



HAL
open science

Étude du fonctionnement psychique de femmes en protocole FIV suite à l'hypofertilité du conjoint : une recherche clinique en contexte culturel égyptien

Shams Labib-Sami

► **To cite this version:**

Shams Labib-Sami. Étude du fonctionnement psychique de femmes en protocole FIV suite à l'hypofertilité du conjoint : une recherche clinique en contexte culturel égyptien. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCB040 . tel-01214577

HAL Id: tel-01214577

<https://theses.hal.science/tel-01214577>

Submitted on 12 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris-Descartes
École Doctorale ED 261
Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (EA 4056)

Étude du fonctionnement psychique de femmes
en protocole FIV suite à l'hypofertilité du conjoint
Une recherche clinique en contexte culturel égyptien

Shams LABIB-SAMI

Thèse de doctorat de psychologie clinique

Dirigée par le Professeur Sylvain MISSONNIER

JURY

Partrice CUYNET	Professeur, Université de Franche-Comté	
Catherine DUPUIS	Maître de conférences HDR, Université Lille-3	Rapporteur
Sylvain MISSONNIER	Professeur, Université Paris-Descartes	Directeur de thèse
Anne-Marie MOULIN	Directeur de recherche, CNRS (SPHERE)	Rapporteur
Marie-Rose MORO	Professeur PUPH, Université Paris-Descartes	
Ouriel ROSENBLUM	Professeur PUPH, Université Paris-Diderot	
Alain VANIER	Professeur, Université Paris-Diderot	

Résumé

Cette recherche clinique vise à explorer le retentissement de l'hypofertilité masculine et de la fécondation *in vitro* (FIV) sur le fonctionnement psychique des épouses d'hommes atteints d'hypofertilité dans le premier centre de consultation FIV en Égypte, en contexte culturel égyptien. Près de 60 % des couples qui consultent au Centre FIV présentent le diagnostic d'infertilité d'origine masculine. Nous cherchons à comprendre ce qui constitue la spécificité du fonctionnement psychique des femmes égyptiennes conjointes d'hommes atteints d'hypofertilité, dans ce contexte culturel où l'infertilité masculine est une pathologie taboue symbolisant un manque de virilité et suscitant la honte familiale et où seule la FIV homologue – utilisant les gamètes d'un couple marié – est autorisée par la loi.

La première hypothèse renvoie à l'existence d'une souffrance psychique chez l'épouse liée au maintien du secret de l'hypofertilité masculine. La seconde hypothèse suppose que le vécu de l'annonce du diagnostic et du protocole FIV sera accompagné chez l'épouse d'une idéalisation de ses propres parents, sur un mode culturellement approuvé. La troisième hypothèse présume la présence, dans l'échantillon de femmes, de symptômes de dépression. Enfin la quatrième hypothèse suggère que le processus d'appropriation subjective de l'expérience de la FIV par la femme sera un indicateur de son équilibre psychique. Notre échantillon était composé de dix femmes âgées entre 20 et 40 ans et inscrites dans un protocole FIV. Sur le plan méthodologique, nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif et l'inventaire abrégé de Beck BDI-13.

L'analyse des résultats met en évidence la présence fréquente d'un discours de plainte chez les épouses, qui éprouvent le sentiment d'une indifférence de leurs conjoints à leur souffrance. Simultanément nous observons, chez certaines femmes, l'expression d'une idéalisation parentale, parfois sous la forme d'une régression sur un mode œdipien. La présence d'une symptomatologie dépressive, variable, est relevée dans l'échantillon. Enfin, il s'avère que les femmes font preuve de différentes capacités à s'approprier subjectivement l'expérience de la FIV selon leur équilibre psychique.

Pour conclure, cette étude se veut être une recherche-action visant à mettre en place un dispositif clinique au service des femmes et couples, dans une institution médicale, et adapté à ce contexte culturel.

Mots clés : Hypofertilité masculine, fécondation *in vitro* homologue, fonctionnement psychique, conflit psychique, complexe d'Oedipe, dépression, culture égyptienne.

Abstract

This study aims at exploring the impact of male subfertility and In Vitro Fertilization (IVF) on the psychological functioning of a group of female spouses, in the first Egyptian IVF center in Egypt, within the Egyptian cultural context. Approximately 60 % of couples consulting at the Egyptian Center for IVF carry the diagnosis of male factor infertility. We seek to understand what constitutes the specificity of the psychological functioning of these women within this cultural context, where male infertility is a taboo pathology provoking family shame, and where only homologous IVF – using a married couple's gametes – is allowed by the law.

The first hypothesis states that there is a female suffering, related to keeping the secret of male subfertility. The second hypothesis assumes that for the wives, the experience of diagnosis disclosure and medical treatments are followed by a closer connection to their own parents. The third hypothesis presumes the existence of depression symptoms among the sample. Finally, the fourth hypothesis suggests that the way through which women integrate psychologically the IVF experience is an indicator of their psychological balance. Our sample is composed of ten women aged between 20 and 40 years old, and undergoing an IVF protocol. On the methodological side, we have used semi-structured interviews and the 13-Item Beck Depression Inventory.

Results indicate the existence of a complaining discourse among the wives, addressed towards their husbands, whom they feel are indifferent to their suffering. At the same time, we have observed that some women show an idealization of their own parents, for some in an oedipal regression mode. A variable depression symptomatology has been observed in our sample. Finally, it is revealed that women show different capacities of subjectively integrating the IVF experience, according to their psychological balance.

As a conclusion, this study aims at being a research-action, which objective is to elaborate a clinical intervention at the service of women and couples, and suitable to this particular cultural context.

Keywords: Male hypofertility, homologous IVF, psychological functioning, psychic conflict, Oedipus complex, depression, Egyptian culture.

Remerciements

Je souhaiterais, en premier, remercier vivement mon directeur de thèse, le Professeur Sylvain Missonnier, pour m'avoir introduite, lors de mon Master recherche, au domaine de la clinique psychanalytique de la périnatalité, pour m'avoir encouragée à entreprendre ce modèle de recherche-action et pour avoir prêté une oreille attentive au clinicien habitant le chercheur. Sa bienveillance, sa patience et son précieux encadrement m'ont offert la possibilité d'entreprendre cette étude avec tous les défis culturels et géographiques qu'elle comportait.

Je souhaite également remercier sincèrement tous les membres du jury, Madame Dupuis, Madame Moulin, Madame le Professeur Moro, Monsieur le Professeur Rosenblum, Monsieur le Professeur Vanier, et Monsieur le professeur Cuynet, pour leur temps, leur aimable disponibilité, et enfin pour leurs travaux qui ont été très enrichissants pour moi au cours de travail de thèse.

Je ne saurais manquer de remercier l'école doctorale, et Madame Mélanie Réversat-Shaeik, pour son précieux soutien durant ces années de thèse.

Je souhaite remercier chaleureusement le Dr Yehia Amin, médecin spécialiste de la FIV et, en premier lieu, responsable administratif du Centre égyptien de FIV, qui m'a généreusement accueillie dans l'institution et m'a référé de nombreux patients. Au Centre, la porte de son cabinet était toujours ouverte, pour répondre à mes questionnements, et ses encouragements tout au long de la thèse n'ont jamais manqué.

Le Dr Mona Aboulghar, spécialiste de la FIV et obstétricienne, a dirigé mon terrain de recherche. Elle m'a offert la précieuse chance de pouvoir conduire mon étude au Centre, tout en y exerçant une pratique clinique. Son chaleureux accueil dans le cadre de sa consultation hebdomadaire m'a permis de m'accoutumer à la rencontre des couples et m'a fait acquérir de très nombreuses informations médicales sur la FIV.

Le Professeur Aboulghar, le Dr Ragaa Mansour et le Dr Gamal Aboul Serour, les trois fondateurs du Centre, m'ont très généreusement accueillie et énormément appris sur ce domaine médical que je ne connaissais pas. Je ne saurais trop leur exprimer ici ma gratitude.

Le Professeur Ibrahim Fahmy et le Dr Ahmed El Guindy, andrologues du centre, m'ont très aimablement permis d'assister à leur consultation d'andrologie bihebdomadaire ; le Dr Ahmed Aboul Serour et le Dr Yehia Al Faysal, spécialistes de la FIV et obstétriciens, m'ont également accueillie dans leur consultation. Je les remercie vivement, ainsi que le staff médical et les biologistes du laboratoire du Centre.

Les infirmières du Centre m'ont beaucoup aidée et soutenue psychologiquement ainsi que le personnel non médical, en particulier ma chère collègue et amie Asmaa Radwan dont l'aide m'a été très précieuse.

Enfin, je remercie profondément les patients et patientes que j'ai eu la chance de rencontrer, femmes et hommes, ainsi que les couples reçus en binôme, qui m'ont tant appris sur la clinique de l'infertilité et de la FIV. Ils m'ont « ouvert les portes de leur cœur »¹ et m'ont permis d'écouter leurs souffrances et de mesurer leurs défis sur le chemin du couple et de la parentalité.

Enfin, je ne saurais manquer de remercier ma famille et mes proches pour tout le soutien logistique et psychologique qu'ils m'ont apporté durant ce travail : mes parents (Madiha Doss et Ramez Labib-Sami) ainsi que Malak Rouchdy, Séverine Rosset, Malak Labib, sans oublier mon mari Karim Hanafy. Olfat Wassef, psychologue et psychanalyste m'a beaucoup apporté sur le plan clinique, et l'aide d'Omar Kougolo m'a été précieuse pour parvenir au bout de ce parcours du combattant.

¹ Expression en dialecte égyptien signifiant « donner sa confiance à une personne et se confier à elle ».

Table des matières

Université Paris-Descartes École Doctorale ED 261	1
Thèse de doctorat de psychologie clinique.....	1
Dirigée par le Professeur Sylvain MISSONNIER.....	1
Introduction	8
1. Origine de l'intérêt personnel et professionnel pour la recherche	8
2. Exposition de la problématique de recherche	9
3. Instabilité sociopolitique récente en Égypte et impact sur la recherche	10
4. Contretransfert du chercheur et remaniement de l'objet de recherche	12
5. Une recherche-action	14
I. Culture et psychologie	16
1. Définition des concepts anthropologiques	16
1.1. Définition du concept de culture	16
1.2. La transmission de la culture par le corps et les soins corporels.....	16
1.3. Le concept d'enculturation.....	17
2. La culture et de domaine du psychique.....	18
2.1. La notion de culture chez Freud.....	18
2.2. Anthropologie et psychanalyse	19
2.3. L'ethnopsychanalyse.....	19
2.4. Autres approches	20
2.5. Illustration clinique : le groupe de femmes égyptiennes.....	21
2.6. Études psychologiques : infertilité et culture arabo-musulmane	21
2.7. Ouverture : champs de la psychologie interculturelle et transculturelle	22
3. Contextualisation de l'infertilité masculine en Égypte	23
3.1. Contexte religieux et social égyptien	23
3.2. Repères socio-juridiques	24
3.3. Lois du code de statut personnel et de la santé reproductive	24
3.4. Infertilité et FIV dans la société et la culture populaire égyptienne.....	27
3.5. Législations dans le domaine de la santé reproductive et de la FIV	28
4. Anthropologie médicale et médecine reproductive	29
4.1. Le domaine de l'anthropologie médicale	29
4.2. Anthropologie médicale et médecine reproductive.....	30
4.3. Un film documentaire sur l'infertilité et le vécu de la femme en Égypte ..	31
II. Un questionnement médical.....	34
1. L'infertilité et l'hypofertilité masculine.....	34
1.1. Définition médicale infertilité et distinctions scientifiques.....	34
1.2. Statistiques de l'infertilité et de l'infertilité masculine dans le monde	35
1.3. Statistiques démographiques et statistiques de l'infertilité en Égypte	35
2. La procréation médicalement assistée et la fécondation <i>in vitro</i>	36
3. La fécondation <i>in vitro</i> en Égypte.....	36
3.1. Définition et historique de la FIV homologue en Égypte	36
4. L'adaptation médico-culturelle de la FIV à la société égyptienne.....	37

4.1.	Histoire du Centre égyptien de fécondation <i>in vitro</i> et statistiques actuelles	39
4.2.	Une demande clinique de la part de l'institution médicale	39
5.	Médecine et psychologie clinique	40
5.1.	Liens historiques	40
5.2.	La FIV à l'entrecroisement entre médecine et psychologie clinique	41
5.3.	La question de la douleur et la FIV	41
III.	Approche clinique	43
1.	Désir d'enfant, triangulation œdipienne et FIV	43
1.1.	Définition et évolution de la notion de désir d'enfant chez la femme	43
1.2.	Désir d'enfant, infertilité, et fécondation <i>in vitro</i>	46
1.3.	Réactualisation des enjeux œdipiens : promesse œdipienne et peur de castration en lien avec l'infertilité et la FIV	48
1.4.	Échos et projections fantasmatiques œdipiennes envers le mari et la famille	49
1.5.	Le corps médical comme surface de projections œdipiennes	50
1.6.	Couples polygames et FIV	50
2.	L'infertilité masculine : vécu psychique de l'homme et de la femme	51
2.1.	Le vécu psychique des hommes infertiles	51
2.2.	Agressivité et violence	52
2.3.	Dimensions psychiques de l'infertilité chez la femme	53
2.4.	Symptomatologie clinique chez les femmes et les hommes	54
3.	Anticipation en périnatalité et réappropriation subjective du vécu de la FIV	57
3.1.	Réflexions sur la question de l'anticipation en clinique périnatale	57
3.2.	L'anticipation durant la FIV et l'enfant imaginaire	59
3.3.	Les alternatives sublimatoires en cas d'échec des FIV	60
3.4.	Vignette clinique illustrative	60
IV.	Cadre méthodologique de la recherche	62
1.	Méthodologie de la recherche	62
1.1.	Cadre de la recherche	62
1.2.	Problématique de la recherche	62
2.	Hypothèses	63
2.1.	Hypothèse générale	63
2.2.	Hypothèses opérationnelles	63
2.3.	Réflexion sur la démarche méthodologique adoptée	65
3.	Description de la population clinique de recherche	65
3.1.	Description de l'échantillon clinique	65
3.2.	Procédure de recrutement	66
3.3.	Les critères d'inclusion et de non-inclusion	67
4.	Description des outils cliniques de recherche	68
5.	Variables de la recherche	72
5.1.	Variables indépendantes	72
5.2.	Variables dépendantes	72
6.	Questions éthiques et déontologiques	73
6.1.	L'enregistrement versus l'écoute comme outil de recherche	73
6.2.	Le consentement éclairé	74

V. Présentation et analyse des entretiens cliniques de recherche.....	76
A. Une introduction : récit de la clinique FIV : période pilote été 2010	76
B. Présentation des entretiens cliniques de recherche	80
1. Maya, médecin pédiatre, d'Alexandrie.....	80
2. Nadia, architecte de la bourgeoise anglophone	90
3. Rola : jeune femme égypto-jordanienne, Port-Saïd.....	100
4. Nora, jeune femme au foyer portant le voile complet	110
5. Radwa, femme vivant à distance de son mari	117
6. Fadia, femme chrétienne du sud de l'Égypte	122
7. Chaymaa issue d'un couple musulman religieux	130
8. Hend, jeune femme d'Alexandrie.....	136
9. Sarah jeune femme copte du Caire	141
10. Mona femme éduquée de la campagne.....	146
VI. Analyse globale des résultats et Discussion.....	151
1. Analyse transversale des entretiens de recherche	151
1.1. Confrontation des entretiens de recherche aux hypothèses de départ.....	151
1.2. Thématiques transversales.....	155
2. Limitations théoriques et méthodologiques	162
2.1. Limites méthodologiques	162
2.2. Limites théoriques	163
3. Perspectives cliniques et de recherche	164
3.1. Rôle du psychologue clinicien auprès des couples	164
3.2. Directions de recherches futures	165
Conclusion	166
Bibliographie.....	172
Annexe I : Consentement éclairé.....	182
Annexe II : Questionnaire Sociodémographique.....	183
Annexe III : Description de la grille thématique	184
Annexe IV : Questionnaire abrégé de Beck BDI-13.....	185
Annexe V : Entretiens cliniques de recherche	192
Annexe VI : Questionnaire médical d'infertilité masculine	207
Annexe VII : Photographies du Egyptian Center for IVF-ET	208

Introduction

« *Qu'est ce que la vie ? Un délire. Qu'est ce que la vie ? Une ombre, une illusion ; et le plus grand des biens ne compte guère. Oui toute la vie est un songe ; et les songes eux-mêmes, que sont-ils ? Songe !* » – Pedro Calderon, *La vie est un rêve* (1635).

Dans *Les verrous inconscients de la fécondité*, Desjardins-Simon et Debras (2010) nous offrent une définition intéressante et poétique de la conception, dans une élaboration plutôt symbolique : « Dans le sens courant, c'est aussi, tout simplement, comprendre, avoir une représentation, penser. La conception d'un enfant se réalise dans un jeu sexuel incarné, dans le désir réciproque d'une femme et d'un homme malgré ses aléas, ses impasses, ses butes, ses malentendus ». En Égypte, la maternité demeure un des événements les plus importants de la vie d'une femme, sur le plan social, psychique et familial. De même, la paternité est un acte générationnel qui revêt une grande importance chez les hommes, le fait de devenir père étant fortement lié à la preuve de la masculinité et de la virilité. Que se passe t-il alors sur le plan du fonctionnement psychique de la femme lorsque son partenaire n'arrive pas à la « rendre enceinte »?

1. Origine de l'intérêt personnel et professionnel pour la recherche

Au cours de ces trois ans de pratique clinique au Centre égyptien de FIV au Caire, la majorité des patients reçus en consultation clinique ont été des femmes. Des hommes et un certain nombre de couples se sont également présentés, mais en nombre moindre. Parmi cette population à majorité féminine, une part importante est constituée de « fausses patientes » : elles ne sont pas à l'origine physiologique de l'infertilité ; c'est leur mari qui présente une pathologie d'hypofertilité. Cependant, ce sont elles qui me sont référées par les médecins pour une apparente détresse psychique. Les hommes ne sont pas toujours présents à la clinique en compagnie de leurs épouses. Lorsqu'ils assistent à l'entretien clinique, ils adoptent souvent un discours où ils affirment bien se porter et insistent sur le fait que c'est leur femme qui éprouve le besoin de parler et qui

« ne va pas bien », et non pas eux. Cela, avec une claire utilisation de mécanismes de défense, tel que le refoulement ou la formation réactionnelle. C'est ainsi que s'est opéré le choix méthodologique de mener des entretiens avec les femmes des couples. L'une des motivations de cette recherche est aussi née de la demande des médecins du Centre. Il s'agissait de mener une réelle recherche-action au bénéfice de la population des femmes en cours de FIV.

2. Exposition de la problématique de recherche

Nous sommes conduits à poser la question suivante : qu'est ce qui constitue la spécificité du fonctionnement psychique des femmes égyptiennes conjointes d'hommes diagnostiqués d'hypofertilité masculine, et comment ce vécu se manifeste-t-il à travers leur discours, et dans le contexte culturel égyptien ?

Du côté féminin, l'observation pilote nous a révélé que dans les cas d'infertilité masculine, la FIV est susceptible de provoquer un mal-être psychique chez les femmes fertiles dont les maris sont les porteurs de l'infertilité. Tout d'abord, les faits médicaux indiquent que c'est la femme qui subit la majorité des traitements durant les cinq semaines du protocole FIV, ce qui soulève de nombreuses questions éthiques. De plus, à cause du tabou et du secret entourant l'infertilité masculine en Égypte et représentant un lourd poids fantasmatique, il a été observé que c'est la femme qui subit davantage la pression psychologique familiale et sociétale liée à la FIV car elle est perçue comme étant la cause principale de l'infertilité, ce qui porte atteinte à son narcissisme.

Dans quelle mesure le ressenti psychique de la femme relevé à travers son récit – discours de plainte, énonciation de symptômes de dépression mêlés à un sentiment de culpabilité conscient ou inconscient – peut-il être pour elle une façon d'exprimer les pulsions agressives passives et actives vis-à-vis de son partenaire masculin entravant la concrétisation de son désir d'enfant ? Les sentiments qui l'agitent peuvent être divers : désir de loyauté, culpabilité vis-à-vis du mari en malaise psychique, apparition d'une symptomatologie dépressive ou non, gêne et dissimulation vis-à-vis des familles

respectives, pulsions agressives envers le mari, colère ou ambivalence névrotico-normale, sexualité perturbée.

Dans cette procédure médicale de FIV homologue, où sexualité et reproduction sont séparées, notre recherche vise à comprendre comment la femme – dont le conjoint est le porteur de l'infertilité – vit les cinq semaines du protocole avec l'imposition d'un traitement pénible sur son corps. En d'autres termes, il s'agit d'explorer comment ces femmes égyptiennes vivent le problème physique et psychologique de l'hypofertilité de leurs partenaires masculins qui se transpose sur elles.

Cette étude exploratoire, par le biais d'entretiens cliniques de recherche semi-directifs permettant l'écoute des femmes, a permis de laisser libre cours à leur parole. Cette parole porte sur leur vécu du parcours de la FIV, depuis l'annonce du diagnostic d'infertilité masculine jusqu'à la fin du protocole et pendant la période d'attente anticipatoire du résultat. L'objectif de ces entretiens, par le biais d'un guide d'entretien préconstruit, est de faire apparaître les lignes principales du discours de ces femmes.

3. Instabilité sociopolitique récente en Égypte et impact sur la recherche

J'ai débuté ma thèse en automne 2010, quelques mois à peine avant qu'éclate la révolution égyptienne du 25 janvier 2011. Déjà, fin 2010, de grands remous ont agité la société après le décès d'un jeune homme, Khaled Saïd, victime de brutalités policières, suivi de l'attentat meurtrier contre une église d'Alexandrie le 31 décembre, qui a fait plusieurs dizaines de victimes parmi les coptes célébrant le nouvel an. Les mouvements de contestation politique qui ont débuté en janvier 2011, ont en réalité duré bien plus longtemps que les dix-huit jours qui ont abouti à la chute de Moubarak – au pouvoir depuis trente ans. Cette instabilité politique s'est poursuivie tout au long de 2011, 2012 et 2013 – trois années durant lesquelles j'effectuais mes enquêtes sur le terrain. De début 2011 à fin 2013, l'atmosphère politique et sociale qui a régné dans le pays était extrêmement tendue et violente, et très différente de l'ambiance des trente années précédentes d'immobilisme politique que ma génération a connue.

En conséquence, mes entretiens de recherche et le processus de l'enquête, comme d'ailleurs toute la vie médicale du Centre FIV, ont été qualitativement affectés, sur le plan logistique de la recherche ainsi que sur le plan du fonctionnement de l'institution médicale. Il en a été de même pour l'activité de très nombreuses institutions, scolaires, médicales et financières. Les patients et patientes du Centre FIV habitant les provinces avaient de grandes difficultés à se rendre au Caire pour débiter ou continuer les soins en cours, à cause de l'interruption presque totale de l'activité ferroviaire et des violences sur les autoroutes. D'autre part, le Centre FIV est situé à proximité de la cour constitutionnelle qui a souvent été le théâtre de manifestations violentes ou subi le blocage total des routes y conduisant (principalement en 2012-2013, pendant la période présidentielle de Mohamed Morsi). Enfin, depuis le coup d'État militaire de juin 2013 et jusqu'à la fin de la même année, un couvre feu nocturne quotidien, et portant sur toute la journée du vendredi, a totalement paralysé la vie sociale du pays.

Sur le plan économique, le pays a traversé une crise très grave, avec l'effondrement total de l'activité touristique qui constituait une très grande proportion des rentrées économiques. Cet effondrement a eu un effet notable sur les familles, dans tous les secteurs de consommation les concernant. Toutes les personnes travaillant dans le secteur du tourisme se sont retrouvées du jour au lendemain sans emploi. En ce qui concerne la PMA, de nombreuses familles ont décidé de freiner leur demande de soins au centre FIV.

L'aspect psychique est évidemment étroitement lié à tous les aspects ci-dessus mentionnés et les englobe tous. Notre recherche nous a permis d'observer que les familles et couples du Centre FIV manifestaient une grande difficulté, durant cette période, à être en état d'anticipation positive de la conception d'un enfant. De nombreux couples m'ont fait part de leur incapacité à s'imaginer psychologiquement concevoir un enfant dans les conditions politiques de l'Égypte entre 2011 à fin 2013. Leurs craintes et anxiétés, ainsi que leurs soucis financiers se sont étroitement mêlés à leurs réticences plus anciennes.

Sur le plan personnel, ces évènements politiques qui ont secoué toute l'Égypte ont eu un retentissement psychique important. Il serait impossible de résumer en quelques lignes comment les 25 et 28 Janvier 2011 – dates du début de la révolution – ont été vécues par tous les Égyptiens sur place et par ceux se trouvant hors d'Égypte à ce moment là, comme c'était mon cas, tant les émotions étaient fortes : un mélange de peur, d'espoir, de révolte, et de chaos. Il serait presque adéquat de dire que les évènements qui ont ponctué ces trois années étaient aussi difficiles à anticiper que l'avenir d'un couple en cours de FIV !

4. Contretransfert du chercheur et remaniement de l'objet de recherche

Au début de cette thèse, mes intérêts académiques et ma curiosité intellectuelle m'ont poussée à réfléchir aux études portant sur la masculinité. Je venais d'achever une mission de travail en tant que psychologue à Médecins du Monde dans un projet auprès d'adolescentes mères vivant dans les rues du Caire. À la suite de cette expérience axée sur les femmes en Égypte, j'envisageais, afin de mieux comprendre le côté masculin, de travailler sur la santé mentale des hommes égyptiens. J'avais décidé notamment de m'intéresser au vécu des hommes infertiles et à leur souffrance dans le contexte de la FIV, imbriqués dans des contextes périnatal et culturel arabe. Or, il s'est avéré que, dans ces contextes, l'expression verbale, émotionnelle et fantasmatique de la souffrance psychique masculine était aussi mal acceptée par les hommes que par les femmes.

En conséquence, une première tentative de ma part de mener cette recherche m'a révélé qu'un des aspects constituant une réelle difficulté dans ce travail était l'aspect contre-transférentiel. Dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* (Laplanche, 1967), le contre-transfert est défini comme : « Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci ». Freud y voit le résultat de « l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin » (Freud, *L'interprétation des rêves*, 1900, in : Laplanche, 1967). Être femme égyptienne, jeune, et sans enfants, a souvent bloqué mes capacités d'entretiens lorsqu'il s'agissait d'interroger des hommes égyptiens d'âge égal ou supérieur, en situation d'hypofertilité,

et de surcroît dans un contexte périnatal de FIV. Lors des rencontres pilotes avec eux, j'éprouvais souvent de la gêne et un certain sentiment de culpabilité. Dans *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée*, Quijano et al. analysent les sentiments de culpabilité du chercheur clinicien comme étant « la honte et la culpabilité d'adopter un regard fouineur, presque hypocrite, sans retombées positives pour le sujet étudié » (Quijano, C. ; Germond, M. ; Ansermet, F., 2006). De leur côté, les hommes que je rencontrais en compagnie de leurs épouses lors des consultations FIV étaient souvent réticents à aborder avec moi leur vécu d'infertilité et leur relationnel avec leurs épouses. Ils demeuraient souvent silencieux et parfois quittaient le cabinet médical afin de « laisser leur épouse parler à son aise » et ne revenaient la chercher qu'à la fin de l'entretien.

Selon le discours des médecins, obstétriciens, échographes et andrologues avec qui j'ai travaillé – discours qui peut aussi être analysé d'un point de vue anthropologique –, l'épreuve physique et psychique résiderait plutôt chez les femmes car elles subissent une forte dose de traitements hormonaux et sont sujettes à diverses complications médicales. Ils argumentent que toute la procédure médicale se passe dans le corps de la femme et que l'anticipation et l'attente de la sacro-sainte grossesse post-FIV, si elle se traduit par un échec, peut causer chez elle un sentiment de culpabilité, des sentiments dépressifs importants, ou déclencher un traumatisme. Selon ces spécialistes, les hommes s'expriment difficilement sur les questions liées à leur fertilité et à leur sexualité. Au cours de la recherche, j'ai pu clairement observer que, dans les parcours de FIV, les hommes sont perçus comme ayant un rôle principalement matériel, étant le plus souvent responsables des frais médicaux. En effet, la FIV est un traitement payant et non remboursé par l'État, et il n'existe pas de système de sécurité sociale en Égypte. Le domaine du périnatal est quant à lui perçu comme un domaine fondamentalement féminin dans lequel les hommes ont peu à faire ou à offrir à leurs épouses.

C'est donc à la suite de cette longue expérience de pré-recherche pilote et de maintes tentatives d'entretiens avec les hommes que j'ai décidé, en début de deuxième année de thèse, d'effectuer un remaniement important de mon sujet, afin de centrer ma

recherche sur l'impact de l'hypofertilité masculine sur les conjointes des hommes infertiles plutôt que sur ces derniers. Ce remaniement m'a certainement coûté de nombreux mois dans la recherche de terrain et dans l'écriture, mais cela a été nécessaire.

5. Une recherche-action

Cette étude est une recherche-action. La recherche-action peut être définie comme « une recherche théorique qui reste empirique et menée sur le terrain à des fins pratico-pratiques » (Resweber, 1995, cité par Fernandez et Catteeuw, 2001). En règle générale, l'intervention est menée dans un lieu concret tel qu'une institution médicale, une association, ou une école. Les auteurs soulignent qu'elle a pour objectif « de modeler, d'infléchir, ou de transformer la réalité économique, éducative, sociale, politique psychologique ou religieuse » (Fernandez et Catteeuw, 2001). En psychologie clinique, elle vise à « la transformation radicale de la réalité sociale et l'amélioration de la vie des personnes impliquées » (Barbier, 1996, cité par Fernandez et al., 2001). Enfin, comme formulé par le psychanalyste Konicheckis lors d'une intervention à la cinquième édition du séminaire international interuniversitaire de psychopathologie psychanalytique périnatale, la recherche action, « c'est la recherche qui se met à la portée de la clinique, et la clinique qui trouve connaissance de la recherche » (2013).

Cette définition résume précisément mon expérience au Centre FIV et toutes les personnes y travaillant, médecins, infirmières et même le personnel soignant non médical, ont compris cette initiative et l'ont soutenue. La recherche-action était aussi proche des attentes culturelles des patients et de l'institution médicale. Les médecins m'avaient en effet conseillé, dès le début de ma recherche, de faire partie intégrante de l'institution car cela faciliterait mon acceptation par les patients et les ferait adhérer plus volontiers à la participation à la recherche. Ceux-ci auraient eu du mal à se livrer à une personne inconnue et extérieure au Centre. Il y avait, néanmoins, un accord éthique selon lequel les autres patients étaient séparés de ceux participant à la recherche, les statuts de chacun demeurant ainsi clairement définis.

Enfin, nous souhaitons conclure ce chapitre introductif par ces phrases touchantes prononcées par une femme égyptienne dans un film documentaire portant sur l'infertilité en Égypte : « Lorsqu'une femme a quelqu'un qui peut l'appeler 'maman', elle sent que ce monde contient la terre entière » ... « Parfois, je sens que je voudrais me promener dans un désert infini, jusqu'à ce que je me calme, et à ce moment-là je pourrai revenir² ... »

² *Oum el Ghayeb*, film documentaire réalisé par Nadine Salib, 2014.

I. Culture et psychologie

Dans cette recherche, il est important de préciser que nous disposons d'un double référentiel, psychanalytique et anthropologique. Le premier référent théorique est la psychopathologie psychanalytique et le second la dimension anthropologique et socioculturelle, en lien avec le terrain en Égypte. C'est pourquoi il est nécessaire de situer la manière dont cette recherche s'inscrit dans la lignée des travaux regroupant les domaines de l'ethnopsychiatrie et de l'ethnopsychanalyse, de la psychologie intraculturelle et de l'anthropologie médicale.

1. Définition des concepts anthropologiques

1.1. Définition du concept de culture

Pour une première définition anthropologique de la culture, il nous faut citer Tylor qui, en 1871, est le premier anthropologue à introduire ce concept. Selon lui, la définition de la culture désigne « un ensemble complexe qui comprend tous les savoirs, les rapports économiques, les us et coutumes, les croyances, la morale, la loi, l'art, la science et la religion... Et toute habitude acquise par un membre d'un groupe social » (Tylor, 1871).

1.2. La transmission de la culture par le corps et les soins corporels

De cette première définition en dérivent d'autres. Selon les travaux de l'anthropologue Mauss (1934), la culture se transmet dès l'aube de la vie par les techniques de corps ; elle assure une fonction symbolique qui se transmet à travers les mythes fondateurs, les rites et les croyances.

L'anthropologue étudie la façon dont la transmission par le corps s'effectue différemment dans chaque culture. Concernant les cultures africaines, Mauss écrit : « les Africains font partie de ces gens 'presque' sans berceaux où les contacts 'de peaux' prédominent » (1934). Il mentionne également ce qu'il appelle « les techniques de

naissance et d'obstétrique ». Il offre pour illustration les différentes méthodes d'accouchement dans diverses cultures et conclut cette partie en affirmant que ce qui unifie toutes les civilisations, c'est l'acte de la reconnaissance de l'enfant, qui demeure un événement d'importance suprême. Ces travaux de Mauss nous conduisent à réfléchir à l'écho de ces réflexions sur notre recherche en Égypte. En effet, les techniques de grossesse par fécondation *in vitro* en Égypte diffèrent de celles mises en place dans les sociétés occidentales.

En 1950, dans son *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*, Lévi-Strauss définira la culture comme « un ensemble de systèmes symboliques au rang desquels se placent le langage, les relations matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science et la religion » (Lévi-Strauss, 1950). Il explique que ces systèmes ont pour objectif de révéler certaines dimensions de ce qu'il nomme « la réalité physique » et « la réalité sociale ».

1.3. Le concept d'enculturation

Afin de parvenir à comprendre comment la culture se transmet d'humain à humain dans une même société et une même famille, il est nécessaire d'introduire le concept d'enculturation. C'est Margaret Mead, anthropologue américaine, qui introduit ce concept dans ses travaux en 1928 et 1930, et notamment dans son ouvrage *Une éducation en Guinée*³ (1930).

Pour Mead (1930), l'« enculturation », ce sont les groupes de « processus conscients et inconscients qui imprègnent les apprentissages et le mode d'élevage ». C'est le fait que la culture se transmette selon des patterns ou des logiques culturels. Cette transmission est la condition nécessaire pour que tous les individus d'une certaine société soient imprégnés de la culture à laquelle ils appartiennent et reproduisent les logiques qui la fondent. C'est la mère et le groupe qui transmettent ces patterns et logiques culturels au bébé. Selon Mead (1928 ; 1930), l'enculturation du bébé et de

³ MEAD, M. (1930). *Growing up in New Guinea: A Comparative Study of Primitive Education*. New York: Blue Ribbon Books.

l'enfant passerait par les soins corporels, le maternage, mais aussi par le langage, l'éducation, ce qui sera valorisé, ce qui sera interdit, etc.

Chez Devereux (1970), cette enculturation correspondrait à une composante de ce qu'il nomme « l'enveloppe culturelle », « cette enveloppe qui nous habille et constitue comme une peau sur la peau » (Moro, 2009). Pour Moro (2009), l'enculturation, c'est en quelque sorte, une incarnation de la culture en chacun de nous, dans les sensations, les perceptions et le vécu.

2. La culture et de domaine du psychique

2.1. La notion de culture chez Freud

C'est dans *Totem et tabou* (1913) que Freud énonce les liens entre culture et psychisme. Mais Freud y aborde uniquement l'influence de la culture sur le psychisme des individus dans les cultures occidentales, considérant en fait qu'il n'y a pas vraiment de « culture » dans les sociétés non-occidentales. Pour lui, le surmoi et le complexe d'Oedipe existent seulement en Occident où ils structurent le psychisme des individus.

Le tabou, selon Freud dans *Totem et tabou* (1913), est un mot d'origine polynésienne qui a deux significations différentes, d'une part ce qui est interdit et d'autre part ce qui est inquiétant ou dangereux. Il précise que le tabou n'est pas une interdiction divine mais une interdiction qui va de soi, dont on ne connaît pas la raison réelle sous jacente : « Les prohibitions tabous ne se fondent sur aucune raison ; leur origine est inconnue ; incompréhensible pour nous, elles paraissent naturelles à ceux qui vivent sous leur empire ». Freud développe ensuite ses idées sur la question par le biais de la réflexion psychanalytique : le tabou, qui semble être une interdiction dont la cause est inconnue pourrait être semblable au symptôme dans la névrose obsessionnelle dont la cause de l'action est inconsciente, puisqu'ayant été refoulée.

Nous pouvons intégrer dans cette ligne de raisonnement notre sujet de recherche qu'est l'infertilité masculine. Ce diagnostic médical qui est plus ou moins tabou dans la

plupart des sociétés, dont les sociétés occidentales, l'est très fortement dans les sociétés arabo-musulmanes, dont l'Égypte. Cela, comme nous le verrons dans la problématisation de notre question de recherche, impose un poids fantasmatique lourd sur le psychisme de la femme qui va subir la FIV, ainsi que sur l'homme du couple ayant reçu le diagnostic d'infertilité masculine.

