

Karine Delmas

Le chemin de la fertilité

**Les solutions apportées par la PMA
et l'hypnose préconceptionnelle®**

dauphin 
ÉDITIONS

Table des matières

NOTE DE L'AUTEUR	7
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9

Partie 1 : Comprendre l'infertilité

CHAPITRE 1 : LA QUESTION DU DÉSIR D'ENFANT

1. LES ENJEUX INCONSCIENTS DU DÉSIR D'ENFANT	
2. COUPLE ET DÉSIR D'ENFANT	15
3. UN DÉSIR AMBIVALENT	19
4. ABSENCE DE DÉSIR D'ENFANT	22
5. UN DÉSIR REVENDIQUÉ	25
6. DÉSIR D'ENFANT OU DÉSIR DE GROSSESSE ?	28
7. AVOIR LE CHOIX	30

CHAPITRE 2 : L'INFERTILITÉ

1. BAISSÉ DU TAUX DE FÉCONDITÉ	32
2. L'INFERTILITÉ	33
3. INFERTILITÉ PRIMAIRE ET INFERTILITÉ SECONDAIRE	36
4. LES CAUSES MÉDICALES DE L'INFERTILITÉ	37
5. LES FACTEURS FAVORISANT L'INFERTILITÉ	40

CHAPITRE 3 : L'HYPNOSE

1. QU'EST-CE QUE L'INCONSCIENT ?	54
2. LES DIFFÉRENTS TYPES D'HYPNOSE	55
3. ÉCLAIRAGES SUR L'HYPNOSE ERICKSONIENNE	56
4. LES TERRAINS D'ACTION DE L'HYPNOSE PÉRINATALE	
5. LA POSTURE DU PRATICIEN	69
6. DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE D'HYPNOSE PRÉCONCEPTIONNELLE®	71





CHAPITRE 4 : LES BLOCAGES SOUTERRAINS DE LA FERTILITÉ

1. FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE EN PRÉCONCEPTION	79
2. PSYCHOSOMATISATIONS ET COMPORTEMENTS DE « SABOTAGE »	85
3. CONTEXTE DE VIE ET SÉCURITÉ INTÉRIEURE	96
4. VIOLENCES SEXUELLES ET DIFFICULTÉS DE CONCEPTION	114
5. CONFLITS ET TOXICITÉ PARENTALE	117
6. LES ENJEUX AUTOUR DE L'IMAGE DU PÈRE	121
7. LA RELATION À LA MÈRE	128

Partie 2 : La difficulté des cours d'AMP

CHAPITRE 5 : AMP EN FRANCE, LÉGISLATION ET PROTOCOLES

1. L'AMP EN FRANCE : QUE DIT LA LOI ?	137
2. LES EXAMENS MÉDICAUX PRÉALABLES	138
<i>a. Le débat sur le DPI-A</i>	
3. LES TECHNIQUES D'AMP UTILISÉES	141
4. LE DON DE GAMÈTES	143
<i>a. ECLAIRAGE sur les CECOS</i>	
5. LA PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ	
6. COMMENT BÉNÉFICIER D'UNE AMP ?	149
7. COÛT ET PRISE EN CHARGE DE L'AMP	
Erreur ! Signet non défini.	
8. LE DROIT D'ACCÈS AUX ORIGINES	150
9. L'AMP TRANSNATIONALE	153
10. LES RISQUES DE L'AMP	160
11. LES LIMITES ET DÉRIVES DE L'AMP	
Erreur ! Signet non défini.	

CHAPITRE 6 : L'AMP OU LE PARCOURS DU COMBATTANT

1. LE PARCOURS "TYPE" EN AMP	169
2. L'ÂGE EN QUESTION	172
3. LE CHOIX DE L'AMP ET SES IMPLICATIONS	174
4. DU RÊVE À LA DÉSILLUSION	177

5. L'ATTENTE, L'ÉCHEC, LE DOUTE	179
6. DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES ET AMP	180
7. L'IMPACT SUR LA VIE QUOTIDIENNE	186
8. LE VÉCU CORPOREL	189
9. LES VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA PRISE EN CHARGE	192
10. ET QUAND L'ENFANT NE VIENT PAS...	200

CHAPITRE 7 : LES ENJEUX SPÉCIFIQUES DES DIFFÉRENTS PARCOURS D'AMP

1. LE VÉCU PSYCHIQUE DE L'INFERTILITÉ ET DE L'AMP	208
2. LES ENJEUX SPÉCIFIQUES SELON LES TYPES DE PARENTALITÉ	214

Partie 3 : Se libérer grâce à l'hypnose préconceptionnelle®

CHAPITRE 8 : L'HYPNOSE PRÉCONCEPTIONNELLE À CHAQUE ÉTAPE DU PARCOURS

1. L'HYPNOSE PRÉCONCEPTIONNELLE AVANT L'AMP	
2. L'HYPNOSE PRÉCONCEPTIONNELLE PENDANT LE PARCOURS D'AMP	240
3. L'HYPNOSE APRÈS LE PARCOURS D'AMP	246

CHAPITRE 9 : TRAUMATISMES ET MÉMOIRES INCONSCIENTES

1. L'IMPACT DES TRAUMATISMES SUR LA FERTILITÉ	
2. LES MÉMOIRES ÉMOTIONNELLES PRÉNATALES ET DE NAISSANCE	258
3. LES EMPREINTES TRANSGÉNÉRATIONNELLES	

CHAPITRE 10 : L'IMPACT DU VÉCU ANTÉRIEUR DE LA MATERNITÉ

1. DEUIL PÉRINATAL, FAUSSES COUCHES, IMG, IVG	
2. LE VÉCU DES GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	
3. LES DIFFICULTÉS DU POST-PARTUM PRÉCÉDENT	
4. LA QUESTION DE LA DOULEUR	293
5. LES CROYANCES ET LES PEURS	295

CHAPITRE 11 : EXEMPLES D'ACCOMPAGNEMENTS ET CAS CLINIQUES

1. ANNE-LISE : L'IMPACT DE L'ABUS SEXUEL	299
2. VIRGINIE : L'IMPACT DU DEUIL ET DU CHOC ÉMOTIONNEL	302
3. MARYLINE : LE DEUIL DE LA MATERNITÉ	305
4. AURÉLIE : LA PLACE DU COUPLE ET DE L'ENFANT INTÉRIEUR BLESSÉ	307
5. JULIE : LA RECONNAISSANCE DE SON INDIVIDUATION ET LE POIDS DE LA FAMILLE	310
6. DEBORAH : LA PLACE DU TRANSGÉNÉRATIONNEL	

CHAPITRE 12 : ET LES ENFANTS DANS TOUT ÇA ?

1. LA SANTÉ DES PERSONNES NÉES PAR AMP	315
2. LE DÉVELOPPEMENT ET L'ÉQUILIBRE DES ENFANTS NÉS PAR AMP	317
3. L'IMPACT DU SECRET DE LA FILIATION SUR LES ENFANTS ISSUS D'UNE AMP	320
CONCLUSION	326
ANNEXES	331
LEXIQUE	
BIBLIOGRAPHIE	335



Aujourd'hui, une personne sur six dans le monde est confrontée à l'infertilité, et en France, cela concerne plus de trois millions de personnes. Ce phénomène en constante augmentation relève d'un véritable enjeu de santé publique. Les parcours d'Assistance Médicale à la Procréation se sont fortement développés et la loi bioéthique qui encadre l'AMP a été révisée en 2021, apportant de nombreux changements, notamment celui de l'accès aux parcours d'AMP à toutes les femmes, qu'elles soient seules ou en couple hétérosexuel ou homosexuels.

