RESUME

L'observation de 11 couples demandeurs d'AMP, et présentant des troubles sexuels (masculins ou mixtes) source d'infertilité, nous amène à plusieurs conclusions : Il s'agit d'une cause rare mais pas exceptionnelle d'infertilité. La sexualité et la dynamique conjugale doivent être systématiquement abordées lors d'une consultation d'infertilité. L'absence de rapports sexuels féconds n'est pas une maladie, mais un symptôme, un message corporel, qui signe toujours des conflits psychiques. Schématiquement 2 groupes : ceux amoureux bloqués par un drame infantile enkysté ou des conflits transgénérationnels non réglés ; ceux pour lesquels l'enfant vise à colmater un dysfonctionnement conjugal grave. Ceci impose au préalable un suivi psychothérapeutique et/ou sexothérapeutique qui permet d'éclairer le sens du symptôme avec libération de la sexualité, ou au contraire de renoncer à ce désir d'enfant et régler le conflit conjugal. La médecine ne doit pas être un trompe-l'œil de l'absence de la sexualité du couple, ni cautionner une dissociation entre l'acte sexuel et l'acte procréatif, qui n'est pas sans conséquences symboliques sur la vie psychique. La conduite à tenir implique un travail en réseau pluridisciplinaire qui évite toute position de toute puissance, et permet d'évaluer l'indication ou non d'une AMP.

**Mots clefs :** stérilité, AMP, éthique, sexualité

## I. INTRODUCTION

Les techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) bouleversent les représentations de la procréation, de la filiation et de la sexualité, suscitant en nous fascination, perplexité et frayeur.

Il s'agit d'une profonde mutation, mélange inextricable de possibilités bienfaites et dangereuses. Origine, transmission, sexualité, vieillissement, mort, tous les temps essentiels de l'expérience humaine sont convoqués, forçant les limites du possible, dessinant un monde inconnu, défiant le temps et les générations jusqu'à des retournements incroyables : embryons congelés, cadavres pouvant donner la vie, maternité diffractée en fonctions (la mère génétique, la mère porteuse, la mère désirante et la mère féconde), paternité séparée de la sexualité et de la transmission du patrimoine génétique, télescopage des générations, enfin potentiellement -un jour- naissance d'un enfant sans parents ou reproduit sur le modèle identique d'un des parents.

Les grandes lois de l'évolution spontanée de l'espèce vacillent, la filiation est attaquée, la nécessité et la symbolique de la différence des sexes sont parfois annulées (quand la médecine et la loi permettent et reconnaissent le droit à un couple homosexuel d'être parents d'un enfant), la grossesse est réclamée comme un droit.

Les grands fantasmes originaires de notre vie psychique, ces tentatives pour l'enfant de se représenter les énigmes majeures, sont ébranlés : fantasme de la scène primitive, à l'origine de notre vie, fantasme de séduction, d'où surgit la sexualité, fantasme de castration, à l'origine de la différence des sexes.

Correspondance :

Dr Olivier Kerneis - 20 rue Dugommier, 75012 Paris - Tel 01.43.41.36.04 - Email okerneis@free.fr

Depuis 40 ans les méthodes contraceptives ont libéré le sexuel en permettant une sexualité sans procréation qui permet de contrôler le désir d'enfant.

Depuis 20 ans la procréation peut s'émanciper du sexuel [3]. Des couples ayant un certain type de sexualité qui ne leur permet pas de procréer (impuissance psychique, incapacité ou refus de coït, couple séparé, mari mort avec transfert d'embryons post-mortem, couple d'homosexuels, ...) viennent parfois demander une AMP. Or les travaux sur ce sujet sont quasi absents. La bibliographie est extrêmement pauvre sauf pour dire que parfois il est observé comme "cause de stérilité" une absence de rapports sexuels [8, 10]. Mais on évoque rarement la signification de ces infertilités psychogènes, la conduite à suivre [10], et l'indication ou non d'une AMP.

Quand la médecine doit-elle intervenir ? Quelle écoute pouvons-nous avoir du symptôme que peut représenter cette infertilité ? Quel cadre proposer pour accompagner ces couples ?

Nous aimerions montrer à partir d'une étude de 11 patients, plusieurs points :

- Chez tout couple infertile demandeur d'une AMP, il faut interroger la place de la sexualité dans la vie du couple et évaluer la dynamique conjugale.
- Toute absence de rapports sexuels féconds (absence de pénétration ou/et anéjaculation) ne doit pas être considérée comme une maladie, mais comme un symptôme c'est-à-dire comme un message corporel signant toujours de lourds conflits et blessures psychiques.
- Il faut toujours garder à l'esprit de traiter avant tout la cause du trouble, soit ici le problème sexuel.
- La conduite à tenir implique un travail en collaboration réunissant urologue ou andrologue, gynécologue, psychiatre ou psychologue, qui décideront à terme de l'indication ou de la contre-indication d'une AMP. Il convient, dans ces cas, de ne jamais se précipiter dans une AMP, et *a priori* d'être plutôt réservé.
- Un travail psycho et/ou sexothérapeutique doit être proposé pour aider ces couples à décoder le sens de ce symptôme, qui implique en général les histoires transgénérationnelles de chaque membre du couple. Le plus souvent cette thérapie permet au couple de se dégager de cette impasse sexuelle et, soit d'obtenir une grossesse naturelle, soit de renoncer au désir d'enfant qui vise à colmater un dysfonctionnement conjugal.
- Une organicité, parfois associée, peut venir masquer l'absence de sexualité. La conduite à tenir reste la même, justifiant encore plus un travail en réseau pluridisciplinaire.
- l'AMP ne doit pas être considérée comme une "procréation sans la sexualité". Au risque sinon, comme nous le verrons, de déplacer le rapport sexuel sur le couple "procréateur médical - femme" en excluant l'homme.

Nous évoquerons dans la discussion trois questions :

- Que se passe-t-il psychiquement quand s'opère dans un couple une dissociation telle entre sexualité et procréation que leur type de sexualité (ou leur absence de sexualité) est source d'infertilité ? Faut-il avoir des rapports sexuels pour avoir un enfant ?
- Est-il fondamental pour notre vie psychique d'être né d'un rapport sexuel ?
- Quelle est la position (et l'évolution) de notre société dans ce domaine ?

## II. PATIENTS, MATERIEL ET METHODES

### 1. Cadre des entretiens [7]

Je suis amené à voir des couples soit au C.H.U. de Bicêtre dans le service d'urologie du Professeur A. JARDIN, soit en privé.

Ces couples me sont adressés par des collègues urologues dans le cadre d'une évaluation psychologique proposée systématiquement lors de toute demande d'AMP.

Cette activité m'amène à voir 80 couples par an. Chaque couple fait l'objet d'un ou plusieurs entretiens, d'une durée de 60 à 90 minutes.

Ces entretiens se font dans le cadre d'un travail en réseau pluridisciplinaire qui réunit mensuellement les différents intervenants autour des cas complexes. Ce réseau regroupe les consultations de stérilité du C.H.U. de Bicêtre, de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, de la Clinique Les Noriets, et du Centre Hospitalier d'Argenteuil. Il rassemble différents intervenants : urologue, andrologue, gynécologue, généticien, radiologue, biologiste, endocrinologue, psychiatre, technicien, infirmier.