2.2. Anthropologie et psychanalyse

C'est Géza Róheim, anthropologue et psychanalyste considéré comme l'un des fondateurs de l'anthropologie psychanalytique (1943), qui critiquera Freud. Róheim et les culturalistes américains lui reprocheront d'avoir une vision qu'on pourrait qualifier d'« ethnocentriste ». Selon Róheim, « il n'y pas d'homme sans culture » (Róheim, 1943, cité par Baubet et Moro, 2009), la culture étant le fondement de l'homme, ce qui fait son humanité, sa singularité et son universalité, tout comme le langage et le fonctionnement psychique.

2.3. L'ethnopsychanalyse

Devereux est le fondateur du domaine de l'ethnopsychanalyse (Baubet & Moro, 2009). Il construit ce domaine à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse. Ce champ d'étude est parfois désigné comme ethnopsychiatrie.

C'est Devereux qui introduit la conception de la culture fondée sur l'universalité du psychisme humain (Devereux, 1977). Il développe cette conception notamment dans « Le normal et l'anormal », qui fait partie de ses *Essais généraux d'ethnopsychiatrie*. Selon lui, la culture vise à structurer l'inconscient humain de façon universelle. Toutes les cultures ont une fonction refoulante, et pas seulement certaines cultures occidentales comme l'avait affirmé Freud (1913). Seulement, pour l'auteur, l'inconscient et le refoulement agissent différemment dans le psychisme selon la culture. Par sa notion de l'inconscient ethnique, Devereux (1977) explique que dans chacune, cette structuration particulière du psychisme laisse une place à ce qu'il appelle « les modèles d'inconduite ». Ceux-ci représentent ce qui est toléré comme comportement « déviant »

par rapport à la norme sociale et culturelle en lui attribuant une place dans la culture. Par exemple, en Égypte, le *majnoun*, littéralement, le fou, a un rôle spirituel dans la communauté. Enfin, Devereux est un universaliste pour qui la culture n'est qu'une manière pour l'individu d'atteindre à l'universel (Baubet & Moro, 2009).

Ce qui nous intéresse dans les travaux de Devereux, c'est la notion de complémentarisme qu'il met en avant dans sa clinique et dans sa recherche. Selon cette technique, l'anthropologie et la psychanalyse sont deux leviers que l'on peut utiliser pour la compréhension du matériel, mais actionnés chacun à son tour. C'est ce que Devereux appelle le « double discours obligatoire mais non simultané (Devereux, 1972, cité par Baubet et Moro, 2009).

Notre positionnement théorique et clinique correspond à celui de Devereux, dans sa conception de l'ethnopsychiatrie basée sur le principe de l'universalité psychique, et concevant la psychanalyse comme métathéorie.

2.4. Autres approches

Dans un positionnement épistémologique totalement différent des travaux de Devereux, apparaissent les recherches de Tobie Nathan, qui viennent faire rupture dans la pratique de l'ethnopsychiatrie. En effet, Nathan a une conception beaucoup moins ouverte de la question de l'universel. De plus, alors que Devereux se situait clairement dans la psychanalyse comme théorie et technique, Nathan lui adresse de nombreuses critiques et perçoit la théorie psychanalytique comme « une théorie parmi d'autres » (in Baubet & Moro, 2009).

Parmi les outils cliniques et de recherche que Nathan a développés, nous suggérons une réflexion à propos de l'un de ses outils conceptuels : la notion de discours implicite et explicite. Pour Nathan (1986) ce concept signifie que, dans chaque culture, il existe des interdits ou tabous plus ou moins explicites ou implicites, exprimés ou restés silencieux.

Sellahi (2010), dans sa recherche issue de sa thèse menée auprès de femmes algériennes traitées pour infertilité conjugale, témoigne du fait que dans la culture algérienne, garder l'hypofertilité masculine secrète fait partie du discours implicite. Il y a là un parallélisme avec le cas de notre recherche en Égypte, où la rencontre avec les patientes et patients, et leur écoute, révèle que le secret de l'hypofertilité masculine fait également partie du discours implicite. Dans notre clinique, nous avons souvent observé des patients hommes qui ne souhaitent pas partager l'information du diagnostic d'hypofertilité masculine avec leur parents et demandent à leur épouses de rester très discrètes avec leur entourage proche.

2.5. Illustration clinique : le groupe de femmes égyptiennes

Un aspect culturel très important concerne évidemment le sentiment de solitude chez les femmes dont le partenaire souffre d'infertilité. Dans la culture égyptienne où les femmes ne sont pas supposées lever le secret de l'infertilité de leur conjoint – afin de préserver ce qui est perçu comme son honneur et sa dignité, et la perception des « autres » de sa puissance sexuelle – de nombreuses patientes me confient leur sentiment de solitude. Comme nous le verrons lors de la discussion des entretiens cliniques de recherche, nous avons observé combien cette interdiction augmente l'intensité du sentiment de solitude chez ces femmes. D'où l'utilité du concept d'ethnopsychiatrie, le discours implicite et explicite, abordé ci dessus (Nathan, 1986).

2.6. Études psychologiques : infertilité et culture arabo-musulmane

Une étude relativement ancienne, remontant à 1982, et intitulée: « Difficultés des hommes Nord-Africains durant la donation de sperme » (Madani-Perret, & Zohra, 1982, cité dans Sellahi, 2010) a abordé les difficultés psychologiques et le choc culturel violent liés à la procréation médicalement assistée, et notamment le don de sperme chez les hommes ou l'insémination artificielle avec donneur, dans une société du Maghreb.

Plus récemment, la thèse de la chercheuse algérienne Sellahi (2010) nous offre une recherche originale menée entre l'Algérie et la France et concernant les aspects

psychologiques de l'expérience de l'infertilité et de la FIV parmi un échantillon de femmes algériennes. Cette étude examine le lien entre l'infertilité et la migration vers l'Europe comme une double problématique psychique. En effet, les couples que la chercheuse rencontre ont émigré vers la France afin de pouvoir entreprendre un protocole de FIV hétérologue avec IAD⁴, loin des regards de la société algérienne où la FIV non homologuée est interdite par la loi, et totalement taboue. L'exil a l'avantage de mieux protéger le secret de la FIV afin que les enfants potentiels ne le découvrent pas plus tard. Cet exil vise également à éviter les pressions familiales éventuelles qui pourraient inciter la femme ou l'homme à divorcer en cas d'infertilité chez l'un des deux partenaires. L'étude se penche sur des cas d'infertilité féminine aussi bien que masculine. Cette recherche présente l'intérêt d'étudier des patients en quête de fertilité entre deux cultures. Allant dans le même sens que notre étude, la chercheuse (Sellahi, 2010) a basé son travail sur le vécu de l'infertilité par les femmes, après avoir rencontré exactement la même difficulté méthodologique et contre-transférentielle à rencontrer des hommes pour les entretiens de recherche, ces derniers refusant catégoriquement d'y participer.

2.7. Ouverture : champs de la psychologie interculturelle et transculturelle

D'une part, il existe des travaux qui sont à l'intersection de l'anthropologie et de la psychanalyse et, d'autre part, nous repérons de nombreuses recherches en psychologie interculturelle qui rendent compte de la place de la culture dans le développement psychologique des individus.

Dans la littérature anglo-saxonne, Berry et Dassen (1992), Coker (1998), et Kleinman (1997) – dont les travaux se situent entre la psychologie transculturelle et l'anthropologie médicale – ont mené des travaux anthropologiques sur les différentes manifestations cliniques des troubles psychiques tels que la dépression dans d'autres cultures qu'occidentales, et notamment sur la place des symptômes physiques et

⁴ Insémination Artificielle avec Donneur.

psychosomatiques pour la dépression clinique (Moyen-Orient, notamment en Égypte, Asie du Sud-est).

En France, le domaine de la psychologie transculturelle (Stork, 1986, 1996, Moro, 1994, 2002, 2009) a eu un impact important sur la psychologie interculturelle contemporaine. Les travaux de Stork (1986, 1996) constituent un repère important dans la littérature française en psychologie interculturelle. Suivant les préoccupations de l'anthropologue Mead (1928, 1930), elle va comparer les pratiques de maternage dans plusieurs cultures (1986). Dans une étude importante, elle étudie les interactions mère-bébé dans des familles au sud de l'Inde (Stork, 1986, cité par Baubet et Moro, 2009). Actuellement, les travaux de Moro sont parmi les plus importants en psychologie transculturelle contemporaine en France.

En conclusion à ce survol de travaux portant sur l'interaction entre la culture et la psychologie clinique, il est important de préciser que notre étude se situe dans le champ de la psychologie intraculturelle, type d'approche théorique et clinique que Devereux définit comme un travail où « le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture, mais le thérapeute tient compte des dimensions socioculturelles » (1977).

Une brève introduction au contexte égyptien nous paraît nécessaire afin de mieux situer le cadre culturel de notre étude.

3. Contextualisation de l'infertilité masculine en Égypte

3.1. Contexte religieux et social égyptien

L'Égypte est une société arabo-musulmane, et l'islam pratiqué est l'islam sunnite. L'islam sunnite est celui pratiqué majoritairement dans les pays du Maghreb, l'Égypte, et la plupart des pays musulmans non arabophones, sauf l'Iran. Dans cette société, l'infertilité masculine représente un lourd poids social, aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

3.2. Repères socio-juridiques

Il est essentiel de clarifier le contexte de la loi égyptienne pour notre exposé. C'est important, d'une part, d'un point de vue culturel et social pour comprendre les conséquences directes sur la vie de la femme et, d'autre part, d'un point de vue clinique du fait des implications sur la réalité psychique de ces femmes – implications conscientes et inconscientes que nous allons aborder.

3.3. Lois du code de statut personnel et de la santé reproductive

Le code pénal égyptien est partiellement inspiré de la *charia* musulmane. La *charia* constitue l'ensemble des lois et des principes dérivés du texte du Coran et qui a pour objectif de dicter les droits, devoirs et sanctions des personnes vivant dans les pays musulmans. Dans *Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt*, l'anthropologue Inhorn la définit comme suit : « Les instructions qui régulent les activités de tous les jours – par exemple, les prières journalières, les types d'aliments et alcool interdits, les relations conjugales, le rôle envers les orphelins et les personnes âgées – et qui sont supposés être suivis par les musulmans pratiquants, constituent la *charia* musulmane » (Inhorn, 2003). Certains des préceptes de la *charia* musulmane sont, en Égypte, des lois d'État.

Le mariage

C'est la seule forme d'union légale reconnue par l'État, l'union libre n'étant pas reconnue. L'acte de mariage attribue des droits essentiels, comme celui de pouvoir accoucher dans un hôpital public. Le mariage en islam est polygame : l'homme a le droit d'épouser jusqu'à quatre femmes. Mais l'islam ne reconnaît pas la polyandrie, c'est-à-dire que les femmes, elles, n'ont pas le droit de cumuler plusieurs mariages. Une femme qui cumule plusieurs mariages, officiels et / ou coutumiers, est passible de prison pour « multiplicité de maris ». Les mariages consanguins entre cousins et cousines de premier degré sont très fréquents en Égypte, comme dans le reste du monde arabe, et ne sont pas mal considérés, ni perçus comme présentant un danger pour la

santé pour la filiation, comme c'est le cas en France et dans de nombreux pays occidentaux.

Dans le contexte particulier de la FIV, certaines femmes acceptent que leur conjoint se remarie. Elles se retrouvent ainsi dans un mariage polygame tout en procédant à une FIV homologue dans le cadre de leur mariage, la priorité étant accordée à l'espoir d'avoir un enfant. En effet, il semblerait que de nombreuses femmes égyptiennes préfèrent avoir un enfant dans le cadre d'un mariage peu réussi, que pas d'enfant du tout. Sous-jacente à l'acceptation de ces mariages polygames, il existe d'autres craintes, comme celle de ne pas avoir la possibilité de rencontrer un autre partenaire pour la conception d'un enfant, crainte aggravée par la perception culturelle "phobique" qu'il faut concevoir à un jeune âge, avant qu'il ne soit trop tard.

L'avortement

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est interdite par la loi égyptienne. Seules sont permises les interruptions médicales de grossesse (IMG) en raison de menaces pour la santé de la mère ou de risque de malformation du bébé. Il existe d'autres exceptions, mais celles-ci ne sont pas clairement édictées par la loi. Selon le cheikh de l'Azhar, qui est la plus haute autorité morale et religieuse des musulmans sunnites en Égypte, une femme qui a été violée pourrait bénéficier d'une IMG, étant considérée comme une victime. Cependant, les conditions pour que cet avortement soit accordé sont peu claires : un article de presse récent affirme que, selon le cheikh, une femme violée ne peut recourir à un avortement qu'à condition « qu'elle soit de bonne réputation et qu'elle ait souffert et subi le viol comme un acte de violence » (journal périodique *Al-Masry el-Youm*, 2009).

Les grossesses hors mariage

Un concept légal les désigne comme grossesses illégales et immorales : *haml sefah*⁵. Aucun enfant né hors mariage n'est reconnu par l'État. Il n'a, en général, pas

⁵ En arabe : "Grossesse conçue hors mariage".

droit à un acte de naissance, et sans ce document, ces enfants sont marginalisés puisqu'ils ne peuvent accéder à de nombreux droits et services, tels que les vaccinations, l'hôpital public, la crèche et l'école. Sous la pression de la société civile, ces lois sont en train d'être graduellement modifiées dans le but d'améliorer le sort de ces enfants rejetés. La situation reste, néanmoins, assez compliquée : même s'il est possible d'obtenir un acte de naissance hors mariage, cette possibilité reste conditionnée par la reconnaissance de l'enfant par le père, ou par un autre homme auquel la mère serait liée affectivement. Récemment, en 2009, une nouvelle loi de statut personnel a été votée, qui permet à l'enfant né hors mariage d'avoir un acte de naissance portant le nom de la mère. Cette loi constitue un progrès certain, puisqu'elle évite aux jeunes filles non mariées l'aggravation de leur marginalisation sociale. Cependant, elle n'est pas encore appliquée de façon systématique.

L'excision

L'excision est l'acte de mutilation d'une partie plus ou moins importante des organes génitaux externes féminins. Les types d'excision que l'on retrouve en Égypte sont les types 1 et 2 ainsi définis par l'OMS : « 1. l'excision sunna consiste en l'ablation du prépuce clitoridien » et : « 2. l'excision complète comporte l'ablation totale du clitoris et celle partielle ou totale, des petites lèvres » (Mohamed Abdi, in Moulin, 2013). L'excision, souvent plus mutilante qu'en Égypte, est également pratiquée dans d'autres pays d'Afrique tels que le Soudan, la Somalie, Djibouti et dans certaines zones de l'Éthiopie et du Kenya (Mohamed-Abdi, in Moulin, 2013).

Sous-tendant cette mutilation est la conception que le maintien du clitoris, étant l'organe responsable du plaisir sexuel féminin, peut conduire les jeunes filles à pratiquer la masturbation, à avoir des relations sexuelles avant mariage ou à avoir des relations extraconjugales. Cette pratique, qui est un acte extrêmement violent et possède des conséquences fondamentalement dangereuses pour la santé des femmes et un retentissement psychique souvent traumatisant, est prohibée par la loi égyptienne depuis

1996 (Baudouin, in Moulin 2013)⁶. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une pratique culturelle très résistante au changement et à l'interdiction. Elle n'existe, cependant, dans aucun pays du Maghreb ni dans le reste du Proche et Moyen-Orient. Les statistiques portant sur le nombre de femmes excisées en Égypte ne sont pas claires, reflétant le manque de transparence concernant cette pratique. L'excision produit un fort impact sur la sexualité des couples ; de nombreuses femmes égyptiennes excisées se plaignent d'une absence totale de jouissance sexuelle lors des relations sexuelles conjugales, et craignent d'éprouver de la douleur au cours de tout contact sexuel. De nos jours, de plus en plus d'hommes égyptiens ont conscience que ce manque de plaisir sexuel chez leurs épouses est causé par l'excision et la rejettent.

3.4. Infertilité et FIV dans la société et la culture populaire égyptienne

L'infertilité masculine a souvent des répercussions potentiellement difficiles pour la femme à l'intérieur du couple. Si, pour l'homme, elle peut facilement être synonyme de manque de virilité, d'absence de performance sexuelle et de honte, pour la femme, elle est source de conflit psychique au sein de son mariage et de conflit intrapsychiques avec la famille et plus largement la société. Le couple garde souvent secrète la question de l'infertilité masculine afin de protéger l'homme des regards et du jugement et de l'intervention de la famille de l'épouse. Parfois ce diagnostic peut aboutir à un divorce – en cas de pression de la famille de la femme – ou à un remariage polygame de l'homme dans le cas où ce dernier et sa famille nient qu'il soit la source de l'infertilité malgré le spermogramme et les autres tests médicaux le prouvant.

La question de l'infertilité masculine a même été abordée dans certains films égyptiens, illustrant souvent un drame familial. Un exemple artistique connu est un film des années 1990 intitulé *Hanafi el obaha*⁷, du nom de famille d'un homme, *Hanafi*. Regroupant des acteurs très célèbres tels le comédien Adel Imam et la comédienne Sherihane, ce film décrit un cas d'infertilité masculine, dans un scénario où tous les

⁶ Dupret (2013). « Disposer de son corps. Excision, virginité, transsexualisme et transplantation en droit égyptien ».

⁷ Réalisé par Mohamed Abdelaziz (1990).

protagonistes, l'homme et la femme, sont des victimes de la situation. Le film est ponctué de phrases clés qui sont des illustrations cliniques du drame de l'infertilité masculine. Ainsi entend-t-on la femme dire en s'adressant à l'homme : « Tu es en train de me priver de la chose la plus simple et la plus importante que n'importe quelle femme souhaite ». « Tu n'as qu'à avoir un enfant » rétorque l'homme. Elle : « Comment veux tu que je fasse un enfant, par correspondance !? » « Tais-toi insolente ! » s'exclame-t-il.

3.5. Législations dans le domaine de la santé reproductive et de la FIV

Comme déjà mentionné auparavant, la fécondation *in vitro* pratiquée en Égypte sunnite est uniquement la FIV homologue, utilisant les gamètes du couple. En effet, la pratique de la FIV hétérologue, et par conséquent l'IAD, est interdite par la loi. Cette technique de procréation médicalement assistée est perçue comme équivalente à l'adultère et comme ne permettant pas la continuité du lien de filiation intergénérationnelle, « causant confusion de la lignée généalogique, alors qu'en islam, on accorde à la pureté une prime importance » (D. Merrow et J. G. Shenker, cité par Inhorn, 2003).

Il est intéressant de remarquer que dans d'autres pays du Moyen et Proche-Orient où domine l'islam chiite, la FIV hétérologue est autorisée et pratiquée. C'est le cas du Liban et de l'Iran, où certaines cliniques la pratiquent. L'islam chiite est : « la branche de l'islam minoritaire, pratiquée notamment en Iran, certaines régions d'Iraq, du Liban, et du Golfe » (Inhorn, 2003). Selon les recherches d'Inhorn (2003) et de Serour (1998), l'IAD et le don d'ovules sont tous les deux légalisés en Iran et au Liban, et ce depuis la fin des années 1990. Le raisonnement chiite est que la FIV hétérologue serait un mal moindre que le divorce d'un couple suite à une infertilité (Inhorn, 2012 ; Serour, G., 1998).

Enfin, l'adoption est également interdite par la loi égyptienne car pareillement perçue comme ne permettant pas la transmission et la continuité du lien de filiation. Sonbol, juriste et chercheuse spécialiste de l'adoption en Égypte, certifie : « Les enfants

illégitimes sont vus comme un réel stigma, presque une menace, une source de mal » (A. E. Sonbol, cité par Inhorn, 2003).

Ces prohibitions sont susceptibles de provoquer ou de réactiver un conflit psychique chez les couples, qui, privés de l'adoption et de l'IAD, ne possèdent que la FIV homologue comme dernière ressource. Cela nous conduit à la réflexion suivante, en marge de notre problématique de recherche principale : nous avançons que cette juridiction médico-légale a un retentissement sur le vécu fantasmatique de la femme pendant la FIV car l'homme et la qualité de son sperme sont alors l'objet de ses diverses projections. Alors que pour les couples procédant à l'IAD, il existe une place pour un tiers médiateur – le donneur de sperme ou, le cas échéant, la donneuse d'ovocytes – dont la présence pourrait atténuer la résurgence de la tension œdipienne et proposer une voie d'expression des pulsions agressives de la femme.

4. Anthropologie médicale et médecine reproductive

4.1. Le domaine de l'anthropologie médicale

L'anthropologie médicale, domaine interdisciplinaire à l'interface de l'anthropologie et de la médecine, étudie et analyse les rapports entre institutions médicales, médecins et patients. Elle analyse également le fonctionnement de la culture médicale et explore la dimension du corps hors de la vision médicale. Une définition très complète de l'anthropologie médicale est proposée par Benoist (2011, cité par Moro, 2009) : « Une anthropologie tournée vers la façon dont les sociétés perçoivent, définissent, et expliquent ces agressions que sont la maladie et la mort, et les moyens qu'elles emploient pour prendre en charge les demandes de ceux qui les subissent. Par delà l'immédiateté du mal et de la mort, ce sont des cadres de réponses aux énigmes que sont le corps et la vie qui se dégagent alors ». Ce domaine s'est développé parallèlement en Europe et aux États-Unis. En France, les travaux de Moulin, dans le domaine de l'histoire de la médecine et de l'anthropologie médicale sur les sociétés arabo-

musulmanes, et notamment la médecine moderne en Égypte, présentent un apport important (1981, 1991, 2013)⁸.

Une des sous-spécialisations de l'anthropologie médicale est l'anthropologie médicale psychiatrique. Dans ce domaine, on peut compter l'anthropologue et psychiatre américain Kleinman (1977)⁹, la chercheuse spécialiste de la psychologie anthropologique – notamment en Égypte – Elizabeth Coker (2001), et enfin la chercheuse en anthropologie psychiatrique Luhrmann (2000).

4.2. Anthropologie médicale et médecine reproductive

Plus particulièrement, dans le champ de la médecine reproductive, les travaux de Inhorn (1996, 2003, 2012) anthropologue américaine contemporaine, viennent en tête des recherches sur l'infertilité et la fécondation *in vitro*, tout d'abord en Égypte puis dans d'autres pays du Proche-Orient, notamment le Liban et l'Iran. Sa thèse porte sur l'infertilité en Égypte. Dans sa longue recherche à l'intérieur des institutions médicales égyptiennes, elle a exploré la question du vécu psychique de l'infertilité féminine et masculine chez les couples, et s'est longuement intéressée à la question de la masculinité dans le monde arabe (2012). Ses ouvrages ne manquent pas non plus d'aborder le rapport des patients à l'institution médicale. Ses écrits nous ont été un important appui anthropologique.

Enfin, Inhorn aborde un domaine important de l'anthropologie médicale, ce que Moro nomme « l'anthropologie des réponses à la maladie » (2009), c'est-à-dire toutes les pratiques de rituels et outils religieux utilisés par les couples égyptiens comme traitement des problèmes d'infertilité, soit avant de consulter au centre FIV, soit en parallèle des traitements médicaux.

⁸ Moulin: *L'islam au péril des femmes* (1981).

⁹ Kleinman : *Culture and depression : studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder* (1985); et : *Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia, and pain in modern China* (1986)

Parmi les ouvrages clés de Inhorn, on peut citer l'un des premiers : *Infertility and Patriarchy* (1996), qui se focalise sur la question de la famille patriarcale comme variable importante dans le problème de l'infertilité masculine. Elle traite ici de la question primordiale de la réaction de la famille et de la belle-famille à l'annonce du diagnostic d'infertilité, et des pressions familiales. Cet ouvrage sera suivi de *Local Babies, Global Science : Gender, Religion and In Vitro Fertilization in Egypt* (2003), où Inhorn expose tout le travail anthropologique mené dans les différentes institutions médicales égyptiennes pratiquant la FIV homologue. Plus récemment, elle a publié *The New Arab Man : Emergent Masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East* (2012). Ce dernier ouvrage se focalise plus particulièrement sur la question de la masculinité en Égypte et dans le monde arabe, la façon dont cette notion identitaire et psychique s'articule avec le problème médical de l'infertilité masculine, et la nature des modifications psychiques et culturelles qui, de façon surprenante, ont affecté la notion de masculinité dans les dernières décades.

4.3. Un film documentaire sur l'infertilité et le vécu de la femme en Égypte

Récemment en Égypte, est apparu un documentaire portant sur l'infertilité féminine, adoptant une forme très proche de l'entretien clinique de recherche. Le film a été réalisé par une jeune réalisatrice égyptienne, Nadine Salib. Il présente le portrait psychologique et social d'une femme de Haute-Égypte prénommée *Hanan*, ce qui signifie littéralement « tendresse » en arabe. Bien qu'il s'agisse d'un cas d'infertilité féminine – où la femme souffre d'un dysfonctionnement de l'utérus – et non d'un cas d'infertilité masculine, le conflit psychique traité est le même. La femme souffre d'infertilité depuis douze ans, et cette situation la force à vivre comme marginale dans la société traditionnelle du sud de l'Égypte. Le nom du documentaire, *Oum el Ghayyib*¹⁰, littéralement en arabe : la mère de l'absent, nous dit tout du stigma et de la souffrance isolatrice de la femme qui rencontre des difficultés à concevoir un enfant. En Égypte, et surtout dans les classes moyennes et populaires – la majorité de la population

¹⁰ http://www.film-documentaire.fr/Mother_of_the_Unborn.html,film,43613

– une femme est appelée non par son propre prénom mais par le nom de son enfant aîné et, si cette femme a un fils, ce sera en priorité par le nom de ce premier fils. On entend alors : *Oum Mohamed*, la mère de Mohamed, ou *Oum Nadia*, la mère de Nadia. De là, nous sommes amenés à comprendre que *Oum el Ghayyib*, la mère de l’absent, a une connotation très péjorative et stigmatisante.

Le fait d’être une femme permet à la réalisatrice de s’introduire dans ce monde profondément féminin et traditionnel du sud de l’Égypte. Sur le plan contre-transférentiel, cela est très important, même s’il s’agit d’entretiens dans le cadre d’un documentaire et non dans le cadre d’entretiens de recherche ou psychothérapeutiques.

Ne se contentant pas de porter son attention sur la question de l’infertilité féminine et de la maternité, la réalisatrice tente d’explorer le parcours formé de rituels que les femmes infertiles suivent, comme un réel combat. Ce sont ces rituels mêmes qui sont décrits par l’anthropologue Inhorn dans son ouvrage intitulé *The Quest for Conception*¹¹ (1994). Dans cette recherche qui constitue le premier ouvrage d’Inhorn, l’auteur détaille ce parcours initiatique et l’importance du rituel chez les femmes et couples infertiles en Égypte. Comme le montrent Salib et Inhorn (1994), un certain nombre de ces croyances semblent trouver leur origine dans l’ère pharaonique. En effet, l’observation de différents temples pharaoniques en Haute-Égypte et au musée du Caire, permettent d’observer les traces de ces rituels effectués au temps des pharaons.

Ce chapitre avait pour objectif de contextualiser la recherche dans un cadre anthropologique afin de mieux comprendre le contexte socioculturel de l’étude. L’objectif est aussi de bien situer ce travail dont le référent est la psychopathologie clinique avec une importante dimension interdisciplinaire à l’intersection avec le domaine théorique de l’anthropologie. Cette réflexion a également visé à situer la recherche dans une élaboration à l’intersection entre le domaine de la culture et le domaine du psychique, dans la continuité des recherches psychanalytiques et ethnopsychiatriques de ce domaine. Au sujet de la fécondation *in vitro*, il s’agissait plus

¹¹ « La quête de la conception ».

particulièrement de définir la spécificité de la FIV homologue spécifique à la pratique médicale en Égypte, dans le cadre des contraintes sociales et légales, mais également de la situer par rapport au Maghreb et au Moyen et Proche-Orient, dans le cadre d'une diversité de l'islam sunnite et chiite et de la présence de minorités chrétiennes.

On ne peut passer de la dimension psycho-anthropologique au questionnement médical sans réaliser que la mise en place de la PMA et de la FIV en Égypte est clairement un croisement au carrefour de ce berceau culturel égyptien qui vient d'être décrit et de l'innovation médicale et technique et du savoir scientifique occidental. Ce croisement, riche de contradictions et d'impasses causant la souffrance psychique, et lié à la mondialisation culturelle et à la consommation néolibérale, seront plus amplement explorés en complétant cette réflexion sur la culture par une seconde partie abordant la question du médical. Ce chapitre qui s'intéressera à la question du somatique, nous permettra également de contextualiser la recherche dans son contexte médical égyptien.

II. Un questionnement médical

1. L'infertilité et l'hypofertilité masculine

1.1. Définition médicale infertilité et distinctions scientifiques

Selon le *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility Manual* (2011), l'infertilité est définie comme absence de grossesse et de conception chez un couple ayant des relations sexuelles régulières non protégées pendant un an. Le manuel note que dans la littérature, le terme *sous-fertilité*, provenant de la littérature anglo-saxonne *sub-fertility*, que nous traduisons en français hypofertilité, est parfois préféré au terme infertilité. Car il se réfère plus précisément aux couples qui ne sont pas stériles, mais manifestent ce que les Anglo-saxons nomment : « Baisse de l'efficacité reproductive », en anglais *decreased reproductive efficiency* (Fritz & Speroff, 2011).

Une définition de la stérilité est offerte par Zorn et Savale dans *Stérilité du couple* (2005): « L'impossibilité totale de concevoir pour un homme, une femme ou un couple, à un moment donné. Cette incapacité peut être temporaire et réversible ou au contraire définitive et irréversible ».

Un homme est considéré en risque d'infertilité – ou diagnostiqué hypofertile – à moins de 20 millions de spermatozoïdes par ml de sperme, et stérile à moins de 15 millions de spermatozoïdes par ml de sperme. L'hypofertilité masculine peut provenir de plusieurs causes. Premièrement, l'oligospermie, qui se traduit par une concentration anormalement faible de spermatozoïdes dans le liquide spermatique. Deuxièmement, l'asthénospermie, une pathologie où les spermatozoïdes ont une faible motilité. Troisièmement, la tératospermie : les spermatozoïdes sont morphologiquement déficients et, en dernier lieu, l'azoospermie qui signifie l'absence totale de spermatozoïdes dans le liquide spermatique, et équivaut donc à la stérilité de l'homme (Olivennes & Frydman, 2006).

La deuxième division importante réside entre l'infertilité primaire et l'infertilité secondaire : l'infertilité primaire touche les couples qui ne sont jamais parvenus à concevoir un enfant, alors que l'infertilité secondaire désigne les couples ayant déjà conçu, puis ayant développé une infertilité secondaire causée par un problème médical chez l'homme ou chez la femme (W. R. Keye, in Covington & Burns, 2006).

1.2. Statistiques de l'infertilité et de l'infertilité masculine dans le monde

Les statistiques de l'infertilité sont difficiles à obtenir dans les pays en voie de développement. Nous possédons quelques chiffres estimatoires généraux : selon (Boivin & al., 2007), le taux de prévalence de l'infertilité, sur une période de douze mois, se situe entre 3,5 % et 16,7 % dans les pays développés, et entre 6,9 % et 9,3 % dans les pays les moins développés. La médiane globale est de 9 %. Les statistiques de l'INED estiment que l'infertilité toucherait 2 à 5 % des couples en France (Zorn & Savale, 2005).

1.3. Statistiques démographiques et statistiques de l'infertilité en Égypte

En Égypte, il n'existe pas de statistiques officielles récentes pour l'infertilité. En 1995, la *Egyptian Fertility Care Society* estime la prévalence totale d'infertilité à 12 % de la population totale. Dans *Infertility and Patriarchy*, l'anthropologue Inhorn (1996) interprète ce manque de statistiques par le phénomène inverse dominant la société égyptienne : l'hyperfertilité, sachant qu'en Égypte le taux de croissance annuel est de 1,84 % (en 2014) et la population anticipée pour 2025 est estimée à 104.6 millions d'habitants, sachant qu'elle n'est que de 85 millions en 2014. Inhorn (1996) suggère qu'il pourrait exister en conséquence une politique d'État négligeant la mise à jour des statistiques d'infertilité, et cette interprétation nous semble pertinente. Les recherches de Inhorn effectuées entre 2003 et 2012 au Liban et en Égypte révèlent que 60 % des couples qui consultent en clinique FIV, dans ces deux pays, présentent le diagnostic d'hypofertilité masculine. Au Centre égyptien, les médecins indiquent que 60 à 65 % des couples qui consultent présentent le diagnostic d'hypofertilité masculine.

Aux facteurs médicaux mondiaux connus comme causes potentielles de diagnostic d'infertilité masculine, il faut ajouter en Égypte un très fort taux de pollution dans l'environnement et la présence importante de substances toxiques dans la nutrition. Notre observation clinique nous a révélé qu'un certains nombres d'hommes sont atteints d'hypofertilité masculine à la suite de leur exposition à d'importantes sources de chaleur dans leur lieu de travail (four, machines, chaleur du désert, etc.).

2. La procréation médicalement assistée et la fécondation *in vitro*

La procréation médicalement assistée, ou PMA, a été définie, selon la loi de bioéthique – datant de 1994 et modifiée en 2014 – qui régit sa pratique en France, comme : « des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel » (citée dans Zorn et Savale, 2005).

Une définition classique de la fécondation *in vitro* la décrit comme une procédure médicale consistant à collecter les gamètes de l'homme et de la femme afin d'effectuer une fécondation à l'extérieur du corps. Les embryons obtenus sont dans un second temps transférés dans l'utérus de la femme (Olivennes & al., 2006). Comme l'explique le professeur et spécialiste de la FIV, Olivennes: « Les spermatozoïdes sont recueillis par masturbation et le sperme préparé par différentes méthodes » et : « La partie clinique concerne donc essentiellement la femme et comprend trois étapes essentielles : la stimulation, la ponction ovocytaire et le transfert embryonnaire (2006).

3. La fécondation *in vitro* en Égypte

3.1. Définition et historique de la FIV homologue en Égypte

La fécondation *in vitro* pratiquée en Égypte est uniquement la FIV homologue, utilisant les gamètes du couple. La technique de FIV homologue la plus pratiquée au Centre, et qui concerne notre population de recherche, est une technique de FIV par

ICSI, définie comme l'injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte. C'est une technique plus moderne que la FIV classique, et fait partie des FIV qui « réalisent artificiellement la fécondation *in vitro* » (Zorn & Savale, 2005).

L'histoire de la fécondation *in vitro* en Égypte est importante en soi, et aussi en ce que qu'elle peut nous éclairer sur le poids fantasmatique et le fardeau psychique qui est porté par les couples entreprenant une FIV. Dans le monde arabe, aussi bien au Maghreb qu'au Moyen-Orient, la FIV homologue a près de 20 à 30 ans d'existence. En Égypte, la FIV est apparue en 1986 ; en 2016, le Centre FIV fêtera les trente ans anniversaire de sa création. En Algérie, la mise en place de la procréation médicalement assistée a été plus récente, remontant seulement aux années 1990, comme en témoigne Sellahi (2010) dans sa thèse sur la FIV chez des couples algériens. Dans de nombreux pays du Golfe et au Yémen, la FIV n'est pas pratiquée : les patients viennent se faire diagnostiquer et traiter en Égypte. Au jour d'aujourd'hui, le marché de la FIV en Égypte s'est beaucoup élargi, avec un très grand nombre de centres FIV au Caire et à Alexandrie ; certains sont privés, et d'autres des services de PMA créés dans des hôpitaux universitaires, tels que *Kasr el Eini*¹² et *Al Hussein*.

4. L'adaptation médico-culturelle de la FIV à la société égyptienne

Il serait pertinent de dire que la FIV en Égypte se situe au croisement de l'innovation technique occidentale d'une part, et des restrictions socio-légales et des fondements psychiques et socioculturels de la société égyptienne d'autre part. Cette constatation n'est pas anodine, car l'importation de la technologie médicale a un retentissement évident sur le vécu psychique des femmes en cours de FIV. Alors que la première PMA par don d'ovocytes a lieu en 1984 en Europe et aux États-Unis (Veil, 2007), ce n'est qu'en 1986 qu'a lieu la première FIV homologue en Égypte, au Centre égyptien de fécondation *in vitro*. Le décalage temporel et culturel est clair.

¹² Kasr el Eini est le plus grand hôpital universitaire du Caire et d'Égypte.