Avoir recours à une aide médicale pour avoir un enfant est une véritable épreuve pour toutes les personnes qui y sont confrontés. Qu'il s'agisse de l'infertilité médicale ou inexploquée d'un couple hétérosexuel, ou que cela relève de la nécessité pour les femmes seules ou les couples de femmes de faire appel à un donneur, l'AMP est un parcours du combattant. Chaque trajectoire est unique mais de manière générale, faire entrer dans sa vie une assistance médicale pour devenir parent est souvent source de contraintes et de souffrance. Les personnes en parcours d'AMP ont besoin de compréhension et de soutien adaptés à la singularité de leur situation, mais qui font malheureusement trop souvent défaut.

Devenir parent relève de multiples considérations qui peuvent être d'ordre social, émotionnel, psychique ou encore relationnel et qui



sont parfois complexes. Au départ, il y a la question du désir parental duquel va naître l'enfant. Ce désir qui échappe à notre volonté, et dont l'enfant est l'objet, peut s'enraciner dans l'idée de fonder une famille, de transmettre, de s'inscrire dans une généalogie ou de correspondre à un schéma familial, culturel. Mais il est avant tout relié à notre propre histoire : nos croyances, nos valeurs et aussi nos angoisses et nos peurs les plus viscérales s'entremêlent.

Désirer un enfant comme gage de prolongement de soi ou pour pouvoir s'épanouir, se réaliser, voire chercher à guérir ce qui est blessé en nous, répond au vécu et aux modèles dont nous sommes issus et qui ont laissé des traces dans notre inconscient. C'est alors lui qui agit au cœur de ces différents enjeux en impactant, dans certains cas, nos capacités reproductives.

L'Assistance Médicale à la Procréation soulève de nombreux débats d'ordre politiques, sociaux, éthiques, psychanalytiques et philosophiques. Ce livre n'a pas pour objet de définir ce qui est juste ou non, ni de créer des polémiques ou de porter des jugements. Il s'attache simplement à faire un état des lieux de l'AMP aujourd'hui et essaie de clarifier modestement certains enjeux qui peuvent être à l'œuvre dans le cadre de l'infertilité, afin de donner des clefs de compréhension ou, au moins, de réflexion. Chacun sera libre ici d'adhérer ou non aux notions abordées. Ce livre a été conçu en trois parties et nombreux chapitres, pour que chacun puisse y trouver les informations dont il a besoin.

A travers les regards croisés de nombreux spécialistes, cet ouvrage a pour objet de montrer comment l'hypnose préconceptionnelle® permet de dialoguer avec l'inconscient afin de lever d'éventuels freins émotionnels, de soulager des peurs et de mobiliser des ressources positives pour traverser chaque étape des parcours d'AMP, tout en soutenant les processus corporels et psychiques de la conception.

Je ne suis ni médecin, ni psychiatre, ni psychologue, je ne présente pas ici un manuel pratique de l'hypnose préconceptionnelle®, mais le fruit de mes recherches et de ce que j'ai pu mettre en œuvre, constater et observer au cours de plus de seize années d'expérience dans la relation d'aide. Je n'ai aucunement la prétention de proférer une vérité absolue, simplement de proposer un autre regard à travers cet écrit. Il est étayé de nombreuses sources bibliographies, d'études, d'interviews de professionnels de l'accompagnement médical, physique et psychique des parcours d'AMP, de responsables d'associations de patients, ainsi que de témoignages de personnes que j'ai suivies en hypnose préconceptionnelle®, et d'exemples cliniques (dans lesquels l'identité des personnes a bien entendu été modifiée afin de préserver leur anonymat).

Ce livre s'adresse à la fois aux personnes qui rencontrent des difficultés de conception ou qui en ont rencontré, aux personnes de leur entourage qui souhaitent mieux comprendre ce que vivent leurs proches et aux thérapeutes et soignants qui sont intéressés par ces questions-là.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Partie 1

Comprendre l'infertilité





Chapitre 3

L'hypnose

Les terrains d'action de l'hypnose périnatale

L'hypnose concerne différents champs d'action : l'hypnose médicale pratiquée par des soignants (hypnoanalgésie¹ et hypnosédation²) et l'hypnothérapie, qui s'intéresse à l'application de l'hypnose dans le domaine de l'accompagnement psychique ou émotionnel.

L'hypnothérapie périnatale couvre l'ensemble des enjeux de la maternité. Elle est utilisée pendant la période de préconception ; qu'il s'agisse simplement d'aider des personnes à voir plus clair concernant leur désir d'enfant : « Est-ce que je veux vraiment un enfant ? » ; « Est-ce que je veux garder ou non ce bébé ? » ; « Quelles sont mes peurs à l'idée de devenir parent ? », ou de les aider dans le cadre de difficultés procréatives.

Elle concerne également la grossesse et la période post accouchement, et s'adresse aux couples hétérosexuels, aux couples de femmes et aux femmes seules. Elle peut également concerner les hommes ou les couples homosexuels en désir de paternité dans le cadre de l'adoption ou de la coparentalité.

1. Prise en charge de la douleur et l'accompagnement du soin.

2. Technique pratiquée par un(e) anesthésiste qui utilise l'hypnose pour anesthésier le patient (parfois associée à une sédation intraveineuse ou une anesthésie locale).



Stephanie Catsaros et Jaqueline Wendland³, expliquent que l'hypnose peut trouver un terrain clinique de prédilection en périnatalité : « *En tant qu'outil thérapeutique, l'hypnose peut participer au travail autour de plusieurs thématiques durant une grossesse : les représentations qu'a la femme de la grossesse et de l'accouchement, les traumatismes passés, l'anticipation anxieuse de la douleur, l'accompagnement de l'accouchement... Malgré certaines divergences dans les résultats rapportés par les études dans ce domaine, notamment concernant l'efficacité de cet outil pour le soulagement de la douleur durant l'accouchement, l'apport de l'hypnose pour l'amélioration globale de l'expérience subjective de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi l'amélioration de l'état émotionnel et du bien-être de la femme durant cette période de la vie, semble aujourd'hui être solidement établi.* »

1. L'hypnose préconceptionnelle®

Ce que je qualifie d'hypnose préconceptionnelle® est une approche consistant à utiliser des techniques d'hypnose Ericksonienne dans le cadre d'une démarche qui consiste à identifier et à lever d'éventuels blocages inconscients à la conception d'un enfant et à soutenir les processus physiques, psychiques et émotionnels tout au long du parcours pour devenir parent, avec ou sans AMP. Cette méthode tient compte du contexte de vie et de l'histoire de la personne, de ses antécédents périnataux, des enjeux de sa propre naissance, de ses traumatismes, ainsi que de l'aspect transgénérationnel, comme nous le verrons plus loin.

3. Article : Hypnoalgésie et hypnothérapie dans le domaine de la périnatalité de Stephanie Catsaros (psychologue) et Jaqueline Wendland (Professeur en Psychopathologie de la Petite Enfance et de la Parentalité), dans Périnatalité 2021/3 (Vol. 13), pages 135 à 141, file:///Users/kdelmas/Downloads/PERNA_133_0135.pdf

Catsaros et Wendland évoquent une étude⁴ qui démontre un apport significatif de l'efficacité de l'hypnose durant le processus d'AMP : dans le groupe bénéficiant de séances d'hypnose dans le cadre de transferts d'embryons, il y a eu 52 grossesses pour seulement 29 dans le groupe témoin. Les chercheurs ont confirmé que l'hypnose était le paramètre qui influait le plus significativement sur le taux de grossesse suite au transfert d'embryon. L'hypothèse avancée est que l'hypnose participe à l'apaisement du stress et contribue à la réduction de la contractilité utérine en améliorant ainsi l'interaction entre l'embryon et la muqueuse utérine.