### 2. Groupe clinique de l'étude

Parmi les couples rencontrés, une grande majorité concerne des couples jeunes ayant une vie sexuelle, unis dans une relation dynamique amoureuse, éprouvés douloureusement par la découverte d'une infertilité avérée, et pour lesquels l'indication d'AMP peut être facilement envisagée, tout en prenant le temps de la réflexion, de l'information et de l'accompagnement de ces patients [6].

De façon marginale, et c'est à ces cas que nous allons nous intéresser, j'ai été confronté depuis quatre ans à :

- sept couples chez qui des troubles sexuels étaient à l'origine d'une infertilité ;
- deux couples avec azoospermie, et absence de sexualité (n°2 et 3).

J'y adjoints dans cette étude clinique deux cas (n°6 et 10) venus de la consultation d'urologie non pour évaluation de l'AMP mais pour des troubles sexuels (anérection pour l'un, hyperalgie du gland avec sexualité sans pénétration pour l'autre), pour lesquels il s'est avéré qu'une demande d'AMP était en cours.

#### Cas n°1: Une contraception naturelle

Frank et Pascale, la trentaine, consultent un urologue car

Pascale se préoccupe de l'anéjaculation de son mari, et ils désirent un enfant. Ils n'auraient pas consulté s'il n'y avait eu cette question d'enfant. Leur sexualité leur convient, faite de préliminaires longs, de pénétration, et d'une finalité de bien-être associée à de vagues sensations locales qui ne sont pas des orgasmes. Ils n'ont jamais eu recours à la masturbation. Malgré une apparente liberté sexuelle, ils manquent de connaissances physiologiques (par exemple ils différencient mal le sperme de l'écoulement des sécrétions glandulaires). Pudiques, sans esquisser ces questions, ils décrivent difficilement leur éprouvé corporel.

Ils sont marqués par un interdit masturbatoire, que leur histoire permet d'éclairer:

Frank est traumatisé par le départ de son père quittant le domicile conjugal du jour au lendemain pour une autre femme sans laisser de traces pendant 6 mois, le précipitant, en tant qu'aîné, à occuper trop tôt à 8 ans une place d'adulte. S'ensuit à la puberté un long divorce haineux et procédurier qui le fait fuir de chez lui. Au service national, il côtoie la masturbation des autres qu'il vit comme un signe de faiblesse et de perversité. Comme si un interdit du plaisir autoérotique s'était ainsi forgé: plus jamais ce plaisir qui a démolé ma famille et fait qu'un père puisse délaisser ses enfants !

Pour Pascale, une sexualité tabou, une morale très catholique, une mère soumise avec un père absent, et un frère aîné méprisant et autosuffisant, la conduisent à préférer la compagnie amicale des femmes privilégiant les relations avec sa soeur.

Tous deux se défendaient d'une sexualité parentale intégrée négativement comme narcissique, et instrument de pouvoir entre les sexes. Ils n'en recherchaient que plus un lien amoureux en privilégiant la tendresse.

**Dans un tel cas, il faut traiter la cause (le trouble sexuel), et ne pas s'engouffrer dans une AMP.** Une sexothérapie dégagea Franck de ce frein éjaculatoire, libéra plus leur sexualité, les amena à pouvoir s'identifier positivement à un rôle parental, et permit en 10 mois à Pascale d'être enceinte.

#### **Cas n°2: Un couple fraternel**

Quand Jeanne rencontre Alex, ils savent tous deux qu'Alex risque d'être stérile. Ceci avait été évoqué quand il fut opéré tardivement d'une ectopie testiculaire. Après 8 ans de vie commune, une biopsie testiculaire confirme le diagnostic d'azoospermie, et le couple est d'emblée orienté vers une IAD (Insémination avec Sperme de Donneur), et un dossier d'adoption.

C'est à la demande systématique de l'urologue que nous les rencontrons. Il apparaît d'emblée qu'ils vivent comme frère et sœur, Jeanne jouant le rôle de la grande sœur maternelle. Ils n'ont aucun rapport sexuel : au départ, ils se trouvaient trop jeunes, puis ont eu peur de l'acte ; quelques rares essais s'accompagnant de douleurs, ils craignent de faire mal et arrêtent. Cette frustration est fortement compensée par la prise de nourriture, générant un surpoids mal toléré.

Petit dernier d'une grande fratrie, Alex fut le chouchou, ultraprotégé par ses six soeurs. Quand Jeanne, fille unique, l'épouse, elle est considérée comme venant l'arracher, et une distance s'installe entre lui et sa famille. Mais Alex retrouve immédiatement en ses beaux-parents des substituts parentaux, et le couple vit chez eux plusieurs années. Les parents de Jeanne participent à la construction du pavillon du couple à proximité du leur. Le couple n'a aucun loisir personnel, et passe sa vie avec les parents de Jeanne.

Alex souhaite nettement une IAD, vraisemblablement pour masquer et ce problème conjugal et sa stérilité. Jeanne préfère l'adoption qu'elle considère comme une preuve d'amour. Elle s'inquiète dans l'IAD d'avoir un enfant d'un inconnu: "l'enfant sera-t-il l'enfant du couple ?".

Concevoir un enfant dans de telles conditions est insensé. Ce couple, très mal dans leur peau, sent bien que leur vie n'est pas normale sans pouvoir s'en dégager. **De plus, ils sont en désaccord dans leur projet d'enfant. Il faut traiter cette souffrance et ce dysfonctionnement conjugal.** Une psychothérapie conjugale fut envisagée pour leur permettre de se dégager de cette fixation infantile aux parents, et d'accéder à une sexualité.

#### **Cas n°3 : pourquoi fait-on l'amour?**

Jean-Luc et Bénédicte, 25 ans, brillants mathématiciens, se marient il y a 1 an. Pour des questions morales d'engagement, ni l'un ni l'autre n'eurent de rapports sexuels avant le mariage. Bénédicte n'a aucun désir sexuel, éprouve des douleurs lors des quelques rapports, mais s'y plie pour être mère. Elle est très attachée aux liens du sang, et ne différencie pas le lien amoureux d'un lien fraternel, hormis le fait d'avoir des enfants.

Suite à une visite gynécologique, un examen quasi-systématique du spermogramme dépiste une azoospermie sécrétoire. Dès l'annonce de la stérilité elle refuse toute sexualité (ne voyant pas le sens que cela peut avoir en dehors d'une finalité procréatrice). Elle ne comprend pas son mari qui ne peut renoncer à la sexualité, à l'instar des prêtres, et pense que les hommes sont obsédés par la pénétration. Son mari respecte pour l'instant cette attitude (probablement animé d'une culpabilité inconsciente, étant cause de cette stérilité).

Chacun fut séduit par l'intelligence de l'autre, leur besoin de comprendre le pourquoi des choses, et la possibilité unique pour eux si repliés intérieurement de pouvoir parler des blessures de leurs histoires centrées sur la séparation de leurs parents.

Bénédicte ne put trouver d'appui ni chez sa mère institutrice, rigide et distante, ni chez son père, musicien asocial et absent. Elle ne put que s'identifier à un grand-père paternel, grand savant, toujours parti en expéditions, et qui ne s'occupa jamais de ses onze enfants. C'est probablement pour réparer cette carence affective parentale que dès l'âge de 5 ans, elle se disait qu'elle aurait des enfants (mieux vaut être son propre parent que se sentir sans parent).

Jean-Luc a lui aussi souffert de parents froids, dans une tradition militaire catholique côté paternel. Sa mère naquit sous X, et fut adoptée par une femme stérile (conséquences de tuberculose). La mésentente des parents de Jean-Luc dura 15 ans, avant d'envisager un divorce en cours, le couple tentant de garder les apparences, bien que le père découcha après dîner, ayant 4 liaisons différentes dont 2 enfants naîtront.