Dans *Local Babies, Global Science*, Inhorn (2003) évoque la manière dont la technique FIV homologue par ICSI ou injection intra-cytoplasmique¹³, née en Europe en 1992, est simultanément à l'avantage et au désavantage des femmes égyptiennes en FIV. À leur avantage : en tant que technique sophistiquée permettant un taux de fécondation plus élevé chez les couples présentant une hypofertilité masculine. Mais à leur désavantage, car en Égypte, où la polygamie demeure légale, certains hommes hypofertiles préfèrent choisir une autre épouse plus jeune, afin que la FIV par ICSI ait plus de chances de réussir. L'auteur constate combien une technique médicale, salvatrice et tout à fait anodine dans certains pays ou cultures, peut s'avérer cruellement discriminatoire dans d'autres. Notre présence clinique au cours de la consultation FIV hebdomadaire nous a permis d'observer ces couples triangulaires, où le conjoint se présentait avec deux femmes : la première, généralement plus âgée, et la seconde, plus jeune. Cet exemple illustre bien comment l'infertilité masculine et la FIV en Égypte peuvent réactiver des blessures narcissiques, entre autre liées à l'âge de la femme qui subit le protocole, même quand ce n'est pas elle qui porte le diagnostic médical d'infertilité.

Un autre exemple de cette interaction entre FIV innovation technico-médicale et culture est illustré par certaines pratiques dans les centres égyptiens de fécondation *in vitro*, inexistantes en France. La sélection du sexe de l'embryon par les futurs parents en est une. Au Centre égyptien de fécondation *in vitro*, cette pratique est interdite car perçue comme non éthique, le seul critère de choix des embryons devant être leur qualité « santé », et leur taille. Cependant, dans de très nombreux centres du Caire, les parents ont la possibilité de choisir le sexe de l'embryon qui sera transféré. Dans une société patriarcale comme l'Égypte, et malgré une certaine évolution des mentalités, nous sommes conscients qu'un certain nombre de couples va choisir un embryon masculin, d'où la critique adressée à cette pratique. L'argument des centres et médecins qui optent malgré tout pour elle est que les parents payent ce « service médical » et qu'ils ont donc le droit de choisir. Ils arguent également que, de toute façon, la FIV

¹³ Intra-Cytoplasmic Sperm Injection

n'est pas une conception naturelle mais une procédure médicale mise au point par l'homme, d'où la possibilité du choix du sexe.

4.1. Histoire du Centre égyptien de fécondation *in vitro* et statistiques actuelles

Le Centre égyptien de fécondation *in vitro* a été fondé en 1986, par les professeurs Ragaa Mansour, Mohamed Aboulghar et Gamal Aboul-Serour. Il s'agit du premier centre de fécondation *in vitro* homologué au Caire et en Égypte. Ces trois grands spécialistes de la FIV, pionniers de la procréation médicalement assistée en Égypte, sont internationalement connus.

Chaque année, le Centre égyptien de FIV effectue 5000 FIV comptées en termes de 5000 cycles. Pour l'année 2014, indépendamment de la cause de l'infertilité, de l'âge de la femme et du nombre de tentatives, le nombre total de prélèvements d'ovules a été de 5499 ; le nombre total de transferts d'embryons équivalait à 4931 (90%). Enfin, le nombre de grossesses confirmées par test de grossesse et échographie était de 1916 grossesses (31%). Pour la pertinence pour notre sujet de recherche, nous avons également relevé les statistiques de succès pour les FIV dans le cadre d'azoospermies. Toujours pour l'année 2014, le site du Centre FIV¹⁴ indique, pour les cas diagnostiqués d'azoospermie fonctionnelle, le prélèvement d'un total de 640 ovules, 348 transferts d'embryons (54% des cas), et 126 grossesses confirmées par prise de sang et échographie (36 % des cas).

4.2. Une demande clinique de la part de l'institution médicale

Les médecins considèrent que les couples qui consultent pour des problèmes d'infertilité sont en détresse psychologique. Cependant, ces praticiens, obstétriciens, andrologues, et autres spécialistes de la reproduction, reconnaissent n'avoir ni le temps ni la compétence pour la gérer, ayant l'obligation d'assurer l'accueil d'une centaine de patients en consultation FIV chaque semaine. C'est pour cette raison que plusieurs

¹⁴ <http://www.egyptianivfcenter.com/successRates.php?lang=en>

spécialistes du Centre égyptien de FIV ont évoqué ensemble la nécessité de la présence d'un psychiatre ou psychologue pour cette tâche.

Afin de préciser la période de recrutement de notre population de couples infertiles, et les hypothèses qui seront testées, il nous faut d'abord expliquer les différentes étapes de la FIV, à partir du moment où les couples viennent au Centre.

Tout d'abord, les couples consultent parce qu'ils ne parviennent pas à « concevoir ». Ils sont référés soit par d'autres centres, soit par une connaissance ou un médecin du Centre FIV. Là, les médecins demandent aux patients d'effectuer des analyses. Pour l'homme, il s'agit d'un spermogramme indiquant le taux de spermatozoïdes. Pour les femmes, ce peut être des analyses hormonales ou une échographie afin d'examiner l'état de l'utérus et des ovaires. Après l'avis de l'obstétricien et de l'andrologue, le spécialiste FIV ayant établi le diagnostic évalue avec le couple la nécessité d'envisager une FIV ou non. Il arrive que le médecin se trouve dans la nécessité de poser de nombreuses questions au couple sur leur mode de vie, car souvent il y a des cas de séparation géographique du couple, pour des raisons économiques, ou des cas d'hommes polygames.

5. Médecine et psychologie clinique

5.1. Liens historiques

Les liens entre médecine et psychologie clinique n'ont pas toujours été très évidents, nous pouvons même dire qu'il y a entre ces deux disciplines une certaine ambivalence, pour diverses raisons. Tout d'abord, la culture européenne, avec la tradition de division cartésienne entre le corps et l'esprit, a mis longtemps à réconcilier ces deux entités. Le corps médical a toujours eu – et jusqu'à ce jour parfois – du mal à reconnaître les effets potentiels du psychisme sur le fonctionnement corporel. Certaines branches de la psychologie clinique et de la psychanalyse ont par ailleurs longtemps choisi de s'isoler et d'ignorer les progrès de la médecine, leur reprochant une absence de prise en compte des processus psychiques.

La psychologie de la santé, domaine né de recherches aux États-Unis et en Europe, et qui s'est développé en France au sein de l'équipe de Toulouse de psychologie de la santé, a mené d'abondantes recherches sur les liens entre divers organes et diverses variables psychologiques. Par exemple, dans le domaine pointu de la psycho-neuro-immunologie, en explorant les liens entre le fonctionnement de certains organes, le système immunitaire et le système nerveux (Baum & al, 1997).

5.2. La FIV à l'entrecroisement entre médecine et psychologie clinique

De manière générale, il faut noter que le développement des techniques de procréation médicalement assistée dans le monde a produit une transition dans ce domaine de recherches en psychologie et en psychopathologie psychanalytique. Nous sommes passés d'études portant sur les théories psychogènes de l'infertilité à des études concernant le vécu psychologique des couples qui procèdent à la FIV (Dayan, 1999).

Nombreux sont les praticiens qui ont combiné une pratique de médecine gynécologique ou obstétrique et une pratique de psychanalyste, et mené une réflexion psychanalytique sur le vécu des patientes et patients en FIV. On peut compter parmi eux : Bydlowski, Delaisi de Parseval, Faure-Praguier, Roegiers, Ansermet, Bérangère-Beauquier. Certains chercheurs se sont intéressés à l'interaction entre FIV et HIV chez les couples tel que Rosenbloum (2006). Enfin, des psychologues tels que Jaoul ou Epelboin ont mené des travaux sur le fonctionnement psychique des hommes infertiles.

5.3. La question de la douleur et la FIV

La douleur des femmes pendant la FIV a été longuement documentée dans la littérature contemporaine sur la procréation médicalement assistée. La psychologie clinique s'est également beaucoup intéressée à la question de la douleur et à sa signification dans la maladie, l'enfantement, ou dans le domaine des procédures médicales diverses. Selon Valabrega (1957), chercheur dont les travaux théoriques vont de la psychosomatique à l'anthropologie théorique, bien que la douleur ait une valeur objective, il est clair que « La douleur est, au fond, en dépit de ses multiples

manifestations liées aux modifications physiopathologiques les moins discutables, le symptôme subjectif par excellence ».

Del Volgo, psychanalyste, dans son écrit *La douleur du malade ou le corps maternel de la médecine* (Del Volgo, 2003) explique bien comment, dans nos sociétés occidentales, il y a deux conceptions séparées de la douleur : elle est soit d'origine physiologique, soit d'origine psychologique, mais les deux étiologies ne se recoupent jamais et ne sont jamais conçues comme complémentaires. Le débat éternel des soignants et médecins, comme le remarque bien notre auteur est : « La pathologie est elle psychique ou somatique ? » Cependant, poursuit l'auteur, « un patient est dans tous les cas l'union d'un corps et d'une psyché, dans tous les cas le somatique et le psychique imposent leur prise en considération ».

En effet, pourquoi la douleur ne serait elle pas physiologique et psychologique à la fois ? La division cartésienne corps-esprit, spécifique des cultures occidentales, est-elle vraiment appropriée pour la prise en charge de la douleur ? Il ne nous semble pas, d'autant plus que dans de nombreuses cultures non occidentales, douleur psychique et douleur physiologique ne sont pas différenciées et ne sont pas perçues comme deux entités séparables. Il faut toutefois reconnaître que cette division diminue en Occident, comme le montre, par exemple, le développement de l'hypnose comme technique antidouleur.

Ce questionnement médical, en se penchant sur l'aspect plus somatique de la recherche, a souhaité d'une part donner quelques repères médicaux techniques, mais surtout éclairer la façon dont le médical peut être à la fois source d'espoir et de détresse psychique, d'une part par la complexité des diagnostics, d'autre part parce que la technicité de la FIV est un couteau à double tranchant pour les couples égyptien en cours de protocole : en effet, l'adaptation médico-culturelle de la FIV au contexte culturel égyptien est par certains aspects source de tourment pour les femmes de notre recherche.

III. Approche clinique

Après un premier abord des liens entre anthropologie et psychologie clinique, et un questionnement médical en second lieu, nous en venons à une réflexion sur la dimension plus clinique de ce travail de recherche. Au cours de ce chapitre, nous nous permettrons de faire des allers-retours entre la théorie abordée et des observations cliniques du terrain, qui ont été relevées durant la période de recherche pilote et à travers la pratique clinique au Centre FIV. Cependant, nous n'aborderons pas ici les hypothèses et les réponses à ces questionnements, qui seront le sujet des chapitres suivants. Ces allers-retours théorico-cliniques reflètent la nature de cette recherche-action.

1. Désir d'enfant, triangulation œdipienne et FIV

1.1. Définition et évolution de la notion de désir d'enfant chez la femme

La question du désir d'enfant ayant été longuement traitée dans la littérature psychanalytique, nous nous intéresserons plutôt à examiner comment le désir d'enfant s'élabore psychiquement dans le contexte du vécu de l'infertilité masculine et de la FIV, ce qui correspond à l'un des questionnements de notre recherche.

Définition de la notion de désir d'enfant chez la femme

Dans une de ses descriptions psychanalytiques, le désir d'enfant est ainsi défini : « Lorsqu'on désire un enfant, on ne sait pas ce que l'on désire ; on désire ce qu'on ignore. Le désir d'enfant est probablement l'une des formes les plus pures du désir, une utopie symboliquement salvatrice et humanisante » (Giampino, 2000, cité dans Roegiers, 2003). Roegiers, de son côté, explique que sous-jacent au désir d'enfant, se trouvent un certain nombre de pulsions, conscientes et inconscientes, et parfois en contradiction les unes avec les autres : la sexualité, l'attachement, la vie et la mort (Roegiers, 2003).

Notion du désir d'enfant dans la littérature

Les conceptions psychanalytiques du désir d'enfant sont diverses, allant de celles de Freud à celles de Mélanie Klein et enfin à celles de la médecin et psychanalyste contemporaine Monique Bydlowski.

Au-delà de la signification psychanalytique, cette notion apparaît dans la sphère publique et dans la revue de littérature psychologique dans les années cinquante. Dans cette seconde définition plus large et plus médiatique – radio, télévision, magazines non scientifiques – la notion du désir d'enfant désigne le fait de réfléchir à la conception de l'enfant chez les femmes et les hommes dans le cadre de l'époque moderne, en lien avec les questions de la contraception, des carrières professionnelles et des autres contraintes financières ou logistiques de nos sociétés.

Pour revenir à l'interprétation psychanalytique de la notion du désir d'enfant, pour Freud (1933) ce désir est directement lié au processus de mise en place de la féminité chez la femme. Dans son texte « la féminité » (1933)¹⁵, Freud expose le fait que parmi les désirs sexuels précoces chez les petites filles durant la phase phallique du développement psychosexuel, le principal désir est de concevoir et de mettre au monde un enfant pour sa mère. Il explique comment, pour la petite fille, c'est la transformation ultérieure de l'envie du pénis et la frustration de ce désir par la découverte de la castration féminine, en un désir d'enfant – non pas un enfant poupée comme dans la phase phallique – mais un réel enfant du père, qui met la femme sur le chemin de la féminité dite « normale » et non pathologique. Selon les propos de Freud : « Le bonheur sera grand lorsque le désir d'enfant trouvera plus tard son accomplissement réel » (1933).

Cependant, dans la théorie de la psychanalyste Mélanie Klein, le désir d'enfant ne naît pas en réaction au désir de pénis. Dans ses travaux, et notamment dans l'ouvrage *L'amour et la haine* (1937), le désir d'enfant, qui naît chez la petite fille dès l'enfance,

¹⁵ FREUD, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Trad. fr. M. R. ZEITLIN (1984). Paris: Gallimard.

correspond au désir d'incorporer le pénis du père et d'en concevoir un enfant. Ainsi, toutes les petites filles s'imagineraient avoir des enfants virtuels contenus dans leurs ventres, et il existerait chez les enfants un désir important, sur le plan conscient ou inconscient, de concevoir des bébés. À la base de ce désir est le souhait des petites filles de vérifier leur puissance procréatrice dont elles doutent, surtout en comparaison à leur mère, qui semble détenir ce pouvoir mystérieux et menaçant.

La psychanalyste Hélène Deutsch (1948) fut une des premières à s'intéresser à la psychologie féminine. Ses premiers travaux portent sur la sexualité féminine, et dans un second temps elle étudie l'élaboration psychanalytique des motivations inconscientes sous-tendant le désir d'enfant chez les femmes.

C'est Bydlowski (1997, 2008) qui amorce les travaux contemporains sur la question du désir de grossesse et du désir d'enfant, et les motivations inconscientes de la grossesse et de la maternité. Pour la psychanalyste Bydlowski, le désir d'enfant est un concept qui s'est répandu à l'époque moderne, époque de l'utilisation de la contraception et par là-même de la programmation des naissances. L'auteure (1990)¹⁶ distingue entre le désir d'enfant pulsionnel et celui qui s'exprime au niveau du conscient et du préconscient, qui correspond à l'identification aux parents, et au registre de l'idéal du moi. Cependant, l'auteure affirme que le projet conscient d'avoir un enfant peut être sous-tendu par des significations inconscientes, de même que l'arrivée d'un enfant non planifié peut révéler des motivations inconscientes des parents.

Quelles sont ces motivations inconscientes du désir d'enfant ? Bydlowski reprend l'idée de Freud selon laquelle le désir d'enfant comporte une part œdipienne. Toute grossesse donnerait réalité aux fantasmes phalliques de la petite fille d'autrefois. Après la naissance, cette représentation incestueuse est refoulée, mais elle fera partie du « capital initial » de l'enfant (Bydlowski, 1997, 2008).

¹⁶ Bydlowski, M. (1990). À propos de l'écoute des couples en demande d'enfant. *Études psychothérapeutiques, 1, nelle série*

Cependant, Bydlowski souligne que le désir d'enfant est aussi une prolongation de la mère de la femme. Attendre un enfant, c'est en quelque sorte, « reconnaître sa mère à l'intérieur de soi », il y a donc ici une identification maternelle archaïque (Bydlowski, 1997, 2008). En même temps, développe l'auteur, en donnant la vie à un enfant, la femme règle sa « dette de vie » avec sa propre mère : la vie ne serait pas un « cadeau gratuit », il y aurait exigence de donner à son tour la vie, comme la mère l'a donnée. Cette dette de vie se manifeste au niveau inconscient et préconscient. Par là même, pour Bydlowski, en avortant, une femme exprimerait sa haine maternelle. Avorter, c'est se mutiler, c'est « tuer sa mère à l'intérieur de soi » (1997, 2008).

L'auteure (1997, 2008) développe le fait que le désir d'enfant, sous-tendu par des motivations inconscientes, peut se manifester par des représentations inconscientes littérales proches du conscient. Un exemple courant des représentations littérales est le prénom dont le nouveau-né va être doté. Il en existe aussi d'autres, appelées représentations d'évènements ou de scénarios, mais elles sont plus proches de l'inconscient, et donc moins accessibles à la mémoire des parents. Ces représentations vont s'inscrire sur « l'espace psychocorporel de l'enfant ».

Pour Freud, la traduction de la notion de dette de vie, c'est l'aboutissement des désirs œdipiens qui se trouvent à ce moment-là déplacés sur un partenaire en dehors du cercle familial. C'est donc choisir un autre objet que sa mère ou son père et refouler dans son inconscient les désirs sexuels que le sujet a vis-à-vis d'eux.

1.2. Désir d'enfant, infertilité, et fécondation *in vitro*

En lien avec notre problématique de recherche, Bydlowski, à partir de son expérience d'analyste avec des femmes en quête d'enfant et en traitement pour infertilité, relève les désirs inconscients sous-jacents au désir d'enfant et à sa nature : le désir de « faire un enfant » à sa propre mère, ou au contraire, par défi à sa mère. Les femmes qui souffrent d'infertilité auraient le sentiment que la dette de vie est comme mise en suspens (2008). Dans son article « Les couples infertiles ; un enjeu de la filiation féminine » (1992), la psychanalyste souligne que « l'adolescence féminine ne

s'achève qu'avec la première naissance, même tardive. Il se produit alors une bascule, une sorte de réaménagement des identifications, une retrouvaille avec une image maternelle, celle des premiers soins, celle de la tendresse ».

Par ailleurs, notre observation clinique au Centre nous a révélé que dans les cas de couples en FIV, contrairement aux grossesses « normales », apparaissent certains conflits psychiques liés à l'interaction entre désir d'enfant et fécondation *in vitro*: l'augmentation de l'intensité de la névrotico-normale ambivalence du désir d'enfant, dans la perspective inquiétante qu'il en résulte une grossesse gémellaire ; la possibilité de devoir recourir à un diagnostic préimplantatoire¹⁷, ou de devoir subir une réduction embryonnaire en cas de surnombre d'embryons ; ou enfin, le risque constant de ne pas parvenir à réaliser ce désir d'enfant en cas d'échecs répétitifs des FIV.

Comme nous le rappelle Roegiers dans *La grossesse incertaine*, le désir d'enfant, ce n'est pas simplement la programmation et la conception biologique et génétique d'une naissance ; le désir d'enfant est bien plus fragile et complexe et est façonné par l'histoire personnelle de l'individu (Roegiers, 2003).

Nous avons également repéré chez les patientes que l'hypofertilité masculine d'une part, et la fécondation *in vitro* de surcroît peuvent être une source de souffrance, car elles mettent la femme face à face avec la question du désir d'enfant, et cela pas toujours au moment où elle est prête à s'interroger à propos de ce désir. Nous pouvons mettre en parallèle la FIV et la contraception orale : la contraception orale, il y a quarante ans, a pareillement joué ce rôle de mettre les couples devant leur désir d'enfant et de les forcer à se questionner à ce sujet (Roegiers, 2003).

¹⁷ Le diagnostic préimplantatoire (DPI): « analyse génétique d'une ou deux cellules embryonnaires obtenues après biopsies d'embryons au troisième jour de la culture. Adressé aux couples portant des anomalies chromosomiques ayant un risque élevé de transmettre une maladie héréditaire grave et incurable » (Olivennes & al., 2006).

Réflexion sur la question de l'ambivalence « normale » du désir d'enfant chez la femme et l'impact de la FIV

La notion d'ambivalence affective apparaît chez Freud pour la première fois en 1912 dans *La dynamique du transfert*. Cependant, nous la retrouvons plus clairement dans les *Cinq psychanalyses* (Freud, 1909). À la fin de son œuvre, l'ambivalence est décrite comme étant à l'origine du conflit œdipien : « un amour bien-fondé et une haine non moins justifiée, dirigés tous deux vers la même personne » (Freud, 1926).

Selon la psychanalyste Michèle Benhaim, l'ambivalence est définie comme le lien entre les affects que sont l'amour et la haine, et la manière dont ils parviennent à se lier. Dans son ouvrage, *L'ambivalence de la mère* (2001), l'ambivalence maternelle apparaît comme « une nécessité structurante » dont l'absence induirait une pathologie, l'essentiel étant qu'elle soit élaborée. Bien que l'ouvrage traite de l'ambivalence maternelle en postnatal, ces propos sont tout à fait transposables à notre situation de FIV anténatale. Ici, nous ne nous intéressons pas à l'ambivalence qui peut apparaître dans les interactions mère-bébé en postnatal, mais à l'ambivalence anténatale ou préconception, qui peut toucher chaque femme, que ce soit en situation de FIV ou non.

1.3. Réactualisation des enjeux œdipiens : promesse œdipienne et peur de castration en lien avec l'infertilité et la FIV

Les travaux de Mélanie Klein et de Freud sont une référence essentielle pour nous permettre de bien comprendre le rapport entre le complexe d'Oedipe chez la petite fille et la maternité ou parentalité à l'âge adulte. Une articulation intéressante de la réflexion sur la question de l'Oedipe avec le vécu de l'infertilité et de la FIV se trouve dans la thèse de Marion Canneaux, qui s'est penchée sur le vécu des femmes infertiles ayant reçu un don d'ovocytes. Dans l'un des articles issu de sa recherche, « Réflexions sur les enjeux psychiques de la survenue d'une grossesse au terme d'un don d'ovocytes », Canneaux (2009) mène une réflexion sur le rejaillissement et l'omniprésence de la préoccupation par l'Oedipe chez la femme lors du vécu de la découverte de l'infertilité – féminine chez les patientes de Canneaux – et le recours à la FIV hétérologue. L'auteure cite les propos de Quijano et coll. (2006) concernant le fait que l'infertilité, de

qu'elle soit masculine ou féminine, vient toucher au conflit œdipien de la petite fille et remet en question la promesse œdipienne qui remonte à son enfance.

Par ailleurs, dans ma recherche au Centre FIV, ce resurgissement de la question de l'Oedipe lors du diagnostic d'infertilité est illustré par certains cas cliniques. Nous donnons l'exemple d'une patiente qui a dit, au cours d'un entretien de recherche : « J'ai toujours senti depuis que j'étais petite que je ne serai pas comme les autres femmes, que j'aurai une difficulté à avoir des enfants, à être maman ». Cette femme nous livre quelque chose de ses craintes d'origine œdipienne, voire de sa peur de castration, remontant à l'enfance. Nous touchons là aux conflits inconscients qui proviennent de l'enfance de ces adultes, et donc au domaine du fantasmatique. Mélanie Klein parle de ces petites filles qui ont peur de ne pouvoir mettre au monde des bébés comme leur mère, et qui en même temps ont un sentiment de culpabilité par crainte d'ôter fantasmatiquement à leurs parents leur pouvoir de conception (Klein, 1937).

1.4. Échos et projections fantasmatiques œdipiennes envers le mari et la famille

Selon Ansermet et al. (2006), les rapports entre couple ayant des problèmes d'infertilité et leurs propres parents sont complexes : c'est souvent un mélange de secret, de honte et d'agressivité.

En ce qui concerne les familles, leur rôle dans les crises induites par l'infertilité et la fécondation *in vitro* a été bien explicité dans la partie anthropologique. Que ce soit la famille de la femme ou celle de l'homme, ce rôle n'est jamais totalement neutre. Les projections et contre-projections du couple sur cette dernière et vice versa peuvent être soit aidantes psychologiquement, ou au contraire, éveiller des conflits psychiques anciens liés aux rivalités œdipiennes précoces. Lorsque c'est le cas, ces échos peuvent être paralysants pour la femme en cours de FIV.

Par de simples observations cliniques, nous avons pu observer le sentiment de culpabilité de la femme à l'intérieur du couple, culpabilité vis-à-vis des parents, qui peut aussi être décrite comme le sentiment de dette de vie mentionné auparavant par

Bydlowski (1997, 2008). Nous avons également observé que l'homme aussi se sent parfois coupable vis-à-vis de ses parents. Bien que cela puisse être une donnée psychopathologique universelle, ce sentiment de culpabilité est certainement accentué par le contexte culturel, qui n'est pas, ici, externe à la personne, venant s'ajouter comme couche superficielle, mais inhérent au parcours psychique de l'individu.

1.5. Le corps médical comme surface de projections œdipiennes

Les projections agressives ou passives des patients sur le corps médical sont des réactions tout à fait normales, dans le sens « névrotico-normal », face à toute intervention médicale ou lien entre un individu et une institution de soins. Ces rapports ont été étudiés auparavant dans plusieurs dimensions, dont l'approche anthropologique.

En anthropologie, de nombreuses recherches ont été publiées sur les rapports de force entre l'institution médicale et les patients, ainsi que sur la déshumanisation des patients et leur aliénation. Par exemple, dans l'ouvrage *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*, l'anthropologue américaine Tania Luhrmann analyse la façon dont l'institution médicale modifie le comportement des psychiatres envers les patients, percevant en eux la pathologie et le diagnostic avant de percevoir la personne (Luhrmann, 2001).

Le corps médical est parfois également attaqué car intrusif, s'insérant dans une partie très intime de la vie sexuelle du couple. La revue de littérature montre que de nombreuses femmes ont des projections œdipiennes sur le médecin traitant, ce dernier compensant la frustration et déception causées par l'hypofertilité de l'époux (Roegiers, 2003).

1.6. Couples polygames et FIV

Enfin, les projections œdipiennes trouvent aussi leur place dans le cas des hommes infertiles accompagnés de « secondes épouses ». La seconde épouse possède un statut légal qui est sanctionné par la loi égyptienne, qui comme nous l'avons déjà mentionné, autorise la polygamie. Cette épouse est souvent plus jeune que la première,

et il arrive fréquemment qu'elle vienne à la consultation FIV en même temps que celle-ci, créant une sorte de trio où toutes sortes de fantasmes criminels, incestueux, ou homosexuels peuvent surgir. Ce scénario peut susciter un resurgissement du conflit œdipien chez la première épouse, pour qui la promesse œdipienne de porter des enfants dans son ventre est non seulement non réalisée, mais, pire, devient la réalisation de celle d'une « autre », laissant une blessure narcissique profonde. Cette blessure narcissique est d'autant plus importante que certains hommes refusent d'effectuer les spermogrammes nécessaires, insistant sur l'idée que c'est leur femme qui est la cause de l'infertilité, soit à cause d'un problème médical, soit en raison de son âge qu'ils jugent élevé, lorsqu'elle a dépassé 30 ans¹⁸. Dans une consultation clinique, un homme polygame avait deux épouses, une première, qui entreprenait une FIV à sa demande à elle, et une seconde, qui avait conçu naturellement. À un moment donné, l'homme adressa au médecin cette phrase choquante : « J'ai des enfants gratuitement, pourquoi avoir des enfants payants ? »

2. L'infertilité masculine : vécu psychique de l'homme et de la femme

2.1. Le vécu psychique des hommes infertiles

Alors qu'un certain nombre d'études s'est intéressé à l'impact psychique de l'infertilité féminine sur les femmes atteintes (Bydlowski, 2008 ; Canneaux, 2009, Sellahi, 2010), la question de l'impact de l'hypofertilité masculine sur la femme a été moins sollicitée ; cela peut être en raison de causes méthodologiques. Il n'en demeure pas moins que, récemment, des recherches psychanalytiques se sont penchées sur la portée psychique de l'infertilité masculine sur les hommes, et sur le lien entre le fonctionnement psychique masculin et le diagnostic d'infertilité masculine (Jaoul, 2008).

Pour Jaoul, sa thèse, qui porte sur le vécu psychique de l'infertilité masculine parmi un échantillon d'hommes, révèle un lien clair entre le fonctionnement psychique

¹⁸ Dans la culture égyptienne, une femme qui a atteint l'âge de 30 ou 35 ans sans se marier est souvent perçue comme une femme qui restera célibataire, ou parfois perçue comme étant une vieille fille.

des hommes et le diagnostic d'infertilité masculine. Sa recherche, dont la méthodologie est basée sur deux outils – le test projectif de l'arbre de la vie et un entretien clinique de recherche – révèle l'existence, chez ces hommes souffrant d'infertilité, d'une rupture dans la filiation intergénérationnelle ou transgénérationnelle avec les générations précédentes, notamment avec le père de l'homme, qui s'avère avoir été souvent absent physiquement ou psychiquement. Par psychiquement, Jaoul signifie que l'imaginaire paternel du père était défaillant ou effacé. Les pères de ces hommes ont souvent rapidement disparu de la vie de leurs enfants en décédant, ou par une rupture familiale telle que le divorce ou l'abandon (Jaoul, 2008). Ces douloureuses expériences provenant du passé n'ont parfois jamais été verbalisées par les hommes durant leur vie.

D'autres auteurs tels que Roegiers, mentionné auparavant, ont également traité la question du vécu et de la souffrance lors du diagnostic d'infertilité masculine (2003). Dans son ouvrage *La grossesse incertaine*, l'auteur expose le résultat d'une recherche effectuée par le biais d'entretiens conduits avec une quarantaine d'hommes infertiles ou hypofertiles intégrés dans un protocole FIV, avec micro-insémination de spermatozoïdes. L'analyse de ces entretiens de recherche a révélé la présence de lacunes paternelles dans le discours de ces hommes : déficit de contact et de parole avec le père, disqualification par ce dernier, abandon après un divorce, deuils, mise en doute de la filiation paternelle, ou absence totale du père. Roegiers se demande cependant, dans un questionnement sur la méthodologie rétrospective qu'il utilise, si ce n'est pas « la souffrance d'être infertile qui fait ressurgir des blessures anciennes et interroge leur désir d'enfant » (Roegiers, 2003).

2.2. Agressivité et violence

Dans les travaux de Bergeret, dans son chapitre « Violence et évolution affective humaine » dans *Psychologie pathologique théorique et clinique* (Bergeret, 1972), l'auteur distingue parmi l'agressivité et la violence. Pour Bergeret, « l'agressivité, tout comme la relation amoureuse, concerne toujours un objet nettement identifié et auquel sont attribuées [...] des caractéristiques de nature à justifier les réactions affectives du

sujet ». Il la distingue clairement de la violence, « au contraire [...] une réaction beaucoup plus élémentaire et beaucoup plus globalement brutale » (Bergeret, 1972). L'auteur fait l'hypothèse que l'agressivité est sous-tendue par une problématique de « conflit œdipien triangulaire classique » et donc par là même, raisonne-t-il « une mise en activité d'une pulsion amoureuse ».

Ces réflexions sont pertinentes pour notre problématique de recherche, qui questionne le fonctionnement psychique de femme dont le discours pourrait manifester des mouvements agressifs suscités par l'hypofertilité de leurs conjoints, le tabou culturel qui l'entoure, les pressions familiales et les traitements pénibles du protocole FIV qu'elles subissent. Reste à savoir si cette agressivité peut trouver une voie d'expression chez ces femmes, au sein du système culturel égyptien où cette expression n'est pas toujours acceptée et risque d'être perçue comme transgressive.

2.3. Dimensions psychiques de l'infertilité chez la femme

Delaisi de Parseval, psychanalyste pionnière des fécondations *in vitro* (1985) perçoit dans la crise que traversent les femmes en quête d'enfant plus une dette transgénérationnelle qu'une crise narcissique.

L'annonce de l'infertilité masculine par un diagnostic médical suscite souvent une blessure narcissique et réveille parfois des failles plus anciennes, chez l'homme mais également chez la femme. Dans le cadre de notre recherche sur les femmes, nous avons souvent repéré chez les patientes du Centre FIV, une blessure narcissique par procuration : lors de l'annonce du diagnostic de l'infertilité du conjoint, la femme est souvent sous le choc, et en même temps, elle ressent de la honte vis-à-vis de sa famille et belle-famille. Cette honte est le résultat de l'interaction entre le système culturel et familial stigmatisant, et les potentielles failles narcissiques chez la femme, au cours de sa vie et de son parcours psychique. Ainsi, le tabou entourant l'infertilité masculine peut exacerber le malaise chez la femme dont le conjoint est diagnostiqué comme hypofertile.

En écho avec ces propos, l'article de la psychanalyste Veil (2007), portant sur le don de gamètes, fait allusion à cette blessure narcissique chez une patiente dont le mari souffre d'infertilité masculine, et mentionne comment le don d'ovocytes qu'elle a effectué a quelque peu réparé son malaise narcissique dû au don de sperme qu'elle a reçu pour concevoir un enfant. Par ailleurs, Selon Olshanky (cité par Convington & Burns, 2000), afin de pouvoir gérer les blessures narcissiques de l'infertilité, l'internalisation de l'expérience est nécessaire. Il faut pour cela redéfinir sa vie en passant de l'infertilité comme définition de soi, à l'infertilité comme seulement une partie de l'identité de la personne.

L'annonce de l'hypofertilité masculine, et le vécu du protocole FIV, peuvent susciter un traumatisme potentiel : ils raviveraient des blessures narcissiques anciennes chez la femme –provenant de l'enfance ou de l'adolescence. L'impact de l'hypofertilité masculine sur la femme est indéniable : dans un premier temps, l'annonce provoque souvent chez elle un état de choc et un sentiment d'incrédulité. Ce premier sentiment peut être suivi du déploiement de mécanismes de défense, d'une symptomatologie dépressive, ou enfin le choix d'un acharnement médical pour réparer la blessure narcissique réactivée par l'annonce de l'infertilité. Ces différents aménagements défensifs dépendent bien sûr de la structure psychopathologique variant d'une femme à l'autre.

2.4. Symptomatologie clinique chez les femmes et les hommes

Revidi et Beauquier-Macotta (2008) dans un article intitulé « Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation » ont regroupé des études portant sur les symptômes de l'infertilité chez l'homme et la femme du couple. Selon ces études, 50 % des femmes interrogées désignent l'infertilité comme « l'expérience la plus difficile dans leur vie » contre seulement 15 % des hommes. De plus, il y a quatre fois plus de symptômes de dépression parmi les femmes dont le mari souffre d'infertilité que dans le groupe témoin de l'étude. Enfin, l'étude révèle que les femmes sont davantage déprimées à partir de la deuxième ou troisième année d'infertilité

qu'elles ne le sont à six mois ou un an après le diagnostic. L'étude cite une recherche de Roegiers comprenant 100 couples, qui estime que « 50 % des femmes présentent des signes dépressifs, tandis que 30 % des hommes ressentent leur virilité menacée » (Roegiers, 2003, in Revidi & Beauquier-Macotta, 2008). Enfin les auteurs mentionnent que 72 % des couples passent par une période de dépression « durant laquelle l'agressivité entre les deux partenaires peut être exprimée, ou au contraire très réprimée et accompagnée de sentiments de culpabilité ».

Dans une autre étude de Bellone et al. (2003), intitulée « Retentissement sexuel, conjugal et social d'une population d'hommes stériles consultant en andrologie : le point de vue du psychiatre de liaison », les conjoints de l'étude se représentaient l'infertilité masculine comme plus perturbante pour les femmes que pour les hommes. Près de 40 % des hommes éprouvaient un sentiment de culpabilité, et une augmentation des troubles sexuels à la suite de l'annonce du diagnostic. Ce dernier résultat trouve une résonance dans notre observation clinique, que chez certains hommes, une confusion naît entre infertilité masculine et compétence sexuelle, d'où le fait que le diagnostic d'hypofertilité peut, chez certains patients, affecter le fonctionnement normal de leur sexualité, ce qui pourrait traduire une certaine atteinte narcissique.

Secret, diagnostic d'infertilité et FIV

Toujours en lien avec la réflexion autour de la symptomatologie chez les femmes et les hommes, une certaine partie de la revue de littérature suggère que les conjoints ne vivent pas de la même manière l'infertilité masculine.

Dans l'article de la psychologue et chercheuse Epelboin (2000), intitulé « La place du 'père' entravée dans la procréation médicalement assistée », l'auteur cite une étude entreprise avec des couples, concernant le partage d'information et le dévoilement du secret de l'infertilité avec l'entourage, lors du diagnostic d'infertilité et de l'engagement dans une procédure d'AMP. Selon cette étude, il y aurait une différence dans le partage d'information chez l'homme et chez la femme. Il semblerait que les hommes se confient moins que leurs conjointes, puisque 69 % des hommes interrogés se confient à la

famille contre 80 % des femmes, 63 % se confient à un ou plusieurs amis contre 92 % de femmes, et 61 % se confient dans leur milieu professionnel contre 73 % de femmes. Ces différences sont significatives, et la recherche note qu'elles sont encore plus élevées lorsque la cause de l'infertilité est masculine. Ces résultats suggèrent que les hommes sont plus seuls dans leur souffrance face à l'infertilité que les femmes.