Pour Lidia Stankiewicz⁵, thérapeute et auteure de *La femme infertile n'existe pas ! Pensons la fécondité autrement*, l'hypnose est « une technique formidable car elle permet d'accéder à l'inconscient. Tout ce qui nous arrive dans la vie a été, en quelque sorte, induit par notre esprit inconscient. Certains événements se produisant à l'âge adulte nous étonnent. Pourtant, ils ont été, pour ainsi dire, concoctés, dans la petite enfance ou à l'adolescence. Il en est de même avec les causes psychologiques de l'infertilité. Les médecins le disent désormais : nous fabriquons nos vies avec nos pensées inconscientes. Nous appelons cela le destin. Mais *ce n'est rien d'autre qu'une inscription, une réalisation inconsciente de nos vies en réponse à des expériences vécues. Pourquoi donc se refuser ce travail formidable qui peut nous permettre de corriger ce qui ne fonctionne pas ? Dans l'infertilité, il peut y avoir tellement de freins, de blocages, d'interdits ou d'incompréhensions ! Il ne s'agit pas de dire que l'hypnose fera un enfant mais que l'accès à l'esprit inconscient ouvrira la voie de l'autorisation.* »

4. Catsaros, Stéphanie et Wendland, Jacqueline, Op.cit.

5. Extrait d'entretien avec la thérapeute Lidia Stankiewicz, voir en Annexes.



• Hypnose et désir d'enfant

Il n'est pas nécessaire de souffrir d'infertilité pour consulter en hypnose. Je reçois des personnes qui se questionnent sur la pertinence ou non de faire un enfant, qui ont besoin d'interroger leur désir ou de clarifier leurs ambivalences. Si pour certaines, le désir d'enfant est une évidence, pour d'autres, une réflexion en amont est nécessaire car elles ne savent pas toujours si elles ont réellement envie d'un bébé ou si elles sont conditionnées par les injonctions de la société. Certaines subissent des pressions de leur entourage mais ne parviennent pas à savoir si ce désir est réellement le leur. D'autres veulent faire plaisir à leur conjoint ou à leur famille, mais ne sont pas au clair sur leur propre souhait.

Certaines femmes sentent que le désir de maternité est là mais qu'elles ont des peurs : celle de perdre leur liberté par exemple, ou d'avoir du mal à gérer le manque de sommeil. La crainte que la maternité impacte trop leur corps, leur carrière ou leur vie professionnelle revient souvent, comme celle de perdre le côté fusionnel de leur couple ou d'altérer la relation intime et l'équilibre amoureux. Dans certains cas, elles ont été témoin d'événements douloureux autour d'une grossesse ou d'une naissance et redoutent alors que cela leur arrive. D'autres fois, c'est leur propre histoire d'enfant, si elle a été difficile, qui les fait réfléchir à la pertinence de devenir mère à leur tour. La peur de mal faire, de ne pas savoir faire ou de reproduire un schéma, peut les faire hésiter.

L'hypnose permet d'accéder à une intériorité profonde pour « faire le tri », travailler sur les blessures ou carences du passé et interroger ainsi ce qui sous-tend le désir d'enfant. En entrant en contact avec les parties refoulées de l'inconscient il devient possible de mettre à jour les conflits internes et de conscientiser ce qui les anime vraiment. Le

travail autour de l'apaisement des peurs et la clarification des réelles motivations, permettent aux personnes que j'accompagne d'y voir plus clair afin de prendre la décision la plus juste pour elles-mêmes, qu'il s'agisse d'un enjeu autour d'un premier enfant ou pour le ou les suivants.

• Hypnose et infertilité

Dans le cas d'une infertilité inexplicée, je reçois des femmes qui, ayant eu confirmation que leur absence de grossesse n'était pas due à un problème médical visible chez elles ou chez leur conjoint, souhaitent tenter une approche naturelle avant de passer par l'AMP. Dans ce cas-là, nous explorons leur histoire de vie et ses différents aspects pour tenter d'identifier et de libérer ce qui pourrait, peut-être, expliquer sur le plan inconscient, que la grossesse tarde à s'installer.

Ce travail s'applique également aux personnes dont l'infertilité est diagnostiquée comme étant liée à un problème médical. Il me semble en effet plus juste d'éviter le clivage : une infertilité est souvent le fruit d'un enjeu global à la fois physique et psychologique. Si la médecine s'occupe du corps, il m'apparaît nécessaire de prendre soin, en parallèle, du psychisme et de la dimension émotionnelle, car cela aura *in fine* un effet sur le corps, ne serait-ce qu'en termes de gestion du stress.

Lorsque les personnes consultent dans le cadre d'une infertilité, nous pouvons agir sur de nombreux aspects. Tout d'abord, leur permettre de se sentir écoutées, entendues et prises en compte est essentiel.



Puis, l'hypnose préconceptionnelle® les aide ensuite de différentes manières :

- Interroger la nature du désir d'enfant et ses éventuelles ambivalences;
- Identifier les blocages possible autour de l'idée de la parentalité;
- Cheminer sur la notion de deuil de la fertilité et de la grossesse spontanée (pour les couples hétérosexuels infertiles) ;
- Accepter de ne pas faire un enfant dans le cadre d'un couple (pour certaines femmes célibataires) ou se remettre sur le chemin d'une rencontre (si tel est leur souhait);
- Accepter l'intervention médicale et les examens pour concevoir ;
- Mieux gérer les douleurs et effets secondaires des traitements;
- Mieux gérer les humeurs, le stress, les émotions diverses et prendre du recul;
- Retrouver confiance et apaiser les peurs et angoisses;
- Évacuer les antécédents du parcours d'AMP (colère contre le corps médical, souvenirs traumatiques...) ;
- Libérer les émotions autour des deuils périnataux antérieurs (fausses couches, IMG, IVG);
- Se défaire des histoires périnatales difficiles qui ont été entendues ;
- Interroger le rapport aux parents, les répétitions éventuelles, les freins qui peuvent en découler et s'en libérer
- Retrouver de l'énergie, de la vitalité;
- Renouer avec son corps de façon positive;
- Se reconnecter à une sexualité apaisée et épanouie, relancer la libido ;
- Agir sur les troubles du comportement alimentaire ;
- Agir sur les comportements addictifs et les dépendances (sevrage tabagique...) ;

- Retrouver une vie saine, de la motivation et du courage ;
- Apaiser les douleurs, tensions et inconforts corporels ;
- Se rouvrir à la vie autour de soi et aux autres;
- Ressentir moins de colère, plus de confiance et d'optimisme;
- Apaiser les tensions relationnelles (couple, famille, travail) ;
- Se préparer positivement à chaque étape du parcours (RDV, examens, traitements, prélèvements, inséminations, transferts, voyages pour le don...) ;
- Se "relier" symboliquement à l'embryon, avant le transfert ;
- Aider le corps à se préparer à répondre positivement aux traitements et à accueillir la grossesse
- Mobiliser la confiance, la sécurité intérieure, les émotions positives, les ressources individuelles, sur lesquelles s'appuyer à chaque étape...

Le témoignage d'Hélène

Ne me sentant pas en forme, je farfouille sur internet voulant me trouver de quoi passer un petit moment rien que pour moi. J'ai plutôt en tête un massage, un moment de relaxation et de fil en aiguille, je tombe sur la page de Karine. De l'hypnose ? Jamais testé. Le destin ? Un signe ? Moi qui aie en tête de devenir maman depuis des années sans parvenir à l'être, je me dis que c'est le moment. Ni une ni deux, je prends rendez-vous sans trop d'attente particulière en me disant que ça me ferait au moins une pause dans ma vie à 1 000 à l'heure.

Je rencontre Karine et je sens tout de suite que «ça va le faire». On discute, elle teste ma réceptibilité à l'hypnose et c'est parti pour plusieurs séances. Karine arrive tout de suite



à mettre les mots sur mes maux. Je sors de ma première séance en pleurs, avec la folle envie de revenir, d'avancer et d'ôter tous ces blocages que j'avais soigneusement enterrés pensant depuis toujours que ces derniers n'avaient pas d'incidence avec le fait que mon conjoint et moi n'arrivions pas à avoir d'enfant.

De séance en séance, je commence à y voir plus clair et à comprendre que la PMA ne pourra être bénéfique qu'en complément d'un travail profond sur moi-même. Aujourd'hui, j'ai pris beaucoup de recul sur mon histoire, mes doutes, mon passé.