Jean-Luc s'inquiète de la viabilité de son couple s'ils n'ont pas d'enfants, et considère que la fin justifie les moyens, d'où sa demande d'AMP. Mais Bénédicte se montre réticente, craignant de se vivre coupable si son enfant né par AMP présentait une pathologie (stérilité, dépression, ...).

Leur absence de sexualité, et les réticences de Bénédicte concernant l'AMP, sont autant de résistances à entendre de leur difficulté actuelle à occuper cette double place de conjoint et de parent. **Il ne faut pas se précipiter, à cause de l'azoospermie, sur une AMP, mais orienter le couple vers un suivi psychologique (dans le cadre du travail en réseau de l'AMP). Prendre le temps va leur permettre d'interroger leur sexualité, leur projet de vie, le sens que revêt pour eux une AMP versus l'adoption.** Cela permettra, dans un second temps, de peser avec eux l'intérêt ou non d'une AMP.

#### **Cas n°4 : "Surtout ne pas avoir d'érections!"**

Pierre et Anne-Marie, 26 ans, infirmiers, s'aiment et communiquent plutôt facilement. Ils veulent tout partager, tout faire ensemble.

Au bout de 6 mois, ils s'inquiètent de ne pouvoir avoir d'enfants. Une infection uro-génitale récidivante est plusieurs fois traitée. Le spermogramme étant normal, on pratique à l'aveugle une stimulation hormonale ovarienne. Devant l'échec du traitement, un urologue est consulté. Le couple parle alors de ses troubles sexuels : Pierre a des érections limitées, et une anéjaculation; Anne-Marie des douleurs et une anorgasmie.

Issus de milieux catholiques pratiquants, leur sexualité n'a démarré qu'après leur mariage. Véritable initiation puisqu'ils n'évoquent aucune activité autoérotique masturbatoire antérieure : elle n'y a jamais pensé et lui n'en avait pas envie. Pierre signale juste "des pollutions nocturnes" agréables s'accompagnant de rêves érotiques passionnés, laissant poindre la censure de ses pulsions sexuelles. Sa dysérection s'avère secondaire à la crainte qu'il a de faire mal à son épouse, tellement contractée que cela rend les pénétrations souvent impossibles. Elle garde le souvenir d'exams gynécologiques éprouvants, dont le dernier avait permis une défloration chirurgicale d'un hymen trop serré.

Ils furent soulagés au premier entretien psychologique de pouvoir parler de leur histoire psychoaffective.

Anne-Marie, aînée de 4 filles, avait souffert d'une mère anorexique, aimante certes, mais dépourvue de tendresse et de marques physiques d'affection. Cette mère, phobique et dépressive, fille unique, est née pendant la guerre. Elle

fut élevée sans père par une mère libertine qui vivait avec ses deux sœurs, qui elles n'avaient pas eu d'enfant. Elle a 20 ans quand le médecin de famille, devant son anorexie mentale, exige de la famille qu'on lui révèle la vérité sur son père : petite, on lui avait dit qu'il était mort... puis fou, interné, et on l'emmenait voir un homme hospitalisé (un ex-amant de la mère)... mais il s'avérait que ce dernier n'était pas son père. La mère refusera de parler, et la mère d'Anne-Marie supposa que son père était un allemand ou un collaborateur. La mère d'Anne-Marie haïssait secrètement sa propre mère. Pour exister elle avait dû se construire en opposition totale avec cette mère : elle resta anorexique, devint studieuse, catholique et fidèle, épousant un ancien séminariste envers qui elle montrait du dégoût quand il l'embrassait. Elle refusait tout signe de féminité chez elle comme chez ses filles. Anne-Marie ne pouvait qu'être tiraillée entre sa grand-mère, tolérante et permissive, maquillée et portant jupes courtes, et sa mère dépressive, phobique, pleurant dès qu'on la critiquait, souffrant de se sentir abandonnée, et qui n'avait pu survivre qu'en luttant contre sa propre mère.

Quant à Pierre, dernier de quatre, il doit dans les premiers mois de sa vie subir deux interventions chirurgicales pour un méga-uretère. Ce qui accapare l'attention de ses parents sur lui, et rend sa fratrie jalouse. Sa mère lui répétait en permanence - et encore maintenant- "Bois! Bois!". Surtout, il dit combien les visites répétées à l'hôpital étaient pénibles, humiliantes, devant se mettre nu devant plusieurs médecins avec cette angoisse constante: "Surtout ne pas avoir d'érections devant eux !". Il apparaissait clairement combien ce patient avait dû refouler ses pulsions exhibitionnistes, déssexualiser la fonction pénienne réduite à la simple fonction urinaire et devenue symbole d'une maladie qu'il fallait faire disparaître, enfin réprimer tout investissement de l'érection.

Pour ce couple sans rapports sexuels, il s'agissait de court-circuiter l'érection, perçue comme faisant mal, et synonyme du Mal, tout en ayant quand même un enfant. En désinvestissant le sexuel et surinvestissant la maternité à l'instar de sa mère, Anne-Marie renforçait inconsciemment le refoulement sexuel castrateur de Pierre.

Cette longue observation est le résultat d'un cas que nous avons suivi durant un an en thérapie conjugale (à raison d'une séance par mois). **L'élaboration des conflits psychiques leur permit en un an de découvrir l'influence de leurs histoires respectives dans leur refoulement sexuel**, l'émergence d'une sexualité heureuse et la survenue d'une grossesse sans A.M.P. Ce cas montre bien l'importance **d'interroger systématiquement la place de la sexualité chez tout couple demandeur d'AMP.**

#### **Cas n°5 : Une absence de sexe**

Henri, 32 ans, est venu nous voir "avec des semelles de plomb", poussé par sa femme avec qui il est marié depuis 5 ans. Celle-ci fait partie d'un milieu catholique traditionaliste. C'est la seule personne en qui il ait vraiment confiance. Il désire des enfants, mais un blocage empêche tout rapport sexuel. Il n'a aucun désir sexuel, a le sentiment de

“devoir passer à la casserole”, n’aime ni toucher, ni être touché, ni embrasser. Il n’a pas de problème érectile, mais les rares tentatives de rapprochement physique lui enlèvent toute érection. Il a peu recours à la masturbation.

Il se dit très cartésien, voulant tout comprendre, totalement étranger à l’influence d’une vie psychique. Toute émotion est combattue chez lui comme chez les autres. Il a peu de goûts personnels, et n’a jamais éprouvé vraiment ni plaisir, ni déplaisir. Il ne connaît ni l’angoisse, ni la dépression. Il tend à effacer en lui toute individualité, toute subjectivité et veut ne dépendre de personne. Particulièrement individualiste, il se méfie des autres, mais en même temps s’adapte avec brio dans les contacts socio-professionnels. Il présente un fonctionnement de pensée opératoire.

S’il n’éprouvait le désir d’avoir des enfants, il ne souhaiterait pas avoir de relations sexuelles, et ne viendrait pas nous consulter. L’amorçage d’un travail psychothérapeutique ne fut pas simple, ponctué de plusieurs interruptions. Il révéla une lourde histoire familiale opposant dans la haine d’une procédure son père et son grand-père paternel dont il était proche.

