

Pour citer cet article : Herry K. *La dialectique du double protecteur en A.M.P.* Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse ; 2004. Available from : http://www.clinique-transculturelle.org/AIEPcolloques_herry_double_protecteur.htm

La dialectique du double protecteur en A.M.P.¹

Karine HERRY*

Quand l'enfant ne vient pas et que l'on s'adresse à des professionnels pour que celui-ci advienne, dans les services d'Assistance Médicale à la Procréation, par quel questionnement les consultants peuvent-ils être traversés ?

La maternité, par son caractère initiatique et par le fait qu'elle est une période de vulnérabilité psychique pour la femme, permet la réactualisation des conflits infantiles : elle nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles et fantasmatiques (Moro, 1998).

Que se passe-t-il pour les patientes dont la maternalité n'est en l'instant qu'« en devenir » ?

Quels sont les questionnements que nous pouvons rencontrer chez ces femmes suivies en consultation d'A.M.P. et dont le désir d'enfant est « suspendu » aux techniques médicales ?

L'impossibilité d'enfanter conduit toutes les femmes (et en particulier les femmes en situation transculturelle) suivies en A.M.P. à s'interroger sur :

- le statut féminin et familial. En effet, l'infécondité conforte et ravive certaines angoisses infantiles jusqu'alors « quiescentes »
- la question de la fécondité, de la fabrication culturelle d'un bébé à mettre en parallèle des mythes de fondation ?
- la représentation de l'enfant qui ne vient pas ? D'où vient-il ? Quelle est son origine ?
- le mandat transgénérationnel (stoppé) dont parle Lebovici (c'est-à-dire la capacité de rendre à ses propres parents la vie qu'ils nous ont donnée en la transmettant à son tour à un enfant).
- le statut de la parentalité en devenir : mère et père en devenir ? Suivant les patientes : « mère potentielle qui va s'arrondir » ; « vécu de la grossesse par procuration »...

* Psychologue, Hôpital Jean verdier, Maternité (Pr M. Uzan), Consultation transculturelle. En thèse de psychologie.

¹ Assistance Médicale à la Procréation.

² Mamiwatta est une créature mythique, divinités des eaux, d'une très grande beauté, susceptible d'envoûter les hommes. Elle peut être bienfaisante mais est le plus souvent maléfique. Cette légende nous raconte l'histoire d'un homme qui connaîtra tous les divorces pour se retrouver entre les mains d'une Mamiwatta-noire.

- quelles sont les théories étiologiques données à l'infertilité, à la stérilité ? Il est alors important de questionner les conditions d'alliance, les possibles attaques de sorcellerie... puisqu'une recherche effrénée de sens, codée culturellement, s'établit. L'échec des différentes tentatives de fécondation et encore plus leur abandon accentuent cette tendance et favorisent la régression.

- les protocoles médicaux en place en A.M.P. ne pourraient-ils pas être considérés comme des rites ? Idée que la technologie moderne de l'A.M.P. serait complémentaire aux protections du pays d'origine (P.O.) donc considéré comme un double protecteur.

Ces deux derniers points, notamment le fait que le recours à l'A.M.P. est quelque chose de complémentaire et surtout pas contradictoire avec les choses du P.O., seront illustrés par l'étude d'un cas clinique. Celui-ci reflètera, je le pense assez bien, ce qu'il peut se passer chez une femme africaine suivie en P.M.A., femme béninoise, médecin elle-même et amenée à évoquer des théories étiologiques très codées culturellement tout en continuant son suivi médical de très près.

Mme A., 33 ans est béninoise, Fon mais parlant davantage le Mina pour avoir eu une nourrice Mina. Mme A. est médecin, elle a fait ses études en France, pays où elle est arrivée à l'âge de 16 ans après avoir voyagé pas mal avec ses parents : son père tant diplomate, elle n'est pas restée longtemps au Bénin, elle a vécu dans d'autres pays africains.

C'est la cadette de la famille mais pourtant la première à s'être mariée. Elle a une sœur aînée de 38 ans qui n'est pas mariée et qui n'a pas d'enfants et un frère qui n'est pas marié mais qui a un enfant. Elle est mariée à un homme qu'elle connaît depuis plus de 10 ans (condition de l'alliance à priori sans problème : mariage religieux et traditionnel au pays avec les bénédictions nécessaires) mais ils n'arrivent pas à avoir d'enfant : c'est pourquoi ils sont suivis en P.M.A. (Les causes de la l'infertilité reste assez vagues puisque M. a fait 2 spermogrammes dont les résultats sont controversés : 1 mauvais et 1 bon ; Mme a peut-être les trompes obstruées ?)

Elle arrive à la consultation d'ethnopsychanalyse après avoir vu Dominique Neuman, la psychiatre du service. Elle parlait du fait que son mari disait qu'elle mimait les gestes de l'amour pendant la nuit. Cette orientation s'est révélée intéressante car Mme a pu parler des choses du pays voire évoquer des étiologies de possession alors qu'elle se définit elle-même comme une « déracinée » et ne croyant pas à toutes ces choses du pays, se défendant même d'appartenir à ce monde-là !