Je ne remercierai jamais assez Karine car au moment où j'écris ces quelques lignes, je suis sur le point d'accoucher et de faire la plus belle rencontre de ma vie. Mon conjoint et moi sommes sur un petit nuage, évidemment !

- **Hypnose et AMP : un travail sur deux niveaux**

Concernant les femmes qui consultent dans le cadre d'un accompagnement en parallèle de leur parcours d'AMP, j'utilise l'hypnose sur deux niveaux, selon leur demande et leur façon d'adhérer ou non, avec cette approche :

Sur le plan concret :

J'accompagne pas à pas, chaque étape du parcours d'AMP pour renforcer la confiance, la patience et soutenir moralement la personne lorsque le chemin s'avère difficile. Cela revient à aider le corps à se « préparer » pour chaque étape médicale (examens médicaux, traitements, prélèvements d'ovocytes, transferts d'embryons) en lien avec l'inconscient, pour favoriser une meilleure alliance. L'hypnose permet de renforcer un état d'esprit positif, de prendre du recul tout en aigu-

sant la conscience corporelle pour soutenir les processus biologiques et physiologiques.

Sur le plan profond :

Tenter d'identifier puis de lever d'éventuels blocages inconscients est l'essence même de l'hypnose préconceptionnelle®. Il s'agit d'un travail de fond et d'une recherche autour de l'histoire personnelle et transgénérationnelle de la personne : son contexte de vie antérieur et actuel, ses traumatismes, ses peurs, ses injonctions inconscientes et conditionnements limitants... Cette approche offre une délivrance profonde et libère émotionnellement la personne qui a alors la sensation d'avoir préparé le terrain pour une grossesse, et pour l'arrivée d'un bébé dans sa vie.

2. L'hypnose prénatale

L'hypnose prénatale concerne les femmes enceintes et les couples qui attendent un enfant, pour les soutenir face à d'éventuelles difficultés émotionnelles et les aider à se projeter. Elle s'adresse à tous les futurs parents, que la grossesse soit bien vécue ou non.



L'hypnose prénatale a pour objectif d'apporter de l'apaisement à chaque femme enceinte qui a envie ou besoin de prendre soin d'elle, même si elle ne rencontre pas de difficulté particulière. Elle s'adresse également à celles :

- Qui ont des problèmes relationnels, affectifs, professionnels ou familiaux qui parasitent la grossesse ;
- Qui ont du mal à bien vivre le fait d'attendre un enfant ou d'être enceinte, pour des raisons diverses ;
- Qui s'interrogent sur le fait de « garder » ou non leur bébé ;
- Qui ont du mal à se connecter à leur bébé ou à réaliser qu'elles sont vraiment enceintes ;



- Qui ont des réminiscences difficiles de leur propre histoire ;
- Qui ont des peurs et des angoisses, ressentent de l'anxiété
- Qui ont des nausées, des douleurs, des inconforts physiques
- Qui vivent une grossesse pathologique ou qui ont des antécédents difficiles autour de la maternité (accouchement précédent ou post-partum difficile, fausses couches, deuil périnatal...) ;
- Qui traversent un deuil, un licenciement, ou une séparation en cours de grossesse ;
- Qui veulent réduire ou limiter un comportement (tabagisme, hyperphagie...) ;
- Etc. (cette liste n'est pas exhaustive)

L'hypnose prénatale favorise la reconnexion de la mère à son bébé, permet d'alléger les difficultés relationnelles et émotionnelles, de lever les angoisses et de reprendre le contrôle sur les peurs. Cette technique favorise la préparation psychique. Elle permet de se projeter de façon positive dans son accouchement, dans les suites de couches et dans le retour à la maison. Elle stimule la confiance et mobilise les ressources maternelles et paternelles et aide à mieux gérer la douleur. Les accompagnements en période prénatale s'adaptent bien entendu à la singularité de chaque situation.

L'accompagnement de la grossesse, à l'instar de l'accompagnement préconceptionnel ou postnatal, implique un échange approfondi. Il permet de bien circonscrire les difficultés et les besoins individuels afin de chercher à y répondre efficacement grâce à l'hypnose, pour favoriser un déroulement de grossesse plus harmonieux.

3. L'hypnose postnatale

Catsaros et Wendland⁶ expliquent que l'hypnose a un effet positif pour réduire l'anxiété en période postnatale et relatent un taux de dépression significativement moins important : « Les chercheurs ont mis en évidence un effet positif sur le bien-être émotionnel maternel, le lien avec le bébé, la confiance maternelle et la dépression dans la période postnatale. »

Après l'accouchement, dans les semaines, mois ou années qui suivent, l'hypnose vient répondre à des besoins différents. Il est tout d'abord possible de « réparer » symboliquement un vécu d'accouchement difficile - voire traumatique - ou qui ne s'est pas passé comme prévu, afin de libérer le psychisme des mères et de leurs conjoints pour leur permettre d'avancer et de passer sereinement à autre chose. Par exemple, si l'accouchement a entraîné une hémorragie importante difficile à stopper ou s'il a fallu faire face à un « code rouge »⁷ en ayant peur pour la vie du bébé ou de la mère, l'un ou l'autre des parents peut développer des symptômes de stress post-traumatique. Sans aller jusqu'à cet exemple extrême, le simple fait d'avoir mal vécu un accouchement, de ne pas s'être senti entendu ou respecté dans ses besoins, peut laisser des traces qu'il convient de soigner.

Faire le deuil d'un accouchement difficile permet d'alléger ce que l'enfant va inconsciemment garder comme traces émotionnelles. Si la mère ne « digère » pas l'événement, il est possible que cela reste laisse des traces chez le bébé, majorant parfois des problématiques autour du sommeil, de la séparation, ou de l'alimentation. Bien souvent, le travail sur l'inconscient parental, en parallèle à la prise en charge

6. Catsaros, Stéphanie et Wendland, Jaqueline, Op. cit

7. Une césarienne en code rouge correspond à une extrême urgence en raison d'une menace vitale immédiate pour la mère ou le fœtus.



médicale et ostéopathique de l'enfant, favorise un mieux-être chez le bébé, de façon parfois spectaculaire.

Il arrive que le post-partum⁸ soit mal vécu à travers ce qu'il apporte de changements, de douleurs, de fatigue physique et nerveuse et de modifications hormonales. La souffrance maternelle, le sentiment d'être dépassé, les difficultés d'allaitement, la sensation de solitude, parfois la dépression du post-partum ou les troubles de l'attachement, voire l'agressivité à l'encontre du bébé, sont des situations courantes et trop souvent difficilement identifiées ou insuffisamment accompagnées.

Depuis quelque temps, la santé mentale des jeunes mères émerge dans le débat public, et des prises en charge spécifiques sont proposées. L'hypnose peut offrir, en parallèle, une aide non négligeable dans ce contexte-là, sous réserve que les femmes soient suivies médicalement et sur le plan psychologique. L'hypnose a alors pour but d'apaiser, de reconforter et de rassurer la mère sur ses compétences en l'aidant à comprendre ce qui se passe en elle et à chercher les causes de son mal-être. L'objectif est de lui permettre de lâcher la culpabilité en lui redonnant confiance et en renforçant le lien à son bébé.

Lorsque l'esprit est libéré et les émotions adoucies, le corps s'en trouve régénéré plus facilement. Un périnée en souffrance, des troubles du sommeil ou encore une lactation difficile sont des problèmes sur lesquels l'hypnose peut apporter un peu plus de confort. Il est par ailleurs possible de préparer psychiquement la reprise du travail et la séparation avec le bébé pour que les mères et par voie de conséquence, leur enfant, la vivent avec plus d'aisance et de confiance.