Cependant, bien que ne pâtissant pas de solitude face à l'infertilité, il semblerait que les femmes souffrent du fait de porter seules le poids médical de l'infertilité masculine. Là encore, l'étude d'Epelboin (2000) nous éclaire : l'auteur engage une réflexion sur la place de l'homme dans les AMP nous rappelant que, quelque soit la cause d'infertilité, masculine ou féminine, le rôle de l'homme dans l'AMP biologique et « techniquement parlant » se résume au prélèvement de spermatozoïdes. Cela a pour conséquence le fait que c'est la femme qui subit tout le protocole médical et les traitements. Mais l'auteur souligne que lorsque l'annonce d'une infertilité d'origine masculine est divulguée, les hommes ont souvent un sentiment de culpabilité en ayant conscience que c'est leur conjointe qui va devoir subir les lourds traitements médicaux liés à l'AMP : « chose rare en médecine, que le corps d'une personne doive subir les traitements liés aux problèmes médicaux ou à la pathologie de l'autre personne du couple » (Epelboin, 2000). Ces sentiments de culpabilité et l'anxiété éprouvés par ces hommes vis-à-vis de leurs conjointes, ne sont soulagés – selon l'étude – que lorsque l'AMP aboutit à une grossesse chez la femme (Epelboin, 2000).

À ce propos, nous avons relevé, dans notre expérience clinique, comme dans certaines recherches, que de nombreuses femmes refusent dans un premier temps d'entreprendre une FIV. Ces femmes, sachant d'avance que ce sont elles qui subiront tous les traitements pénibles, préfèrent tenter de convaincre leur conjoint de consulter un andrologue pour se faire prescrire un traitement pour augmenter la quantité de sperme ou sa motilité. Elles souhaiteraient que leurs partenaires se sentent responsabilisés par ce traitement médicamenteux. Les hommes, par ailleurs, nous ont souvent paru empressés et souhaitent à tout prix une FIV pour se déculpabiliser.

3. Anticipation en périnatalité et réappropriation subjective du vécu de la FIV

La question de l'anticipation nous importe parce qu'elle se trouve au cœur de la période de rencontre avec nos patientes qui ignorent encore le sort de leur FIV. Elle concerne en même temps le passé de la personne car elle est en lien direct avec la structure et le mode de fonctionnement que celle-ci a développé au cours de sa vie.

3.1. Réflexions sur la question de l'anticipation en clinique périnatale

Précédant l'apparition du concept d'anticipation, Freud (1919) avait déjà constaté que tout ce qui touchait au prénatal était teinté d'une « inquiétante étrangeté ». Dans le texte de Freud, l'une des significations ou définitions de l' « inquiétante étrangeté » est : « un objet qui suscite l'inquiétude car on ne parvient pas à déterminer s'il est humain ou non humain ».

Dans la littérature psychanalytique contemporaine, Vaillant définit l'anticipation comme : « un mécanisme de défense adaptatif visant à réduire ou à annuler les effets désorganisant des dangers réels ou imaginaires face à l'indétermination de l'avenir en voie d'élaboration » (1992, cité dans Missonnier et al., 2004).

Pour Missonnier (2004), l'anticipation n'est pas un processus psychique statique, mais plutôt un « processus dynamique adaptatif ». Missonnier (2010) nous amène à réfléchir à la question de l'anticipation périnatale dans sa dimension potentiellement traumatique. À quel moment cette anticipation est-elle potentiellement traumatique pour le sujet ? L'auteur énonce : « le traumatisme guette quand l'incertitude est démesurée et qu'en retour, l'anticipation est extrémiste, soit schématiquement paralysée, soit compulsivement envahissante ».

En s'appuyant sur notre clinique au Centre FIV et sur les travaux de psychanalystes qui ont travaillé sur l'infertilité, nous constatons qu'il existe d'autres structures psychiques ou d'autres parcours de FIV où l'anticipation peut, au contraire,

être un médiateur thérapeutique. Ainsi, la psychanalyste Weil (2004) évoque que pour les parents infertiles, cette démarche peut avoir une qualité de réparation narcissique.

L'observation clinique au Centre FIV nous a permis d'observer que la FIV est, en soi, une tentative de se projeter vers l'avant, et de ne pas rester avec les réminiscences du passé, ou sombrer dans la dépression et l'impuissance. Pour illustrer ce propos, j'ai entendu de nombreux couples au Centre FIV au Caire, venant juste de recevoir la « douche froide » du médecin leur annonçant seulement 15 % de chances de grossesse, déclarer : « Il nous faut bien essayer, on ne va pas rester les bras croisés, au moins on sentira qu'on est en train de faire quelque chose ».

Le malaise que nous avons observé chez de nombreuses jeunes femmes lors de la ponction d'ovules et du transfert d'embryons, provient de la peur de l'échec de la FIV, mais sans doute aussi du sentiment d'« étrangeté » et d'inconnu qui imprègne ces actes médicaux. Dans un sens, comme l'écrit Ansermet : « les procréations médicalement assistées forcent à penser l'impensable de la procréation ». Dans les grossesses normales « On a une date de naissance, pas une date de procréation. De la procréation, on n'a pas de représentation [...] en se centrant sur la procréation, on force à penser ce qui est habituellement tenu à l'écart, irreprésentable » (Ansermet, 2009). Cette irreprésentabilité de l'acte de procréation, et notamment de la ponction d'ovules se traduit par une grande crainte chez les patientes surtout lors de cet acte. Elles disent qu'elles ne veulent pas ou ne peuvent pas imaginer ou visualiser cette ponction. On peut d'ailleurs se demander si ce n'est pas pour cette raison que depuis de nombreuses années, le Centre FIV a décidé d'effectuer les ponctions d'ovules sous anesthésie totale, les femmes se plaignant de ne pouvoir supporter la douleur de la ponction, éveillées. Ce n'est pas du tout le cas en France, où la ponction d'ovules se fait sous anesthésie locale.

On peut observer une dimension traumatique de l'attente et de l'anticipation durant la FIV tout comme elle peut être observée dans la période postnatale de la vie d'une femme. Dans l'ouvrage *Maternités traumatiques*, (André & Aupetit, 2010), dans le chapitre intitulé : « Prématurément mère », nous trouvons une réflexion sur la

question de l'apparition du trauma dans le domaine périnatal : « Mais pour chaque mère les conséquences sont différentes et l'impact de l'évènement vécu dans la réalité ne peut se lire qu'à la lumière du fantasme. Le trauma [...] venant s'inscrire dans une histoire fantasmatique particulière, même s'il vient faire infraction dans cette histoire, et du même coup, prendre une certaine place et un sens particulier. La valeur signifiante ne sera pas la même chez un sujet et chez un autre. Le même accident – nous le savons – n'a jamais le même impact sur deux individus ».

Cette loi est bien connue de notre psychopathologie tout à fait humaine, et fonde la spécificité de la psychopathologie psychanalytique portée sur le sujet. Une des variables les plus importantes dans une recherche est le parcours du sujet ou, autrement formulé, son parcours psychique. Les termes de André et al. peuvent tout à fait être transposés de la période postnatale à la période anténatale en FIV, où notre recherche est menée. Le parcours psychique des patientes, les relations d'objet parentales et conjugales vont aider à constituer le « tricot » dont est fait leur vécu de la FIV et le type d'anticipation qu'elles vont vivre pendant la période d'attente, ou pendant les prochaines FIV – pour les femmes moins chanceuses qui auront à la répéter.

3.2. L'anticipation durant la FIV et l'enfant imaginaire

L'enfant imaginaire est l'enfant qui est issu du désir de grossesse et du désir de maternité chez la mère (Lebovici, 1995 ; Alvarez & Golse, 2008), et qui s'élabore pendant la grossesse. Dans les sociétés occidentales, cela peut être le bébé que la mère et le père ont planifié, qui vient tard dans la vie, qui est rare, et donc qui est très investi narcissiquement par les parents (Lebovici, 1995). Dans les sociétés non-occidentales ce cas de figure est plus rare. Dans tous les cas, le bébé imaginaire est le bébé qui se situe, dans le psychisme parental, au niveau du préconscient (Lebovici, 1995). Ainsi, la mère peut en parler et l'imaginer ; le père, lui, met plus de temps à le ressentir et à l'imaginer. Souvent les parents placent ce bébé dans un mandat transgénérationnel, lui donnent un nom qui révèle quelque chose ou quelqu'un de leur passé, imaginent ce qu'il va faire plus tard, etc. Selon Bydlowski, le bébé imaginaire est le bébé que chaque femme vient

à désirer, et qui est « supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin, sentiment de perte » (Bydlowski 1997, 2001). Dans notre recherche, le protocole de FIV a certainement un effet sur ce bébé imaginaire, qui apparaît sans doute durant le temps d'attente post-FIV de deux semaines.

3.3. Les alternatives sublimatoires en cas d'échec des FIV

Les alternatives sublimatoires telle que l'adoption, le don d'ovocyte ou l'IAD bien que possibles dans certaines sociétés, ne le sont pas dans d'autres. En Égypte, comme nous l'avons déjà largement abordé, l'adoption et l'IAD sont interdites par la loi, et seule la FIV homologuée est légale et pratiquée. Dans ce dernier cas qui représente notre population de recherche, c'est comme si, pour que la relation virtuelle entre les parents égyptiens et l'enfant du dedans soit possible, et pour que la mère puisse « rêver » le bébé, il faille que le bébé imaginé soit « imaginable » : et il ne peut être imaginable, même virtuellement, que s'il répond aux règles de la culture et de la société où il sera inscrit.

3.4. Vignette clinique illustrative

Cette vignette clinique illustre la question de l'anticipation dans le contexte périnatal de la FIV, et met en avant la manière dont l'anticipation peut être liée à la réappropriation subjective de l'expérience de la FIV chez la femme.

Une femme fait apparition dans mon bureau de psychologue au Centre FIV au Caire. Elle vient de découvrir que la réserve ovarienne de son unique ovaire est très faible. Cette information reste peu compréhensible, le chiffre AMH test de l'hormone antimüllérienne¹⁹, relevant du virtuel pour elle. Elle demande si ce nombre d'ovules de sa réserve peut venir à augmenter. Le déni est peut être à la mesure de la douleur psychique de cette femme. Elle nous révèle que, depuis l'ablation d'un ovaire,

¹⁹ Encyclopédie Larousse : « Le taux sanguin d'hormone antimüllérienne (AMH) est corrélé au nombre de follicules antraux (en croissance) détecté à l'échographie et à l'âge de la patiente (il diminue avec l'âge). C'est un marqueur de la réserve ovarienne et donc un indicateur du potentiel reproductif féminin. Son dosage est indiqué dans le bilan d'une stérilité, avec des résultats normaux de l'ordre de 2,5 à 7 ng/ml de sang chez la femme et une valeur plancher de 1 ng/ml pour espérer une réponse ovarienne au traitement. »

encore jeune fille, elle éprouve un « complexe psychologique ». Son conjoint n'en sait rien, sa famille lui ayant ordonné de garder cette chirurgie secrète. Elle se souvient qu'elle avait ressenti déjà adolescente que cela allait lui causer un handicap médical pour ses futures grossesses lorsqu'elle serait mariée. « À la campagne dit-elle, les couples n'ont pas l'occasion de discuter de ces sujets là, parce qu'il n'y a pas de prise de connaissance avant le mariage », déplore-t-elle.

Elle raconte comment, à la suite de son mariage, elle avait quitté sa ville natale de *Monoufeya* pour suivre son mari à Port-Saïd, dans l'espoir de tomber enceinte assez rapidement, mais que ces tentatives étaient vaines. Elle nous confie : « si je n'ai pas d'enfants, c'est comme si j'étais une invitée dans la vie », qualifiant ainsi sa vie de virtuelle et d'absurde dans cet état d'anticipation sans fin. Elle ne s'arrête de parler que pour s'effondrer en larmes, ajoutant que « ces choses-là, ça rend les femmes honteuses et humiliées, ça leur 'casse' le moral, et elles ne peuvent plus relever la tête ». La jeune femme est dans une profonde douleur, comme si elle avait pressenti cette affliction et ce drame dans sa vie, toutes ces années bien avant son mariage.

Ce chapitre, abordant la dimension clinique, a souhaité mener une réflexion sur l'impact de l'hypofertilité masculine sur le fonctionnement psychique de l'homme et de la femme, en prenant en compte la question du désir d'enfant, de l'Oedipe et de la castration, en les réactualisant dans le cas de l'infertilité et de la FIV, mais en s'intéressant également à la symptomatologie ayant fait l'objet de recherches. La question de l'agressivité vitalisée et son expression chez la femme a été abordée. Ce chapitre a également mené une réflexion sur la question de l'anticipation psychique et son rôle dans la réappropriation psychique subjective du vécu de la FIV.

IV. Cadre méthodologique de la recherche

1. Méthodologie de la recherche

1.1. Cadre de la recherche

Le cadre de cette recherche est une clinique privée de FIV au Caire, en Égypte, connue sous le nom du Centre égyptien de fécondation *in vitro*, et en anglais *The Egyptian Center for IVF-ET*²⁰. Il s'agit d'une institution pionnière, la première à avoir introduit la FIV en Égypte, fondée en 1986. Ce centre est dirigé par les Professeurs Aboulghar, Mansour, et Aboul Serour.

Nous avons sélectionné les participants à la recherche parmi les patients qui sont en consultation médicale. Le dispositif est un cabinet de consultation à l'intérieur de l'institution. La procédure est la même pour tous les participants. Il est important de mentionner que l'étude est un projet qui émane de la volonté interdisciplinaire du corps médical de mettre en place une recherche-action au bénéfice de la santé psychique des patients.

1.2. Problématique de la recherche

Qu'est-ce qui constitue la spécificité du fonctionnement psychique des femmes égyptiennes dont les conjoints présentent le lourd diagnostic d'hypofertilité masculine, et comment leur détresse se manifeste-t-elle à travers leur discours, dans le contexte culturel égyptien ?

Du côté féminin, l'observation pilote nous a révélé que dans les cas d'infertilité masculine, la FIV est susceptible de provoquer un mal-être psychique et narcissique chez les femmes fertiles dont les conjoints sont les porteurs de l'infertilité. Tout d'abord, c'est la femme qui subit la majorité des traitements durant les cinq semaines du protocole FIV, ce qui pose de nombreuses questions éthiques. En effet, il s'agit comme

²⁰ ET : Embryo Transfer : Transfert d'embryon.

le formule Epelboin, d'une « configuration rare en médecine, où le corps de l'une sera traité pour une pathologie du corps de l'autre, puisque le projet d'enfant est un projet partagé » (Epelboin, 2010). De plus, à cause du tabou et secret entourant l'infertilité masculine en Égypte, représentant un lourd poids fantasmatique, c'est la femme qui subit la pression familiale liée à la procédure de la FIV et qui est perçue comme étant la cause principale de l'infertilité, ce qui porte atteinte à son narcissisme.

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse générale

La revue de la littérature abordée, ainsi que notre observation clinique de plusieurs années au Centre FIV, nous indique que l'infertilité masculine se réfère à un diagnostic médical souvent gardé secret chez l'homme, et cela vis-à-vis de la famille et de l'entourage proche. Nous sommes conscients du fait que ce diagnostic d'hypofertilité masculine affecte le sentiment de masculinité et de virilité de l'homme, et la relation conjugale.

Notre hypothèse est que chez ces couples égyptiens inscrits dans un protocole FIV, l'annonce du diagnostic d'infertilité masculine et le protocole de fécondation *in vitro* qui s'ensuit suscite une souffrance psychique chez l'épouse de l'homme hypofertile, par transposition. Premièrement, en exacerbant une blessure narcissique liée au tabou psychoculturel d'infertilité masculine dans une société arabo-musulmane, et deuxièmement, en réactivant des tensions œdipiennes remontant à l'enfance.

2.2. Hypothèses opérationnelles

Hypothèse 1 Générale : L'annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine suscite chez la femme un état de souffrance liée au tabou psychoculturel de l'infertilité masculine en Égypte.

Hypothèse opérationnelle 1: Dans le verbatim des femmes, nous relevons un discours de reproche du maintien du secret de l'hypofertilité masculine.

Hypothèse 2 Générale : Nous observons que l'annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et les traitements médicaux sont accompagnés chez la femme d'un recours au mécanisme d'idéalisation œdipienne de ses propres parents et de l'expression de pulsions agressives envers le corps médical.

Hypothèse opérationnelle 2.1 : Dans le verbatim des femmes, nous relevons la présence d'un discours d'idéalisation de leurs propres parents.

Hypothèse opérationnelle 2.2 : Dans le verbatim des femmes, nous relevons la présence de critiques vis-à-vis du corps médical.

Hypothèse 3 Générale : Nous relevons chez les conjointes la présence d'une symptomatologie dépressive.

Hypothèse opérationnelle 3 : Les scores à l'outil : inventaire de dépression de Beck version abrégée BDI-13 révèlent la présence chez les épouses de symptômes de dépression variables.

Hypothèse 4 générale : Le processus d'appropriation subjective de l'expérience de la FIV est un indicateur pertinent du travail psychique et de l'équilibre psychique de la femme.

Hypothèse opérationnelle 4.1 : Nous relevons, dans les dix cas de femmes étudiées, différentes capacités à se réapproprier subjectivement l'expérience de la FIV, selon les femmes.

Hypothèse opérationnelle 4.2 : Ces différences observées dans la réappropriation subjective révèlent différents niveaux d'équilibre psychique chez les femmes.

2.3. Réflexion sur la démarche méthodologique adoptée

Comment s'intéresser à l'infertilité masculine en utilisant une méthodologie centrée sur les femmes, et comment justifier ce choix théoriquement et méthodologiquement ?

Théoriquement, bien qu'un nombre important d'études ait été effectué sur le vécu psychique des femmes diagnostiquées d'infertilité, la particularité de cette étude est de s'intéresser au vécu psychique des femmes dont les conjoints sont ceux qui présentent une hypofertilité. D'autre part, sur le plan méthodologique, ce choix se justifie par la présence bien plus fréquente des femmes dans les consultations du centre FIV, et par le fait que, contrairement au cas de figure dans certaines cultures occidentales, en Égypte les femmes sont incluses dans le vécu de l'infertilité masculine de façon étroite : elles sont incitées à ne pas se prononcer sur l'infertilité du mari, à se porter garantes et gardiennes du secret, à ne pas quitter le partenaire hypofertile ce qui serait perçu comme une preuve d'ingratitude, et à être patientes pendant les tentatives, en résumé à ne pas considérer leur bonheur individuel comme plus important que le bien être du couple. Nous pourrions penser que les femmes sont appelées à développer la partie masochiste de leur psychisme, et à s'imposer une certaine souffrance de façon consciente ou inconsciente.

Enfin, ce choix se justifie par la difficulté logistique et psychique – sur le plan du transfert et du contre-transfert – pour une jeune femme chercheuse de conduire une recherche auprès d'hommes diagnostiqués comme hypofertiles, comme cela a été abordé en introduction.

3. Description de la population clinique de recherche

3.1. Description de l'échantillon clinique

L'étude comprend un groupe unique. L'échantillon est composé de 10 femmes, conjointes d'hommes ayant été diagnostiqués d'hypofertilité masculine.

Les couples égyptiens recrutés proviennent des lieux suivants : la capitale, Le Caire, la deuxième ville d'Égypte, Alexandrie, la ville de Sharkeya dans le gouvernorat²¹ de Sharkeya dans le Delta, la ville portuaire de Port-Saïd, et la ville de Sohag en Haute Égypte²².

Ces couples sont issus de la classe socio-économique moyenne pour la majorité, avec des variations économiques et culturelles à l'intérieur de cette catégorie sociale. Ce sont des personnes qui sont toutes alphabétisées et qui ont reçu une éducation du niveau du baccalauréat, un diplôme technique ou une formation universitaire. Les confessions religieuses présentes ont été prédéfinies comme musulmanes et chrétiennes, comprenant huit cas musulmans et deux cas chrétiens, suivant, approximativement, la proportion de la minorité copte en Égypte²³ par rapport à la population totale. L'âge des femmes de notre échantillon de recherche varie entre 20 et 40 ans.

Les femmes qui participent à la recherche sont intégrées dans un protocole de FIV homologue au Centre égyptien de fécondation *in vitro* et transfert d'embryons.

3.2. Procédure de recrutement

La période de recrutement a été précédée par une période de recherche pilote durant l'été 2010. Durant plusieurs mois, j'ai pu bénéficier du privilège d'assister à la Consultation FIV du docteur M. A. et à la consultation d'andrologie du docteur A. G. Il était nécessaire – comme par la suite lors de mon recrutement officiel en tant que psychologue – de porter une blouse blanche, afin que les patients me repèrent comme faisant partie de l'institution médicale et non pas comme un chercheur externe, ce qui pourrait susciter de la méfiance. À la fin de la consultation, les médecins me présentaient aux couples, ou femmes, et leur demandaient s'ils acceptaient d'avoir un entretien avec moi pour une intervention-recherche au bénéfice des patients.

²¹ L'Égypte est divisée en 27 *governorats* – division administrative et géographique.

²² On appelle Haute-Égypte les provinces sud de l'Égypte.

²³ Les statistiques de l'État affirment que les coptes forment seulement 6% de la population totale, alors que les citoyens égyptiens coptes revendiquent 10 à 15%.

Le recrutement des participants à la recherche a été effectué au Centre FIV. Un accord préalable avait été convenu avec les médecins dirigeant le centre afin d'y mener la recherche clinique. Une page explicative a été envoyée à tous les médecins spécialistes de la FIV et andrologues du Centre FIV qui m'ont référé des patients.

La période de recrutement s'est située au cours des cinq à six semaines du protocole de préparation à la fécondation *in vitro* précédant le transfert d'embryons.

Tous les entretiens ont été conduits en langue arabe, dialecte égyptien, transcrits en arabe, et enfin traduits vers le français.

3.3. Les critères d'inclusion et de non-inclusion

. Critères d'inclusion

1. Première FIV
2. Âge de la femme : entre 20 et 40 ans
3. Classe sociale moyenne
4. Femmes alphabétisées et éduquées
5. Hypofertilité masculine définie par le diagnostic dans le dossier
6. Période temporelle : durant le protocole FIV et après le transfert d'ovocytes, systématiquement avant le test de grossesse déterminant le résultat de la FIV.

. Critères de non-inclusion

1. Accouchement préalable ou parents d'enfants
2. Antécédents de grossesse naturelle ou grossesse FIV – indépendamment de l'accouchement.
3. Infertilité masculine intraitable : azoospermie

4. Double infertilité masculine et féminine
5. Âge de la femme supérieur à 40 ans
6. Analphabétisme de la femme

4. Description des outils cliniques de recherche

1. Un consentement éclairé a été rédigé en arabe et signé par les épouses et se trouve en annexe. En addition à ce consentement éclairé écrit, il a été expliqué aux patients qu'il s'agissait d'une étude visant à améliorer le vécu des patientes durant le traitement par FIV, à travers des entretiens cliniques concernant leur expérience.

2. Un questionnaire sociodémographique, attaché en annexe, contenant les données essentielles du couple a été construit et rempli par la femme du couple. Ce questionnaire comporte : le statut marital, l'âge, le lieu de résidence et les professions respectives de l'homme et de la femme, la classe sociale et le niveau d'éducation.

3. L'inventaire de dépression de Beck version abrégée (BDI-13 items) a été acquis, version arabe validée. Il est préféré au test HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), ainsi qu'à d'autres outils de mesure de la dépression, qui n'étaient ni traduits ni validés en langue arabe.

Il existe de nombreuses traductions et validations arabes de la BDI, les auteurs étant arrivés à un consensus établissant que la meilleure validation et traduction arabe est celle de Abdel-Khalek en Égypte (1996). En effet, la version d'Abdel Khalek présente plusieurs avantages : elle est basée sur la version américaine ajustée de Beck et Steer (1993), comprend une arabisation complète des 21 items, une vérification de l'équivalence des versions arabes et américaines avec une *back translation* des items, l'utilisation de l'arabe classique, et l'utilisation d'échantillons de diverses sous-populations égyptiennes (Al Ansary, 1998).

La BDI-13 comporte 13 items dans sa version abrégée. Elle a été créée aux États-Unis (Beck & Beck, 1971), et traduite et validée en arabe par Gharib Abdel Fattah (1985 et 1986, cité par Al Ansary, 1998). Concernant la comparaison de la validité de la version BDI-21 items et BDI-13 items abrégée, Beck et Steer (1993) effectuèrent une étude pour comparer les caractéristiques cliniques des deux versions, et conclurent que les résultats obtenus étaient comparables pour des échantillons psychiatriques (Al Ansary, 1998). La BDI-13 a été préférée, car plus courte et évitant la fatigue des participants à la recherche.

Le score de l'inventaire de la dépression de Beck varie entre 0 et 39. Pour chaque item, la réponse obtenue peut varier de 0 à 3. Plus le score obtenu est élevé, plus cela est considéré comme un indicateur que la personne interrogée présente un nombre important de symptômes de dépression.

Les chiffres suivants ont été retenus par Beck et Beamesderfer (1974)

0-4 : pas de dépression ;

4-7 : dépression légère ;

8-15 : dépression modérée ;

16 et plus : dépression sévère.

4. L'entretien clinique de recherche semi-directif

Blanchet désigne l'entretien de recherche semi-directif ainsi : « L'attitude semi-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien chercheur a donc recours à un guide thématique » (Blanchet, cité par Fernandez, 2001). Une autre définition est retrouvée chez Chiland (2007): « Des entretiens guidés : un canevas était prédéterminé afin de donner des repères et des points de comparaison fixes ».

Il s'agit de notre principal outil de recherche. Les entretiens ont été conduits auprès des épouses dont le conjoint portait le diagnostic d'hypofertilité masculine. Pour chaque femme, deux entretiens ont été conduits afin de permettre un plus long temps d'expression, et afin d'éviter la fatigue, surtout pour les couples venant de loin. Le premier entretien était systématiquement mené durant le temps du protocole FIV, et le second entretien avait toujours lieu durant la période post-FIV qui s'étend sur deux semaines. Les rencontres précèdent donc l'obtention du résultat du test de grossesse.

L'objectif en menant les entretiens semi-directifs à cette phase précise du protocole était d'accueillir la parole des femmes à un moment neutre et d'incertitude où elles ne savent pas encore si la FIV a réussi ou échoué. Cette période de recrutement et d'entretien qui avait été testée durant la recherche pilote, a été bien accueillie par les participantes à la recherche, du point de vue de la disponibilité. De plus, à cette période, les femmes manifestaient un important besoin d'être écoutées.

Nos entretiens semi-structurés ont été construits à partir d'un guide thématique qui vise à répondre aux questions soulevées par les hypothèses. Le guide thématique, qui sera présenté ci-dessous, a également été défini par Blanchet et Gotman (cité par Fernandez & Catteeuw, 2001) comme suit : « Un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Les auteurs ajoutent que dans le cas de l'entretien semi-structuré – comme le nôtre – le guide thématique est organisé comme une série de thèmes que le chercheur devra aborder « en fonction de la dynamique interlocutoire ».

Description de la grille thématique

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme
2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple
3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique chez la femme

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale
5. Place et réactions de la famille du couple
6. Retentissement de l'infertilité et de la FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari
7. Vécu du protocole FIV: La ponction d'ovules et le transfert d'embryons
8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique
9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le fonctionnement psychique des femmes en cours de FIV

L'analyse de l'entretien de recherche semi-directif

En ce qui concerne l'utilisation de l'entretien clinique de recherche à visée de recherche, Fernandez et Catteeuw (2001) rappellent qu'il existe des tensions épistémologiques concernant l'usage présumé de cet outil. Parmi les trois catégorisations relevées dans la littérature par Blanchet et al. (1997, cité par Fernandez et Catteeuw, 2001) et Pédinielli et Rouan (1998, cité par Fernandez et Catteeuw, 2001), celle qui correspond le plus à notre démarche est la suivante : « Une technique relevant des méthodologies qualitatives visant l'objectivation de la subjectivité et impliquant une réflexion épistémologique sur ce que l'entretien saisit de la réalité des expériences de l'interviewé » (Denzin et Lincoln, 1994, cité par Fernandez et Catteeuw, 2001).

À partir de la grille d'entretien présentée ci-dessus, l'analyse des entretiens semi-directifs a été effectuée par la méthode d'analyse de contenu fréquemment utilisée en psychologie clinique, et la sélection d'ensembles « significatifs » que nous avons repéré dans l'entretien à partir de la grille thématique préconstruite (Chiland, 2007).

Cette méthode d'analyse s'attache surtout au contenu manifeste du discours, et ne prétend pas pouvoir rendre son contenu latent. Cependant, à l'intérieur de l'analyse de l'entretien, nous avons tenté de repérer certains mécanismes de défense dans le récit

comme indicateurs du contenu latent et des désirs inconscients. Jeammet, dans son article « L'entretien clinique et son analyse » (1989) définit le récit de vie comme : « Une histoire qui [...] sous-tendue par des fantasmes en lien avec des désirs inconscients, déclenche un certain type d'angoisse, contre laquelle des mécanismes de défense prévalents sont mis en jeu [...] ces mécanismes du discours [...] sont des indicateurs des désirs inconscients ».

5. Variables de la recherche

En termes de méthodologie de recherche, il est important de classifier les outils comme variables indépendantes et dépendantes, bien que la recherche soit qualitative et contienne un certain nombre de variables confondantes.

5.1. Variables indépendantes

Il existe deux variables indépendantes :

- A. Procédure FIV : durant les cinq semaines du protocole
- B. Facteur masculin de sous-fertilité ou d'hypofertilité

5.2. Variables dépendantes

A. Le fonctionnement psychique de la femme en tant qu'entité psychique est une variable dépendante.

L'opérationnalisation a été effectuée par des entretiens cliniques de recherche semi-directifs, menés avec les femmes uniquement : leur parcours de vie, l'interaction du diagnostic d'hypofertilité et du protocole FIV.

B. Évaluation de la dépression chez la femme par l'intermédiaire de l'inventaire quantitatif de la BDI-13 version abrégée.

Certains outils ont été envisagés dans un premier temps mais n'ont pas été utilisés pour des raisons méthodologiques. Nous les présentons succinctement ci-dessous.

1. Infertility Specific Well-being and Distress Scales, version courte (Stanton, 1991), est un outil d'évaluation des sentiments spécifiques à l'infertilité. Chacune de ces échelles comprend 10 états d'humeurs et sentiments, tel que : déprimé, seul, etc. L'échelle de réponse varie entre 1 et 5 (« pas du tout » à « exactement ce que j'ai ressenti »).

2. Le Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976). Il s'agit d'un outil quantitatif pour mesurer la qualité de la satisfaction conjugale maritale. C'est un auto-questionnaire composé de 32 items, avec quatre sous-parties : consensus dyadique, cohésion dyadique, satisfaction conjugale, affection sexuelle.

6. Questions éthiques et déontologiques

6.1. L'enregistrement versus l'écoute comme outil de recherche

Les entretiens ont été recueillis par une technique d'écoute attentive et de prise de note rapide et très précise pendant et à la suite des entretiens. En effet, un obstacle important s'est manifesté dans ce contexte culturel, ne permettant pas d'envisager l'enregistrement des entretiens auprès des couples dans le cadre hospitalier : méfiance d'origine culturelle des patients face à l'existence de traces matérielles de leur discours, tabou autour de la question de l'infertilité, et enfin le contexte politique de la révolution de 2011 qui exacerbait les craintes et la paranoïa ambiante, notamment dans le cadre de l'État policier prédominant depuis longtemps en Égypte.

Les tentatives que j'ai menées pour enregistrer les entretiens ont été reçues par les patients avec réticence et difficulté par les participants pilotes. De plus, les médecins du centre m'avaient fortement déconseillé d'utiliser cette technique, argumentant que cela pouvait être un outil qui risquait de complètement décourager les couples de participer à ma recherche en raisons des considérations sociales et politiques mentionnées ci-dessus.

Dans un premier temps, cette méfiance des participants envers la demande d'enregistrement a été difficile à accepter en tant que chercheur, sur le plan du contre-

transfert. En effet, cela me renvoyait au sentiment d'être persécutrice et je percevais une rupture du début de confiance établi avec les participants. Un certain sentiment de culpabilité m'habitait également, car l'utilisation de l'outil d'enregistrement me renvoyait à l'idée d'espionnage et de curiosité malsaine. Ces sentiments ambivalents chercheur / participants et clinicien / patients – réciproques – nous semblent « normaux » dans le sens névrotico-normal. Ainsi, nous pouvons nous référer à la phrase de Winnicott: « Le patient peut menacer le clinicien, car il le perçoit comme un persécuteur par projection de ses propres pulsions destructrices. Le malade cherche de la haine objective ou justifiée, il faut qu'il puisse l'atteindre, sinon il n'aura pas le sentiment que l'amour objectif peut être à sa portée » (Winnicott, 1947)²⁴.

D'autres recherches cliniques et anthropologiques ont été basées sur l'écoute et l'écriture sans enregistrement, telle que la thèse de Kreil²⁵ en anthropologie, portant sur les couples et le mécanisme du flirt en Égypte (2012) ainsi que la thèse de psychologie clinique de Sellahi (2010) dont le thème était l'infertilité et la migration chez un échantillon de femmes algériennes. Dans cette thèse, les participantes de recherche algériennes inscrites en protocole FIV avait également refusé l'enregistrement des entretiens.

6.2. Le consentement éclairé

Un consentement éclairé²⁶ a été rédigé en langue arabe, testé et enfin signé par les femmes interrogées. Ce consentement atteste que cette étude est une recherche-action universitaire, visant à améliorer le vécu psychologique des femmes et des couples et de leurs familles durant la période de la FIV et postérieurement. Ce document est d'autant plus important pour cette recherche que dans la culture égyptienne il y a un risque et une crainte constante pour les patients ne pas bien connaître leurs droits quant à l'anonymat et à la confidentialité – ces droits étant si souvent bafoués par la société et par l'État

²⁴ Winnicott, D. (1947). *La haine dans le contre-transfert*. Paris: Payot.

²⁵ Kreil, A. (2012). *Du rapport au dire : sexe, amour et discours d'expertise au Caire*. Thèse EHESS, Paris.

²⁶ Le consentement éclairé, dans les deux langues, français et arabe, est en Annexe I.

policier. D'où l'insistance du Centre FIV à obtenir ces consentements et à les formuler dans un langage bien compréhensible pour les participants à la recherche, de différents niveaux culturels. Pour cela, il était nécessaire de mener des entretiens auprès de couples totalement alphabétisés.

Le comité d'éthique

Il est également important de noter que la recherche a été soumise au comité d'éthique du centre égyptien de FIV. En effet, en 2013, une présentation PowerPoint du travail de recherche²⁷ a eu lieu lors de la réunion scientifique du staff qui se tient de façon mensuelle. Cette présentation, adressée aux médecins, a traité d'une part de la revue de littérature théorique sur le vécu psychique de la FIV, et dans un second temps, a exposé les observations cliniques concernant 30 couples de patients vus en consultation au Centre FIV, et les conclusions à élaborer sur le plan de l'intervention clinique. Au cours de cette présentation, les questions concernant l'éthique et la déontologie de la recherche ont été discutées.

En raison de la situation révolutionnaire en Égypte entre 2011 et 2013, la recherche n'a pas pu être soumise au comité d'éthique de l'Université d'Al Azhar, malgré les tentatives entreprises.

²⁷ "Psychological counselling of IVF patients: an exploratory study on the psychological impact of male subfertility on wives during protocol" (2013).

V. Présentation et analyse des entretiens cliniques de recherche

A. Une introduction : récit de la clinique FIV : période pilote été 2010

Des femmes, des hommes, des couples, des familles. Mais avant cela, des femmes allongées, exposées aux regards. Elles sont présentes pour procéder à la fécondation *in vitro*, après que l'échantillon de sperme de leur mari qui a été recueilli en laboratoire et leurs ovules ont produit des embryons qui seront ensuite réimplantés à l'intérieur de leur utérus. Certaines sont calmes, sereines, d'autres gémissent ou s'inquiètent, souffrent, et nombreuses sont celles qui se demandent si elles doivent rester allongées pendant deux semaines chez elles afin de protéger l'embryon à la suite de la FIV.

Ensuite survient le moment de la consultation des femmes enceintes à la suite d'une fécondation *in vitro* : les échographies de grossesses FIV, les visites médicales de celles qui ont tenté la FIV auparavant et qui, malgré de nombreux échecs, désirent retenter leur chance. Elles entendent leur médecin référent leur expliquer que le facteur âge, lorsqu'elles ont dépassé la quarantaine, n'est pas en leur faveur. Je me demande alors quel peut être l'impact de cette information sur leur narcissisme, et dans quelle mesure cela peut être difficile à entendre psychologiquement.

Une femme voilée très jolie entre. Elle est mince, sophistiquée, frêle, menue et semble éduquée. Elle a une infertilité secondaire à une endométriose²⁸. Elle se plaint de douleurs et de saignements suivant les rapports sexuels, et qui durent une dizaine de jours durant la seconde moitié du cycle. On comprend alors combien sa vie personnelle de couple doit être affectée, les saignements causant des difficultés dans le domaine sexuel s'ajoutant à l'impossibilité de concevoir un enfant. Lors de l'examen gynécologique, elle pousse des cris stridents de douleur ; elle n'avait pas anticipé cette

²⁸ L'endométriose est : « une maladie caractérisée par la présence de tissu utérin (ou tissu endométrial) en dehors de la cavité utérine. Cette localisation anormale (dite « ectopique ») se manifeste par des lésions composées de cellules qui possèdent les mêmes caractéristiques que celles de la muqueuse utérine (l'endomètre) et se comportent comme elles sous l'influence des hormones ovariennes. » (Site de L'INSERM, 2015).

douleur physique ; lorsqu'elle revient s'asseoir, elle semble toute secouée, sort quelques mouchoirs car elle a les larmes aux yeux.