Il nous apparut que sa femme représentait pour lui un double narcissique, miroir maternel non différencié sexuellement, et qu’inconsciemment il ne savait pas ce qu’était un homme (ou une femme).

A plusieurs reprises, il nous interpella sur la longueur de cette démarche, l’impossibilité de savoir si à terme cela lui permettrait d’avoir des relations sexuelles, que pendant ce temps sa femme vieillissait, et qu’en conséquence pourquoi ne pourrait-on envisager en parallèle une AMP ?

**La consultation du couple est indispensable dans toute décision d’AMP.** Le patient, malgré notre insistance, refusait de venir consulter avec son épouse un psychologue, comme s’il n’arrivait pas à **intégrer qu’un enfant cela se fait à deux**. Sans comprendre tous les enjeux de son incapacité sexuelle, nous ne pûmes que lui renvoyer qu’il n’était pas malade, et que **personne ne pouvait assumer à sa place cette position de géniteur**.

#### **Cas n°6 : La dérive**

C’est une plainte sexuelle qui amène Rolland, 38 ans, comptable, à venir me consulter. Depuis quelques mois, il n’a plus ni désir, ni érections. Il est vrai que la sexualité n’a jamais été très investie. Il n’a guère eu de compagnes avant de rencontrer à 34 ans sa femme, 30 ans. Il a vécu chez sa mère jusqu’à son mariage, entretenant une vie de copains, s’adonnant au motocross et sortant beaucoup dans des virées alcoolisées. Il a du totalement interrompre ce sport après un accident de moto, et c’est suite aux visites de son amie à l’hôpital qu’il en est tombé amoureux. Depuis il mène une vie casanière.

Je lui propose un sevrage alcoolique qu’il réalise facilement, puis demande à rencontrer son épouse. C’est en recevant ce couple que nous apprenons qu’elle est engagée dans une demande d’AMP à laquelle il ne participe pas. En effet peu après leur rencontre, Marianne fut enceinte et fit une fausse couche. Son gynécologue lui

donne un traitement hormonal sans guère d’investigations après avoir constaté une ovulation bimestrielle, puis l’orienté dans un centre de PMA. Le spermogramme demandé (obtenu avec une très faible érection, qui n’aurait pas permis une pénétration) se révèle normal. Nous fûmes impressionnés par la dérive de ce couple (après une période heureuse de copinage où ils partagèrent des soirées et week-ends agréables). Dès son retour du travail, Marianne se couche et affectionne des feuilletons en série à la télévision. Ils ne partagent plus leur repas, et chacun fait à manger pour soi. Elle lui reproche son silence, son manque de dynamisme, de lui laisser prendre toutes les initiatives.

Au début de leur union, il exprimait un certain désir pour elle, leurs rapports sexuels étant souvent dictés par le calcul d’ovulation. Progressivement ils cessent tout rapport. Parfois elle a besoin de son contact, mais pas lui. Alors quand elle lui demande de s’approcher sur leur canapé d’angle (conçu pour qu’ils aient chacun leur coin !) : “tu viens me papouiller ?”, il vient “comme un toutou” dit-il. Ils semblent attachés, mais sans aucun désir.

Si Marianne se montrait pressée pour une AMP, Rolland insistait pour attendre, prendre le temps que leur couple retrouve le plaisir d’être ensemble, convaincu qu’il était qu’une grossesse naturelle surviendrait alors.

Ceci confirme l’importance de voir le couple, et que **l’homme ne soit pas réduit à un réservoir de spermatozoïdes. L’engagement dans une AMP doit être partagé par les deux conjoints**. Ici, l’AMP n’était pas indiquée : absence de réelle organicité, désaccord du couple. Il fallait les aider en leur proposant des entretiens psychothérapeutiques de couple.

#### **Cas n° 7 : Le deuil non fait de la mère**

Félix a 33 ans quand il rencontre Florence, 40 ans. Elle a déjà quatre enfants d’un mari dont elle s’est séparée car il était violent. Félix a lui été marqué par un père, réunionnais, qui battait sa mère et la trompait. Il ne veut pas d’enfant. Dès leur cohabitation, sans rien y comprendre il se sent nerveux et abattu. Florence lui reproche son isolement et sa passivité, et lui ne supporte pas qu’elle le traite comme un objet, ne lui adresse pas la parole, et l’empêche d’intervenir par rapport à ses enfants qui n’acceptent pas de ce fait Félix.

Au bout de quatre ans, Florence qui ne prend plus de contraception tombe enceinte naturellement. Elle décide d’avorter : le col était ouvert, le pronostic de la grossesse compliqué, et Florence trouve que son ami ne s’implique pas du tout. Après l’IVG, le couple va encore plus mal. C’est alors que Félix va chercher à avoir un enfant d’elle, ultime tentative visant à colmater leur dysfonctionnement conjugal. N’y arrivant pas, il fait faire un spermogramme qui se révèle limite, et s’engage rapidement dans des démarches d’AMP. Leurs rapports sexuels s’espacent et s’interrompent.

Un couple en crise, et une mère de 44 ans ayant déjà quatre enfants, furent les raisons du refus d’AMP. La proposition d’un suivi psychologique (quelques entretiens conju-

gaux, puis des consultations séparées pour chacun) permet au couple une prise de conscience : Florence, en se déprimant, put dire qu'elle savait qu'une nouvelle maternité n'était pas raisonnable, qu'elle n'aimait plus Félix, qu'elle voulait s'en séparer. Elle n'arrivait pas à **faire le deuil de la maternité**, synonyme d'un vieillissement douloureux, car il faisait écho avec le deuil non fait de sa mère il y a 7 ans, morte d'un AVC.

Le couple put alors se séparer ...

#### **Cas n°8 : L'étranger qui s'éloigne**

Boris, polonais, a fui son pays et les colères de son père en épousant une française, dont il a divorcé peu après. Rejet familial tel qu'il accomplit des démarches pour changer de nom. Il a une personnalité narcissique qui refuse toute dépendance, et il privilégie les études sans jamais passer de diplômes. Il craint toujours de perdre son temps quand il le dépense pour autre chose que les études et la lecture.

A 42 ans, il rencontre Roselyne, 38 ans, linguiste universitaire, d'origine allemande mais née en France, avec qui il partage une énorme complicité intellectuelle. Elle est très amoureuse de lui. Mais l'attachement grandissant, il ne supporte pas une telle dépendance : une dysérection apparaît ; il part travailler un an dans l'hôtellerie en Allemagne pour lui montrer qu'il peut être autonome financièrement. A son retour, Boris refuse toute sexualité avec elle, et ils n'habitent plus ensemble. Il a noué entre temps une liaison avec une allemande. Il n'en reste pas moins attaché à Roselyne.

C'est dans la douleur de cet éloignement qu'elle envisage un enfant, acceptant de l'assumer toute seule, désireuse de garder quelque chose de celui qu'elle aime. Boris accepte pour elle cette paternité, mais refuse tout rapport sexuel et tout engagement. Il accepte seulement de donner son sperme. C'est dans ce contexte qu'elle vient, avec lui, demander une insémination artificielle.

Leur demande fut refusée devant plusieurs arguments :

- **la demande explicite d'une insémination par donneur connu,**
- **l'absence de cause médicale d'infertilité,**
- **le fait qu'ils ne vivaient plus ensemble, sans lien amoureux,**
- **un projet d'enfant visant à remplacer un amant absent.**

#### **Cas n°9 : Le mariage de la psychose et de l'hystérie**

Bernard et Béatrice, 50 et 35 ans, se sont mariés il y a 10 ans. Elle étant vierge, lui célibataire, tous deux catholiques pratiquants. Elle souffre de ne pouvoir avoir d'enfants et lui se dit frustré de ne pas se sentir un homme viril.