8. Livre : La grossesse psychique : l'aube des liens, de Geneviève Bruwier, Editions Fabert, Belgique, 2012

L'hypnose permet avant tout aux jeunes mères de se reconnecter avec elles-mêmes et avec leur corps afin de retrouver plus de vitalité et de sérénité. Dans certains cas, elle aide à limiter les souffrances psychologiques et leurs décompensations. Je reçois également les pères après l'accouchement. Certains ont besoin de se libérer d'un stress suite à l'accouchement ou à une grossesse difficile, ou de trouver de la ressource si leur compagne ne va pas bien ou si la situation est complexe : fatigue, reprise du travail, émotions qui débordent, sentiment de ne pas réussir à faire face...

Les hommes qui deviennent pères vivent également un grand bouleversement, à la fois identitaire et personnel, et doivent en parallèle, faire face à un remaniement de la dynamique du couple ou de la famille, ce qui peut profondément les secouer. Dans ces cas-là, l'accompagnement peut leur permettre de comprendre ce qui se joue chez eux inconsciemment et de limiter le risque d'un comportement d'évitement qui pourrait prendre la forme d'un surinvestissement du travail, du sport, ou se manifester à travers une absence ou une envie d'exister autrement (sorties répétées, envie de séduire ou d'aller « voir ailleurs »...) et risquerait de mettre leur couple en péril.

4. L'hypnose dans les premières années de la vie de l'enfant

Il arrive que des femmes ayant vécu une grossesse, un accouchement ou un post-partum difficiles, consultent longtemps après. Je remarque souvent que certaines femmes qui ont vécu une dépression post-partum viennent me voir des mois, voire des années plus tard. Il est fréquent que la « grossesse d'après », déjà en cours ou simplement à l'état d'élaboration psychique, vienne questionner et remettre à jour les difficultés, les deuils ou les traumatismes de la grossesse précédente. Dans ces cas-là, nous travaillons sur ce qui a été vécu antérieurement.



C'est ainsi que Lydia, 34 ans, consultait pour des difficultés avec son garçon de deux ans. Elle m'expliquait que le petit était collé à son père et la repoussait souvent. Avant la naissance de son fils, elle avait perdu un bébé à 5 mois in utero. L'événement remontait à plusieurs années mais elle ne s'était pas fait accompagner dans son deuil. En travaillant sur celui-ci, pour lui permettre de s'autoriser enfin à vivre, elle a lâché beaucoup de chagrin et de culpabilité et a pu enfin élaborer un processus de deuil qui était resté figé. À l'issue de deux séances, son petit garçon s'est instinctivement mis à courir vers elle à bras ouverts dès son retour à la maison. Elle a ensuite pu nouer un nouveau type de relation affective avec lui, comme s'il avait senti que quelque chose avait changé chez sa mère ou que la « place était libre » pour lui.

Il m'est aussi arrivé d'accompagner parfois quinze ou vingt ans plus tard, des mères ayant traversé un vécu périnatal difficile jamais digéré. Même longtemps après, l'impact libérateur du travail en hypnose apporte un véritable soulagement et favorise un profond mieux-être chez la personne qui le reçoit. Il n'y a donc pas de prescription. Il est possible de revenir à tout moment sur un événement ancien pour trouver un nouveau chemin.

Dans les mois et années qui suivent la naissance d'un enfant, l'hypnose permet de travailler sur les enjeux de la parentalité. Les conflits de notre enfance se réveillent à travers nos propres enfants. Aussi, nous pouvons rencontrer des difficultés qui font écho à ce que nous avons vécu nous-mêmes dans la relation à nos propres parents quand nous étions petits : difficultés à se positionner, à poser des limites et du cadre, ou à accepter de voir grandir son enfant. Mais aussi des peurs, de l'angoisse, une forme de rigidité ou d'autoritarisme, voire la

reproduction de certains schémas toxiques dont nous sommes issus... Tout comme les enfants peuvent bénéficier de séances d'hypnose pédiatrique qui les aident à mieux gérer leurs émotions, à réguler leurs peurs et à faire face à des situations difficiles, les parents peuvent travailler sur l'enfant qu'ils ont été. Prendre soin de l'enfant qui est en nous, en interrogeant les blessures et conflits du passé pour les apaiser, peut permettre à l'adulte, au parent que nous sommes devenus, de trouver son axe et d'établir la relation souhaitée à son propre enfant.

Partie 2

La difficulté des parcours d'AMP





Chapitre 6

L'AMP ou le parcours du combattant

Toute personne entamant un parcours d'AMP entre dans une phase de vie qui s'apparente à un combat. Pendant un temps indéterminé, la vie des personnes et des couples se trouve rythmée par les rendez-vous médicaux, les examens, les annonces parfois difficiles, les deuils - réels ou symboliques - l'alternance de l'espoir et des déceptions, l'attente interminable, les symptômes corporels désagréables ou douloureux, une modification de l'humeur, du rapport à soi, à l'autre, à ses proches...

Un parcours d'AMP est un parcours du combattant qui demande du courage, de la patience et de la solidité. Ce parcours est à lui seul souvent vécu comme un traumatisme. Il vient bousculer l'équilibre global de la personne, de sa vie, de ses projets. Il questionne la filiation, la continuité transgénérationnelle ainsi que les désirs individuels et ceux du couple. Les remises en questions, les peurs, la colère et le sentiment d'injustice s'ajoutent à la sensation d'être seul.e et incompris.e et la santé mentale comme l'équilibre physique, relationnel, sexuel, affectif, familial, peuvent en être déstabilisés.



Dans l'article « Silences sur l'origine », les auteurs⁹ écrivent : « *S'il est étonnant a priori d'envisager la stérilité comme étant à l'origine d'un traumatisme parental, les couples stériles n'étant justement pas des parents, il est pourtant évident que la problématique psychique en jeu dans la stérilité aborde aussi la construction, le maintien ou le développement d'une identité filio-parentale. C'est le désir d'enfant qui mène le plus souvent à la découverte de la stérilité. Un individu seul ne souffre pas de sa stérilité. Il faut être deux, dans un projet d'enfant. La stérilité du couple qui désire procréer touche l'accès à la parentalité.* »

Ils écrivent que les couples qui vivent une sexualité stérile se sentent poussés hors du monde, car la sexualité stérile est vécue comme l'anomalie par excellence. La féminité, la virilité et l'appartenance à la lignée sont remises en question et les couples ne savent plus qui ils sont, ce qui constitue bel et bien un traumatisme : « *En cas de stérilité, c'est la lignée qui est menacée, menacée de mort ou plutôt de non-existence.* »

9. Extrait de l'article : Silences sur l'origine, de Claudia Mejía Quijano (docteur en linguistique générale), Marc Germond (gynécologue qui a créé l'Unité de Médecine de la Reproduction au sein du CHU Vaudois, à Lausanne), François Ansermet (psychanalyste, membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), chef du service de psychiatrie d'enfants et d'adolescents aux Hôpitaux universitaires de Genève), dans *Enfances & Psy* 2008/2 (n° 39), pages 39 à 53, publié sur Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-2-page-39.htm?contenu=article>



Une étude IPSOS de 2018¹⁰ a évalué le vécu des personnes en parcours d'AMP et montre que :

- Les personnes actuellement en AMP essayent d'avoir un enfant depuis 4 ans en moyenne. 42 % essayent depuis 2 ans ou moins et 41 % entre 3 et 7 ans.
- Si le bilan diagnostique au début du parcours d'AMP est jugé nécessaire et utile par la majorité des personnes interrogées, 75 % le jugent également angoissant, long et contraignant.
- Près de 3 tentatives sur 4 n'ont pas abouti pour l'ensemble des personnes ayant vécu une AMP.
- Le découragement (65 %) prédomine alors dès lors qu'une tentative n'a pas abouti et ce quel que soit le moment du parcours. La colère (33 %), le sentiment d'être perdu (33 %) et l'angoisse (27 %) sont également ressentis par 1 personne sur 3.
- Plus d'un tiers des Femmes ont au moins fait une fausse couche dans le cadre de leur parcours AMP. La majorité n'en a connu aucune.
- Concernant les traitements actuels de stimulation ovarienne par injection, la majorité des femmes qui y ont recours considère qu'il a un impact sur leur vie quotidienne (85 %).
- L'impact psychologique de l'AMP est lourd, ils sont 37 % à l'évaluer comme fort (entre 8 et 10/10) et près d'1 sur 5 à l'évaluer comme très fort (entre 9 et 10/10)
- Une majorité parmi les personnes interrogées témoigne de répercussions sur la vie sexuelle, de douleurs lors des ponctions, d'un sentiment d'épuisement, voire d'irritabilité ou de troubles de l'humeur.