Un autre couple consulte pour une échographie de suivi de grossesse suite à une FIV. La femme est plutôt détendue, plaisante avec l'infirmière, semble insouciante. Le mari est calme. Puis débute l'échographie. Quelques minutes après, la spécialiste de la FIV, qui ne semble pas voir de mouvement à l'écran, annonce simplement et calmement la mauvaise nouvelle : malheureusement dit le médecin, les battements du cœur du fœtus se sont arrêtés il y a deux semaines : il est décédé in utero, chose qui arrive souvent avant le troisième mois. La femme paraît très choquée mais ne dit rien, elle ne sait comment réagir ; l'homme s'enferme dans un silence profond. Ils sont consternés. La femme demande si elle peut effectuer une biopsie afin de connaître la cause, le médecin lui assure que c'est inutile et qu'elle n'y est pour rien.

Une autre femme, portant le *niqab*²⁹, la quarantaine, entre. Elle enlève la partie du voile cachant son visage, découvrant un très joli physique. Le médecin parcourt le dossier de la femme, qui a entrepris une dizaine de tentatives de FIV, toutes des échecs, à son plus grand désespoir. Pourtant, elle veut retenter sa chance. Il essaie de la dissuader, mais elle, calme et triste, répond : « Mais si j'abandonne les tentatives, c'est comme si j'abandonnais l'espoir d'avoir la moindre utilité dans cette vie là, je ne servirai plus à rien ». Ces mots sont frappants et touchants.

D'autres couples sont présents pour l'échographie du suivi de la FIV. Les femmes de ces couples sont souvent enceintes de jumeaux, ce qui ne semble pas leur causer de grande inquiétude pour le futur, malgré, selon le principe de réalité, l'évidente difficulté de la tâche à venir. Ce qui les préoccupe le plus, c'est le bon déroulement de la grossesse, loin de toute complication. Souvent les femmes, à l'examen de l'échographie, souhaitent qu'un des deux bébés soit une fille, et certaines annoncent: « Je sens qu'il y

²⁹ Le *niqab* est un voile qui couvre les cheveux de la femme ainsi que tout son visage, hormis les yeux. Il est toujours de couleur noire ; le raisonnement étant que les autres couleurs attirent trop l'attention et que le noir est signe de pudeur et de conservatisme.

aura une fille *inshaallah*³⁰ ». Parfois, lorsque le visage du fœtus est caché, il est décrit comme « timide » ; lorsqu'il bouge beaucoup, il est qualifié de « coquin ». Une mère déclare à propos de son fœtus qui a une main sur le visage qu'il a « un état psychologique »³¹. Ces représentations maternelles et paternelles du fœtus, partiellement inconscientes, sont attachantes à observer. L'échographie est alors comme un écran projectif sur lequel les parents déposent des éléments de leur monde interne.

Une jeune femme, après une FIV, se retrouve enceinte de cinq embryons. Apparemment son mari avait confié au médecin qu'il souhaitait que sa femme avorte, trouvant cette grossesse anormale. La jeune femme manifeste des symptômes de grossesse multipliés : vomissements, évanouissements, etc.... mais elle semble le prendre plutôt bien. Trois des embryons sont éliminés alors, et deux demeurent. Cette procédure qu'on nomme réduction embryonnaire est souvent difficile et perturbante pour les couples, qui sont tellement incrédules d'être « enceints » qu'ils semblent oublier la gravité du problème et la nécessité médicale, partant du principe de réalité, d'éliminer un ou plusieurs embryons pour que la grossesse de la femme puisse continuer et que sa vie ne soit pas en danger.

Enfin, une jeune femme de confession chrétienne vient consulter pour envisager une FIV par don d'ovocytes à l'étranger, précisément en Espagne. Rares sont les familles égyptiennes qui procèdent à cette démarche de FIV hétérologue, et pour cause. Les médecins du Centre FIV sont dans l'obligation d'informer les couples que le don d'ovules ou de sperme est interdit par la loi en Égypte, et prohibé par les autorités religieuses musulmanes et chrétiennes. Cependant, ils ont également la responsabilité de les informer que ces techniques de PMA sont pratiquées à l'étranger, et si les couples le souhaitent, ils peuvent être mis en contact avec un centre de PMA en Espagne où le don d'ovocytes est pratiqué. Ma présence à la consultation FIV m'a permis de repérer quelques un de ces couples qui entreprennent ce courageux parcours, dont ils gardent

³⁰ Expression religieuse très courante signifiant littéralement : « si Dieu le veut ».

³¹ Un « état psychologique » est une expression égyptienne signifiant que l'on est en état de crise psychologique.

souvent le secret vis-à-vis de leur entourage, à cause du tabou religieux entourant cette pratique. Ces traitements sont assez coûteux, mais ces couples sont prêts à vendre bijoux, voitures ou autres biens afin d'y accéder.

B. Présentation des entretiens cliniques de recherche

1. Maya, médecin pédiatre, d'Alexandrie

Présentation générale

Maya est une jeune femme de 29 ans, mariée depuis moins d'un an. Son mari, Ali, a le même âge et tous deux sont médecins à Alexandrie, deuxième ville d'Égypte après le Caire, en Méditerranée. Son mari est oncologue, et elle, pédiatre en oncologie. C'est une jeune et très jolie femme, au teint pâle, tout en étant assez corpulente. Elle est voilée, ce qui ne la rend pas moins coquette ; en effet, elle porte un foulard coloré, se maquille et s'habille de façon très féminine.

La rencontre clinique

J'ai rencontré Maya à plusieurs reprises : une prise de contact dans mon bureau lors de l'opération de ponctions d'ovules, puis deux entretiens cliniques de recherche semi-directifs. De ces deux entretiens découlent principalement la présentation du cas et l'analyse clinique qui vont suivre. Juste avant la ponction d'ovules, j'ai rendu visite à Maya dans la salle de préparation à l'opération, car en Égypte, contrairement à la majorité des centres en France, la ponction d'ovules se fait sous anesthésie générale. Elle m'a fait part de sa crainte que l'hypofertilité de son mari n'affecte leur relation affective, et m'a confié en même temps l'ambivalence « normale » de son désir d'enfant : « Je ne voulais pas forcément avoir des enfants tout de suite. Ça ne fait pas du tout longtemps que je suis mariée – à peine huit mois ». À une autre reprise, elle a ajouté : « Je ne suis pas le genre de femme qui, au début du mariage, pleurait chaque mois lorsque j'avais mes règles au lieu de découvrir que j'étais enceinte ».

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Maya provient d'une famille de la classe moyenne éduquée d'Alexandrie. Son père est radiologue et sa mère assistante sociale. Elle a deux frères plus jeunes qu'elle, âgés de 22 ans et 26 ans. Elle dit avoir toujours entretenu une bonne relation avec eux, étant particulièrement proche du frère cadet. Quand Maya a deux ans, ses parents

quittent Alexandrie pour aller s'installer et travailler aux Émirats Arabes. Comme de très nombreux Égyptiens dans les années 1980 et 1990, ils s'envolent vers les pays du Golfe à la recherche de meilleurs salaires et d'une meilleure qualité de vie pour eux et leurs enfants. À cette époque, il est très dur de gagner sa vie décemment en Égypte ; de plus, l'infrastructure générale des villes est précaire et l'éducation scolaire médiocre.

Enfant, Maya se sent plus proche de son père, qui est en quelque sorte son ami, et se souvient d'avoir été en relation conflictuelle avec sa mère, qu'elle qualifie de très sévère et ennuyeuse durant son enfance. La famille de Maya est conservatrice socialement et religieusement. En accord avec ces principes, enfant et adolescente, elle reçoit une éducation religieuse rigoureuse. Elle suit strictement les principes de l'islam : prière, jeûne du mois du Ramadan et s'abstiendra plus tard de tout flirt poussé avant le mariage. Bien qu'aux Émirats elle ait été éduquée dans une école internationale tenue par des religieuses, Maya portera le voile dès le très jeune âge de douze ans, sous la forte pression de sa mère. Elle dit lui en avoir toujours voulu de l'avoir presque forcée à mettre le voile si tôt. Elle reconnaît qu'elle l'aurait porté de son propre gré à l'âge adulte, se considérant musulmane croyante et pratiquante, mais certainement pas au début de l'adolescence. Elle me confie : « J'avais de beaux cheveux longs et lisses, vous savez », comme si elle regrettait de ne pas avoir pu profiter de ses beaux cheveux au moins quelques années de plus.

Maya déclare avoir eu une puberté et une entrée dans l'adolescence un peu difficiles. Elle atteint la puberté assez jeune, à 11 ans, ce qui lui cause un problème de prise de poids importante qu'elle n'arrivera à réduire ni à l'adolescence ni à l'âge adulte. Assez vite autour de ses douze-treize ans, elle possède déjà des formes féminines qui, reconnaît-elle, la gênent et l'encombrent. Maya avoue avoir alors eu quelques problèmes de confiance en elle et en avoir souffert. Elle dit qu'à la fin de sa scolarité, elle a commencé à ressentir des modifications dans le relationnel avec sa mère et à considérer cette dernière comme sa meilleure amie, contrairement à ce qu'elle ressentait plus jeune. Elle se souvient qu'en même temps, en devenant une jeune femme, ses

rappports avec son père étaient un peu plus réservés et distants, peut être par pudeur, analyse-t-elle, mais restant proche de lui malgré tout.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Maya se laisse aller à dévoiler quelques détails de sa vie affective. Avant de faire la connaissance de son mari, elle a été engagée dans des pré-fiançailles avec un autre jeune homme, mais cette relation n'a pas duré. Maya en parle peu et n'accorde que peu d'importance à cet événement qui n'a duré d'après elle que quelques mois. Elle raconte comment elle et Ali se sont mariés par amour après s'être rencontrés à la faculté de médecine. Elle semble très fière, surtout en relatant à quel point son partenaire était poli et réservé et avait su l'attendre jusqu'au mariage sans tenter le flirt. Elle nous dévoile ainsi un aspect puritain de sa personnalité, et cela nous laisse percevoir sa relation à la question de la sexualité. Maya poursuit son récit : de longues conversations la rapprochaient de son futur compagnon, jusqu'au jour où celui-ci lui a fait part de sa flamme, lui avouant qu'elle lui plaisait et qu'il souhaitait s'engager. Dans un premier temps, Maya se montre un peu réservée comme le veut la coutume sociale et religieuse égyptienne. Elle le prévient qu'ils doivent d'abord faire plus ample connaissance, et qu'il faut, dans un second temps, rencontrer son père, le chef de la famille ; ce qui a effectivement lieu. Leur fréquentation a donc duré un an, et Maya se sentait de plus en plus à l'aise avec Ali. Des fiançailles ont lieu et, suivant la coutume fréquente en Égypte, le mariage est organisé un an plus tard.

Maya avoue avoir été très heureuse au début de son mariage, plus même que pendant les fiançailles, ne trouvant pas dans cette union une source de désillusion. Mais elle reconnaît qu'ensuite, le diagnostic d'hypofertilité de son mari et les traitements qu'elle a dû entreprendre ont eu un impact lourd sur leur relation affective et sur leur vie sexuelle.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique chez la femme

Maya aborde facilement l'épisode de l'annonce du diagnostic d'hypofertilité de son mari. Elle parle d'elle, bien sûr, mais il est aussi beaucoup question de l'état psychique de son conjoint et de la façon dont il a accueilli le diagnostic. Elle le présente comme s'étant effondré suite au résultat de la première analyse de sperme. Celui-ci annonce 30.000 spermatozoïdes par mL de sperme³², et une motilité de 30 % avec 85 % de formes anormales. Selon elle, Ali est tellement sous l'emprise de l'effroi traumatique qu'il cache à sa femme la découverte de son diagnostic – une insuffisance testiculaire primaire – pendant près de quarante huit heures. Elle déclare: « Mon mari m'a dit qu'il avait appris le résultat dimanche mais il ne m'en a fait part que lundi soir. Il s'était mis à rouler en voiture et n'était pas allé travailler à cause du choc, mais ce qui est étrange c'est qu'on ne pouvait rien lire sur son visage. Pourtant, on est très proches et très ouverts l'un avec l'autre, et je peux toujours me confier à lui.... Il m'a dit : 'Je ne voulais pas te chagriner' ». À l'opposé, elle se présente elle-même comme ayant été d'abord calme et contenante vis-à-vis de son mari et plutôt centrée sur ce qui devait être fait : investigations médicales, analyses biologiques et traitements à entreprendre. Selon Maya, ce n'est que dans un second temps qu'elle est devenue dépressive avec des plaintes, sans auto-reproches, mais plutôt avec un discours de reproche envers son mari et le corps médical.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Maya vit la rencontre avec le corps médical comme intrusive et fragilisante sur le plan narcissique. À la suite d'un examen gynécologique avec un gynécologue homme, la jeune femme dit : « Je ne sais pas exactement ce qui s'est passé mais je me suis sentie humiliée. Je me suis sentie dénudée, et il y avait quelque chose d'intrusif » et « je ne suis pas n'importe qui pour être traitée comme un objet par n'importe quel médecin ». Ces propos de jeune femme blessée viennent résonner avec sa structure psychique et

³² Le spermogramme d'un homme fertile esquivant à une concentration comprise entre 20 et 200 millions de spermatozoïdes par mL de sperme (Zorn & Savale, 2005).

son histoire : une jeune femme très fière de sa classe sociale et chez qui une partie de ses représentations d'elle-même et de la construction de sa personnalité est étroitement liée à sa formation et profession de médecin. Maya exige alors fréquemment d'obtenir une meilleure explication des étapes médicales du protocole FIV et les effets des traitements auxquels elle est soumise.

5. Impact psychique de l'infertilité et FIV sur le ressenti de la femme envers son partenaire

C'est à la suite de sa confrontation avec la difficile réalité médicale de la FIV – traitements pénibles et parfois douloureux, manque d'information, long temps d'attente, imprévisibilité des résultats et enfin difficulté à anticiper la finalité de la FIV – que Maya commence à exprimer des reproches envers son mari. Ils sont divers. D'une part, elle le critique de ne pas se mettre à sa place de femme et de ne pas comprendre « ce par quoi elle passe », tel qu'elle l'exprime. D'autre part, elle ressent que la vie sexuelle de son couple « n'est plus comme avant ». En effet, Maya reproche à son mari d'être un peu perturbé et sur la défensive durant l'acte sexuel : « Une fois, j'avais essayé de stimuler mon mari sexuellement, mais ça été la pire des fois : l'éjaculation a été très rapide et il a commencé à pleurer et moi aussi... Après cela, on est resté quelque temps sans qu'il ne se passe rien sur le plan sexuel. » Il nous semble que la jeune femme reproche inconsciemment à son partenaire la diminution de son propre désir sexuel à elle due aux traitements médicaux épuisants et au sentiment général qui l'habite : son corps transformé en un objet. À ce sujet, elle confie : « On a eu un rapport sexuel et puis je me suis mise à pleurer, pleurer, j'étais très contrariée et je sentais que mon mari ne se mettait pas à ma place psychologiquement. Je sentais que j'étais la femme faite pour tout, pour le plaisir, la conception, pour les traitements fatigants et la galère de la FIV. Mon mari m'a demandé ce que j'avais, et je lui ai dit : 'laisse-moi tranquille' ».

6. Place et réactions de la famille du couple

Face à ce que Maya perçoit comme la défaillance de la fonction contenante de son mari, incapable selon elle de la comprendre et de lui apporter du réconfort, nous

observons chez Maya une régression et un retour vers un mode de relationnel de type œdipien. Une substitution parentale s'effectue sur ce mode. Maya décide d'aborder avec ses parents – surtout sa mère – les problèmes d'infertilité de son mari, car, dit-elle, elle voudrait « savoir ce qu'ils en pensent et voir leur réaction ». Ces derniers vivent à l'étranger, à Dubaï, mais les conversations téléphoniques et visites sont fréquentes. La régression vers ce mode œdipien s'exprime notamment par l'idéalisation du père, perçu comme figure protectrice et toute puissante : « J'ai dit à Ali que ce qui m'importunait c'est que je ne sentais plus que je pouvais m'appuyer sur lui. Et que je me disais, ah si papa était là, il n'accepterait jamais que je sois traitée de la sorte ! »

En parlant de son père, elle dit: « Mon père a commencé par me dire de prendre soin d'Ali, il m'a dit 'tu dois être forte parce que l'état psychologique des hommes est très facilement affecté par ce problème' ». La mère aussi exerce cette fonction de holding par l'introduction du rôle de Dieu : « Elle m'a dit : 'c'est une 'épreuve' à laquelle Dieu t'as soumise' » ce qui se traduit en arabe par le mot *ibtilaa*, signifiant littéralement « épreuve » au moment d'une catastrophe. Plus tard, sous le coup de la frustration provoquée par le traitement et à cause de son partenaire: « J'ai appelé ma mère, qui a essayé de me calmer en me disant : 'le paradis est sous les pieds des mères'³³ ». Elle m'a cité des propos religieux et m'a rappelé que Dieu soumet les personnes croyantes à des épreuves ; elle m'a conseillé de patienter et d'invoquer Dieu, m'assurant qu'elle était optimiste sur mon sort. J'ai senti que ses paroles m'avaient calmée. Je n'ai plus parlé à mon mari parce que j'ai senti qu'il ne me comprenait pas et ne comprendrait jamais ce que je traversais. »

7. Vécu et résonance du protocole FIV: La ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Maya décrit l'expérience de prélèvement des ovules, première étape importante du protocole FIV, comme difficile. Elle dit avoir été anxieuse durant la période de

³³ Traduction littérale d'un propos attribué au prophète, signifiant que les mères ont beaucoup de mérite et iront au paradis.

préparation à « l'opération »³⁴. Elle raconte qu'à la suite du prélèvement d'ovules, dans la salle de transition, alors qu'elle émergeait lentement de l'anesthésie, elle a été prise d'une crise de sanglots, sans raison claire, et qu'elle a été difficilement calmée par les aides soignantes. Enfin, elle mentionne le jour de la réimplantation d'embryon, qu'elle nomme « un jour normal », excepté la douleur provoquée par le speculum. Elle était à l'aise avec le docteur Aboulghar qui a effectué le transfert d'embryon et tentait de la divertir. Le médecin lui a annoncé qu'il y avait un total de trois embryons à transférer, ce qui lui a causé un moment d'inquiétude, se demandant si le médecin allait lui annoncer qu'ils étaient de mauvaise qualité. Maya dit qu'à la suite de cette journée, elle répétait sans cesse à son mari : « Si ça ne marche pas la première fois, je ne recommencerai pas la FIV ». Elle dit que son mari se taisait en espérant l'apaiser, et sachant, d'après elle, qu'elle prononçait ces propos pour « vider son sac »

8. Période post FIV : le processus d'anticipation psychique

Pour Maya, le discours s'apaise vers la fin de l'entretien. L'attente de deux semaines du résultat du test de grossesse suscite certes une anticipation anxieuse mais elle procure aussi un temps de répit et de réflexion. « Quand j'ai écouté des patientes parler à la clinique, ça m'a beaucoup apaisée. En fait, j'ai senti qu'il n'y avait pas de règles strictes, toutes les options me sont possibles. Comme il est dit dans le Hadith³⁵ : 'soyez optimistes, vous trouverez le bien' ». Elle ajoute : « Je ne peux rien prévoir, je suis dans le taux de succès de 45 à 50 % »³⁶. Elle termine en avouant : « Parfois j'ai trop d'espoir et je commence à penser que je vais aller à Dubaï acheter les habits du bébé, mais à ce moment-là, je me dis stop pour ne pas être trop rêveuse ! »

³⁴ Les patients égyptiens décrivent souvent le prélèvement d'ovules et FIV en les nommant « opération ». Le prélèvement d'ovules a lieu sous anesthésie générale.

³⁵ Un *hadith* est un recueil de paroles attribuées au prophète Mohamed. Les *hadiths* en islam sont considérés comme la seconde source de législation après le Coran.

³⁶ Ce taux correspond au taux maximum de succès de la FIV hétérologue en Égypte.

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le vécu psychique de la femme en cours de FIV

Dans l'entretien, Maya exprime à plusieurs reprises le fait qu'elle a parfois du mal à s'imaginer concevoir et élever un enfant pendant cette période chaotique que traverse l'Égypte. Bien qu'étant une partisante des Frères musulmans et ayant voté pour le président Morsi aux élections présidentielles de Juin 2012, elle est effrayée par l'atmosphère de violence généralisée tout au long de l'année de leur présence au pouvoir. Elle souhaiterait que son mari essaie de trouver un poste de médecin mieux payé dans les pays du Golfe, comme en Arabie Saoudite, par exemple. « Je n'aime pas la vie là-bas » m'assure-t-elle, « mais les médecins ne gagnent rien ici, et encore moins maintenant en ce temps de révolution ou tout peut changer d'un moment à l'autre ».

Résultats à la BDI-13

L'analyse des réponses de Maya à l'inventaire de dépression de Beck version abrégée BDI-13 révèle un score total de 5 sur l'échelle. Elle révèle la présence de légers symptômes de dépression, liés aux items suivants : tristesse, elle obtient un score de 1, prise de décisions, fatigabilité, et l'appétit.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Maya dévoile la présence d'un discours de plainte lié plutôt au diagnostic d'infertilité masculine qu'au secret maintenu par le mari concernant son hypofertilité, et son refus dans un premier temps de partager l'information du diagnostic avec les deux familles. En accord avec l'hypothèse opérationnelle 2.1., le discours de Maya révèle également le recours au mécanisme de l'idéalisation de ses parents et notamment de son père. Toujours en concordance avec l'hypothèse opérationnelle 2.2., nous retrouvons dans le verbatim de Maya la présence d'attaques adressées envers les médecins du Centre FIV, se positionnant elle-même en tant que femme médecin. Pour la dépression, les réponses de Maya à la BDI-13 révèlent un score indiquant la présence de légers symptômes de

dépression. Enfin, pour Maya, le processus de réappropriation subjective chez cette femme est positif, révélant un équilibre psychique positif.

La confrontation de Maya, d'une part à l'institution médicale et, d'autre part au diagnostic d'infertilité de son mari, l'a fragilisée sur le plan narcissique et a en partie détruit l'image idéalisée de l'homme qui se trouve à ses côtés, d'où ses propos : « Je ne sentais plus que je pouvais m'appuyer sur lui ». À propos de sa vie conjugale après le diagnostic d'hypofertilité masculine et le début du protocole FIV, elle va reprocher inconsciemment à son partenaire la diminution de son propre désir sexuel à elle, due aux traitements médicaux épuisants et au sentiment général qui la possède d'une objectification de son corps.

La régression vers une relation œdipienne au père est clairement observée dans le discours de Maya. Il est clair que la jeune femme recourt au mécanisme de défense qu'est l'idéalisation : « Un processus psychanalytique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont portés à perfection » (Laplanche, 1967). Nous faisons l'hypothèse que la jeune femme utilise ce mécanisme de défense afin de diminuer l'intensité des pulsions agressives qu'elle ressent envers son partenaire. Ce phénomène a déjà été observé dans la thèse de Sellahi (2010) qui étudiait le parcours psychique de femmes algériennes en cours de FIV. Elle présente de nombreux cas cliniques où les femmes dont le mari est hypofertile réactivent un lien œdipien avec le père.

De manière plus générale, le récit de Maya de ses relations intersubjectives avec ses parents et de leurs réactions, éclaire bien la façon dont ces derniers semblent avoir une fonction de par-excitation, se positionnant entre elle et le monde extérieur et aidant à tempérer ses mouvements agressifs envers le corps médical et envers son mari.

Pour Maya, le processus d'anticipation ne semble pas être sous-tendu par des signaux d'anxiété envahissants, car la jeune femme s'appuie sur la contenance parentale de sa mère et sur le levier thérapeutique offert par la religion musulmane qu'elle pratique et cite à diverses reprises dans son discours. Ces deux aspects essentiels

semblent permettre à Maya une réappropriation subjective positive du vécu de l'infertilité et de la FIV.

2. Nadia, architecte de la bourgeoisie anglophone

Éléments du dossier médical: La consultation a lieu en 2013 en contexte de révolution. Le couple est référé par le docteur Y. A. La patiente avait un aspect calme mais elle a été tendue et larmoyante durant l'entretien. Peu à peu, elle a pu se détendre et s'exprimer avec plus d'aisance sur son ressenti vis-à-vis de la FIV et de son mari. Tous deux passent par des conflits conjugaux durant cette première tentative de FIV, mais, selon elle, ces conflits étaient sous-jacents. La patiente n'est pas certaine de la volonté de son mari d'entreprendre une FIV. Elle le décrit comme évitant et passif, et compare sa personnalité à celle de son père. Cette intervention doit les aider à décider de continuer ou non le protocole. L'affect général est dépressif, bien que déguisé.

Présentation générale

Nadia est une jeune femme, âgée de 36 ans. Elle est mince, jolie, et ne porte pas le voile islamique. Elle a une apparence moderne et distinguée. Elle appartient et s'identifie sans hésitation à la haute bourgeoisie occidentalisée du Caire. Elle est de culture parfaitement anglophone, et mélange d'ailleurs très souvent l'arabe et l'anglais durant l'entretien, ce qui est très caractéristique de sa classe sociale. À l'observation clinique, c'est une femme au caractère très déterminé, parfois un peu brusque et agressive dans ses relations interpersonnelles. Architecte ambitieuse, elle est spécialisée dans la décoration intérieure des maisons et appartements au Caire. Le couple a été référé au Centre égyptien de la FIV par le docteur H. G., gynécologue par excellence de la haute bourgeoisie Cairote.

1. Lignes principales de l'enfance et adolescence de la jeune femme

Nadia a grandi dans une famille bourgeoise occidentalisée et de mœurs modernes, dans le quartier résidentiel et bourgeois du Caire, *Zamalek*. Sa mère n'a pas de réelle profession, elle est femme de société, mondaine, et son père, lui, est un homme d'affaires. Elle semble assez proche de sa mère qui s'est dédiée à l'éducation de ses deux filles. Ayant une sœur aînée, Nadia se positionne dans le rôle de la sœur cadette,

disant qu'on lui avait souvent répété que c'était celle qui avait le plus de difficultés et qui souffrait le plus. Enfant et adolescente, elle a traversé sa scolarité sans problèmes particuliers puis s'est inscrite à une université privée réputée au Caire, où elle a entrepris des études d'art et d'architecture.

Elle a atteint la puberté assez jeune, à l'âge de douze ans. Durant l'entretien, Nadia aborde plutôt facilement son passé et son adolescence. Elle révèle certains éléments familiaux qui ont été, selon elle, source de traumatisme au début de sa vie affective et de sa découverte du sexe masculin.

Nadia évoque notamment le divorce de ses parents à l'adolescence. Après une dizaine d'années de mariage, ses parents ne s'entendaient plus, et son père avait commencé à entretenir des relations extraconjugales. Elle vit mal ce divorce en période de transition entre l'adolescence et le début de l'âge adulte et nous confie : « En grandissant, j'avais beaucoup de complexes et d'expériences difficiles. Alors, une fois arrivée à l'âge adulte, j'étais très sur la défensive et réservée ; je veux dire que je ne me laissais pas facilement aller, j'étais très pudique et paranoïaque, parce que j'avais peur que les gens pensent que j'étais une 'pute' ». Sa mère semble avoir participé à nourrir les phobies sexuelles de sa fille, comme il apparaît dans l'entretien : « Et ma mère me disait toujours : 'fais attention, tu ne veux quand même pas que les gens pensent que tu es une 'pute' quand même ?' ». Plus tard dans l'entretien, elle reconnaîtra que le début de sa vie sexuelle de jeune adulte a été rendu difficile par son vécu du conflit parental : « Sexuellement, pour moi, ça ne marchait pas très bien, peut être parce que j'étais très complexée à cette époque et que j'avais très peur à cause du divorce de mes parents ».

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Sur le plan affectif, Nadia nous apprend qu'elle a déjà été mariée une première fois en Arabie Saoudite à un homme de nationalité saoudienne, alors qu'elle n'avait que 22 ans. Le mariage a duré une dizaine d'années et elle est longtemps demeurée amoureuse de cet homme. Elle avait pris elle-même l'initiative d'un divorce en raison

de son incapacité à tomber enceinte, des troubles d'alcoolisme de son conjoint et des problèmes d'entente entre eux.

Il y a deux ans, à l'âge de 34 ans, la jeune femme s'est remariée à un autre homme, Maged, qu'elle a rencontré au Caire. Il est employé dans une banque internationale au Caire. Le couple éprouve de la sympathie et de l'attraction l'un pour l'autre. Maged éprouve de l'admiration pour Nadia qu'il trouve belle et ambitieuse. Il est plus jeune qu'elle de quelques années – 30 ans à l'époque. Cela ne semble pas leur causer de problème, bien que cette supériorité d'âge chez la femme ne soit pas très répandue ni très acceptée en Égypte.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique chez la femme

L'annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et l'ombre de frayeur et de traumatisme entourant cette pathologie médicale apparaît deux fois dans le récit de Nadia. En effet, lors de son premier mariage, déjà, la question de l'infertilité masculine s'était posée. Dans les deux cas, ses partenaires masculins ont été réticents à effectuer le spermogramme nécessaire pour détecter la cause de l'infertilité. Concernant son ex-mari, elle se souvient : « En Arabie Saoudite, les médecins m'ont dit que mon mari devait faire des analyses car beaucoup d'hommes du Moyen-Orient souffrent de ce problème. J'avais dit cela à mon ex-mari, mais il a simplement haussé les épaules ».

Nadia ne manque pas de souligner la dimension psychoculturelle du déni du diagnostic, lié à la société égyptienne. Elle confie : « Au début, les gens m'ont dit que je ne devais en parler à personne parce que c'est honteux » ; et à une autre reprise : « L'Égypte est une société tellement dichotomique, en contradiction avec elle-même. Tout le monde le sait, et pourtant c'est secret. Je n'ai pas cette hypocrisie, c'est très mauvais pour la santé physique et mentale des gens, pour leur psychologie et leur santé sexuelle. C'est très compliqué la FIV en Égypte ». La jeune femme ne manque pas de citer son mari : « Maged m'a demandé : 'Mais dis moi, pourquoi est ce que ta mère sait qu'on fait une FIV ?' ». Plus tard elle ajoute : « Maintenant ça va, ça ne le dérange plus

qu'elle sache. En ce qui le concerne, il n'a rien dit ; ses parents ne savent pas du tout qu'il a un problème. Je ne sais pas pourquoi les gens sont si secrets et tendus quand il s'agit de la FIV. Je ne vois pas ce qu'il y a de honteux».

Le tabou est évident dans les conflits autour du partage ou non d'information lié à l'infertilité masculine, comme il apparaît dans cette vignette : Il y a une sorte d'échange des pulsions agressives dans le couple : l'homme, en tentant de prendre contrôle du partage d'informations que sa femme possède dans un domaine qui les concernent tous les deux, et la femme, en faisant pression sur l'homme pour qu'il dise la « vérité » à sa famille et à la sienne.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Concernant son rapport à l'institution médicale, Nadia nous fait remarquer : « Les médecins en Égypte vous donnent très peu d'informations pour ne pas aggraver nos craintes. Pas trop de munitions pour ne pas vous blesser ! En Europe, ils vous donnent toutes les informations, ça vous détraque les nerfs et ça fait bien plus peur ! ». Cette comparaison culturelle entre l'Égypte et l'Europe en ce qui concerne le fonctionnement psychique de l'institution est importante. La jeune femme ajoute : « Avec quelqu'un qui a une personnalité hypochondriaque comme moi, ça me mettrait vraiment mal à l'aise. Au centre, ils m'ont juste dit que je serais soumise à un long protocole, que j'attendrais deux semaines et puis que je reviendrais pour une prise de sang. »

5. Place et réactions de la famille du couple

La famille de Nadia, notamment sa mère, semble ne pas avoir beaucoup d'estime pour son conjoint, qui, selon elle, n'est pas assez coopératif dans la FIV, alors que, comme elle le formule : « c'est lui qui a le problème d'infertilité ».

Selon la jeune femme, son père semble affectueux mais est en réalité distant et absent et ne paraît pas entretenir de rapport proche avec sa fille et son gendre. Elle nous dit que ce n'est que lorsqu'elle a déjà consulté pour la FIV et entrepris la procédure qu'elle l'annonce à son père, qui est surpris, mais qui ne semble pas penser avoir le

droit d'intervenir, de conseiller ou de rassurer sa fille comme un père « normal », ajoute-t-elle.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de la femme envers son partenaire

Maged parait, à travers les propos de Nadia, beaucoup ressembler au père de la jeune femme. Pour les deux hommes, il semblerait que la FIV et la conception de l'enfant soit simplement une affaire de femmes où les hommes n'ont strictement rien à faire. Il y a une remise en question claire de la question du désir d'enfant. Chez son conjoint, le désir d'enfant est caractérisé par des sentiments ambivalents, une ambivalence névrotico-normale que l'on peut retrouver chez une femme ou un homme d'un couple « normal », sans conception par FIV, mais qui dans ce contexte inquiète et préoccupe Nadia. Elle nous dit : « À un moment donné, je ne savais plus s'il voulait la faire ou pas, la FIV. Lui, en tant qu'homme, il ne le sent pas, il est un homme. Mais moi j'étais tendue avec toutes ces hormones que l'on m'injectait, alors j'étais un peu d'humeur changeante. Il ne comprend pas ça. Je pense que les hommes ne comprendront jamais ça. »

Son entretien est ponctué de comparaisons douloureuses entre son ex-mari et son conjoint actuel. Elle ne peut se référer à son couple présent sans faire référence à son couple passé, par lequel elle semble être encore envahie sur le plan fantasmatique.

Sa prise de connaissance de la conception d'un enfant par son ex-mari avec une autre femme est une source de profonde douleur et d'amertume pour Nadia. Elle est prise d'un mélange de regrets, de jalousie et de sentiment de culpabilité, avouant que la raison principale de son premier divorce était la supposée infertilité de son conjoint. Elle nous confie : « La semaine dernière j'ai appris que mon ex-mari avait eu un enfant, j'étais tellement triste de l'apprendre, j'ai fait une crise de nerfs, j'ai senti que c'est moi qui aurait dû avoir cet enfant ». Cette dernière phrase est très frappante, révélant l'amertume suscitée par la rivalité féminine existant avec « l'autre femme ».

Sentiments de culpabilité conjugués au temps passé

De façon un peu inattendue et contradictoire, l'infertilité masculine éveille chez Nadia un sentiment de culpabilité envers son mari. Le problème, c'est que ce n'est pas un sentiment de culpabilité envers son partenaire actuel, mais envers son ex-mari. Elle nous révèle : « Quand j'ai découvert que Maged – mari actuel – avait un problème d'infertilité masculine, je me suis sentie coupable, parce que ça m'a fait sentir que peut-être j'aurais pu rester mariée à mon ex-mari si j'avais su, car la cause du divorce était que je ne parvenais pas à tomber enceinte. J'ai senti quelque part que c'était un signe de Dieu ». Il est clair que la jeune femme est encore partiellement prise dans sa relation affective passée et ne parvient pas à tourner la page.

7. Vécu du protocole médical de FIV: la ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Le vécu du prélèvement d'ovules est difficile pour la jeune femme. Ses fantasmes la font visualiser la procédure de façon trop ancrée dans la réalité corporelle technomédicale, trop crue et par conséquent anxiogène : « Le jour de la ponction des ovocytes, j'étais assez nerveuse ; le problème, c'est que je pouvais visualiser la procédure et ça m'angoissait d'avantage ». Le transfert d'embryons la plonge également dans la réalité du devenir mère de façon abrupte et soudaine, et non pas dans une douce rêverie maternelle³⁷ comme il conviendrait. Elle nous livre : « J'ai pris toutes ces injections, et puis soudain après le transfert d'embryons, j'ai senti – suis-je réellement prête à concevoir un bébé ? À ce moment là, c'est devenu très réel pour moi ».

8. La période d'attente post-FIV : le processus d'anticipation psychique

À la suite de la FIV, l'anticipation parentale et maternelle chez Nadia est peu sereine. D'une part, elle ressent un manque d'enthousiasme apparent de la part de son conjoint, ou du moins une hésitation accompagnée par l'incapacité de ce dernier à communiquer, qui fait que la jeune femme éprouve un sentiment de solitude face au

³⁷ C'est Bion qui introduit la notion de rêverie maternelle ou la capacité de la mère à rêver.

parcours de la FIV, qui devient un parcours solitaire et « non plus une bataille à deux où l'on se rend l'un l'autre plus fort », décrit-t-elle.