Depuis 8 ans, de nombreuses tentatives d'AMP (inséminations, FIV avec ICSI) ont été réalisées, le spermogramme montrant une réduction du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes. Pendant cette période, une grossesse

naturelle est survenue et a été suivie d'une fausse couche. C'est à la demande de l'équipe d'AMP qui regrettait de les avoir laissés s'engager dans un tel processus en échec que nous fûmes amenés à les recevoir.

Leur sexualité est réduite à peu de chagrin : il n'a pas de désir, peu d'érections et plus d'éjaculation. Ceci s'explique en partie par le passé psychiatrique de Bernard. Il présente depuis 15 ans un état psychotique déficitaire. Récemment il a du encore être hospitalisé plusieurs mois, ne peut travailler, et prend un traitement neuroleptique, antidépresseur, et tranquillisant. Il se dit agressif, suicidaire, déprimé, paniqué, parlant tout le temps de lui, gêné par ses troubles cognitifs. Béatrice l'a trouvé tyrannique et violent au début, mais maintenant, dit-elle, ils se comprennent mieux, et il la respecte.

Issue d'un milieu médical, Béatrice trouve sa famille idéale. Elle est devenue assistante sociale. De personnalité hystérique, elle avait épousé un être impuissant, qui détenait en lui les vestiges d'un homme qui avait du avoir de la classe et de l'envergure.

Le sentiment de Bernard de ne pas être viril se rattachait non pas à son absence de procréation (comme cela est fréquent chez les hommes stériles), mais à son état déficitaire grave. Son psychiatre s'opposait à cette AMP, demandée avant tout par Béatrice. Difficile de ne pas être perplexe quant à la place que pourrait occuper cet enfant-prothèse face à un tel couple, et craindre une décompensation de Bernard face au duo mère-enfant (Bernard dégageait une violence interne inquiétante). Après concertation, l'ensemble de l'équipe décida d'arrêter l'AMP.

#### **Cas n°10: Une douleur trop vive**

Depuis toujours, Laurent souffre d'une hyperalgie du gland. Il se masturbe sans jamais se décalotter. Il n'a jamais pu pénétrer sa femme. Pour se laver le gland, il a appris à le nettoyer précautionneusement dans l'eau de la baignoire. Sa sexualité se réduit au plaisir des baisers et des caresses, et à une éjaculation rapide peu satisfaisante.

Il obtient un premier enfant par hasard à l'occasion d'un contact éjaculatoire avec la vulve de sa femme. Six ans plus tard, c'est par insémination qu'il aura son second enfant. Etant mère, sa femme ne supporte plus cette distance sexuelle et lui demande de partir. Il divorce douloureusement, adopte une attitude maternante envers ses enfants, et se bat pour une garde alternée. La rencontre avec une autre femme le décide à consulter pour résoudre son symptôme.

Il nous est adressé après avis urologiques. La compréhension du symptôme apparut au premier entretien : à la naissance de son frère, cadet de deux ans, sa mère développe une leucémie qui évolue vers un cancer de la peau tel que rapidement tout son corps prend l'apparence d'une grande brûlée, avec de multiples ulcérations et infections, dont elle meurt quand le patient a 14 ans. Le père confie alors ses deux fils à sa propre mère en province, et se remarie un an plus tard, ce que Laurent vivra fort mal.

Un contact toujours douloureux avec sa mère, une naissance ayant déclenché la maladie et à terme séparé les parents, des parents à distance corporellement, un père frustré dans cette épreuve de la maladie, une double séparation (mère et père) au début de la puberté, tout cela était condensé et inscrit dans la douleur du gland.

**Si l'on s'était posé la question du sens de l'obstacle sexuel, cela aurait poussé le patient vers une démarche psycho- et/ou sexothérapeutique, peut-être évité une séparation conjugale, et rendu inutile l'AMP. Après notre rencontre,** Laurent souhaite engager une psychanalyse, parallèlement à des entretiens avec un sexologue.

**Toute approche médicale impose avant tout de traiter la cause du symptôme.**

#### **Cas n° 11: Une histoire de couple amoureux**

Marc et Annie, 34 ans, enseignants, consultent pour hypofertilité, et demandent d'eux-mêmes une consultation sexuelle.

Ils se connaissent depuis 15 ans. Marc n'avait jamais eu de relations sexuelles. Un climat amoureux s'installe de tendresse, baisers, caresses. Mais Marc résiste à aller plus loin. Il craint de ne pas y arriver, de perdre son érection, de ne pouvoir la pénétrer.

Annie essaye de faire pression sur lui, puis, lassée, se sépare. Leur complicité affective les décide à revivre ensemble, et se marier sans que leur problème sexuel soit résolu.

Une prise en charge multiple va être nécessaire dont je n'évoque que quelques éléments:

**Sexologique :** Pour leur permettre de retrouver confiance et plaisir dans la rencontre et la découverte de leur corps (Annie par exemple constata qu'elle n'avait jamais eu dans sa vie recours à la stimulation clitoridienne, et qu'elle identifiait mal les sensations orgasmiques), s'en donner le temps et l'occasion (hyperactifs et altruistes, ils occupaient toutes leurs soirées en réunions et rencontres. Ils réalisèrent que le temps vraiment disponible pour des rapports était entre 17 et 18 heures).

**Urologique :** Au cours de leur progression, à chaque fois que l'érection de Marc devenait intense, il devait interrompre à cause de douleurs pénienues que tous deux interprétaient comme un refus de l'acte. Il s'avéra que Marc avait un phimosis serré jamais diagnostiqué qui fut opéré. La douleur disparut. Elle avait manifestement entretenu chez Marc la phobie des rapports.

**Psychothérapeutique :** Question de leurs histoires familiales, pour n'évoquer qu'un aspect dans celle de Marc, ses parents étaient d'origine paysanne, d'une région reculée. Ils étaient très distants affectivement, et avaient fait chambre à part juste après la naissance de Marc. Aucun modèle identificatoire amoureux n'avait pu le structurer. Ce d'autant qu'il était le dernier d'une fratrie de trois, que son frère aîné est resté célibataire à la ferme des parents, et que sa sœur souffrait d'une trisomie grave.

**Centre d'AMP :** Ce recours dans ce cas ne fut pas inutile. En effet Annie se révélait en pré-ménopause précoce et justifiait d'une aide médicale.

**Pour ce couple, savoir qu'en parallèle le recours à une AMP était possible, les libérait de la pression qu'exerçait sur eux l'obligation de résultats d'une sexualité procréatrice.** Leur démarche volontaire de soins leur permit de se dégager de tous les freins physiques et psychologiques qui rendaient la sexualité impossible.

### **III. RESULTATS**

#### **1. Prévalence du trouble**

Il s'agit d'une cause rare mais pas exceptionnelle d'infertilité. Si nous nous basons sur le pourcentage de couples demandeurs d'AMP et ayant des troubles sexuels source d'infertilité, rapportés au nombre total de couples demandeurs d'AMP vus par nous, nous obtenons :  $9/320 = 2,8\%$ . Ce chiffre est évidemment sous-estimé : que ce soit du côté du médecin urologue ou de nous-mêmes, nous n'avons pas fait une recherche systématique, l'étude s'est faite après-coup. De nombreux couples ont pu éviter d'en parler si nous n'avons pas explicitement posé la question, ou dissimuler le trouble.