10. Etude IPSOS : Vécu et perceptions du parcours en AMP en France, par Luc Barthélémy, Anthony Barea, Zoé Desforges, préparé pour Gedeon Richter, Février 2019, https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-03/parcours_amp_en_france.pdf



- Le couple est mis à l'épreuve lors des parcours PMA, mais pour 6 personnes sur 10 c'est un sentiment positif qui prédomine, celui de vouloir se recentrer sur son couple. Un sentiment d'inégalité est néanmoins ressenti par une personne sur 2 (51 %). Les « petits problèmes » de la vie quotidienne deviennent aussi plus difficiles à gérer pour 48 % des couples.
- Le parcours d'AMP impacte les relations avec l'entourage. Près de la moitié des personnes interrogées évaluent cet impact entre 5 et 7/10.
- L'organisation du temps de travail et le niveau de stress sont pour la majorité des personnes interrogées les dimensions les plus impactées. 43 % se déclarent également impactées dans leur motivation pour aller travailler le matin et leur bien-être au travail.
- L'impact du parcours sur les projets de vie est important pour 1/3 des personnes confrontées à l'AMP. 14 % se déclarent même très impactés dans leurs projets de vie.

L'absence de soutien psychologique est l'un des éléments pointés dans le cadre de cette étude. Afin d'aider les personnes en parcours, certaines associations de patients, comme le collectif BAMP¹¹ ou Ma PMA et moi¹², ont été créés. Sophie Gallazzini¹³, cofondatrice de cette dernière, explique au sujet des parcours des personnes qu'elle accompagne qu'elle observe deux phases : « Une première phase très

intense où l'on se jette à corps perdu dans la PMA. On y croit, on a envie que ça marche, et il faut le dire, pour beaucoup de couples ça marche rapidement. C'est une phase où l'on se renseigne plus ou moins, où on met un peu sa vie de côté car on veut que ça aille vite et malheureusement, si ça ne fonctionne pas, c'est là que l'on peut tomber dans une sorte d'épuisement : on enchaîne les protocoles, tout passe après la PMA, les couples s'oublent, les corps s'épuisent... jusqu'à un électrochoc. »

Elle ajoute qu'il y a souvent un élément déclencheur : « qui oblige le couple à relever la tête, à prendre du recul, à faire une pause : un problème de santé, un ras-le-bol, des tensions dans le couple. On ne se reconnaît plus, on sent qu'on se détruit plus qu'autre chose. On entre alors dans une seconde phase plus réfléchie, plus prudente, On connaît maintenant bien plus de choses sur la PMA, on a trouvé des ressources et on prend soin de soi avant de penser à la PMA. »

Pour Betty Jereczek¹⁴ : « L'enjeu de l'AMP est physiologique ET psychologique. Et quand je dis psychologique, je crois que j'ai surtout envie d'insister sur l'importance, pour ces femmes et ces couples, d'avoir un support émotionnel durant tout ce parcours. Oui, il y a parfois des résistances ou des difficultés psychologiques qui peuvent impacter la fertilité... Je crois que la simple solitude et le bouleversement émotionnel induit par le parcours de l'AMP sont suffisants pour stresser n'importe quel parent. La médecine exerce une magie physiologique... La psychologie représente un soutien émotionnel, à mon sens, incontournable pour toutes les personnes et tous les couples (qu'il y ait eu des difficultés d'ordre psychologique ou pas, d'ailleurs). »

11. Le collectif BAMP est une association de patients et d'ex-patients de l'AMP et de parents et futurs parents d'enfants nés via l'AMP intraconjugale ou avec don de gamètes : <https://www.bamp.fr/>

12. <https://www.mapmaetmoi.com/>

13. Extrait de l'entretien avec Sophie Gallazzini, co-fondatrice de Ma PMA et moi. Voir en annexes pour l'interview complète.

14. Extrait de l'entretien Betty Jereczek, psychologue et hypnothérapeute. Voir en annexes pour l'interview complète.



Difficultés psychologiques et AMP

À l'annonce d'une infertilité dans un couple hétérosexuel, il y a d'abord un état de choc et cela constitue un véritable trauma. Les réactions sont comparables à celles qui pourraient être induites par un deuil ou l'annonce d'une maladie grave. Les deux membres du couple doivent alors faire face à une douleur commune qui se manifestera ensuite différemment pour chacun. La prise de conscience de l'infertilité est souvent assortie de colère, parfois de déni, d'un sentiment d'impuissance et d'injustice, d'une baisse de l'estime de soi et de culpabilité. Cette annonce en elle-même, peut constituer un traumatisme qu'il conviendra de travailler en hypnose afin de limiter les dégâts psychiques à long terme.

Je ne compte plus le nombre de femmes que j'ai reçues pendant ou après un parcours d'AMP et avec lesquelles j'ai d'abord dû travailler sur les différents aspects traumatiques du parcours : l'annonce, les émotions violentes et douloureuses associées à chaque étape et tous les souvenirs douloureux : les émotions difficiles face à des soignants manquant de tact, les examens invasifs, l'attente interminable et les échecs parfois répétés.

Comme l'explique Lidia Stankiewicz¹⁵ : « D'abord, il y a la souffrance. Elle est due au fait de ne pas pouvoir devenir parent naturellement. C'est normal ! Lorsque nous naissons, nous ne sommes pas préparés à cela ! Quelles que soient les raisons de leur infertilité, les personnes en mal d'enfant sont tout simplement en mal de "mère", en mal de "père". Il y a là un grand sentiment d'injustice, de honte, de solitude et tout simplement d'impuissance. Souvent, ces personnes se sentent incomprises. Et puis, elles ont besoin de force d'acceptation. Car ce

15. Extrait de l'entretien avec la thérapeute et auteure, Lidia Stankiewicz. Voir en annexes pour l'interview complète.

n'est pas chose naturelle que de se battre pour quelque chose qui devrait l'être ! C'est donc un véritable travail d'adaptation qui doit se réaliser tout au long du parcours. »

Psychologiquement, un parcours d'AMP nécessite à la fois de la patience et la capacité de prendre du recul ainsi que du soutien autant que possible. La notion d'équipe au sein du couple est évidemment essentielle car, pour faire face à la succession d'événements qui peuvent mettre la patience et le moral à rude épreuve, le soutien mutuel est nécessaire. Les difficultés émotionnelles peuvent être majorées dans le cadre d'un parcours monoparental. Le manque de suivi psychologique dans les parcours d'AMP implique que les personnes qui traversent ces épreuves se retrouvent souvent livrées à elles-mêmes.

Sophie Gallazzini¹⁶ constate qu'il y a une vraie souffrance, un terrible mal-être pour la plupart des couples : « Le système en cours ne prend absolument pas en charge la personne dans sa globalité et après quelques mois, vient créer un climat totalement défavorable à la création de la vie. C'est paradoxal. Je retrouve les mêmes dérives que dans la maternité, à trop vouloir "maîtriser scientifiquement la vie", on élimine complètement le cocktail naturel biologique et on vient créer un environnement qui s'y oppose. On commence en se disant que la médecine est incroyable et si puissante, mais on finit par se dire qu'en fait, on ne maîtrise rien. (...) C'est un combat que les femmes et les couples mènent, qui vient des tripes, il est difficile d'expliquer pourquoi mais il est impossible pour la plupart, de s'imaginer sans enfant. C'est d'ailleurs cette incertitude qui crée cette détresse : endurer une PMA oui, mais il y a une terrible peur de finir une PMA sans enfant. C'est cette hypothèse qui est stressante pour tous. »

16. Extrait de l'entretien avec Sophie Gallazzini, co-fondatrice de l'association Ma PMA et moi. Voir en annexes pour l'interview complète.