D'autre part, la jeune femme a du mal à intégrer psychiquement la procédure techno-médicale, elle qui se décrit comme une personne proche de la nature : « Pour pouvoir entreprendre une FIV, il faut prendre une décision consciente, contrairement à la grossesse naturelle. Avec la FIV c'est plutôt une vraie décision consciente d'avoir des enfants. Dans un sens c'est moins romantique ». Cette dernière phrase, « c'est moins romantique », révèle que la séparation de la sexualité – avec ce qu'elle contient d'affects – de la reproduction, gêne et bloque la patiente.

L'aspect génétique de la FIV, mêlé au problème d'infertilité masculine du mari, fait douter Nadia quant à la réussite de la PMA. Cela cache peut être également sa colère ou son sentiment d'injustice vis-à-vis du problème de son époux : « Quand tu fais une FIV, ça te fait plus penser aux aspects génétiques de la conception, tu penses aux choses de façon plus consciente. J'ai commencé à penser que le sperme de mon mari était faible, et à me demander si cela allait affecter la santé de mon enfant... Je ne sais pas. Est-ce que le bébé est affecté par l'aspect génétique ? Ça te rend paranoïaque. » Ce doute auquel se mêle ce sentiment paranoïaque cache sans doute des pulsions agressives envers son partenaire. Dans une sorte de vengeance verbale, il y a souvent, chez les femmes égyptiennes, cette sorte de confusion entre l'hypofertilité de l'homme, le fait que le sperme soit « faible » et un supposé manque de virilité. Inhorn, dans son ouvrage anthropologique sur la quête pour la conception (Inhorn, 1994) explore cette croyance traditionnelle chez les femmes en égyptiennes selon laquelle le sperme de l'homme serait affaibli par un acte de magie noire ou de mauvais œil provenant d'une femme qui lui garde rancune ou souhaite se venger.

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le fonctionnement psychique de la femme en cours de FIV

L'impact de la situation politique sur le psychisme de Nadia apparaît dans les détails de son parcours de FIV en 2012-2013. Alors qu'elle est en train d'essayer de

convaincre son mari de déposer un échantillon de sperme au Centre FIV et non pas au domicile pour une meilleure garantie de qualité du sperme, les routes de la ville sont bloquées sur la corniche du Nil en direction de la clinique à cause des affrontements violents entre Frères musulmans et jeunes révolutionnaires. Ce qui inquiète le plus Nadia à ce moment là, ce n'est pas d'être la cible de ces violences, mais de prendre du retard pour les rendez-vous médicaux au Centre FIV.

Résultats à la BDI-13

Le score de Nadia à l'inventaire de dépression est de 7, indiquant des symptômes de dépression légers. Cependant, notre observation clinique nous dévoile que cette femme est sur la défensive, ce qui pourrait signifier l'existence d'un vécu dépressif plus important, comme le révèle l'entretien.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord l'analyse de l'entretien de Nadia dévoile la présence d'un discours de plainte lié au diagnostic d'infertilité masculine de son mari et ex-mari, ainsi qu'au refus du conjoint de communiquer l'information de l'hypofertilité à la famille et belle-famille et enfin son hésitation durant la procédure de FIV. Le discours de Nadia ne révèle pas d'idéalisation parentale mais une le recours à l'idéalisation de la relation à l'ex- conjoint. Son discours ne révèle pas d'attaques contre les médecins et l'institution mais au contraire une idéalisation du mode de communication dans le système médical égyptien par rapport au système occidental. Pour la dépression les réponses de Nadia à la BDI-13 révèlent un score indiquant la présence de symptômes de dépression légers. Enfin, pour Nadia, le processus de réappropriation subjective est bloqué par son impossibilité à se dégager de son passé affectif, et son équilibre psychique présent est précaire.

En ce qui concerne la réaction des hommes dans la vie de Nadia face à leur diagnostic d'infertilité masculine, il semble que l'on soit face à un certain degré de déni, « mécanisme de défense originaire à l'égard de la réalité extérieure » (Laplanche et

Pontalis, 1967). En écoutant la patiente, j'avais immédiatement en mémoire le très grand nombre d'hommes à la clinique FIV que j'ai rencontrés et qui refusent d'effectuer le spermogramme, ou en nient le résultat. J'avais également en mémoire tous ces patients qui tentent de se séparer de leurs femmes et de trouver une épouse plus jeune, même si le diagnostic d'infertilité masculine a été confirmé. La question du tabou, traitée dans les travaux de Freud (Totem et tabou, 1913), est très présente dans le récit de la jeune femme.

Comparaisons de genre sexuel dans le discours de Nadia

Dans le discours de la jeune femme, on retrouve à plusieurs reprises des comparaisons de genre concernant le fonctionnement psychique des hommes et des femmes. Elle commence son discours par : « Les hommes sont bizarres, ils *collapsent* psychologiquement pour des choses que nous, nous arrivons à gérer psychologiquement normalement ». Cette dichotomisation hommes versus femmes et cette affirmation de la supposée force supérieure des femmes semble révéler un mécanisme de défense chez Nadia. Ce mécanisme aurait pour fonction de pallier sa souffrance due au sentiment d'être incomprise par son partenaire. Affirmer que les femmes sont plus fortes et supportent plus de choses difficiles, cela peut être une consolation face au sentiment injuste de devoir subir des traitements pénibles pour un problème médical qui ne lui appartient pas. À une autre reprise, Nadia ajoute : « Nous les femmes, on a plus d'émotions, eux – les hommes – ont moins d'émotions à propos de la FIV et de la procréation, et ils préfèrent ne pas y penser et ne pas en parler du tout ». Ces généralisations de genre expriment aussi peut être de façon inconsciente, sous forme de pulsions agressives passive, la colère et le désarroi de Nadia face, d'une part, à son mari, et d'autre part aux médecins hommes auxquels elle a affaire durant le parcours de la FIV, et auxquels elle reproche leur manque de communication.

Le discours de Nadia révèle une adolescence difficile, surtout en ce qui concerne la mise en place de sa féminité. Le divorce de ses parents semble avoir eu un impact

psychique difficile sur la jeune femme. C'est à partir de ce moment là que Nadia décrit le mécanisme d'un refoulement partiel de sa sexualité féminine.

Les entretiens avec Nadia ont mis à jour sa grande solitude au sein de sa famille : entre une mère mondaine qui est soi-disant dédiée à ses enfants mais qui est en même tant distante et dévalorisante envers son gendre ; et un père qui agit de manière indifférente n'estimant pas avoir un rôle à jouer auprès de sa fille.

Cette solitude est amplifiée par les sentiments de culpabilité très présents chez Nadia. Tout laisse à penser que le silence de tous ces hommes autour de la question de l'infertilité crée chez Nadia une confusion des sentiments : est-elle victime ou coupable dans cette situation ? Rajouté à cela le tabou sexuel entourant ce problème d'infertilité et l'utilisation de son propre corps comme outil pour la FIV – tout cela a participé à faire plonger la jeune femme dans davantage de solitude.

Enfin, à travers cet entretien, nous percevons que le partage de l'information par l'institution médicale avec les patients en FIV semble aussi avoir une dimension psychoculturelle importante. C'est comme si cette institution participait aux mécanismes de défense des individus et aux tabous de la société concernant l'infertilité et en particulier l'infertilité masculine. Ceci nous fait réfléchir aux travaux psychanalytiques de René Kaës sur le sujet de l'institution. Dans son ouvrage, il analyse les lois dictées par elle, aussi bien implicites qu'explicites (Kaës, 2000).

3. Rola : jeune femme égypto-jordanienne, Port-Saïd

Présentation générale

Rola est une jeune femme âgée de 24 ans seulement. C'est une jolie jeune femme, très blanche de peau, qui possède des yeux verts clairs et de longs cheveux noirs et soyeux. Elle paraît très coquette et semble faire très attention à son apparence. En même temps, elle est d'assez forte corpulence ; pesant exactement 97 kilos. Elle est actuellement femme au foyer. Son conjoint Adel a actuellement 32 ans, et c'est leur première consultation au Centre FIV.

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Rola est une jeune femme de père égyptien et de mère d'origine jordanienne mais elle-même élevée en Égypte dans la religion musulmane, sans être voilée. Sa famille est issue de la classe moyenne. Elle a vécu toute son enfance et son adolescence en Caire jusqu'à son mariage. Son père, qui a actuellement plus de 70 ans, travaillait dans le secteur de l'import-export et est à présent à la retraite. Sa mère, ayant travaillé avant son mariage dans le secrétariat, a conçu de nombreux enfants et est devenue femme au foyer.

Petite fille et adolescente, Rola suit une scolarité très réussie et a beaucoup d'amis. Elle me confie que dans son entourage, on lui a souvent dit qu'elle ressemblait beaucoup à sa mère, elle aussi très blanche de teint et dotée d'yeux clairs. Elle reconnaît aussi avoir été choyée dans son enfance, car la plus jeune – « et la plus jolie », ajoute-t-elle avec une certaine gêne. Étant la cadette, elle était aussi moins sous la surveillance parentale que ne l'ont été ses frères et sœurs. Rola est la benjamine d'une fratrie de cinq frères et sœurs, et une différence d'âge de 20 ans la sépare de son frère aîné.

Au Caire, sa famille vit dans le quartier nord résidentiel de *Madinet Nasr*. Elle-même et son mari vivent dans la ville portuaire de Port-Saïd et, étant donné la distance entre les deux villes, Rola réside chez sa famille lorsqu'elle vient au Centre pour la consultation FIV.

Rola a eu une adolescence qu'elle qualifie de « normale ». Elle atteint la puberté à l'âge de 13 ans et devient assez vite victime d'un excès de poids, dont, nous dit-elle, elle aura du mal à se débarrasser dès le début de sa vie de jeune adulte. Elle se plaindra plus tard d'en avoir repris suite aux injections administrées durant le protocole FIV, ce qui la consterne, elle « si coquette et féminine », nous dit-elle avec regret. Bien qu'elle s'entende plutôt bien avec son père et sa mère, elle reconnaît s'être toujours sentie plus proche de sa sœur aînée Manar que de sa mère « peut-être parce qu'on était plus proches en âge et qu'on pouvait parler plus facilement », analyse-t-elle. Concernant sa scolarité, elle se décrit comme très ambitieuse au lycée, et très enthousiaste lors des études de journalisme qu'elle entreprend à l'université du Caire.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Lorsque je rencontre le couple, l'union de Rola et d'Adel remonte à un an seulement. Rola a fait la connaissance de son mari au cours d'un des séjours de travail de ce dernier au Caire. Adel est son aîné de huit ans, une différence d'âge importante qui est souvent retrouvée parmi les couples égyptiens. Il est ingénieur-informaticien des télécommunications, ce qui l'amène à effectuer de nombreux déplacements au Caire dans le cadre de son emploi, dont le bureau central se trouve dans le quartier sud de *Maadi*. Rola le trouve charmeur, ayant de « l'expérience », et elle est impressionnée par le fait qu'il soit plus âgé qu'elle, « un vrai homme » dit-elle. La jeune femme a vite été séduite par ses avances, et c'est à peine ses études universitaires terminées que le mariage est décidé, avec l'accord de ses parents. Ces derniers voient en Rola une jeune fille « volage et gaie », qu'il vaut mieux vite marier avant qu'elle ne fasse des « bêtises », selon ses propres termes.

À la suite de leur union, la jeune femme part s'installer avec son époux dans la ville portuaire de Port-Saïd où ce dernier vit ainsi que toute sa famille. Les parents de Rola sont un peu inquiets, nous dit-elle, de voir leur fille partir dans une autre ville, surtout en ce temps de révolution et de violences. Ils souhaiteraient que le couple loue un appartement au Caire. Depuis leur mariage, le mari de Rola refuse qu'elle travaille,

craignant pour sa femme le harcèlement sexuel – très fréquent en Égypte et de plus en temps de révolution – ainsi que les violences politiques potentielles. Nous sommes à ce moment en 2012, année transition entre la révolution et les élections présidentielles de juin 2012 qui amenèrent les Frères musulmans au pouvoir. Port-Saïd est proche de la ville de Suez qui a connu de nombreux soulèvements pendant l'année 2011. En conséquence, Rola est actuellement femme au foyer, alors qu'elle avait un métier de secrétaire administrative de haut niveau avant le mariage.

Son conjoint Adel, lui, est né d'un couple de parents cousins germains. Rola nous apprend qu'il a eu une vie affective « assez tumultueuse » comme elle le formule, et a été marié deux fois auparavant. Son dernier mariage a duré cinq ans. Au sujet de ces deux unions, Adel prétend que ses ex-femmes ont été enceintes mais ont avorté.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité et impact psychique chez la femme

Rola nous relate volontiers le début du parcours médical du couple et l'annonce du diagnostic. Avant la consultation médicale au Centre FIV, Adel avait déjà subi, dans une autre clinique, une chirurgie pour enlever des varicocèles. Le diagnostic d'infertilité masculine actuel révèle une oligospermie³⁸. En 2010, il avait été diagnostiqué une fois d'azoospermie, à la suite de quoi son andrologue lui avait annoncé qu'il devra peut être d'effectuer une procédure médicale de TESE. Dans son historique médical, nous pouvons lire qu'il est fumeur et souffre d'une infection de la prostate. Rola nous révèle qu'avant de débiter le protocole, son mari devait subir un second spermogramme en vue de la FIV mais qu'il avait refusé de coopérer : « Mon mari devait revenir au Centre FIV en août dernier pour un spermogramme mais il a refusé, en rétorquant, selon elle : « C'est quelque chose que le Bon Dieu contrôle, tout vient avec la volonté de Dieu ». Lorsque le diagnostic est révélé et que le protocole est décidé, l'une des sœurs aînées de Rola, Manar, vient l'accompagner lors du parcours de la FIV. Manar et Rola sont très

³⁸ Selon le Dictionnaire Larousse, c'est une : « Insuffisance du nombre de spermatozoïdes dans le sperme – moins de 20 millions de spermatozoïdes par mL – pouvant être à l'origine d'une stérilité ».

proches depuis l'enfance, bien que très différentes : Manar semble plus traditionnelle socialement et porte le voile.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Le traitement qui est proposé au couple est un protocole classique d'ICSI³⁹ long, avec une estimation de 45 % de réussite de la FIV, le taux de succès le plus élevé en Égypte. Lors de la ponction d'ovules, 20 ovocytes sont prélevés. Malheureusement, ces ovules sont de qualité moyenne, malgré le jeune âge de la patiente. Après une certaine résistance de la part de son conjoint, deux échantillons de sperme sont prélevés sur lui. Le résultat du compte est à chaque fois : 10 millions de spermatozoïdes par Ml de sperme et une faible motilité.

C'est le Docteur A. S. qui suit la patiente durant le protocole. Malgré son tempérament calme et patient, Rola se montre très inquiète durant la période des traitements et exprime une grande détresse. Quant à Adel, il est suivi par le Docteur A. G., andrologue du centre. Adel fume beaucoup, environ 30 cigarettes par jour, au grand désespoir de Rola qui ne parvient pas à le convaincre d'arrêter ou de diminuer. Il est également en surpoids, pesant autour de 135 kilos.

5. Place et réactions de la famille du couple

Au début, la famille de Rola est sereine et essaie de soutenir la jeune femme et d'apaiser le couple. Elle souhaite éviter le conflit et ne juge pas nécessaire d'en arriver à une séparation. « Pour mes parents, même s'ils voyaient que mon mari avait tort, il préféreraient patienter. Tout valait mieux que le divorce, parce que c'est mal vu et que les gens penseront forcément que le divorce c'est parce que je suis infertile, et ils s'en prendront à moi ». Du côté de la famille de son mari, Rola ressent qu'il n'y a aucune empathie mais une idéalisation totale de l'homme, son mari. « Je sens que ses parents sont toujours de son côté. Sa mère m'a dit, 'si vous divorcez, lui perdra seulement de l'argent, mais toi, tu perdras tout'... Je sens que dans sa famille est sont jalouse de moi

³⁹ ICSI : technique de PMA : l'injection de sperme cytoplasmique.

parce que je suis éduquée et indépendante, et de mère jordanienne, et plus jolie que les sœurs et belles sœurs d'Adel ».

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Rola propose maintes fois à son mari de consulter un psychologue ou un psychiatre en couple, à cause de leurs conflits conjugaux, de la jalousie malade de ce dernier, et des rapports étranges qu'il maintient avec ses ex-compagnes. Mais celui-ci refuse obstinément : « À chaque fois il me dit : 'si toi tu as des problèmes psychologiques, va parler avec un professionnel, moi je suis intact, sain, je n'ai pas de problèmes et je ne suis pas fou pour parler avec un psychiatre' ».

À propos de la question du divorce, Adel en refuse totalement le principe : « Il me dit à chaque fois que j'aborde la question : 'fais ce qui te conviens, tu peux aller te débrouiller devant les tribunaux, moi je ne divorcerai jamais à l'amiable' ». Rola me confie : « J'ai parlé avec ma sœur, celle que vous avez rencontré le jour du transfert d'embryons. Au début, elle m'a dit : 'Ce n'est pas grave, essaie quand même de supporter', puis elle a bien compris de quoi il s'agissait, mais mes parents craignent le divorce ». Rola est consciente que divorcer au tribunal sera néanmoins très difficile, car lorsque le divorce ne se fait pas d'un commun accord, la femme recourt à la procédure légale du *kholaa*⁴⁰, séparation pour laquelle la loi ne prévoit aucun dédommagement financier pour l'épouse.

Concernant sa nouvelle situation d'« étrangère » à Port-Saïd – comme elle le décrit – à la suite de son mariage avec Adel, Rola me confie : « Loin du Caire, je sens que je vis dans le tiers monde, ou à l'âge préhistorique... » Elle se réfère au fait d'être enfermée à la maison, comme femme au foyer ne pouvant ni sortir se promener ni exercer une profession à l'extérieur. Elle est également blessée par le manque d'attention de son mari pendant et après la FIV : « Pendant la période de la FIV, il ne

⁴⁰ Kheir, A. (2009). [*Le kholaa, entre politique et médias.*] En arabe, publié au Caire.

me prend pas la main, ne me soutient pas, c'est comme s'il ne se passait rien dans mon corps ».

« Je sens que j'ai tout laissé derrière moi au Caire, ma famille, mon travail qui était une carrière, et je suis venue ici pour me retrouver enfermée avec un homme que je ne vois jamais. Chaque jour, il part le matin et revient en fin de journée, pendant que moi je ne fais que nettoyer et cuisiner ». La jeune femme semble très désillusionnée. Par son mariage. Comme beaucoup de femmes égyptiennes, la période de prise de connaissance précédant le mariage est très brève et il n'y a ni vie commune ni relations sexuelles avant l'union sacrée. Elle confie sa déception : « Mon mari était très différent avant le mariage, il m'avait promis que tout irait bien, ce n'est pas du tout comme ce qu'il m'avait dit. À présent nous vivons presque comme deux personnes séparées, nous ne partageons plus la même chambre, c'est comme si nous n'étions pas mariés ».

Le fait que son mari ait été marié plusieurs fois précédant leur union constitue un point négatif pour elle et la rend méfiante et parfois jalouse : « Il a été marié deux fois avant moi, et depuis le début de notre relation j'ai l'impression qu'il me compare constamment à ses ex ». Selon Rola, l'une d'elle était « une femme à pantalon » comme elle le formule, elle commandait tout, et lui n'avait qu'à obéir. Et l'autre était d'une famille plus modeste et l'exploitait, en quelque sorte, financièrement. « J'ai beau lui dire et lui répéter que je suis différente et que je n'ai pas envie tout le temps de sentir que son passé ressurgit dans ma vie quotidienne, c'est comme s'il était encore marié avec elles ». Elle me dit qu'elle n'arrive pas à savoir la part qu'il fait de son passé et la part de leur vie actuelle, dans son psychisme.

7. Vécu et résonance du protocole FIV: La ponction d'ovules et le transfert d'embryons

La procédure de FIV par ISCI de Rola a eu lieu au mois de juin 2013, en même temps que les grandes manifestations politiques qui s'étendent dans tout le pays, précédant le coup d'État militaire de juillet 2013. Pendant le protocole, la patiente reçoit

un GnRHa/hMG⁴¹, ce qui correspond à un long protocole pour stimulation ovarienne. Lors de l'ICSI, la fertilisation réussit pour quatre ovules et les quatre embryons en résultant sont réimplantés le jour du transfert.

La sœur de la patiente, Manar, est à ses côtés pour veiller à ses besoins, et semble très préoccupée par son bien être psychologique. Manar traite un peu Rola comme si c'était sa petite fille, la cajolant et la surprotégeant. Rola me dit qu'à son arrivée, elle a été gênée de se retrouver dans une chambre double, avec juste un petit rideau la séparant d'une autre patiente venant d'effectuer elle aussi un transfert d'embryons. Après une dizaine de minutes passées dans ce cadre, elle a du demander à l'infirmière si le lit roulant pouvait être déplacé dans une autre chambre d'opération vide, ce qu'elle a effectué au moment même, pour pouvoir bénéficier de plus d'intimité. À ce moment du protocole et de sa vie, Rola nous semble sereine et éprouver un certain espoir malgré ses difficultés conjugales. Elle n'a pas d'a priori sur le résultat de la FIV, qu'elle appelle « l'opération ».

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

À la suite de la FIV, Rola m'avoue qu'en réfléchissant, elle pense que si cette FIV ne réussit pas, elle décidera de prendre un temps pour elle-même sans autres tentatives. Elle dit se sentir très nerveuse, tellement qu'elle ne supporte « plus rien », c'est-à-dire « plus aucune tension », explique-t-elle. La semaine dernière, me confie-t-elle, elle s'est disputée avec son mari. Passant ses journées entières seule et loin de sa famille, il lui est venu à l'esprit d'élever un chat pour avoir un peu de compagnie en attendant d'avoir un enfant, ou pas. Elle se plaint de ne jamais voir son mari, puisqu'il effectue de nombreux déplacements au Caire en raison de son travail.

Analysant rétrospectivement le début de leur relation affective et de leur mariage, Rola avoue avoir su avant leur mariage que son mari avait un problème d'infertilité. À ce moment là, cela ne lui causait pas de souci. Et puis, son beau père – le père de son

⁴¹ Ce traitement correspond à 3 ampoules d'injections par jour durant 5 jours, suivi d'une ampoule durant un jour.

mari – a été diagnostiqué d'un cancer, et là, Rola a proposé à son mari qu'ils essayent de concevoir un enfant, pour que le beau père soit psychologiquement apaisé, pour lui procurer ainsi une sorte de dérivatif. Ils ont donc commencé le protocole de traitement au Centre FIV.

Rola se souvient qu'elle était dans un état de grande détresse psychologique. « Moi mon état psychologique était très mauvais parce qu'il fumait des cigarettes. Lui, il se butait contre la question des analyses et pour faire un spermogramme c'était pareil. Lui, il se bute contre tout ». Rola exprime le fait qu'elle est très gênée par son importante prise de poids durant cette FIV. « J'ai l'impression de ne plus reconnaître mon corps, d'être déformée », se morfond-t-elle.

9. Effet de la situation politique en Égypte entre 2011 et 2013 sur le vécu psychique des femmes en cours de FIV

Pour Rola, la révolution signifie dans un premier temps l'enfermement à la maison de Port-Saïd à la suite de son mariage. Elle avoue avoir détesté cette période entre 2012-2013, et le fait d'être dans un lieu qu'elle ne connaissait pas et où elle ne pouvait pas sortir librement à cause des affrontements politiques, et du harcèlement sexuel encore plus exacerbé dans ce contexte de révolution.

Ses consultations au Centre FIV ont eu lieu en 2013, année transition de la fin du gouvernement des Frères musulmans et du début du pouvoir militaire du Maréchal Al Sissi. Les déplacements entre Port-Saïd et le Caire étaient particulièrement difficiles pour le couple à cause des dangers sur les routes. Les événements violents de cette année n'ont fait qu'exacerber l'état d'incertitude dans laquelle la patiente se trouvait par rapport à sa vie de couple et à la possibilité ou non de concevoir un enfant.

Résultats à la BDI-13

En ce qui concerne les symptômes de dépression, Rola a obtenu un score de 10 à la BDI-13. Ce résultat la situe dans la catégorie des symptômes de dépression moyens. À l'observation clinique, Rola est très tendue et larmoie à plusieurs reprises au cours de

l'entretien. Elle ressent des sentiments d'isolement dans sa nouvelle vie depuis un an. Elle fait preuve de légers symptômes de dépression liés à cette solitude, et se plaint de tensions entre elle et son mari à cause de son manque de compréhension de ce qu'elle ressent. À la fin de la passation de la BDI-13, la patiente demande à se faire prescrire un antidépresseur afin de la soulager quelque peu de son état dépressif.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Rola dévoile la présence d'un discours de plainte lié au refus de son conjoint d'être contenant dans le contexte de la FIV, mais ne semble pas inclure la question du secret de son hypofertilité. En accord avec l'hypothèse opérationnelle 2.1., le discours de Rola ne révèle pas le recours au mécanisme de l'idéalisation de ses parents, mais un certain rapprochement de ces derniers dans la perspective d'une séparation conjugale. En désaccord avec l'hypothèse opérationnelle 2.2., le verbatim de Rola ne comprend pas de critiques ou d'attaques adressées envers les médecins du Centre FIV. Pour la dépression, les réponses de Rola à la BDI-13 révèlent un score indiquant la présence symptômes de dépression qualifiés de moyens. Enfin, pour Rola, le processus de réappropriation subjective chez cette femme est difficile, révélant un équilibre psychique précaire.

Dans le récit de Rola, le refus de son mari de reconnaître sa pathologie et d'effectuer les analyses médicales nécessaires nous renvoie à nos observations cliniques : un certain nombre d'hommes égyptiens refusent automatiquement d'effectuer un spermogramme, avant même d'avoir un diagnostic d'infertilité masculine établi.

Dans le contexte du récit de Rola, l'utilisation constante du terme «opération» pour désigner la FIV permet de banaliser la procédure de PMA, peut-être aussi de la déssexualiser, et d'effectuer une mise à distance psychique entre la jeune femme et «l'inquiétante étrangeté» de la FIV (Freud, 1919). Cette appellation, comme nous le verrons dans l'analyse transversale des cas de recherche, n'est pas une exception chez la

jeune femme. Dans de nombreux cas de recherche, les femmes utilisent le terme d'« opération » en parlant de la FIV.

4. Nora, jeune femme au foyer portant le voile complet

Présentation générale

Nora est une jeune femme de 24 ans, mariée depuis trois ans et habitant le gouvernorat de *Guizeh*, dans la banlieue marginalisée et excentrée de *Khousous*. Elle porte le voile complet, nommé *niqab*⁴², qui ne laisse transparaître de son joli visage que ses yeux. Son mari, Malek, plus âgé de dix ans que son épouse, a 34 ans. Copropriétaire d'un supermarché à proximité de leur domicile, il y travaille de très longues heures. Dès qu'elle commence à parler, je suis surprise de voir qu'il n'y pas d'adéquation entre son vêtement conservateur et son discours libéré. D'ailleurs, elle ôte la partie du *niqab* qui cache son visage pendant l'entretien pour garder le contact visuel avec moi, sans que je le lui demande.

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Nora a été élevée au Caire, dans une famille musulmane conservatrice de la classe moyenne. Sa mère est une femme au foyer voilée et son père est un employé récemment retraité. Il travaillait auparavant dans un bureau du ministère de la santé au centre ville. Nora, comme c'est souvent le cas dans la classe moyenne égyptienne, appartient à une fratrie nombreuse ; elle a deux sœurs et un frère. Elle décrit sa relation avec ses parents comme « normale », n'ayant pas eu beaucoup de communication avec eux durant l'enfance et l'adolescence, mais sans conflits. À l'école, c'est une bonne élève mais elle dit avoir toujours eu peur de mal faire et d'être grondée. À la suite de sa scolarité, elle passe un diplôme technique de secrétariat dont elle ne fera pas usage, étant donné qu'elle ne travaillera pas après le mariage. Nora est voilée depuis l'âge de 16 ans. Elle nous révèle que ses parents ne l'avaient pas exigé mais que toutes les jeunes filles de

⁴² Le *niqab* est un vêtement noir complet qui cache les cheveux et tout le visage de la femme, excepté les yeux. Il provient du courant wahhabite de l'Islam, importé d'Arabie Saoudite.

son âge au lycée s'étant voilées, ainsi que ses sœurs aînées, elle trouvait donc logique de faire de même, d'autant que toutes les femmes du quartier l'étaient.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Nora et son conjoint Malek sont mariés depuis trois ans, et fiancés depuis quatre. Nora décrit la rencontre avec son conjoint comme étant un « mariage d'amour mais en même temps traditionnel ». Quand je l'interroge sur la façon dont cela peut être à la fois « un mariage d'amour » et « traditionnel », elle m'explique que, comme le veut la tradition égyptienne musulmane, elle-même et Malek ne se fréquentaient ni n'entretenaient de relation d'amour ou de camaraderie avant le mariage, mais qu'elle le connaissait « de loin » car ils habitaient le même quartier, et qu'elle « l'aimait » et le respectait. Malek, qui travaillait à cette épicerie faisant office de supermarché du quartier, apercevait tous les jours Nora sur son chemin vers l'institut technique, et lui souriait. Elle, de son côté, s'arrêtait souvent pour acheter un jus ou une barre de chocolat. Nora nous conte qu'elle était timide et réservée, mais qu'elle se rendait bien compte qu'elle plaisait à cet homme, et en était flattée. Elle s'ennuyait chez elle dans sa famille nombreuse où il n'y avait rien à faire et pas le droit de sortir se promener, donc, voilà, ajoute-t-elle : « toutes les filles finissent par se marier ».

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique sur la femme

Avant de consulter au Centre FIV, le couple avait « eu sa part de la tournée des médecins », comme le formule Nora. Le premier bilan médical, provenant d'une erreur d'un médecin qu'ils avaient consulté l'année précédente, était un diagnostic d'endométriose⁴³ chez la femme. Le mot d'endométriose avait provoqué effroi et terreur chez Nora, avec une seule obsession en tête : elle était à la source du « problème ».

⁴³ L'endométriose est : « une maladie caractérisée par la présence de tissu utérin (ou tissu endométrial) en dehors de la cavité utérine. Cette localisation anormale (dite « ectopique ») se manifeste par des lésions composées de cellules qui possèdent les mêmes caractéristiques que celles de la muqueuse utérine (l'endomètre) et se comportent comme elles sous l'influence des hormones ovariennes. » (Site de L'INSERM, 2015).

Ce n'est que dans un deuxième temps qu'ils sont redirigés par des personnes de leur entourage vers le Centre FIV. À ce moment là, il s'avère que les trompes de la jeune femme sont intactes et ne présentent pas de blocage. Elle a souffert à un moment donné de spots d'endométriose pour lesquels elle a subi un traitement médicamenteux, mais n'en souffre plus actuellement.

Au Centre FIV, le vrai diagnostic est révélé. Dans le dossier médical du couple, nous pouvons lire : infertilité primaire datant depuis trois ans, facteur masculin. Le spermogramme se présente ainsi : 28 millions de spermatozoïdes par mL de sperme⁴⁴, ce qui correspond à un taux normal, mais indiquant une faible motilité⁴⁵. Nora nous avoue qu'elle s'est sentie soulagée à ce moment-là, alors que, reconnaît-elle, elle aurait plutôt dû éprouver de la désolation pour son conjoint ; elle dit se sentir coupable de ressentir ce soulagement. Dans un premier temps, l'andrologue Docteur I. F. prescrit un traitement médicamenteux à Malek pour tenter de traiter localement l'hypofertilité masculine. Ensuite, dans un second temps, le spécialiste FIV prescrit au couple un protocole de stimulation hormonale, avec des consignes de rapports sexuels à effectuer à des moments précis. Nora et Malek essaient pendant quelques mois, mais ce traitement cause un problème de manque de désir sexuel chez le couple. La sexualité devient ennuyeuse, trop prévisible, et Malek s'en plaint au médecin.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Enfin, puisque ces traitements ne réussissent pas, l'institution propose au couple une FIV. Nora est réticente, elle a craint la douleur qu'elle anticipe d'éprouver. Son conjoint, sachant qu'il est la cause de l'infertilité, tente d'exercer pression sur Nora afin d'opter pour cette solution qu'il perçoit comme « magique » selon les termes de sa femme. Elle pense qu'il se sent coupable et qu'il perçoit la FIV comme « la solution » qui va parvenir à le soulager psychologiquement. Les médecins du Centre FIV

⁴⁴ Le spermogramme d'un homme fertile est égal à 30 millions de spermatozoïdes par ml de sperme

⁴⁵ La faible motilité de spermatozoïdes correspond à moins de 30% de mouvement.

annoncent au couple des chances de réussite allant jusqu'à 45%⁴⁶ de succès pour la FIV par ICSI, pour un protocole long.

Dans un premier temps, le couple est reçu par le Professeur M. A, échographe et spécialiste de la FIV. Nora se plaint de souffrir de symptômes de vaginisme, qui se manifestent avant et au cours des relations sexuelles, et lors de l'examen gynécologique par échographie. L'historique concernant les habitudes sexuelles du couple révèle que la jeune femme parvient tout de même à avoir des relations sexuelles complètes dans certaines positions dont elle me donne la description sans aucune gêne. Lorsque je questionne la jeune femme sur la relation affective du couple et leur entente dans la vie de tous les jours, ses paroles révèlent quelques tensions dans ce domaine, mais non causées selon elle par l'infertilité et la FIV.

Nora me rapporte que son mari refuse de prendre le traitement médicamenteux pour hypofertilité masculine à cause de ses problèmes d'estomac. « Mais cela serait moins douloureux et plus facile que de devoir recourir à une FIV » s'indigne dit-elle. Elle me confie : « Je sens toujours qu'il cherche la solution de facilité. Et pourtant, tous les médecins lui ont dit de commencer par prendre ses médicaments pour le traitement de l'infertilité masculine ».

De son côté, en tant que femme, elle est soulagée par les examens médicaux qui indiquent qu'elle n'est pas à l'origine du problème d'infertilité. « Je me sens mieux de savoir qu'en ce qui me concerne je n'ai pas de « problème » avoue-t-elle. « Je ne suis pas en défaut⁴⁷ », ajoute-t-elle avec soulagement. « J'avais pensé qu'il aurait pu me répudier, et donc je suis soulagée ».

5. Place et réactions de la famille du couple

La famille du conjoint de Nora insiste pour que le couple ait recours à une FIV. Au début, ils n'ont pas conscience que Malek, leur fils, est à l'origine de l'infertilité.

⁴⁶ Cela correspond à la plus haute estimation de chance de succès d'une FIV homologue en Égypte.

⁴⁷ Le mot littéral qu'elle utilise est *eib*, signifiant en langue arabe un défaut.

Elle-même ne souhaite pas dévoiler ce secret, nous avoue Nora. Bien que son mari refuse au début des consultations de se soumettre aux traitements médicamenteux pour infertilité, il finit par opter pour une approche ouverte vis-à-vis de ses propres parents en leur annonçant son hypofertilité, évitant ainsi de faire porter à sa femme le fardeau du diagnostic. « Ce qui est bien avec mon mari » reconnaît Nora, « c'est qu'il ne donne pas beaucoup d'importance aux ragots de famille, si quelqu'un parle de l'infertilité, il s'en fiche ».

Nora avoue qu'être diagnostiquée d'infertilité féminine aurait changé toute la donne pour elle. Cela l'aurait culpabilisée vis-à-vis de son mari et de sa famille, comme elle l'a déjà été durant la période d'incertitude du diagnostic : « Je me sentais être un poids pour lui, je me sens légère à présent ». Au cours d'autres entretiens, certaines femmes le verbalisaient ainsi : « Je préférerais mourir », ou bien encore : « Je ne lui sers à rien, donc à quoi bon vivre ».

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Nora se montre assez empathique dans son discours vis-à-vis du diagnostic de son mari. Elle ne lui en veut pas d'avoir «une pathologie », mais seulement de refuser de prendre le traitement médicamenteux prescrit et de faire pression sur elle concernant un protocole de FIV rapide. Elle avoue qu'il est gentil avec elle et lui est reconnaissante d'avoir pris l'initiative de parler à ses parents, levant ainsi le doute pour sa belle-famille d'une potentielle infertilité féminine. « S'ils avaient le moindre doute que le problème vienne de moi, ses parents et ses sœurs essaieraient de le convaincre à tout prix de prendre une seconde épouse, et à ce moment-là, personne ne pourrait leur en vouloir », dit-elle.

7. Vécu et résonance du protocole FIV: La ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Nora, qui avait déjà mal supporté les injections durant le protocole, appréhendait particulièrement le prélèvement d'ovules et le transfert d'embryon. Cependant, suivie

par une médecin femme qui la met plus à l'aise, elle avoue ne pas avoir souffert. Comme certaines des femmes rencontrées en consultation FIV, Nora avait demandé à être suivie médicalement par une femme, appréhendant fortement l'examen gynécologique par un homme : « J'aurais trop honte, et d'ailleurs mon mari ne serait pas très à l'aise non plus ».