A noter que les urologues parlent plus facilement de sexualité avec leurs patients que les gynécologues.

#### **2. Age des couples**

- six d'entre eux (n°1, 2, 3, 4, 5, 11) ont 30 ans ( $\pm 4$  ans),
- trois (n°6, 7, 8) sont plus proches de 40 ans,
- dans un couple (n°9), l'homme a 50 ans,
- le cas n°10 est à part : l'homme (45 ans) vient consulter seul pour un trouble sexuel, l'AMP ayant été réalisée 5 ans plus tôt.

#### **3. Origine ethnique et religion**

Tous les couples sont d'origine française métropolitaine, hormis deux cas:

- n°7 : l'homme est réunionnais,
- n°8 : l'homme est polonais, la femme française d'origine allemande.

La religion a une place importante pour la plupart des couples qui sont issus de milieux catholiques pratiquants (n°1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11).

#### **4. Evocation de cette absence de sexualité procréatrice très variable**

- essai de dissimulation ou demande d'aide en raison de la frustration d'au moins l'un des deux ;
- révélation rapide ou à la toute fin de l'entretien voire seulement en cas d'interrogation systématique de la part du médecin ;
- vécu de honte, de culpabilité ou au contraire de détachement ne comprenant pas l'intérêt de la sexualité, ...

## 5. Symptômes

Dans notre groupe, on observe :

- huit cas avec absence de pénétration ;
- deux cas avec pénétration rare ou faible ;
- un cas avec pénétration et anéjaculation.

Les troubles sexuels mêlent plus ou moins quatre symptômes *chez l'homme* :

- anérection ou difficulté à obtenir ou maintenir une érection (4 cas),
- anéjaculation (3 cas),
- absence de désir (5 cas),
- aversion sexuelle (phobie ou évitement des rapports) (1 cas),

et *chez la femme* :

- difficulté ou incapacité à éprouver une excitation psychique sexuelle (intérêt sexuel faible ou absent), et/ou physique,
- anorgasmie,
- douleurs lors des rapports (parfois vaginisme).

Chaque trouble peut être lié à des conflits individuels, ou conjugaux, sachant que souvent la problématique personnelle de l'un interagit avec celle de l'autre qui n'a pas été choisi par hasard.

Une absence de pratiques masturbatoires dès l'adolescence a été retrouvée chez 3 couples (cas n°1, 4, 11).

## 6. Existence d'une cause organique d'infertilité

- Dans deux cas une azoospermie masque une absence de sexualité :
  - primaire (cas n°2),
  - installée dès le diagnostic fait d'organicité, un conjoint ne voyant plus aucune justification à poursuivre une sexualité s'il n'y a plus de finalité procréatrice, préférant s'en remettre aux mains du procréateur médical (cas n°3).
- Dans deux cas (n°7, 9) un spermogramme limite conduit les équipes à poursuivre l'AMP, sans interroger le dysfonctionnement conjugal.
- Dans un cas (n°11) une préménopause précoce justifie un traitement hormonal parallèlement au suivi psychosexothérapeutique.

## 7. Plainte des couples

Tous les couples rencontrés sont en état de souffrance psychique, hormis le cas particulier n°5 dont le mari présente une personnalité très clivée et refuse de venir consulter avec son épouse.

La plupart des couples souffrent de leurs limitations sexuelles, mais certains s'en accommodent (cas n°1, 5).

## 8. Fonctionnement conjugal

Les couples peuvent être :

- très amoureux, très proches (cas n°1, 4, 5, 11),
- ou au contraire être en menace de rupture (cas n°6), voire craindre la rupture en cas d'absence d'enfant (cas n°3, 7).

## 9. Place de l'enfant

L'enfant peut représenter :

- le prolongement d'un désir amoureux (cas n°4, 11),
- le seul sens du mariage (cas n°3),
- une tentative ultime visant à colmater un dysfonctionnement conjugal (cas n°8),
- ou l'enfant-prothèse d'une impuissance masculine permettant à la mère de retrouver une complétude narcissique (cas n°9).

## 10. Devenir

Lorsqu'une psycho ou/et une sexothérapie sont réalisées, l'évolution est manifeste :

- prise de conscience du sens du symptôme, libération de la sexualité avec grossesse naturelle dans trois cas (n°1, 4, 11), -mais absence de recul suffisant pour plusieurs couples- ;
- ou au contraire renoncement à ce projet d'enfant, et prise de conscience des enjeux du conflit conjugal.

## IV. DISCUSSION

1. La question de **la sexualité dans la vie du couple doit être systématiquement abordée à un moment de la consultation d'infertilité** sachant que ces couples ayant des troubles sexuels souvent n'osent pas, ne savent pas, ou ne veulent pas en parler. L'absence de rapports sexuels féconds est un symptôme qui signe toujours des conflits psychiques.

Un avis psychologique est alors indispensable permettant d'évaluer la dynamique conjugale (rencontre, modes de vie, histoires personnelles, désir d'enfant, place de la sexualité...). Permettre à des parents d'interroger ce qui vient faire obstacle à une sexualité procréatrice, c'est leur permettre d'élaborer des conflits non réglés transgénérationnels, d'intégrer l'enfant dans cette filiation, de lui permettre de ne pas être enfermé dans une histoire qui n'est pas la sienne. Quand la sexualité ne peut être procréatrice, un drame infantile reste enkysté, et le futur parent ne peut faire l'économie de le régler au risque d'en faire payer le prix à l'enfant.

2. Ainsi -au moins dans un premier temps- des troubles sexuels à l'origine d'une infertilité sont **une contre-indication de l'AMP**, et imposent au préalable un suivi psychothérapeutique et/ou sexothérapeutique.

Ceci est implicitement spécifié dans le texte des RMO



énoncées en 1996 par l'ANDEM : l'exploration d'un couple désirant un enfant est à envisager **après une année de rapports sexuels** sans contraception [2]. Encore faut-il pouvoir aborder les modalités de cette sexualité.

Cela est plus ambigu dans la loi de Bioéthique de 1994 [9] qui stipule que l'accès à l'AMP est réservée aux couples vivant depuis au moins 2 ans ensemble, **de sexes différents, en âge de procréer**, et ayant une infécondité dont le **caractère pathologique** a été **médicalement diagnostiqué** (cf. la discussion introduite par A.M. Chatel [5]). En effet, si dans notre série de 11 cas, il y a bien un caractère pathologique diagnostiqué par un médecin, ces infécondités ne sont pas pour autant liées à une maladie. Il serait légitime d'attendre d'une AMP qu'il s'agisse :

- d'un acte médical, répondant à des signes médicaux de maladie : anomalies biologiques significatives, pathologie organique,
- chez un couple qui, sinon, aurait pu avoir un enfant naturellement, soit un couple hétérosexuel, en âge de procréer, ayant des rapports sexuels avec pénétration, suffisamment nombreux, et dont le désir réciproque est d'avoir un enfant ?

Qu'il y ait organicité ou pas, la question reste la même :

**3.** L'AMP ne doit pas être considérée comme on l'entend parfois comme "une procréation sans la sexualité". Car que risque-t-il de se produire psychiquement quand s'opère dans un couple une dissociation telle entre procréation et sexualité que la symbolique de l'acte procréatif est reportée sur le médecin ?