Dans le cadre du don d'ovocytes, Philippe Roussel¹⁷ constate également que les gens qu'il rencontre au sein des Cigognes de l'Espoir arrivent souvent « en mauvais état psychologique » et ont l'impression de ne pas avoir été écoutés ni pris au sérieux par les équipes médicales : « Il y a l'idée d'être une machine qu'on répare ; on ne tient pas compte du côté psychologique ; il n'y a pas de suivi ou de soutien. Ça commence à changer, de plus en plus de centres embauchent des psys, mais jusqu'à présent ce n'était pas le cas, c'était purement clinique. Et puis ils sont perdus, avec le sentiment de ne pas pouvoir en parler autour d'eux. C'est encore un sujet un peu tabou donc ils sont un peu seuls. Souvent, ils voient l'âge avancer, une sorte de couperet qui va tomber. Ce sont des gens très anxieux parce que ça ne fonctionne pas et le temps passe, et parce qu'il faudra peut-être aller à l'étranger. Il y a des gens qui n'ont jamais voyagé, il va falloir trouver de l'argent... Il y a mille raisons. »

• Le vécu émotionnel des femmes

Dans le cadre de l'AMP, les femmes sont en prise avec un sentiment d'urgence lié à la réalité biologique et à l'âge. Le Dr Bruyneel observe chez ses patientes qu'elles ressentent souvent de la culpabilité : « *sur-tout dans le cadre des infertilités inexplicables qui sont les plus dures à vivre car il n'y a pas de mots à mettre sur ça. Elles se disent « si on ne sait pas, c'est de ma faute ». Donc elles doivent trouver des milliers de trucs autour, pour compenser : « de la nutrition comme ça ; du yoga comme ça ; que j'arrête de boire ; que je fasse tout bien... ». Parfois elles arrêtent de vivre, tout tourne autour de ça et c'est épuisant pour elles. »*

17. Extrait de l'entretien avec Philippe Roussel, co-fondateur et vice-président de l'association *Les cigognes de l'Espoir*. Voir en annexes pour l'interview complète.

Sylvie Bourdet-Loubère et Gérard Pirlot¹⁸ écrivent que les études montrent que les femmes parlent plus volontiers de leur souffrance que leurs conjoints : « *Elles peuvent, en général, verbaliser leurs émotions, les donner à voir et à entendre et ainsi abréagir une part de leur angoisse. (...) Ces femmes, lorsqu'on les rencontre en entretien, parlent également, le plus souvent spontanément, de la souffrance de leur conjoint, mais elles expriment également avoir du mal à accepter leur faillibilité (...) Elles rapportent se retrouver seules, isolées même, face à un compagnon souvent silencieux et expriment leur déception, leur frustration voire leur colère. »*

Ils expliquent que les femmes ont tendance à se sentir abandonnées par leur conjoint qui ne semble pas comprendre leur état de désespoir et « se borne à manifester un optimisme sans faille, supportant mal les larmes et les moments de découragement. Cette image de force inébranlable augmente leur sentiment d'être les seules à souffrir et amène une grande frustration dans le couple. Elles reprochent souvent à leur conjoint d'être insensible à leur douleur mais elles ont du mal à se laisser consoler ».

Le vécu psychologique de l'infertilité serait équivalent à ce que ressentent des personnes atteintes de maladies graves, telles que le cancer. Plus de 40 % des femmes présentent des troubles psychiatriques de types anxieux ou dépressifs, et les niveaux d'anxiété et de dépression chez les femmes infertiles sont équivalents à ceux de femmes souffrant de maladies chroniques comme les maladies cardiaques, les cancers ou la séropositivité.

18. Extrait de l'article : *Le vécu psychologique d'hommes infertiles, apports du repérage de l'aménagement défensif*, de Sylvie Bourdet-Loubère (maître de conférence à l'université de Toulouse et psychologue clinicienne) et Gérard Pirlot (psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris, professeur émérite de psychopathologie à l'université de Toulouse), dans *L'information psychiatrique* 2012/9 (Volume 88), pages 721 à 726, publié sur Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-9-page-721.htm>



Comme l'indique Déborah Chouhmann-Antonio¹⁹, thérapeute experte en périnatalité, on peut en effet comparer les deux problématiques, au regard de la notion de lutte que cela implique : se battre contre la maladie et se battre pour faire un enfant. Ne pas lâcher, ne pas abandonner, ne pas montrer ses faiblesses, tenir coûte que coûte, voilà le quotidien et la réalité des femmes malades du cancer et de celles qui souffrent d'infertilité. De la même manière, dans les deux situations, la dépression, le repli sur soi et la difficulté à se connecter aux autres sont fréquents, tout comme l'altération de la vie intime et sexuelle.

Nombre de femmes infertiles souffrent de dégoût d'elles-mêmes ou rejettent leur propre corps. La baisse de l'estime et de la confiance en elles-mêmes, la peur de l'avenir, la difficulté à être dans le moment présent et dans la joie sont autant d'épreuves qu'elles doivent traverser. Elles ressentent parfois de la colère à être trop souvent associées à leur problématique. J'ai constaté que la majorité des femmes que je rencontre a rarement entamé de suivi psychologique pour faire face aux difficultés d'infertilité. Elles sont souvent dans une grande détresse et un certain épuisement nerveux. Ces moments de vies les fragilisent profondément et le soutien psychique est nécessaire, à la fois pour accepter et intégrer que l'on est en situation d'infertilité et qu'il va falloir passer par un parcours médical, puis pour mieux gérer toutes les difficultés inhérentes aux différentes étapes et favoriser la réussite du processus.

Dans certains cas, l'accompagnement émotionnel permet aussi de

19. Issu de l'article du site Gynéco online : *Ressenti psychologique des patientes atteintes du cancer versus celles en PMA !*, de Déborah Chouhmann-Antonio, Mai 2021, <https://www.gyneco-online.com/psy/ressenti-psychologique-des-patientes-atteintes-du-cancer-versus-celles-en-pma>

traverser les deuils : le deuil périnatal en cas de fausse couche ou bien le deuil de la maternité en cas d'échec ou d'abandon. Dans d'autres situations, il sert à se préparer à une autre forme de maternité (via le don d'ovocytes, par exemple, ou l'adoption).

• Le vécu émotionnel des hommes

Lorsqu'un homme fait face au diagnostic de son infertilité, il lui est souvent impossible d'en parler. Cette annonce peut avoir un effet traumatique en impactant son estime de lui-même et en venant bousculer son rapport à sa virilité et donc à sa sexualité. Un sentiment d'incapacité et une perte de confiance en soi en découlent souvent et c'est son rapport à son identité qui s'en trouve bousculé.