Quels sont les principaux points construits par Mme A, les principales théories étiologiques évoquées par Mme au cours des consultations pour donner un sens « culturel » à son infertilité ?

Un dicton rapporté par sa mère et qu'elle n'aurait pas respecté et qui dit qu'il ne faut jamais couper les oignons au-dessus de la casserole.

Elle énonce : « Une tante de mon mari, pendant le mariage, s'est jeté sur moi et m'a mis du

parfum sur le cou. Je suis la seule à avoir remarqué ça, mon mari n'a rien vu. J'ai raconté ça à ma mère, je n'ai pas eu de réponse. Après un religieux m'a dit qu'il a des visions. Tout le monde s'inquiétait de ne pas me voir m'arrondir. Mes parents sont très croyants. Il aurait vu une tante qui se serait senti blessée à l'occasion de mon mariage et aurait lié mes trompes. J'en ai parlé à ma mère [...] et après je me suis mis à cogiter et je me suis rappelé cette tante de mon mari. De son côté, ils sont très nombreux (oncles et tantes) et quand on veut atteindre quelqu'un on passe ailleurs. »

Elle parle ensuite de Mamiwatta³ : « Je sais que ma tante maternelle est peut-être dans ces trucs là. » Elle parle d'une cousine (la fille de cette tante) qui aurait eu une grossesse de 1 an et qu'on aurait ensorcelée : (« le chirurgien qui l'a opérée a trouvé des trucs inimaginables dans son ventre et a dû enlever l'utérus. » De plus, Mme parle de « rivalité », de « jalousie » entre cette tante et sa mère.

Elle parle également du mariage qu'il faut protéger. « C'est depuis que je suis mariée que rien ne va plus. Je suis chagrinée par rapport à ça. »

Dans un deuxième temps, j'aimerais revenir un peu plus particulièrement sur cette notion de « double protecteur » que représenterait pour ces femmes migrantes le recours au service d'A.M.P. J'illustrerai mes propos essentiellement sur la dernière consultation de Mme A. où l'idée du double voire du dédoublement était très prégnante à différents niveaux :

- rêve de jumeaux dont un est mal formé « Il avait une espèce de queue. Je ne pouvais pas supporter que ce soit un monstre. Le premier par contre semblait à peu près normal. » Cette histoire de gémellité, c'est l'expression même que nous avons tous un double !

- le fait que ce soit son mari puis elle qui tait enceinte. Elle passera dans ce rêve du statut de parturiente à celui d'accoucheuse. « C'est comme si je sortais de mon corps ; je faisais les 2. »

Mme travaille beaucoup en tant que médecin en P.M.I. à faire des suivis de grossesse. Elle dit : « les petits bobos de la grossesse, je les vis par procuration parce que je r pète des choses aux patientes sans les avoir vécues. » Même dans le rêve « je ne ressens rien. Tout est vécu de l'extérieur. Et même dans le suivi, je reste à l'extérieur. Je ne l'ai pas vécu dans ma chair, je n'ai pas réussi à me l'approprier. Le rêve c'est peut être une tentative mais en vain. »

Ici illustration du fait que la grossesse est vécue chez elle du côté médical, donc extérieur, alors qu'elle souhaiterait que ce soit quelque chose d'intérieur, d'intime.

Mais la pensée scientifique est redondante par rapport à cette dialectique du double puisqu'en A.M.P., transfert de 2 embryons à chaque fois pour avoir le maximum de chances d'avoir une grossesse (1 chance sur 4 avec 2 embryons). Ainsi l'idée sous-jacente est la suivante : pour fabriquer un bébé en P.M.A., il faut 2 embryons !!! Ce qui laisse la place au fantasme de jumeaux...

Pour Mme A, médecin de profession, ayant recours aux services d'A.M.P. pour infertilité primaire, il est très important de pouvoir concilier les deux versants thérapeutiques (médical / haute technologie et traditionnel) pour questionner son mal-être et donner du sens, culturellement parlant, à ce qu'elle vit.

Ne pourrions-nous pas rapprocher ceci la notion de complémentarisme dont parlait Devereux et qui fonde les consultations d'ethnopsychanalyse ? Comment concilier ces deux versants ? Utilisation des deux versants d'une manière complémentaire et surtout pas contradictoire !

Dans la mesure où, au niveau traditionnel, c'est l'enfant qui permet la mère de cheminer dans son processus de maternalité, comment le professionnel de la procréation va-t-il s'y prendre pour qu'advienne le bébé ?

Entre médecine et tradition, quels liens existent-ils ? Que pouvons-nous « lire » chez cette femme ? Y-a t-il influence et/ou synergie de l'un sur l'autre et/ou annulation mutuelle de la médicalité en elle par recours aux choses du P.O. versus du traditionnel en elle par le fait d'être devenu médecin ?