**a)** On peut déjà en avoir une idée en étudiant les débats suscités par deux demandes d'élargissement des indications d'AMP évoquées dans le rapport préparatoire de révision des lois de bioéthique [1], concernant le transfert d'embryons post-mortem, et les couples homosexuels désireux d'avoir un enfant.

- **Voté en première lecture, le transfert post-mortem d'embryons** devait être autorisé sous réserve du consentement du père de son vivant dans une fourchette de temps, au minimum 6 mois après le décès pour que la mère puisse réfléchir et "ne pas décider dans une situation de fragilité extrême", et au maximum 18 mois plus tard pour des questions de règlement de succession.

Malgré quelques avis psychologiques manifestant leur désaccord (déli du travail de deuil, poids sur l'enfant à venir), les quatre arguments avancés militent en faveur d'un accord pour ce transfert :

- "Même si le père est physiquement absent, son image est là. Son père, l'enfant pourra le voir en photo."
- "Si le mari décède quand sa femme est enceinte, où est la différence ?"
- Cela permet de sortir de la situation absurde de ces "embryons surnuméraires ... orphelins de père et de mère biologique, alors que cette dernière les réclame"

- Puisque "l'embryon est une partie du corps de la femme, c'est à elle de décider en dernier ressort".

Comment ne pas souligner dans ces propos **la réduction du père à une image, l'éviction de la fonction paternelle**, le refus d'accepter la mort avec cette collusion comme quoi l'enfant à venir viendrait occuper la place du père manquant ? **La sacralisation du biologique** (l'embryon est déjà considéré comme un orphelin!) **vient effacer le symbolique et l'importance d'une présence réelle des deux parents.**

Comment se représenter être issu d'une scène entre deux parents dont l'un est mort au moment de sa conception ? Comment l'enfant, travaillé par le désir de ses parents pour lui, et le "pourquoi moi ? Pour qui ?", ne peut-il imaginer qu'il vient remplacer un mort, en place du père idéalisé, dans une **scène oedipienne agie où l'enfant aurait tué le père, et occupé sa place auprès de la mère ?**

On peut remarquer que jamais l'inverse n'est évoqué. Si la mère mourait, pourquoi -si l'embryon est considéré pareillement comme une partie du corps du père- ne pourrait-on imaginer une mère porteuse ? On répondra que cela est interdit en France. Est-ce si simple ? Si cela n'est même pas imaginé, c'est probablement que la situation d'un embryon seul avec sa mère répond en nous tous au **double fantasme de meurtre du père** (prendre sa substance tout en l'éliminant) **et de régression in utéro** (être une partie de la mère, ne pas s'en séparer, ne pas être dérangé par un tiers quel qu'il soit).

Il renvoie au fantasme de la scène primitive la plus originelle, celle de **l'enfant s'accouplant avec sa mère dans une parthénogénèse**, de ce temps où Gaïa (la Terre) engendra sans l'aide d'aucun élément mâle Ouranos (le Ciel), s'unissant après sa naissance à celui-ci. Ouranos voyait tous ses enfants en horreur et les condamnait à ne pas voir la lumière et à rester ensevelis dans les profondeurs de leur mère la Terre. Jusqu'à ce que Gaïa souhaite les délivrer et se venger d'Ouranos. On sait la suite. Seul Cronos accepte par haine de son père, le castre lors d'un rapport sexuel, prend sa place, et répète la même attitude que son père. Du sang de la blessure naîtront les Erinyes.

Heureusement ce projet de loi est en voie d'être révisé et annulé (automne 2003, dernière lecture à l'Assemblée nationale). Le législateur considère qu'il ne peut y avoir d'AMP en cas de décès d'un conjoint ou de séparation du couple (demande de divorce ou séparation de corps).

Rappelons que ce transfert d'embryons post-mortem est autorisé en Allemagne.

- **Les couples homosexuels désireux d'avoir un enfant** : Il est maintenu que la société française n'est pas prête à l'abandon de la règle "biologique" choisie selon laquelle le couple qui s'engage dans une AMP est formé d'un homme et d'une femme. La loi exclut les demandes émanant des célibataires ou de couples homosexuels.

Les associations homosexuelles revendiquent la possibilité

d'AMP et d'adoption, arguant d'une discrimination en raison d'une orientation sexuelle, et de la possibilité qu'a une personne célibataire d'adopter. Des couples de femmes homosexuelles peuvent obtenir en Belgique une grossesse par IAD. On a pu ainsi voir à la télévision cette scène "primitive" hallucinante où l'infirmière injectait le sperme d'un donneur à une femme homosexuelle sous les yeux de sa partenaire et de leur première petite fille, née elle aussi par IAD.

Il importe de ne pas tout amalgamer :

- Bien évidemment on ne voit pas en quoi un couple homosexuel ne serait pas en mesure d'élever des enfants.
- Mais ces deux cheminements (l'AMP et l'adoption) ne sont pas équivalents : adopter n'est pas procréer, l'adoption a pour objet d'aider un enfant à acquérir une référence parentale, tandis que l'AMP a pour objet d'aider un couple à concevoir un enfant.

L'homosexuel qui veut être parent est partagé entre son désir conscient de l'enfant et celui inconscient de ne pas se soumettre à la loi de la procréation (défi aux parents fantasmatisés et à la scène primitive). La société ne peut éluder cette contradiction que l'homosexuel voudrait éluder.

**La question du symbolique** reste fondamentale dans le cadre de l'AMP. Ne doit-on pas reconnaître que toute filiation d'un enfant s'inscrit dans la rencontre d'un homme et d'une femme : lien du manque fondamental qui est celui de la différence des sexes.

On ne peut placer le désir d'enfant sur le seul plan du conscient, hors de sa complexité inconsciente ; ceci placerait la parentalité dans une position de toute puissance. C'est cela la loi symbolique : l'enfant ne peut éclore que du lieu du manque, là où se noue la sexualité et la finitude humaine. Un enfant ne peut être traité comme un bien social que l'on revendiquerait. **La médecine, et, au-delà, les lois de notre société, ont-elles à organiser et à cautionner la conception d'un enfant sans père ?** Notre société peut-elle accepter de donner droit à l'arrivée d'un enfant hors des repères symboliques ?

**b)** Dans le cas des couples hétérosexuels qui n'ont pas ou plus de rapports sexuels avec pénétration, et qui obtiennent une FIV ou une IAD, la médecine intervient dans ces AMP en **singeant un rapport sexuel**. Cette **imitation du rapport sexuel** se retrouve aussi bien dans la FIV (qui est "comme" un rapport, hors espace corporel et hors temps du couple), que dans l'IAD (où l'on peut voir soit un adultère, soit (le don étant anonyme) une version œdipienne plus primitive d'un Dieu-le-Père inconnu, sans visage, venu magiquement ensemercer une Vierge).

**c)** 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 un trompe-l'oeil de l'absence de sexualité du couple**. Car dans ce cas chacun des éléments du couple risque de se retrouver dans une position infantile :

- côté masculin, l'homme redevient comme le petit garçon qu'il a été, qui ne peut être sujet d'une sexualité adulte. Le "grand autre" médical vient assumer ce rapport à sa place, pour lui, comme si c'était lui qui l'avait fait ;
- côté féminin, la femme est dans la position (en cas de stérilité masculine) d'une femme qui n'a pas d'homme pouvant la féconder, ou (en cas de stérilité féminine) de la petite fille pré-pubère, infertile. De toutes façons en attente d'un "tout-puissant" qui la féconde.