D'après Muriel Flis-Trèves et Sophie Gellman²⁰ : « Dans les cas où s'ajoute une infertilité masculine, cette annonce a provoqué un choc dont témoignent les expressions employées par l'homme encore des années plus tard : « Souffrance, blessure, castration... » Les médecins, d'ailleurs, ne sont pas toujours conscients des effets dévalorisants du langage couramment employé à propos des défauts du sperme : « Sperme pauvre, spermatozoïdes lents, faibles, paresseux, mal formés. » L'homme s'identifie parfois à ses organes et à ses sécrétions. L'épouse ne tarde pas à souligner les insuffisances du mari, qui seront ressenties par l'homme avec de plus en plus de difficultés. »

20. Extrait de l'article : *Sexualité et aide médicale à la procréation*, de Muriel Flis-Trèves (psychiatre-psychanalyste) et Sophie Gellman (psychologue à l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart), dans Spirale 2003/2 (no 26), pages 65 à 70 publié sur Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2003-2-page-65.htm?contenu=article>



Un article sur le vécu psychologique des hommes infertiles²¹ indique que pour l'homme, l'enjeu est souvent de témoigner de sa virilité à travers la survenue d'une grossesse chez sa compagne car son assurance narcissique est basée, en grande partie, sur sa sexualité : « La stérilité était, jusqu'au développement des techniques d'AMP, généralement attribuée aux femmes. De fait, la stérilité masculine reste encore difficilement avouable pour l'homme infertile. Quand un diagnostic d'infertilité de cause masculine est posé, le sperme est disqualifié et dévalué, le pénis est vécu comme un traître et c'est tout le pouvoir de donner du plaisir et d'en prendre qui est affecté. Cette annonce provoque donc chez l'homme un véritable séisme psychique, qui peut entraîner déni et incrédulité tenaces. Chez l'homme, l'impossibilité à devenir père vient signifier l'incapacité à transmettre un capital génétique, un nom, une culture familiale. »

Les hommes, que l'infertilité soit liée à eux ou non, regrettent souvent de ne pas être plus impliqués dans les processus médicaux et de ne pas pouvoir soulager l'inconfort et la douleur psychologique de leur compagne. Ils en ressentent parfois de la culpabilité et bien souvent, ils se mettent à idéaliser leur compagne qui traverse avec courage tous ces protocoles.

L'article²² indique que quelle que soit l'origine de l'infertilité, c'est la femme qui reçoit les traitements et peut se sentir « surexposée » à leurs contraintes et effets secondaires, alors que l'homme peut se sentir « quantité négligeable » car tenu à l'écart : « Ainsi, il se perçoit souvent comme un « simple » pourvoyeur de spermatozoïdes. Par ailleurs, qu'il soit ou non responsable de l'infertilité du couple, il se sent souvent coupable de ne pas être capable de donner d'enfant à sa conjointe et de lui faire subir les différents traitements médicaux. »

21. Bourdet-Loubère, Sylvie et Pirlot, Gérard, *Op.cit*

22. FlisTrèves, Muriel et Gellman, Sophie, *Op.cit*

Les hommes sont impactés à la fois par l'intrusion du médical au sein du couple et par le poids du parcours. Ils sont anxieux et se sentent souvent impuissants, démunis et pas suffisamment informés. Contrairement aux femmes qui vont avoir besoin d'exprimer ce qu'elles ressentent, les hommes adoptent plus facilement une posture défensive et tiennent un discours rationnel et objectif qui se veut rassurant. C'est une manière de protéger leur compagne qui peut s'apparenter à une forme de déni, mais cela parle aussi de leur difficulté à se connecter à leurs émotions et à les exprimer.

J'observe également que beaucoup d'hommes, face à l'infertilité, entrent dans une sorte de fuite en avant, se réfugiant dans le travail ou le sport pour être moins en contact avec ce qu'ils ressentent. Les femmes me rapportent parfois une forme de repli de leur conjoint et des discours très cartésiens, centrés sur le concret et les solutions, qu'elles vivent souvent comme une incompréhension des émotions douloureuses qu'elles traversent. Il arrive qu'elles se sentent seules ou qu'elles en veuillent à leur conjoint de ne pas exprimer ce qu'il ressent.

Les auteures²³ ajoutent que, si dans de nombreux cas, la souffrance est partagée au sein du couple et vient créer du lien, plus la douleur de la blessure féminine s'exprime, plus l'homme a tendance à s'effacer, à taire son propre vécu douloureux et « à rester sans réponse face à ce déferlement de souffrances et de reproches. La tristesse et l'angoisse de l'homme sont pourtant tangibles lorsqu'on les rencontre lors d'un entretien psychologique, mais restent inaccessibles à la femme, repliée dans sa propre souffrance. »

Favoriser le dialogue au sein du couple est important pour éviter les incompréhensions, les interprétations et favoriser l'empathie et le

23. *Ibid.*

soutien mutuel en maintenant une cohésion, de la confiance et une forme de solidarité pour mieux traverser chaque étape du parcours.

Partie 3

Se libérer grâce à l'hypnose préconceptionnelle®





Chapitre 11

Exemples d'accompagnements et cas cliniques

J'ai eu l'occasion de soutenir de très nombreuses femmes sur le chemin de la maternité dans le cadre de leur parcours pour devenir mamans. Je vais décliner ici quelques-uns de ces accompagnements afin d'illustrer la manière dont ma pratique de l'hypnose préconceptionnelle® permet de descendre dans les profondeurs de l'inconscient. L'objectif de cette approche est de libérer les couches émotionnelles profondes qui s'activent à notre insu et entravent parfois le processus de conception tant sur le plan psychique et émotionnel, que dans le corps.

Il est important de souligner que chaque praticien agit à travers ses propres filtres et interprétations et de garder à l'esprit que nos solutions ne sont pas nécessairement celles des personnes que nous accompagnons. C'est un garde-fou indispensable pour éviter les contre-transferts. Une écoute active réelle, une véritable disponibilité à l'autre et de nombreux échanges, sont, à mon sens, la base de cet accompagnement délicat qu'est l'hypnose préconceptionnelle®.



Anne-Lise : l'impact de l'abus sexuel

Lorsque j'ai rencontré Anne-Lise, elle avait 33 ans, était cadre dans une grosse entreprise et vouait l'essentiel de sa vie à sa carrière professionnelle dans laquelle elle endossait de grandes responsabilités. Elle était mariée depuis cinq ans avec Damien, ils filaient le parfait amour entre voyages, sports aquatiques et cyclisme intensif : des passions qu'ils avaient en commun. Trois ans plus tôt, elle avait traversé une épreuve très difficile : on lui avait diagnostiqué un cancer du sein. « C'est le sport, mon mari et mon boulot, qui m'ont permis de tenir le coup. Je me suis très peu arrêtée de bosser, j'ai continué à avancer », m'avait-elle dit.

Ses ovocytes avaient été cryoconservés en prévision d'une future AMP. C'était une jeune femme mince, musclée, tout en retenue, exprimant très peu ses émotions et faisant montre d'un grand contrôle dans les différents domaines de sa vie. Damien et elle avaient démarré un parcours de FIV quelques mois plus tôt et les deux premières tentatives avaient échoué. Anne-Lise en était très affectée mais n'en laissait rien paraître, exprimant simplement qu'on lui avait conseillé l'hypnose et qu'elle voulait tenter cette approche parce qu'elle sentait bien que « des choses étaient bloquées en elle ».

Lors de notre premier rendez-vous, pendant lequel nous avons longuement échangé, je lui ai expliqué qu'au cours du cheminement, elle allait sans doute être confrontée à des émotions et qu'il était important qu'elle s'autorise à les déposer. Dans cet espace, elle était en sécurité et pouvait parler, pleurer et même crier si elle en avait besoin, car il était nécessaire de laisser sortir ce qu'elle avait enfoui en elle et qui prenait sans doute trop de place. Plus on cherche à contenir nos émotions, plus elles nous envahissent et plus il devient nécessaire de s'autoriser à les évacuer. C'est une étape élémentaire et incontournable.

En lui partageant le fait que l'excès de sport pourrait être un facteur favorisant les difficultés de conception (une étude norvégienne²⁴ a montré que le sport intensif pratiqué en excès diminue la fertilité, tout au moins temporairement), je l'ai invitée à en faire de façon régulière mais plus douce. D'une certaine manière, c'était d'une douceur globale dont je sentais qu'Anne-Lise avait besoin. Elle se mettait énormément de pression sur tous les plans, elle s'écoutait très peu et il me semblait important qu'elle s'autorise à se traiter différemment.

24. Etude : *Physical activity and fertility in women: the North-Trøndelag Health Study*, de S L Gudmundsdottir, W D Flanders, L B Augestad, 2009, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19801570/>