Enfin, un autre point me semble-t-il est important souligner, point qui n'est pas spécialement spécifique aux femmes migrantes mais qui se cristallise d'une façon particulière chez elles, qui vient rappeler cette idée de double protecteur en consultant en service d'A.M.P.

Chez les femmes suivies en A.M.P., on assiste souvent, au niveau clinique, une mise en place de certains mécanismes de défenses et singulièrement, ce que Faure-Pragier (1998) nomme « le démenti de la vie psychique ». Celui-ci semble associé non seulement l'infertilité mais aussi l'engagement dans les procédures d'A.M.P. Cela leur offre, en effet, contre le sentiment de perte et d'impuissance enfanter, le choix d'une action, d'une pensée technique, d'un mode de lutte contre la souffrance.

Généralement, la pensée de type opératoire (P. Marty qu'il définit comme étant une pensée pragmatique fermée toutes introspections) permet de réprimer les représentations suscitées par l'exacerbation des conflits intra-psychiques qu'entraîne l'infertilité : crainte du retour la dépendance et l'impuissance infantile.

Ainsi, on assistera parfois dans les consultations une perte de sens du suivi en A.M.P. du fait que la pensée opératoire prend le dessus.

Par exemple, pour Mme A. : extrait de la dernière consultation ; Mme parle de la nouvelle tentative qui va bientôt avoir lieu.

Mme : [...] Ça a repris et cette fois ci on verra bien. J'essaie de ne pas trop y penser. J'espère qu'on aura plein d'embryons pour la congélation pour ne pas repasser par le tralala. C'est ça qui est lourd et difficile. Le maximum permettra que j'ai pas refaire tout ça. Je ne le souhaite à personne, à aucune femme. C'est vraiment pénible d'être tout le temps examinée (écho, prise de sang, piqûres). Y'en a une, c'est l'horreur (en parlant d'une échographie), on se demande si c'est une femme. Elle va très vite mais c'est pas la douceur. J'espère qu'on aura au moins 10 embryons.

I.R. : C'est une épreuve. Ça le montre bien parce que vous dîtes « au moins 10 » mais il suffit qu'un seul tienne.

D.N. : C'est une idée qui se perd.

I.R. : C'est une épreuve dont on perd le sens. Ça peut être déshumanisant ? On est l ensemble pour continuer nourrir le sens de tout ça. Ne pas perdre le fil.

Mme : Le sens est toujours l mais on pense forcément au risque.

I.R. : C'est important tout ça pour vivre cet accompagnement médical.

Conclusion

Faire un bébé est donc un acte complexe et le rapport sexuel ne suffit pas, encore moins en A.M.P. ! En consultation transculturelle, nous travaillons donc avec ces patientes sur les représentations fortement codées culturellement ce sujet et ce qui fait que l'enfant ne vient pas. Dans nos pays occidentaux, pourvus d'une haute technologie en la matière, nous évoquons le fameux « désir d'enfant » quand celui ci ne vient pas. Est-ce réellement adapté aux populations migrantes ?

Enfin, « Est moderne le monde qui inclut plusieurs théories, plusieurs divinités, plusieurs techniques thérapeutiques dans le même espace ; moderne le monde qui admet le foisonnement cosmopolite des ethnies et ne cherche pas le dissoudre. Archaïques, en vérité, sont les mondes qui ne disposent plus que d'un seul réseau. » (Nathan, Hounkpatin 1996).

BIBLIOGRAPHIE

Devereux G. (1972) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1985.

Faure-Pragier S. Vingt après : du déni la projection. In : Frydman R, Flis-Tréves M, Koeppl B. *Les procréations médicalement assistées : vingt après*. Paris : Odile Jacob ; 1998.

Lebovici S. Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions fantasmatiques. In : Lebovici S. *Psychopathologie du bébé*. Paris : P.U.F. ; 1989. p. 141-6.

Lebovici S. La transmission intergénérationnelle ou quelques considérations sur l'utilité de l'arbre de vie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé. In : Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère-bébé ?* Ramonville St Agne : Erès ; 1996. p. 19-28.

Moro MR, Mazet Ph. Parents et enfants « sans larmes ». Nécessité d'une approche psychologique et culturelle de la périnatalité. In : Mazet Ph, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*. Paris : P.U.F. ; 1998. p. 489-504.

Moro MR. *Parents en exil : psychopathologie et migrations*. Paris : P.U.F. ; 1994.

Nathan T, Hounkpatin L. *La guérison Yoruba*. Paris : Odile Jacob ; 1996.

Weil E, Dayan J. Désir d'enfant et assistance médicale la procréation. In : Darves-Bornoz JM. (sous la dir. de) *Problématique féminine en psychiatrie, Monographie du collège national des gynécologues accoucheurs*. Paris : Masson ; 2000. p. 23-4.