On peut remarquer que le **rapport se déroule toujours entre la femme et le médecin, excluant l'homme (et le sexuel dont il est vecteur)**.

**d)** On a pu ainsi montrer [4] que dans toute AMP le risque était que la sexualité soit transférée dans les fantasmes et les attitudes médicales, l'acte procréateur public mimant l'acte sexuel domestique, en le supposant plus efficace.

Notons également que le rituel répétitif et contraignant des explorations et des AMP aseptise l'imaginaire érotique du couple. Or la fécondité va de pair avec la fertilité imaginaire. Faire circuler l'imaginaire est aussi important que faire circuler le sperme et les ovocytes.

**4.** Ce risque d'une évacuation du sexuel de la relation conjugale n'est probablement pas sans lien avec l'influence marquée de la religion catholique retrouvée chez huit de nos couples : soit par les valeurs morales transmises dans leurs familles, soit par leur croyance et leur pratique à l'âge adulte. Cette référence était plus ou moins énoncée explicitement. Aucun des couples n'appartenait à une autre grande religion européenne (protestante, juive, musulmane).

Or la culture traditionnelle catholique valorise les liens sacrés de l'union conjugale et de la famille, ainsi que la chasteté, véritable symbole de la divinité (célibat des prêtres, virginité de la mère de Jésus enfantée par l'Esprit-Saint). Seule religion monothéiste à inscrire une procréation sans sexualité dans l'incarnation de Dieu. La sexualité ne prend son sens que dans une relation d'amour féconde, Dieu rendant indissociable l'union sexuelle amoureuse et la procréation.

Ainsi une certaine logique entraîne ces couples à attendre des médecins de leur permettre d'avoir un enfant tout en étant chaste *via* l'insémination, cette religion n'autorisant pas une fécondation hors du corps [6]. Si cette valeur religieuse peut être entendue, il est clair qu'il ne s'agit ni de pathologie, ni ne relève de la médecine.

## V. CONCLUSION

**Si le médecin n'a pas à être en position de juge de la légitimité de tel couple de l'accès à une AMP, ce qui relève d'un débat social, il n'en reste pas moins qu'il ne peut rester muet ni dans le débat auprès du législateur, ni auprès des patients eux-mêmes.**

**Il convient dans ces cas de dysfonction sexuelle à l'origine d'une infertilité de proposer systématiquement une prise en charge psychothérapeutique ou sexothé-**

gique du couple. Un symptôme n'est pas une maladie, mais un message corporel signifiant un conflit psychique qu'il convient de travailler avec le couple pour qu'il puisse le décoder par un travail psychique impliquant la parole et le corps.

Schématiquement deux groupes se dégagent de notre étude, orientant la conduite à tenir:

**a) les couples amoureux bloqués dans leur sexualité par un drame infantile enkysté ou des conflits transgénérationnels non réglés.**

Ceux-ci justifient d'entretiens psychothérapeutiques, et en général d'une aide sexothérapeutique.

- Soit, le plus fréquent, l'évolution est favorable, évoluant vers une intégration d'une sexualité-plaisir et relationnelle : une grossesse peut alors survenir naturellement ; si une organocité est associée, une AMP est alors indiquée.
- Soit, plus rarement, le couple n'arrive pas à intégrer la fonction érotique ("pénétrante") de la sexualité : seuls chez les couples pour lesquels la sexualité n'a de sens que dans la procréation, et qui présentent une cause organique de stérilité qui retire pour eux tout sens à une sexualité potentielle, une discussion peut être envisagée pour savoir si une AMP est indiquée. Mais dans les autres cas, il n'y a pas d'indication d'AMP.

**b) ceux pour lesquels l'enfant vise à colmater un dysfonctionnement conjugal grave.**

Un suivi psychothérapeutique s'impose, mais ces couples sont les plus réticents à une telle démarche. L'AMP est ici toujours contre-indiquée.

Face à de telles situations, une réflexion en réseau est des plus utiles, réunissant régulièrement les différents intervenants impliqués dans l'AMP : urologue, gynécologue, généticien, psychiatre ou psychologue, biologiste, échographiste, endocrinologue, équipes infirmières, ... Ces rencontres pluridisciplinaires autour de cas qui posent question permettent de sortir de la position de toute puissance d'un seul décideur, approfondir la compréhension de la démarche du couple, et parfois prendre la décision de refuser leur demande.

## REFERENCES

1. Rapport de l'Assemblée Nationale du 27.01.2001 d'information préparatoire au projet de loi de révision des lois bio-éthiques de juillet 1994 (voté en première lecture à l'assemblée en janvier 2002) ; consulté sur [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)
2. Guide de l'Assurance Maladie 1996. Recommandations et Références Médicales de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. <http://wanadoo.fr/p.pinguet-fmc.etoile/references/andem>
3. BENOIT-BROWAEYS D. : La Bioéthique. Toulouse, Les essentiels, Milan, 1995.
4. CZYBA J.C. : Aspects psychologiques des PMA pour indications masculines. In : Stérilité masculine et PMA. Progrès en Andrologie 3. Paris, Masson, 1989, 213-223.

5. CHATEL A.M. : Malaise dans la procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement. Paris, Albin Michel, 1993.
6. DURAND G. : L'éthique de la sexualité face aux dogmes des religions monothéistes. Sexologies, 2003, XIII, 45 : 38-45.
7. KERNEIS O., BELTRAN L. : La médecine doit-elle poser un cadre dans son assistance à la procréation ? Synapse, 2002, 188 : 35-41.
8. MIMOUN S. : Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité. Contracep. Fert. Sex., 1993, 21, 251-254.
9. MONTAGUT J. : Concevoir l'embryon à travers les pratiques, les lois et les frontières. Paris, Masson, 2000.
10. REICHENBACH S., GUILLET-MAY F. : Dysfonctions sexuelles et procréation médicalement assistée. Sexologies, 1997, VI, 23: 6-12.

*Remerciements à Pascal ESCHWEGE, Laura BELTRAN, Hélène KERNEIS pour leur soutien à ce travail et les questions qu'ils ont suscitées.*

Communication aux Journées de la FFER, Montpellier, septembre 2003.

Manuscrit reçu : octobre 2003 ; accepté : novembre 2003.

## ABSTRACT

**Do sexual disorders responsible for infertility constitute an indication or a contraindication for MAP?**

Olivier KERNEIS

The observation of 11 couples requesting MAP and presenting sexual disorders (male or mixed) responsible for infertility, led us to a number of conclusions: sexual disorders are a rare but not exceptional cause of infertility. Sexuality and the couple dynamics must be systematically assessed at an infertility visit. The absence of fertilizing sexual intercourse is not a disease, but a symptom, a body message, which always reflects psychological conflicts. Schematically, two groups can be distinguished: loving couples blocked by a repressed infantile drama or unresolved transgenerational conflicts; couples in which the desire for a child is designed to resolve serious marital dysfunction. These couples require preliminary psychotherapy and/or sex therapy to elucidate the meaning of the symptom with liberation of the couple's sexuality, or, on the contrary, abandonment of the desire for a child until the marital conflict has been resolved. Medical management must not mask the couple's absence of sexuality and must not promote dissociation between the sexual act and reproduction, which inevitably has certain symbolic psychological consequences. Management must be based on a multidisciplinary approach avoiding any position of omnipotence, and allowing evaluation of the indication for MAP.

**Key-Words:** sterility, MAP, ethics, sexuality