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

En anticipant le résultat de la FIV, Nora nous confie ses craintes des répercussions psychiques : « Mais j'ai très peur des deux semaines d'attente après la FIV et de ma réaction psychologique à ce moment-là, si jamais il y a un échec ». Pour la jeune épouse, cette peur est tellement paralysante qu'au début de la consultation elle avait refusé de procéder au protocole.

9. Effet de la situation politique en Égypte entre 2011 et 2013 sur le vécu psychique des femmes en cours de FIV

À l'aube de révolution, Nora avait peur d'être victime de harcèlement moral à cause du port du voile complet. À partir de fin 2012 et début 2013, la haine contre les Frères musulmans ayant frappé toute l'Égypte, elle craint que sa tenue vestimentaire ne soit interprétée comme le signe de l'appartenance à une famille de Frères musulmans, ce qui n'est pas le cas. Il lui arrive de se demander si elle doit enlever le *niqab* et lui substituer un voile ordinaire.

Résultats à la BDI-13

À l'échelle de dépression, elle obtient un score de 7, ce qui la situe dans la catégorie des symptômes de dépression légers. L'observation clinique de la jeune femme nous révèle néanmoins un affect triste.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Nora dévoile la présence d'un discours de plainte lié dans un premier temps au secret du

diagnostic d'infertilité masculine, suivi du refus du conjoint de coopérer dans le traitement médical. L'hypothèse opérationnelle 2.1., n'est pas confirmée, puisque nous n'identifions pas de recours au mécanisme de l'idéalisation des parents de Nora, et il en est de même pour l'hypothèse opérationnelle 2.2. qui est infirmée, étant donné l'absence d'attaques adressées contre les médecins du Centre FIV. Pour la dépression, les réponses de Nora à la BDI-13 révèlent un score de 7 indiquant la présence de légers symptômes de dépression. Enfin, pour Nora, le processus d'appropriation subjective est en cours, révélant la présence d'un assez bon équilibre psychique.

Dès que j'aperçois Nora ainsi voilée de haut en bas, cet aspect vestimentaire me fait craindre, sur le plan contre-transférentiel, d'être face à une femme très conservatrice socialement et adopter forcément un discours religieux. Au cours de l'entretien, je réalise que c'est moi qui étais sur la défensive car ça n'a pas été le cas comme je l'ai mentionné : non seulement elle ôte la partie du *niqab* qui cache son visage pour garder le contact visuel avec moi, mais elle me parle très librement et en détail de sa sexualité avec son mari.

À travers le discours de Nora, nous sommes amenés à comprendre que pour elle, comme pour de nombreuses femmes égyptiennes rencontrées à la clinique, porter le diagnostic d'infertilité féminine, serait en quelque sorte subir une castration physique et psychique.

La peur paralysante du résultat de la FIV est fréquemment retrouvée chez les femmes et les couples rencontrés en consultation, parfois de façon prospective, et d'autres fois de manière rétrospective. Ce vécu chez Nora nous fait penser à ce que Missonnier nomme « l'anticipation traumatique » (2004).

5. Radwa, femme vivant à distance de son mari

Présentation générale

Radwa est une jeune femme âgée de 34 ans, femme au foyer, vivant dans le quartier résidentiel aisé de *Madinet Nasr*, au nord du Caire. Elle porte un voile islamique de couleur, a un teint pale et un doux sourire, et souvent un sourire est accompagné d'une expression un peu triste. Son mari, Mohamed est avocat dans une entreprise commerciale. La patiente est venue pour une consultation FIV accompagnée de son conjoint. Le couple m'est référé pour la recherche par le docteur Y. A. spécialiste de la FIV.

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Radwa a grandi dans une famille de la classe moyenne du Caire. Elle a un frère aîné plus âgé qu'elle de cinq ans. Selon elle, leur relation a toujours été caractérisée par l'autorité : ses parents chargeaient son frère Shérif de jouer le rôle du « patriarche » selon ses termes, ce qui exaspérait la jeune fille, parce ce que « lui avait le droit de tout faire et moi rien » résume-t-elle. Elle raconte avoir eu une enfance calme, et avoir été surprotégée par ses parents. Elle nous confie : « enfant, j'ai toujours été très peureuse, et je pleurais souvent », « comme maintenant », ajoute-t-elle presque honteusement. Elle était une enfant timide et réservée, craintive à l'école, dont les camarades se moquaient souvent. À l'école, elle se souvient avoir été très anxieuse et craignait d'obtenir de mauvais résultats. Elle juge qu'elle était intelligente, mais qu'elle avait tellement peur de mal faire ou d'échouer, que cela la bloquait, lors des examens. En parlant du système du baccalauréat égyptien, elle nous livre : « le système de la *thanaweya 3ama*⁴⁸, c'était la terreur, c'est fait pour donner des complexes psychologiques aux étudiants, c'est tout ».

⁴⁸ La *thanaweya 3ama* est l'équivalent du baccalauréat français. Les examens sont également divisés sur deux ans comme en France.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Radwa et son partenaire Mohamed se sont mariés par amour. Bien que la relation semble très traditionnelle, la jeune femme nous raconte que lorsque son mari était venu se présenter à son père pour des fiançailles, il lui avait plu tout de suite. Ce qu'elle admirait chez lui dit-elle, c'est qu'il semblait avoir une forte personnalité, qu'il était poli et qu'il avait une profession « respectable », un avocat dit-t-elle fièrement.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité et impact psychique chez la femme

La découverte de l'hypofertilité masculine de son époux est un moment difficile pour Radwa. Elle a du mal à annoncer la nouvelle à ses parents, et en même temps, elle avoue : « je n'ai l'habitude de ne rien leur cacher ». Finalement, le couple annonce aux deux familles le diagnostic et leur initiative de débiter un protocole FIV.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Le docteur Y.A. qui reçoit Mme Radwa en premier pour la consultation FIV la décrit comme une femme possédant des traits ou symptômes qu'il qualifie « d'hystériques ». Selon sa description, la femme se plaint incessamment de divers symptômes physiques et psychosomatiques : maux de tête, palpitations, difficulté à respirer, douleurs diffuses, et un mal-être psychique se manifestant par des symptômes d'anxiété, des craintes diverses, une peur de l'anesthésie pendant la ponction des ovules, et un discours de plainte adressé envers son mari, le jugeant pas assez attentif à elle, etc. De son côté, Radwa dit trouver les médecins gentils, mais elle remarque qu'ils s'impatientent assez vite de ses questions et de ses gémissements. Elle dit être consciente du fait qu'elle est extrêmement anxieuse, mais elle sent que ses symptômes sont réels et « pas de la comédie » assure-t-elle sur un ton plaintif.

5. Place et réactions de la famille du couple

Radwa est assez proche de sa famille, chez qui elle réside durant la période du protocole FIV. Elle pense que son père et sa mère sont assez autoritaires. Selon la jeune

femme, la famille de son mari n'est pas empathique avec elle. Mohamed, son mari, n'a plus que son père, sa mère étant décédée depuis quelques années.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Radwa se plaint ouvertement de son mari. Sa plainte principale est que son mari passe plus de la moitié de la semaine au domicile de son père, l'abandonnant en quelque sorte chez ses propres parents. Selon la jeune femme, son époux Mohamed justifie son absence par le fait que son vieux père est souffrant et qu'il ne peut le laisser seul à son domicile, sans compagnie depuis le décès de la mère il y a quelques années. « À quoi cela sert-il d'être mariée si c'est pour vivre chacun chez ses parents ?! » déplore-t-elle à plusieurs reprises durant l'entretien, ajoutant : « ce n'est pas une vie normale de couple marié que nous vivons ». De plus, Radwa reproche à Mohamed d'être totalement indifférent à son état psychologique et de la laisser seule chez ses parents pendant cette période qu'elle juge « délicate et difficile » du protocole FIV. Selon elle, elle ressent qu'il lui reproche à elle son diagnostic d'hypofertilité masculine, il lui a même dit une fois, « tu m'as porté malheur⁴⁹, c'est ta faute ».

7. Vécu et résonance du protocole FIV: La ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Dès le début de la consultation, la plus grande crainte de Radwa telle qu'elle me la décrit, c'est : « l'opération⁵⁰ » de ponction d'ovules et la FIV. En effet, Radwa craint l'anesthésie et ses effets potentiels et elle se demande ce qui peut lui arriver pendant ce temps « mort ». D'après son récit, elle semble être très influencée par un nombre de récits affreux concernant des personnes réelles ou fictives – issus de films – qui ne se sont pas réveillées à la suite d'une anesthésie. La peur de la jeune femme est malade et complètement paralysante ; elle dépasse sa crainte de la douleur des traitements ou celle de l'échec de la FIV.

⁴⁹ Dans la culture populaire égyptienne, c'est une croyance commune que les femmes peuvent être la cause directe de l'infertilité ou de l'impuissance sexuelle des hommes, en leur portant malheur ou en mobilisant contre eux la magie noire.

⁵⁰ Le mot « opération » est souvent utilisé pour désigner le transfert d'embryons.

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

Pendant la période d'attente post-FIV, Radwa me rapporte un rêve. Dans ce rêve, elle apprend qu'elle est tombée enceinte. Elle est très incrédule, et ni elle ni son mari ne parviennent à croire à cette heureuse nouvelle. Elle rêve que son mari, qui semblait maussade durant les mois précédents, est soulevé de bonheur et devient tout d'un coup très gentil avec elle. Dans ce songe, cependant, elle continue à manifester le même discours anxieux et les mêmes plaintes sur un mode hypochondriaque.

9. Effet de la situation politique en Égypte entre 2011 et 2013 sur le vécu psychique des femmes en cours de FIV

La situation politique n'est pas très présente dans le discours de Radwa. Elle est très préoccupée par sa situation familiale et médicale. Cependant, elle mentionne durant l'entretien ne jamais regarder le journal télévisé, car les nouvelles politiques de l'Égypte la dépriment, la perturbent et lui « détraquent les nerfs » selon ces termes, alors qu'elle a besoin d'être égayée et de se trouver dans une atmosphère calme et apaisante. « Je ne veux pas savoir ce qu'il se passe à l'extérieur, c'est trop de violence », dit-elle en se référant au contexte de révolution dans lequel le pays est plongé.

Résultats à la BDI-13

Radwa obtient un score de 15 à l'échelle de dépression. Ce score la situe dans le chiffre le plus haut de la catégorie des symptômes de dépression moyens, puisque les symptômes sévères sont définis par un score de 16. Sur le plan de l'observation clinique et du discours, la jeune femme nous fait part de nombreuses plaintes psychosomatiques (maux de tête constants, vertiges...) qui doivent être prises en compte et peuvent être interprétées comme des signes d'un vécu dépressif déguisé.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Radwa dévoile que l'hypothèse opérationnelle 1 n'est pas confirmée, cependant nous notons la présence d'un discours de plainte lié à une séparation géographique de son

conjoint, ce qu'elle perçoit comme abandon de son conjoint. En accord avec l'hypothèse opérationnelle 2.1., le discours de Radwa révèle le recours au mécanisme de l'idéalisation de ses parents, de par son retour au domicile familial. Concernant l'hypothèse opérationnelle 2.2., nous retrouvons dans le verbatim de Radwa une certaine plainte, mais non des critiques, adressée envers les médecins du Centre FIV, qu'elle juge comme ne comprenant pas ses plaintes somatiques et psychiques. Concernant la dépression, l'hypothèse 3 est confirmée, les réponses de Radwa à la BDI-13 révélant un score indiquant la présence de symptômes de dépression entre moyens et sévères. Enfin, pour Radwa, le processus de réappropriation subjective chez cette femme est difficile, révélant un équilibre psychique précaire.

Le cas de Radwa semble illustrer l'image typique des femmes égyptiennes dont la dépression revêt des formes somatiques. Son discours est une longue plainte, fixée sur son conjoint, et entrecoupée de plaintes corporelles interminables. Sur le plan contre transférentiel, je ressens souvent ses lamentations comme lourdes à porter, sans fin, et parfois ennuyeuses.

Pour son conjoint, il semblerait que l'augmentation de ses plaintes et lamentations ne fait qu'augmenter le souhait de ce dernier de s'éloigner encore plus d'elle. Cet éloignement se traduit par une réelle distanciation géographique et physique en continuant d'habiter chez son père, mais également parfois par un éloignement psychique, en discréditant toutes les plaintes de sa conjointe et en se moquant d'elle.

6. Fadia, femme chrétienne du sud de l'Égypte

Présentation générale

Fadia est une femme de confession chrétienne, de rite copte orthodoxe⁵¹, âgée de 37 ans. Fadia et son conjoint, Nader, âgé de 47 ans, sont venus consulter au Centre FIV afin d'évaluer les possibilités d'entreprendre un protocole de FIV homologué. Elle est femme au foyer, et son époux travaille en tant qu'ouvrier dans une usine. Ils n'ont pas subi de protocole FIV précédemment. Le couple m'est référé par le docteur Y. A. spécialiste de la FIV.

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Fadia provient d'une famille chrétienne traditionnelle de Haute-Égypte. Le couple est originaire du Sud de l'Égypte et vit dans la petite ville de Sohag où le traditionalisme social et religieux est très dominant. Les parents de la jeune femme sont de classe moyenne modeste. Elle a toujours été en bons termes avec eux, ainsi qu'avec sa fratrie. Elle dit avoir eu une enfance assez triste et ennuyeuse et ne pas avoir réussi sa scolarité. Elle s'est arrêtée au baccalauréat technique et n'exerce actuellement pas de profession. Fadia a toujours souffert de sentir que ses parents la considéraient comme une fille « un peu faible et sans personnalité », selon ses termes. Après m'avoir dit dans un premier temps qu'elle avait 36 ans, tel qu'elle l'avait mentionné sur le questionnaire sociodémographique, Fadia m'avoue plus tard, avec une certaine gêne, qu'elle est réellement âgée de 37 ans.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Fadia et son conjoint Nader sont mariés depuis 16 ans ; elle avait à peine vingt ans au moment de leur union. C'est un mariage traditionnel : Fadia ne connaissait aucunement son partenaire; ce sont les deux familles qui ont arrangé la rencontre et après une brève prise de connaissance entre les deux conjoints, les fiançailles ont eu

⁵¹ Le rite copte orthodoxe est le rite majoritaire des chrétiens d'Égypte.

lieu, suivies d'un mariage rapide. Fadia confie que son fiancé ne lui plaisait pas particulièrement, étant « sérieux et trop calme » mais que, de toute façon, elle était consciente que les jeunes filles ne choisissaient pas leur futur époux et que ses parents sauraient mieux « ce qui est bien pour elle ». « Sauf qu'ils n'ont pas su choisir, ils ont été trompés par l'autre famille » ajoute-t-elle avec désolation et dans un long soupir. Fadia se réfère à l'hypofertilité de son mari qui, d'après elle, était connue du conjoint et de ses parents mais qu'ils ont délibérément cachée afin que le mariage ait lieu et réussisse.

Le couple est très pieux, surtout Fadia qui semble très pratiquante comme nous pouvons le remarquer à son discours : elle fréquente souvent l'église de la Vierge Marie, située à *Maadi* à proximité du Centre FIV, avant les jours de consultation et observe les nombreux jeûnes orthodoxes de l'année.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique chez la femme

Selon Fadia, le diagnostic d'infertilité masculine remonte à six ans. Depuis cinq ans, son conjoint, Nader, se soigne pour une asthénospermie⁵², une pathologie du sperme correspondant à une faible motilité des spermatozoïdes. Après avoir consulté l'andrologue le Dr A. G. et le Professeur Y. F., au centre FIV, il débute un traitement médicamenteux pour hypofertilité afin d'améliorer la motilité de son sperme, dans un premier temps.

Ce n'est que par le médecin traitant et spécialiste de la FIV, Dr Y. F., que j'apprends que cet homme a souffert pendant plusieurs mois de troubles épisodiques d'impuissance sexuelle à la suite du diagnostic d'hypofertilité. Au cours de la courte prise de contact durant la présentation, le couple ne m'a pas fait part de ce trouble. Ce sera au cours des entretiens individuels que Fadia l'abordera en tant que sujet tout-à-fait tabou qu'elle éprouve beaucoup de honte à évoquer.

⁵² En termes médicaux, l'asthénospermie est définie par moins de 40% de spermatozoïdes mobiles dans le liquide spermiq ue recueilli (Zorn & Savale, 2005).

Selon Fadia, Nader semble reconnaître volontiers son diagnostic d'hypofertilité, précisément un trouble de faible motilité. Mais pour l'épouse, il y a un sentiment d'amertume et d'injustice : « C'est moi, la femme, que l'on montre du doigt et que l'on gêne, et de qui on dit à voix basse : 'pourquoi celle-là ne tombe pas enceinte ?' ».

Fadia nous fait également part des craintes en anticipation des résultats de la FIV ; elle se demande quelles sont ses chances pour que « l'opération » réussisse, sachant qu'elle n'est plus jeune, et elle exprime maintes fois ses appréhensions d'un échec. Cette crainte semble la paralyser, ce qui confirme bien comment l'anticipation périnatale en FIV dépend de façon déterminante du parcours psychique de la personne. Fadia me pose également des questions sur le processus de la FIV.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Il y a cinq ans, un couple appartenant à la famille éloignée leur avait conseillé la FIV. La femme de ce couple l'avait entreprise et avait été enceinte de jumeaux, à leur grand bonheur. Fadia, elle, n'était pas très informée sur le plan médical et ne savait pas réellement de quoi il s'agissait. De plus, son mari éprouvait une sorte de « paresse » et n'était pas très motivé pour entreprendre une PMA. Enfin, elle appréhendait sérieusement que la FIV ne réussisse pas et « qu'on soit plus déprimé après ».

Dès qu'elle consulte au Centre FIV, et au cours de l'entretien, Fadia répète à plusieurs reprises l'expression arabe : *ana salima*, ce qui signifie: « Je n'ai rien, ou littéralement : « Je suis intacte », se référant ici au diagnostic d'infertilité masculine. De plus, elle s'exclame: « Pourquoi est ce que je dois faire une échographie ? », pour bien accentuer le fait que c'est son mari qui a un problème médical.

5. Place et réactions de la famille du couple

La famille de Fadia semble comprendre le malheur de leur fille. Cependant, ils pensent qu'elle doit essayer de s'adapter et n'ont pas de réels moyens de l'aider, le divorce étant totalement interdit par l'église copte orthodoxe.

En ce qui concerne les parents de Nader, c'est plus difficile. Tout d'abord, ils les importunent à cause de l'infertilité du couple. Selon la jeune femme, il y aurait de la jalousie de la part des sœurs de son conjoint envers elle. L'une serait jalouse car pas encore mariée, et l'autre parce que Fadia est plus jolie qu'elle. Elle pense que cette famille n'est pas empathique. Ils sont indifférents à leur manque d'enfant car ainsi, lors de l'héritage, ils toucheront l'argent sans partager.

Il semble que Fadia ait l'habitude depuis longtemps de s'auto-médiquer et de combattre ses maux psychiques par des calmants et des somnifères. Elle me dit : « Je prends le calmant Calmepam⁵³ quand quelqu'un me dit quelque chose qui me fâche ou me fait de la peine, ça me calme les nerfs et m'aide à dormir. Lui il ne sent rien, c'est moi qui me contrarie ».

Entre deux entretiens, le Dr Y. F., responsable du suivi médical de ce couple, me confie que le mari n'est pas du tout une personnalité facile, contrairement aux apparences. Selon lui, le conjoint ne veut rien faire pour améliorer la situation et il est très passif. En conséquence, le médecin préfère attendre avant d'administrer à la femme le dosage sanguin de l'AMH car « ce serait la condamner à mort », alors qu'elle est déjà désespérée par la situation-piège où elle se trouve. Le médecin ajoute qu'il juge que cette femme est presque « dans un état suicidaire », il craint un effondrement psychologique.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Fadia nous livre que son mari dit toujours à tout le monde : « Il n'y a pas de fâcherie entre nous » mais elle admet : « Je suis très fâchée cette année car j'ai pris de l'âge ». Lorsque des personnes de la famille ou du voisinage la harcèlent de questions ou l'ennuient par des paroles blessantes ou désagréables, elle prend un comprimé de Calmepam afin de pouvoir dormir plus facilement.

⁵³ « Le bromazépam appartient à la classe des 1-4 benzodiazépines et a une activité pharmacodynamique qualitativement semblable à celle des autres composés de cette classe : myorelaxante, anxiolytique, sédatif, hypnotique, anticonvulsivant et amnésiant. » (Vidal)

Fadia semble éprouver de l'indifférence face aux troubles d'impuissance sexuelle épisodiques dont souffre son mari, dans la mesure où la sexualité ne l'intéresse plus depuis longtemps. Elle ne parvient pas à savoir si c'est à cause du diagnostic ou si cela a toujours été le cas. Cependant, ces troubles la désolent dans la mesure où elle garde encore un mince espoir de pouvoir concevoir naturellement.

Mais à chaque fois, en réponse à la question de savoir si cette hypofertilité et l'incapacité d'avoir des enfants provoque des conflits entre eux, Fadia se tait puis dit calmement et avec une triste résignation : « Non ce n'est pas sa faute s'il a un problème, il n'y est pour rien ». Comparant le vécu psychique de la femme et de l'homme face au problème de l'infertilité, elle ajoute: « L'homme ne se fâche pas facilement, la femme, elle, se fâche beaucoup plus ».

À la question de savoir comment les choses se passent entre eux deux, elle répond : « La vie est mauvaise, je passe la majorité du temps chez ma mère et mes sœurs, j'évite au maximum de rester à la maison ». À travers le récit de Fadia, nous pouvons clairement percevoir que son conjoint est dans un état dépressif léthargique, incapable de faire quoi que ce soit pour aller de l'avant.

7. Vécu et résonance du protocole FIV: la ponction d'ovules et le transfert d'embryons

À cette période du protocole, Fadia est plus calme, elle dit « avoir mis son sort entre les main de Dieu », afin de pouvoir continuer la procédure. Elle est soulagée de savoir que la ponction d'ovules a lieu sous anesthésie par l'administration d'une dose de Dormicum⁵⁴, car elle appréhende énormément la douleur que le prélèvement pourrait provoquer.

⁵⁴ Dormicum est le nom commercial d'une molécule de la famille des benzodiazépines qui possède de puissantes propriétés anxiolytiques et sédatives.

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

La jeune femme s'installe au domicile parental durant la post-FIV pour être aidée et servie par sa mère et ses sœurs. L'attente semble lui être très longue. Elle se plaint de souffrir d'insomnies mais craint de prendre les calmants dont elle usait auparavant, de peur de nuire au fœtus en cas de grossesse. Elle reste allongée la plupart du temps de la post-FIV, étant certaine que c'est là l'un des facteurs primordiaux de réussite de la PMA. La jeune femme invoque constamment la Vierge Marie dans ses prières et dans ses actes quotidiens. Elle dit qu'elle accepte de souffrir comme la Vierge a souffert si cela peut aboutir à un résultat positif.

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le vécu psychique des femmes en FIV

En tant que femme faisant partie de la minorité copte, Fadia exprime à plusieurs reprises l'inquiétude qui est la sienne et celle de son conjoint de voir l'Égypte sous l'emprise des Frères musulmans, ce qui les menaceraient dans leur sécurité en tant que chrétiens, ne pouvant prédire comment le pouvoir islamique les traiterait, mais anticipant le pire.

Résultats à la BDI-13

Les symptômes de dépression sont importants chez Fadia. À la BDI-13, elle obtient un score de 15, qui révèle une dépression presque sévère. L'observation clinique révèle clairement un affect dépressif, et un ton plaintif. La jeune femme semble avoir l'habitude de s'auto-médiquer en consommant de façon assez régulière l'anxiolytique Calmepam, afin d'apaiser ses montées d'anxiété et de calmer ses sentiments dépressifs.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Fadia dévoile que l'hypothèse 1 est confirmée, car nous relevons la présence d'un discours de plainte lié au secret maintenu par le mari concernant son hypofertilité, ainsi que d'autres plaintes liées à l'infertilité masculine. En accord avec l'hypothèse

opérationnelle 2.1., il n'est pas clair s'il y a recours à l'idéalisation, cependant le discours de Fadia révèle le recours au rapprochement parental, en passant la majorité de son temps dans sa famille d'origine. L'hypothèse opérationnelle 2.2. n'est pas confirmée, en effet nous ne retrouvons pas de critiques du corps médical. Pour la dépression, les réponses de Fadia à la BDI-13 révèlent un score indiquant la présence de symptômes de dépression entre moyens et sévères. Enfin, pour Fadia, le processus de réappropriation subjective semble bloqué, révélant un équilibre psychique très précaire.

Pendant l'entretien, Fadia a un affect très déprimé, dans un état qui peut être décrit comme apathique, ce qui sur le plan du contre-transfert m'est par moments difficile à élaborer. La modification, même mineure, de l'âge réel vers un âge fictif révèle des éléments importants de la vie fantasmatique de Fadia, de sa souffrance qui rappelle sa fragilité narcissique; elle nous avait déjà fait part du fait qu'enfant ses parents la considéraient comme « un peu faible et sans personnalité ». La jeune femme semble ressentir des sentiments de culpabilité liés à son âge qu'elle perçoit comme avancé, une fois qu'elle a dépassé les 35 ans et s'approchant progressivement de la quarantaine. Les sentiments de culpabilité sont également liés au fait de n'être pas encore parvenue à devenir mère. Bien que son conjoint soit le porteur de l'infertilité, elle a conscience qu'un âge plus jeune lui aurait donné de meilleures chances à la FIV-ICSI. Ce conflit psychique doit également être compris dans le contexte égyptien, où l'âge du mariage est perçu comme très important dans les familles, car plus l'âge de la conception est précoce, mieux cela est considéré.

L'hésitation de la jeune femme à débiter un protocole de FIV reflète bien la crainte chez de nombreux couples égyptiens à entreprendre une PMA. L'observation clinique de plusieurs couples m'a révélé que cet état psychique d'hésitation peut durer de longues années et paralyser toute action. Dans le monde fantasmatique de nombreux couples égyptiens, la FIV est teintée d'une « inquiétante étrangeté » (Freud, 1919), à laquelle se mêlent toutes sortes de rumeurs qui entourent de cette technique relativement récente, datant d'à peine trente ans, venant de l'Occident, et finalement très peu connue dans les provinces.

L'anticipation périnatale du fruit de la FIV est peu sereine et sous-tendue d'angoisses. Cela reflète bien comment l'appropriation subjective de la FIV est difficile chez cette femme qui a du mal à garder un équilibre psychique.

7. Chaymaa issue d'un couple musulman religieux

Présentation générale

Chaymaa est une jeune femme de 29 ans voilée, vivant à *Abu Nomross*, banlieue modeste et excentrée, à la limite entre la ville et la campagne et appartenant au gouvernorat de Guizeh. Son mari, Mohamed, un peu plus âgé qu'elle, a 32 ans. Le couple m'est référé par le docteur Aboulghar.

Éléments du dossier médical

Dans le dossier médical du couple, on peut lire sous la plume du médecin réfèrent : « Le couple souffre de conflits psychologiques liés à l'état dépressif de la jeune femme, dont elle se plaint et qu'elle lie à l'infertilité de son mari et à son apparente indifférence ».

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la femme

Chaymaa vient d'une famille de cinq enfants : trois garçons et deux filles, dans laquelle elle s'est sentie un peu négligée en grandissant. Elle est la troisième de cette fratrie. Au début de son adolescence, elle s'est progressivement voilée de la tête aux pieds, portant ce que l'on appelle le *khemar*⁵⁵. Elle a atteint la puberté à l'âge de 14 ans, ce qu'elle juge un peu tard par rapport aux autres jeunes filles à l'école, et elle reconnaît que cela lui avait donné des complexes.

La mère de Chaymaa est en vie, alors que son père est décédé lorsqu'elle avait 25 ans. À l'heure actuelle, Chaymaa se considère proche d'elle, déclarant savoir qu'elle pourra compter sur sa mère pour l'aider si elle a des enfants. Chaymaa a une bonne relation avec sa sœur : elles s'entraidaient à l'école, allaient ensemble aux cours de religion à la mosquée. Mais elle n'est pas très proche de ses frères, « parce qu'en grandissant ils étaient des garçons et nous des filles » ajoute-t-elle comme une chose allant de soi.

⁵⁵ Le *khemar* est un habit religieux consistant d'un voile couvrant les cheveux auquel s'ajoute un long drap recouvrant le reste du corps de la femme.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Le couple est marié depuis cinq ans. Chaymaa et son mari sont issus tous deux d'un milieu social assez modeste et sont des musulmans pratiquants très religieux. La jeune femme travaille comme enseignante et « récitatrice » dans une école coranique. Son mari lui, est artisan : il calligraphie des affiches publicitaires, religieuses ou politiques. La relation du couple est assez tendue. En 2012, la jeune femme est diagnostiquée comme souffrant de vaginisme, trouble très fréquemment rencontré lors des consultations gynécologiques des couples au Centre FIV. Deux des frères de Mohamed ont consulté auparavant pour des troubles d'hypofertilité.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité et impact psychique chez la femme

Le conjoint de Chaymaa est diagnostiqué d'infertilité primaire masculine depuis quatre ans. Une TESA⁵⁶ est effectuée. Il souffre également d'un léger diabète qui « le rend assez nerveux », d'après sa femme. Lors de leur première consultation en 2012 au centre, le couple est décrit dans le dossier médical comme étant en grande détresse, très affecté par l'annonce de l'infertilité masculine. Les médecins du Centre FIV leur conseillent alors de consulter psychologiquement avant de décider s'ils sont en mesure d'entreprendre le protocole FIV.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Chaymaa reçoit un protocole d'ISCI avec un pronostic indiquant 30 % de chances de réussite de la FIV. Elle reconnaît que ce chiffre l'avait découragée et « blessée » car elle a estimé ce pourcentage très bas et a trouvé que cela était « injuste » en quelque sorte, étant donné qu'elle était jeune : « Je n'ai que 29 ans, je ne suis peut être pas très jeune mais je n'ai pas encore la trentaine ! » s'est-elle exclamée.

⁵⁶ Il s'agit d'un « acronyme anglais qui signifie : Testicular Sperm Aspiration (aspiration testiculaire de spermatozoïdes) ». C'est une technique peu invasive de ponction testiculaire par aspiration. Cette technique est effectuée lorsqu'il n'y a aucun spermatozoïde vivant dans le liquide spermique, afin de récupérer des spermatozoïdes de bonne qualité pour un protocole de FIV-ICSI (Site Web de l'Institut Marquès : Clinique de Procréation assistée, Gynécologie et Obstétrique à Barcelone).

Leur médecin traitant est le Docteur R.M., que Chaymaa trouve très calme et apaisante et avec qui elle est très à l'aise. Elle a souhaité être suivie par une femme tout au long du protocole, sans quoi, avoue-t-elle, elle n'aurait jamais pu le faire. Être examinée nue par un homme, « j'en serais morte de honte ! », s'écrie-t-elle.

Avant d'être référé au Centre FIV, le couple a effectué de nombreuses investigations à l'hôpital universitaire *Al Hussain* et dans un centre médical privé. Ces investigations ont été éprouvantes physiquement et psychologiquement pour Chaymaa, qui dit ne pas parvenir à voir la lumière au bout du tunnel. Son mari, lui, se plaint à elle des coûts élevés de toutes ces procédures médicales. Selon elle, il juge qu'une seule tentative suffirait, et que si cela ne réussit pas il faut attendre une grossesse naturelle et « s'en remettre à Dieu ».

5. Place et réactions de la famille du couple

La famille de Chaymaa est soutenante, sa mère lui dit d'essayer de « supporter », mais sa sœur lui dit que ça ne vaut pas la peine de rester avec un homme s'il n'y a pas de perspective d'enfants et qu'elle peut encore avoir le temps de trouver un meilleur avenir ailleurs. « Le mariage, c'est une destinée qu'on ne peut connaître à l'avance »⁵⁷ soupire-t-elle. Le mari de Chaymaa est orphelin mais il a un frère qui essaie souvent de réconcilier le couple et d'apaiser la jeune femme quand cela se passe mal entre eux. Elle s'entend plutôt bien avec ce beau-frère et fait souvent appel à lui lorsqu'elle n'en peut plus avec Mohamed.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Le temps et le diagnostic d'hypofertilité de son mari aidant, Chaymaa commence à ressentir qu'« elle mérite mieux que son conjoint », selon ses propres termes. Elle semble exaspérée par son mari. Ses moindres gestes l'irritent, ce qui nous laisse penser qu'elle souhaiterait se séparer de lui. Tomber enceinte par FIV revient dans toutes ses

⁵⁷ Traduction littérale d'une expression égyptienne très connue : *el gawaz esma we nassib* : signifiant que le mariage est une destinée qui est déjà écrite avant la naissance de la personne.

paroles et devient une réelle obsession pour la jeune femme. Elle reproche à Mohamed de « s'en fiche complètement » et d'être indifférent à sa souffrance.

7. Vécu et résonance du protocole FIV: la ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Lors du prélèvement d'ovules, 20 ovocytes sont prélevés chez Chaymaa. Selon son récit, cela se passe plutôt bien physiquement et la douleur demeure supportable. Elle reconnaît que son mari se montre plus aimable à ce moment là, qu'il l'accompagne au centre et l'aide à avoir un peu de confort. Durant la période post-FIV de deux semaines dans l'attente du résultat du test de grossesse, elle va s'installer chez sa mère pour être servie et aidée et rester allongée le plus longtemps possible.

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

Bien que se disant très croyante et pratiquante, Chaymaa se décrit comme déprimée pendant toute la durée post-protocole car elle sent que, n'ayant pas de chance dans la vie, elle n'en aura pas plus dans la FIV. Elle nous rapporte que son mari essaie de la raisonner en lui disant qu'elle devrait être plus optimiste et laisser Dieu faire, étant donné qu'elle est croyante.

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le fonctionnement psychique de la femme en FIV

Chaymaa et son mari sont partisans des Frères musulmans : ils ont voté pour le président Morsi aux présidentielles de juin 2012. Cependant, avec la colère augmentant contre ce dernier, ils commencent à se sentir en minorité et mal à l'aise par rapport au reste de la société. Chaymaa est un peu gênée dans sa tenue vestimentaire qui peut laisser suggérer, nous livre-t-elle, qu'elle est une sympathisante. Elle craint également que l'école coranique où elle donne des cours de récitation coranique ne soit l'objet de représailles de la part de l'État. À plusieurs reprises, durant les entretiens de recherche, le couple essaie de me solliciter pour connaître mon avis politique sur la situation du pays durant cette période des Frères musulmans au pouvoir.

Résultats à la BDI-13

En ce qui concerne la dépression, Chaymaa reçoit un score de 10 à la BDI-13, ce qui révèle la présence d'une dépression modérée. D'ailleurs, son affect triste, son physique fatigué et négligé et ses ruminations négatives concernant l'échec potentiel de la FIV et son manque de chance, sont des indices supplémentaires de dépression dans le fonctionnement psychique de cette femme.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Chaymaa dévoile, tout d'abord pour l'hypothèse opérationnelle 1, la présence d'un discours de plainte lié au diagnostic d'infertilité masculine plutôt qu'au secret maintenu par le mari concernant son hypofertilité, et un certain désir de séparation conjugale. L'hypothèse opérationnelle 2.1. n'est pas confirmée, le discours de Chaymaa révélant un rapprochement parental mais pas de recours à l'idéalisation. L'hypothèse opérationnelle 2.2. est infirmée. L'hypothèse 3 est confirmée, les réponses de Chaymaa à la BDI-13 révélant un score indiquant la présence de symptômes de dépression moyens. Enfin, pour Fadia, le processus de réappropriation subjective chez cette femme est difficile mais en cours, révélant un équilibre psychique parfois fragile et d'autres fois opérant.

Sur le plan de la relation contre-transférentielle entre le chercheur et les participants à la recherche, dans le rapport avec ce couple qui tente de me solliciter pour connaître mon avis politique pendant le règne des Frères Musulmans, j'essaie de rester neutre le plus possible, mais cela n'est pas facile.

À travers l'observation clinique, il nous apparaît clairement que Chaymaa – en plus de sa tristesse et de la légère dépression déjà mentionnées – est habitée par deux très grandes angoisses : celle liée à la situation politique et celle de son avenir de femme, de son identité, à savoir : que deviendra-t-elle si elle ne peut pas devenir mère ? Sur le plan narcissique elle est assez fragile, ayant assez peu confiance en elle

physiquement. Sa tenue vestimentaire, le *khemar*, semble lui permettre de se réfugier mentalement et physiquement dans la religion et d'ignorer son physique et son corps de femme.

8. Hend, jeune femme d'Alexandrie

Présentation générale

Hend a 26 ans et demi au moment de la consultation FIV. Son mari, nommé Saïd, est âgé de 33 ans, Le couple vit dans le gouvernorat de *Beheira* dans le Delta du Nil, à *Kafr el Dawar*, petite ville industrielle près d'Alexandrie.

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Hend a eu une enfance et une adolescence calme. Elle se décrit comme étant proche de sa mère, qui l'aide beaucoup, et en bon rapport avec son père. Hend est la benjamine d'une fratrie de cinq enfants : elle a deux frères et deux sœurs, et est assez proche de l'une de ses sœurs. Elle qualifie sa scolarité de normale, et se souvient qu'elle avait de bons résultats, mais qu'elle n'a pas pu poursuivre des études universitaires du fait de l'éloignement géographique. La jeune femme a atteint la puberté à l'âge assez jeune de douze ans.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Hend et Saïd sont mariés depuis deux ans et demi. Lui est employé à la compagnie pétrolière Petrojet, en contrat à durée déterminée, il avait obtenu un diplôme technique industriel après l'école. La jeune femme est aide soignante dans un petit hôpital public de la région. Après une période de congé où Hend est sur le point de quitter son emploi pour se consacrer à la FIV, elle décide de continuer à travailler pour ne pas s'ennuyer ou sombrer dans la dépression.. Par la nature de son travail dans le domaine pétrolier, il est souvent dans le désert de l'ouest de l'Égypte et dispose seulement de dix jours de congé par an.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique sur la femme

Le spermogramme de Saïd révèle une oligospermie⁵⁸ qui se traduit par une faible concentration de spermatozoïdes dans le liquide spermique. De plus, le test dévoile une motilité de 60 %, et 85 % de formes anormales. Hend nous déclare que son conjoint a accueilli la nouvelle de son hypofertilité avec sérénité, étant assez religieux, dit-t-elle, sachant que « c'est quelque chose qui vient du Bon Dieu », et pensant que « *inshaallah* Dieu nous donnera des enfants comme nous sommes des personnes qui font le bien et qui s'entendent bien ». Il a également pensé que cette hypofertilité était peut être causée par les conditions difficiles de son travail, étant souvent exposé à des sources de chaleur. Hend, elle-même très pieuse, n'avait pas eu de pensées négatives envers son mari à l'annonce de son diagnostic d'hypofertilité. « Tout se soigne, avec la volonté de Dieu, mon mari est quelqu'un de bien, il n'y a pas de raison ».

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Dans son récit, Hend décrit un rapport paisible à l'institution du Centre FIV et avec le corps médical. Au début, le protocole lui était supportable, puis devient plus difficile lors de l'intensification des injections: Hend décrit se sentir suffoquée, nauséuse, et pleurant souvent « sans raison apparente ».

5. Place et réactions de la famille du couple

Concernant les familles, Hend nous révèle que la sienne est au courant du parcours de FIV du couple, et qu'ils sont compréhensifs. Au début, ils avaient quelques appréhensions quant à une confusion possible entre les gamètes du couple et celles d'un autre couple, mais ont été rassurés par Hend et Saïd. Pour la famille de Saïd, c'est différent nous explique-t-elle. Les parents de son époux sont originaires de la campagne et ont une mentalité différente qui pourrait les empêcher de comprendre la procédure de

⁵⁸ Le patient a un compte de 70x10 puissance 10. L'oligospermie est définie par « une concentration inférieure à 20 millions de spermatozoïdes par mL, et diminue la fécondance du sperme proportionnellement à son importance » (Zorn & Savale, 2005).

FIV ; le couple n'a donc pas souhaité leur annoncer le diagnostic, « bien que ce ne soit pas toujours facile de cacher », avoue la femme.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Selon Hend, il n'y a pas de conflits entre elle et son mari. Leur relation conjugale est sereine et affectueuse et ils forment un couple uni. À chaque étape du traitement, dit-elle, ils se consultent pour voir s'ils sont d'accord et à l'aise. « Parce que c'est un problème comme un autre » dit-elle, admettant que l'hypofertilité aurait pu la toucher, comme cela est arrivé à son conjoint, peu importe la personne qui se trouve à l'origine du problème.

Hend reconnaît pourtant souffrir de solitude et être triste parfois de l'absence pour raisons professionnelles de son époux qu'elle ressent encore plus du fait qu'ils n'ont pas d'enfants. Elle nous confie que surviennent des moments où elle est contrariée, se demandant pourquoi le sort a voulu que ce soit à elle que cela arrive. Bien qu'elle n'en veuille pas à Saïd, Hend trouve quelque part injuste que tout le poids du traitement retombe uniquement sur elle, alors que son conjoint est « tranquille », sauf qu'il lui arrive de s'énerver si son épouse oublie une injection.

7. Vécu et résonance du protocole FIV: la ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Un protocole de FIV par ISCI est prescrit au couple. Hend éprouve de grandes difficultés lors du prélèvement d'ovules : elle est en grande douleur et « s'évanouit presque » selon ses propos – bien que la ponction ait lieu sous anesthésie générale. Malgré cela, le résultat obtenu est positif, puisque 18 ovules sont prélevés. Néanmoins, un seul embryon a pu être transféré, à la déception de Hend, et le reste est gardé en cryopréservation⁵⁹.

⁵⁹ Terme médical signifiant que « les embryons qui n'ont pas été transférés sont conservés par congélation en vue d'un remplacement ultérieur, à condition toutefois qu'ils soient d'une qualité suffisante » (Zorn & Savale, 2005).

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

Durant cette période, Hend et son mari craignent, comme de nombreux couples égyptiens rencontrés, que la route entre le Caire et Alexandrie n'affecte négativement la réussite de la FIV. Pour cela, ils décident de s'installer, pendant les deux semaines de la post-FIV, chez l'oncle et la tante de Hend, qui vivent au Caire. Cette situation n'est pas très confortable pour le conjoint de Hend qui est mal à l'aise, mais il ne veut pas contrarier sa femme.

La jeune femme décrit cette période comme « un temps sans sommeil » : elle ne parvient pas du tout à s'endormir, son esprit étant trop en éveil, se demandant tout le temps si la FIV va réussir ou non.

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le vécu psychique des femmes en FIV

La situation politique environnante n'est pas mentionnée dans le discours de la jeune femme. Cependant, elle se plaint fréquemment de la difficulté d'entreprendre une FIV au Caire, alors que le couple est d'Alexandrie, dans le contexte de l'interruption des services ferroviaires durant la révolution.

Résultats à la BDI-13

Lors de l'évaluation de la dépression par la BDI, Hend reçoit un score de 6, indiquant des symptômes de dépression légers. Cependant, en raison de son empressement à répondre aux questions de manière positive, ce score pourrait masquer le réel vécu de dépression de la jeune femme, qui pourrait être plus important.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Hend dévoile la présence d'un discours de plainte lié au diagnostic d'infertilité masculine, et bien que le secret familial existe du côté de la famille du conjoint, il n'est pas l'objet de la plainte. Les hypothèses opérationnelles 2.1. et 2.2. sont infirmées.

Concernant l'hypothèse 3, pour la dépression, les réponses de Hend à la BDI-13 révèlent un score de 6, indiquant la présence de légers symptômes de dépression. Enfin, pour Hend, le processus de réappropriation subjective chez cette femme est en cours révélant un équilibre psychique opérant.

Notre observation clinique nous révèle que Hend est une femme psychologiquement sereine, qui utilise la religion comme médiateur psychique dans cette épreuve. La religion l'aide à se réapproprier positivement cette expérience, et à ne pas succomber au désespoir. Cependant, malgré un discours faisant état d'un certain équilibre psychique et un score bas à l'échelle de dépression, nous sommes face à une femme qui se plaint de solitude conjugale importante.

Sur le plan contre-transférentiel, je ressens que le discours de Hend est bref, comme si celle-ci était sur la défensive et ne souhaitait pas dévoiler des éléments concernant son époux et leur vie conjugale.

9. Sarah jeune femme copte du Caire

Présentation générale

Sara est une jeune femme chrétienne âgée de 25 ans. Son mari, Boutros, est âgé de 30 ans. Au tout début de l'entretien, Sarah me confie avec tristesse : « Il y a des jours où je me réveille n'ayant envie de ne croiser aucun enfant ». Elle poursuit : « Je ne supporte plus les réunions familiales, ni d'aller à la clinique ; tout cela m'est insupportable ».

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Sarah vient du quartier de *Choubra* au Caire, quartier composé d'une forte minorité copte. Elle appartient à une famille de commerçants de la classe moyenne, gagnant assez bien leur vie. Issue d'une fratrie de quatre enfants, elle est la plus jeune. Enfant et adolescente, Sarah s'entendait plutôt bien avec ses parents et, en tant que benjamine, était assez choyée et n'avait pas beaucoup de responsabilités. Néanmoins, la jeune femme garde le souvenir de parents souvent occupés par le travail et les tâches de l'éducation des enfants, et n'ayant pas beaucoup de temps à lui accorder. Sarah obtient un baccalauréat classique à la suite duquel elle suit deux ans de cours dans un institut pour devenir infirmière, puis s'arrête lors de son mariage.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Le couple est marié depuis cinq ans, alors que la jeune femme avait à peine vingt ans. Sarah débute son récit en me parlant de son couple : « Je l'ai aimé pendant cinq ans précédant notre mariage, et je suis la première, et la seule, qu'il ait aimée ». Elle poursuit : « Au début, ses parents n'étaient pas d'accord pour qu'il m'épouse. J'étais la plus jeune de mes frères et sœurs et j'étais gâtée. Les parents de mon mari lui ont dit : « On ne pourra jamais la satisfaire, ni satisfaire ses caprices ! » Mais je lui ai assuré : « Je quitterai la maison de mon père et t'épouserai, ne t'inquiète pas, nous vivrons ensemble tes moyens financiers. ». Les parents de Sarah ayant trois autres enfants à

marier, ont facilement accepté les avances de leur gendre, voyant à quel point leur fille lui était attachée.

Sarah poursuit son récit par les tentatives de conception du couple : « Cela fait cinq ans, depuis mon mariage, que nous essayons par tous les moyens d'avoir des enfants. J'étais choquée au début, car l'infertilité et la FIV c'était quelque chose que l'on ne connaissait pas dans la famille, et dont on ne m'avait jamais parlé ». Selon elle, c'est pour cette raison que le couple ne parvient pas immédiatement à prendre la décision d'entamer une FIV, d'autant plus que la procédure est bien au-delà de leurs moyens financiers.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact sur le fonctionnement psychique de la femme

La décision d'entreprendre la FIV a été prise après trois ans de mariage. Au début, il s'agissait d'une initiative secrète. Selon Sarah, leurs familles respectives tentaient d'éviter la question de la conception d'enfants, « parce que dans la religion chrétienne, la sexualité est taboue ». Le couple, de son côté, avait très peur que quelqu'un de la famille n'apprenne qu'ils entreprenaient une FIV.

Concernant l'annonce du diagnostic d'infertilité masculine à l'entourage, Sarah me confie : « Je disais à tout le monde : 'le problème vient de nous deux'. J'ai toujours accepté et toléré le traitement. Je sais que ce n'est pas le cas de tout le monde, il y a des personnes qui font des caprices ». Elle prononce ensuite une phrase très frappante, qui explique tout : « J'ai commencé alors à souhaiter que le problème vienne de moi. » Ce souhait n'est pas souvent retrouvé formulé ainsi chez les patientes au centre FIV.

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Sarah se décrit comme étant d'un tempérament résigné et en même temps déterminé, ce qui selon elle, l'a aidé dans son parcours FIV dans l'institution.

5. Place et réactions de la famille du couple

La famille de Sarah et celle de son conjoint ont peu de place dans leur parcours du fait des efforts du couple pour garder le diagnostic et la FIV secrets. Elle reconnaît qu'elle et son conjoint ont parfois des conflits et des tensions, étant donné que Boutros ne veut jamais que les familles se mêlent ; il est sur la défensive par rapport à son hypofertilité.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Sara me confie sa souffrance psychique jusque là contrôlée : « Je me sens très contrariée psychologiquement. Mon mari passe son temps à me dire : 'Ne pose pas trop de questions, laisse cela sur Dieu' ». La jeune femme reproche à son époux de ne pas partager son angoisse provenant de l'incertitude quant à la réussite ou à l'échec de la FIV. Elle lui reproche également de ne pas la laisser poser des questions qui la tourmentent aux médecins. Elle ressent que son conjoint ne comprend pas l'épreuve qu'elle traverse. Cette plainte envers le conjoint est également très souvent retrouvée dans mes entretiens au centre FIV.

7. Vécu du protocole FIV : La ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Le couple avait planifié d'entreprendre la FIV durant le mois du jeûne orthodoxe de la Vierge en août, afin que Dieu exauce ses vœux, ce qui correspond à une croyance fréquemment retrouvée. Sarah reconnaît avoir un sentiment de culpabilité très développé. Elle nous confie : « Même lorsque j'avais juste de simples douleurs à l'estomac, je me demandais : 'Aurais je par hasard oublié de prier ? Et qu'en conséquence Dieu ne veuille pas exhausser mon vœu de tomber enceinte ?' ». Elle ajoute qu'il est très perturbant que le résultat du test de grossesse paraisse entre 15h et 21h ; le temps d'attente de six heures est très difficile.

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

Sarah passe les deux semaines d'attente du résultat de la FIV chez ses parents, pratique courante chez de nombreuses femmes égyptiennes. Pour elle, il s'agit de deux semaines interminables, au cours desquelles l'incertitude est envahissante, ignorant si elle sera enceinte ou non. La jeune femme décrit l'agonie dans laquelle cela la plonge : pour elle, ce moment d'attente infini lui donne le sentiment qu'elle va « devenir folle ». Elle est ensuite accablée par des angoisses d'un tout autre genre : elle se demande si l'enfant sera normal ou s'il sera victime d'anomalies génétiques, ou si par malheur il n'y aurait pas eu de confusion entre les gamètes de leur couple et celles d'un autre.

Boutros et Sarah ont quelques tensions sexuelles durant cette période. En effet, les couples sont généralement interdits de rapports sexuels pendant les quinze jours suivant le protocole, ce que le conjoint a du mal à supporter. Il lui avait annoncé: « Je te préviens que j'en aurai marre de toi et serai irrité contre toi pendant cette période-là ».

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le fonctionnement psychique des femmes en FIV

Les événements politiques environnants n'ont qu'une place superficielle dans le discours de Sarah.

Résultats de la BDI

Les résultats de Sara à la BDI révèlent un score de 7, indiquant la présence de légers symptômes de dépression.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Sarah dévoile la présence d'un discours de plainte lié au secret maintenu par le mari concernant son hypofertilité, et son refus d'impliquer les familles. Les hypothèses opérationnelles 2.1. et 2.2. sont infirmées. Pour la dépression, les réponses de Sarah à la BDI-13 révèlent un score de 7 indiquant la présence de légers symptômes de

dépression. Enfin, pour Sarah, le processus de réappropriation subjective chez cette femme est positif, révélant la présence d'un assez bon équilibre psychique.

Le souhait de Sarah d'être à l'origine de l'infertilité, pourrait être interprété comme un vœu caractérisé par des tendances quelque peu masochistes. En effet, cela nous fait penser à la définition de Freud « L'abaissement du sentiment de soi qui se manifeste en autoreproches et auto-injures » (1915).

Pour cette femme, il s'agit d'un mécanisme auquel elle recourt afin de sauver son image narcissique ainsi que celle de son partenaire. Protéger l'autre, le partenaire accusé du diagnostic d'infertilité masculine, c'est se protéger soi-même des regards remplis d'un mélange de pitié et de mépris d'être mariée à un homme dit « stérile » – même s'il s'agit d'un cas d'hypofertilité masculine qui s'avère être traitable. C'est également protéger le conjoint des regards moqueurs et du manque de respect qui risquent de l'acculer, n'étant pas perçu comme un « vrai » homme.

Sur le plan du contre-transfert, le côté soumis et résigné de la jeune femme suscitait chez moi une certaine irritation, souhaitant voir Sarah moins soumise aux contraintes sociales, aux souhaits de son mari et de sa belle-famille.

10. Mona femme éduquée de la campagne

Présentation générale

Mona est une jeune femme âgée de 27 ans habitant le gouvernorat de Sharkeya, dans le Delta, au nord du Caire. Elle est venue consulter au Centre FIV avec son époux Khaled, 29 ans, et a été référée par le docteur M. A. pour débiter un protocole FIV.

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme

Mona provient d'une famille traditionnelle du Delta de l'Égypte, précisément du gouvernorat de Sharkeya. Son père possède un commerce et sa mère occupe un poste administratif dans une école gouvernementale. Mona est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants, suivie de trois garçons. Elle dit avoir eu de bons rapports avec ses parents durant son enfance mais n'avoir jamais eu de liens affectifs très importants avec eux car ce n'était pas leur tempérament, ni leur façon d'élever leurs enfants. Aussi jeune qu'elle se souvienne, dit-elle, sa mère lui parlait tout le temps du mariage. Son père, lui, était en retrait et laissait sa mère décider de l'éducation de Mona. Elle a suivi une scolarité normale et a poursuivi des études de littérature anglaise à l'université. Les filières de littérature française ou anglaise sont des choix très prisés pour les jeunes filles en Égypte. Elle est très fière de ce parcours universitaire qui la distingue des autres filles de la campagne où elle vit, milieu dont ses parents veulent à tout prix qu'elle s'éloigne.

2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple

Lorsqu'elle se marie, Mona est âgée de 26 ans et son mari Khaled, son aîné seulement de deux ans, en a 28. C'est un mariage traditionnel, « un mariage de salons⁶⁰ » précise-t-elle avec un rire quelque peu ironique, comme c'est souvent la coutume à la campagne. Selon elle, lorsqu'elle approchait de ses 25 ans, sa mère a commencé à exercer une forte pression pour qu'elle se marie. Elle lui faisait ressentir qu'elle était

⁶⁰ « Les mariages de salons », expression qui traduit littéralement l'expression arabe *gawaz salonat* : mariages où la rencontre de l'homme et de la femme est provoquée par un proche dans le but d'une union et où le couple ne se connaît pas auparavant. Cela est différent du mariage forcé qui est organisé par la famille.

déjà en retard et qu'étant également l'aînée parmi ses cousines, il ne faudrait pas que l'une d'elles la précède dans le mariage. C'est dans ce contexte que, Khaled, ayant vu des photos de la jeune femme et l'ayant trouvée très jolie, est venu la demander en mariage à son père et qu'elle, après l'accord préalable de celui-ci, a accepté. Mona décrit son mari comme un jeune homme ayant suivi de bonnes études universitaires en géographie, et qui travaille dans la fabrique familiale, une laiterie. Il avait, et a toujours un bon salaire. Son apparence un peu « religieuse », « sunnite » ajoute-t-elle, lui a valu dans son entourage le surnom tourné en plaisanterie, de *cheikh*⁶¹.

3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et impact psychique sur la femme

Après plus de neuf mois de mariage sans grossesse, Mona commence à s'inquiéter. De plus, le couple vit à la campagne et les questions ainsi que la curiosité de l'entourage familial et du voisinage ne manquent pas de leur « empoisonner la vie ».

Le couple consulte alors un obstétricien et un andrologue avant de se rendre au Centre FIV qu'ils ne connaissent pas encore. Il s'avère que Khaled a des varicocèles⁶² et qu'il doit les faire enlever chirurgicalement. À la suite d'un spermogramme, un diagnostic d'hypofertilité masculine est posé ; il s'agit précisément d'une azoospermie⁶³, et il faut subir une TESA⁶⁴.

À la même période, des conflits, présents depuis le début du mariage du couple, sont exacerbés. Mona est en colère contre son mari qu'elle juge avare et peu compréhensif et, comme acte féminin fréquent lors de conflits conjugaux, elle décide d'aller passer quelque temps chez divers membres de sa famille pour se remettre de ses émotions, le temps de se réconcilier avec son mari.

⁶¹ Homme de religion en islam.

⁶² Dans la pathologie de la spermatogenèse, la varicocèle est définie comme « une dilatation des veines du cordon, bilatérale ou unilatérale » (Zorn & Savale, 2005).

⁶³ Terme médical indiquant l'absence de spermatozoïdes dans le liquide spermique de l'homme (Zorn & Savale, 2005).

⁶⁴ En cas d'azoospermie, la TESA : Testicular Sperm Aspiration : un recueil chirurgical de sperme à travers une ponction biopsie à l'aiguille (Zorn & Savale, 2005).

4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale

Dès le retour de Mona au domicile conjugal – suite à des pressions exercées par sa propre famille pour entamer une réconciliation – le couple décide d'entreprendre une FIV au Centre. De manière générale, Mona n'a pas de problèmes avec les médecins ou l'institution médicale. Les injections du protocole sont pénibles, il faut subir des piqûres tous les jours ou presque, mais Mona « prend sur elle », selon son expression, parce qu'elle ne veut pas divorcer.

5. Place et réactions de la famille du couple

La famille de Mona est neutre. Ils essaient de la soutenir tout en restant calmes et en ne critiquant pas son mari car, pour eux, en venir au divorce serait une catastrophe pour leur fille. Divorcer, cela signifierait reconnaître que c'est elle, la femme, qui est en faute, soit qu'elle est à l'origine de l'infertilité, soit une mauvaise femme qui n'a pas su « garder son mari et le faire patienter ». Ils tentent donc de ramener leur fille « à la raison » et la convainquent tant bien que mal de vite regagner le domicile conjugal. Les parents du conjoint, eux ne disent rien, mais jugent que Mona est trop gâtée et dépensière, et qu'elle n'est pas une véritable et efficace maîtresse de maison.

6. Impact de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari

Tout au long de l'entretien, Mona ne fait pas de lien entre l'hypofertilité de son mari et les conflits qui existent entre eux. Selon elle, ce qu'elle reproche à son mari, c'est plutôt son « avarice » et son autoritarisme. Elle se sent prisonnière des restrictions financières au domicile conjugal, de la même manière qu'elle l'était lorsque, jeune fille, elle vivait encore chez ses parents.

7. Vécu et résonance du protocole FIV: la ponction d'ovules et le transfert d'embryons

Mona vit la procédure comme douloureuse tout en essayant de rester plus calme, pour que d'autres conflits ne naissent pas entre elle et son partenaire. Elle dit avoir envie de « sauver le mariage » et perçoit la FIV comme la seule solution.

8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique

Durant cette période difficile et anxiogène, Mona, comme de nombreuses femmes en post-FIV, va s'installer chez ses parents afin que sa mère s'occupe d'elle. Elle souhaite « se faire dorloter », nous confie-t-elle après cinq rudes semaines d'injections, de visites au centre et de fatigue.

9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le fonctionnement psychique de la femme en FIV

La situation politique n'est pas mentionnée par la jeune femme durant les entretiens. Elle habite loin du Caire qui est le théâtre des événements politiques, et ne se sent pas très concernée par ce qui se passe dans le pays.

Résultats à la BDI

Les résultats de Mona à la BDI révèlent un score de 10, indiquant la présence de symptômes de dépression modérés.

Analyse

Par rapport aux hypothèses de départ, tout d'abord, l'analyse de l'entretien de Mona dévoile la présence d'un discours de plainte lié au diagnostic d'infertilité masculine, ainsi qu'un discours de plainte lié à la mésentente conjugale. En accord avec l'hypothèse opérationnelle 2.1., le discours de Mona révèle également le recours au mécanisme de l'idéalisation et un rapprochement de ses parents lors de la séparation conjugale temporaire. L'hypothèse opérationnelle 2.2. est infirmée. Pour la dépression, les réponses de Mona à la BDI-13 révèlent un score de 10, indiquant la présence de légers symptômes de dépression. Enfin, pour Mona, le processus de réappropriation subjective est en cours même si difficile, révélant un équilibre psychique précaire mais opérant.

Mona semble avoir construit sa fierté narcissique de par son éducation, sa beauté, et sa distinction sociale par rapport aux autres jeunes filles de la campagne. Le statut

social et professionnel de son époux fait qu'elle perçoit également en lui une source de fierté narcissique. Cependant, l'annonce du diagnostic de l'hypofertilité masculine à laquelle s'ajoute « l'avarice » perçue du conjoint lui font désinvestir psychiquement son couple. La question de l'argent et de la capacité « à dépenser » semble être d'une grande importance pour la jeune femme. Nous faisons l'hypothèse que ce serait comme si cette question était porteuse d'un symbole de virilité qu'elle perçoit comme manquante chez son conjoint hypofertile. Le désir d'enfant ne s'exprime pas de façon explicite dans ce récit mais plutôt à travers les menaces familiales et la crainte d'une séparation si la quête d'enfant n'est pas exhaussée.

VI. Analyse globale des résultats et Discussion

1. Analyse transversale des entretiens de recherche

Cette analyse transversale vise à repérer et à reprendre les thématiques qui reviennent au cours des entretiens cliniques avec les épouses, suite à l'élaboration psychique du parcours de chaque femme ci-dessus. Certaines de ces thématiques font écho à nos hypothèses de départ, et d'autres, au-delà de ces hypothèses, reflètent des éléments du discours qui possèdent une valeur importante sur le plan psychologique et culturel. Les neuf thématiques principales correspondant à notre guide d'entretien⁶⁵ qui ont été regroupées. Cela, afin de procéder à une analyse du contenu des thèmes les plus récurrents conduits avec les femmes en cours de protocole FIV, en lien avec les hypothèses de départ.

1.1. Confrontation des entretiens de recherche aux hypothèses de départ

Les hypothèses de départ ont été reprises par ordre de formulation. Notre première hypothèse générale présumait que l'annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine susciterait chez la femme une blessure narcissique liée au tabou psychoculturel de l'infertilité masculine en Égypte. La traduction de cette hypothèse dans **hypothèse opérationnelle 1** était la suivante : **dans le verbatim des épouses, nous relevons un discours de reproche du maintien du secret de l'hypofertilité masculine.**

Par rapport à cette hypothèse opérationnelle 1, nous relevons dans notre échantillon que sept parmi les dix épouses interrogées reprochent à leurs conjoints la non-levée du secret de l'hypofertilité masculine, considérée comme taboue. Ce sont les cas de Nora, Maya, Nadia, Sarah, Chaymaa, Rola, et Fadia. Dans le cas de Hend, nous avons repéré un non-partage du diagnostic d'hypofertilité masculine avec les parents du conjoint mais suite un accord mutuel dans le couple.

⁶⁵ Guide d'entretien en Annexe III.

Nous repérons le reproche du maintien du secret de l'hypofertilité dans les thématiques suivantes : la thématique 3 : annonce du diagnostic d'hypofertilité et son impact sur l'épouse ; la thématique 4 : rapport de la patiente à l'institution médicale ; la thématique 5 : place et réactions de la famille du couple ; la thématique 6 : impact de l'infertilité masculine et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son conjoint.

Parmi les propos qui reviennent le plus souvent en accord avec cette hypothèse, nous repérons dans ceux de Rola ce refus, de la part des hommes, de reconnaître leur infertilité mais également de subir les tests médicaux nécessaires pour le diagnostic : « Mon mari devait revenir en août pour faire un second spermogramme mais il a refusé, en disant : 'C'est quelque chose que le bon Dieu contrôle, tout vient avec la volonté de Dieu' ». De même, les propos de Sarah sous-entendent ce maintien du secret: « Parfois nous avons des conflits et des tensions, parce qu'il ne veut jamais que la famille s'en mêle » et à une autre reprise : « Je disais à tout le monde, le problème vient de nous les deux ». Nadia déclare également : « Dans les deux cas, mes maris étaient réticents à effectuer le spermogramme nécessaire pour détecter la cause de l'infertilité ». En revanche, elle mentionne un reproche que lui a adressé son conjoint: « Maged m'a demandé, mais dis-moi, pourquoi est ce que ta mère sait qu'on fait une FIV ? »

Notre seconde hypothèse générale était énoncée comme suit : Nous observons que l'annonce du diagnostic d'hypofertilité masculine et les traitements médicaux sont accompagnés chez la femme du recours à l'idéalisation œdipienne de ses propres parents et de pulsions agressives envers le corps médical. Deux hypothèses opérationnelles traduisent cette proposition.

L'opérationnalisation dans **l'hypothèse opérationnelle 2.1** était formulée ainsi : **dans le verbatim des femmes, nous relevons le recours au mécanisme de l'idéalisation de leurs propres parents.** Concernant cette hypothèse 2.1, nous relevons que cinq parmi les dix femmes de notre échantillon recourent à l'idéalisation de leurs propres parents à la suite du diagnostic et des traitements, à divers degrés. Cette idéalisation œdipienne est retrouvée dans les cas de Maya, Radwa, Mona, Nadia et

Fadia. Dans le cas de Maya, la jeune femme déplore en s'adressant à son conjoint : « Ah si papa était là, il n'accepterait jamais que je sois traitée de la sorte ! ». Fadia nous livre qu'elle passe la majorité de son temps chez ses parents. Mona, lors des conflits conjugaux suite à son mariage et à l'absence de grossesse, prend congé de son domicile conjugal pendant plusieurs semaines et s'installe tantôt chez sa mère, tantôt chez une cousine.

Ce mécanisme d'idéalisation œdipienne s'accompagne d'une forme de régression sur un mode œdipien de la part des épouses. Ce type de régression est particulièrement encouragé et approuvé socialement et culturellement dans le contexte égyptien : en effet, le retour au domicile familial parental lors de conflits conjugaux, d'un divorce et pour de plus courtes périodes après un accouchement, est une pratique très fréquente. De plus, de nombreux hommes imposent la cohabitation avec leurs propres parents à leur future épouse.

Toujours pour la deuxième hypothèse, **l'hypothèse opérationnelle 2.2 était formulée ainsi : Dans le verbatim des femmes, nous relevons la présence de critiques du corps médical.** Cette hypothèse opérationnelle 2.2., qui supposait la critique du corps médical par les femmes dans l'obligation de se soumettre à une FIV alors qu'elles-mêmes sont fertiles, ne trouve pas d'écho chez la majorité des femmes de notre échantillon. Les épouses dont le discours adhère le plus à cette hypothèse sont Maya et Radwa. Un autre cas, Nadia, relève que les médecins en Égypte donnent très peu d'informations sur la FIV en comparaison des médecins occidentaux « qui disent tout aux patients, de quoi les rendre fous ». Elle semble apprécier ce style de communication restreint en informations, comme il apparaît dans ses propos : « Les médecins en Égypte vous donnent très peu d'informations pour ne pas aggraver nos craintes... En Europe, ils vous donnent toutes les informations, ça vous détraque les nerfs et ça fait bien plus peur ! ». Ces propos révèlent par là-même une particularité culturelle du fonctionnement institutionnel médical égyptien.

Il semblerait, par rapport à cette hypothèse, que le déploiement de l'agressivité saine n'est pas adressée, dans notre échantillon, envers le corps médical et l'institution médicale en premier lieu. Ce résultat a été source d'étonnement et pourrait être un biais de sélection de l'échantillon, car dans notre pratique clinique, un important nombre de femmes exprimaient des plaintes contre les médecins et le système médical, et se sentaient incomprises par ces derniers.

La troisième hypothèse générale était formulée comme suit : nous relevons chez les épouses une symptomatologie dépressive éclairant la détresse psychique déjà exprimée dans le discours. La traduction de cette proposition dans **l'hypothèse opérationnelle 3** était énoncée comme suit : **les scores à l'inventaire de dépression BDI-13 révèlent la présence chez les épouses de symptômes de dépression.**

La dépression est un thème présent chez une grande majorité des femmes de l'échantillon. Près de sept sur dix des femmes rencontrées présentent des scores qui les situent comme ayant des symptômes de dépression légers, définis par la BDI-13 entre le score de 4 et de 7. Et trois parmi elles présentent des scores de dépression définis par la BDI-13 comme modérés, c'est à dire entre 8 et 15.

Pour certaines, l'expression des symptômes de dépression ne se manifeste pas à travers la BDI-13 mais à travers des symptômes psychosomatiques mentionnés dans l'entretien. C'est le cas notamment de deux femmes : Radwa et Fadia. Indépendamment des symptômes de dépression, d'autres femmes mentionnent chez elles la présence de troubles sexuels qui se manifestent au moment des consultations FIV. En illustration, nous relevons deux cas, ceux de Nora et Chaymaa, qui révèlent souffrir de symptômes de vaginisme semblant être un handicap lors de l'examen gynécologique par échographie. Il serait intéressant de mettre en lien ces plaintes somatiques de certaines patientes avec la dépression dans le contexte des recherches menées sur les manifestations de la dépression dans les sociétés non-occidentales. D'autre part, il serait important d'interroger le sens de la présence de symptômes de vaginisme dans le contexte de la quête d'enfant et celui de l'infertilité masculine.

Enfin, la quatrième hypothèse générale supposait que le processus d'appropriation subjective de l'expérience de la FIV est un indicateur pertinent de l'équilibre psychique de la femme. Sa traduction dans les hypothèses opérationnelles était formulée ainsi: Nous relevons, dans les dix cas de femmes étudiées, différentes capacités à se réapproprier subjectivement l'expérience de la FIV, selon les femmes. Deuxièmement, **l'hypothèse opérationnelle 4.2 supposait que** : ces différences observées dans la réappropriation subjective révèlent différents modes d'équilibre psychique chez les femmes, plus ou moins opérants sur un continuum. Cette dernière hypothèse est en réalité une synthèse des trois hypothèses précédentes, une réflexion globale concernant nos cas cliniques de notre recherche. Argumenter que l'équilibre psychique est variable selon les parcours psychiques des femmes rencontrées, c'est tout simplement reconnaître la richesse de la psychopathologie clinique et l'impossibilité de comparer de façon quantitative une même épreuve de la vie pour des personnes différentes.

En ce qui concerne cette hypothèse, nous avons relevé à travers les entretiens et leur synthèse la présence d'une réappropriation subjective plus aisée chez certaines patientes, telle que Maya, Hend, et Nour. En effet, chez Maya, le tabou de l'infertilité masculine est rompu par l'initiative de son époux d'aborder la question avec ses parents et de se distancier d'eux au moment où il pressent que leur présence sera pesante psychologiquement. De plus grandes difficultés pour cette réappropriation subjective apparaissent chez Chaymaa, Rola, Nadia, et Radwa. Chez ces femmes chez qui ce processus est bloqué, nous relevons qu'il n'y a pas de rapprochement parental ou d'idéalisation qui s'effectue, privant ces dernières du holding parental qui soutient une femme dans l'épreuve psychique où elle se trouve. Chez d'autres femmes parmi ce second groupe, il y a une absence de soutien conjugal.

1.2. Thématiques transversales

La religion

La religion revêt une place importante chez toutes les participantes, qu'elles soient musulmanes ou chrétiennes, excepté le cas de Nadia, qui se revendique comme que

femme occidentalisee detachee des traditions arabo-musulmanes. La croyance religieuse et sa pratique quotidienne semble etre un mediateur essentiel qui aide ces femmes a s'approprier psychiquement l'epreuve de la FIV, par le biais de la priere (Maya, Sarah, Fadia). Maya, aidee par les conseils de sa mere, parvient a integrer l'infertilité et la FIV comme un test que Dieu lui adresse, afin de tester la solidité de sa croyance religieuse. Pour l'une des femmes de confession chretienne orthodoxe, un lieu saint, l'eglise de la Vierge du quartier de *Maadi* pres du Centre, est mentionné. Chez toutes les patientes chretiennes que nous avons rencontrées en consultation clinique, cette eglise semble symboliser un lieu de recueillement particulierement apprecie. D'autres fois, la religion est utilisee par les couples ou leurs familles pour influencer les personnes et les convaincre a agir dans une certaine direction. L'epoux de Chaymaa, par exemple, lui rappelle qu'elle est une musulmane croyante, et donc qu'elle ne devrait pas perdre espoir en la FIV, ni se plaindre, puisque Dieu est tout-puissant. Il arrive que les sentiments religieux provoquent des sentiments de culpabilité chez certaines femmes, comme lorsque Sarah met en lien son oubli de la priere et la consequence que Dieu veuille la punir en ne lui donnant pas l'enfant qu'elle souhaite. Enfin, la religion est parfois utilisee dans le cadre de l'anticipation perinatale comme un mediateur qui permettrait une anticipation plus sereine et apaisée, comme dans le cas de Maya, qui cite des paroles rapportees du prophete ou *hadith* disant : « Soyez optimistes, vous trouverez le bien ».

La sexualité et les troubles sexuels

Le theme de la sexualité apparait dans tous nos entretiens, sans aucune sollicitation de la part du chercheur, meme si le theme est elabore de facons differentes selon les entretiens, et meme dans les cas ou il est passe sous silence. Dans cette recherche menee en contexte arabo-musulman, j'ai ete etonnee par cette liberte et cette absence de gene avec lesquelles les epouses abordaient la question. La sexualité est évoquée parfois comme étant en crise a cause de troubles sexuels tel que le vaginisme (Chaymaa, Nora) pour lequel les patientes demandent a etre soignees. Ces troubles de vaginisme se manifestent non seulement dans les relations sexuelles conjugales, mais

aussi lors de la consultation échographique où ils empêchent la poursuite normale de l'examen gynécologique. Bien que nous nous référions ici à deux cas, au cours de mes consultations cliniques de psychologue, au moins cinq patientes m'étaient référées de façon hebdomadaire pour ces troubles. D'autres troubles sexuels sont évoqués : le conjoint de Fadia, par une illustration assez parlante et pertinente, souffre d'une impuissance sexuelle épisodique qui s'est manifestée à la suite de son diagnostic d'hypofertilité. Enfin, la sexualité est parfois mentionnée par les femmes comme étant absente (Fadia), ou inintéressante (Nadia, Fadia, Rola), ce qui soulève la question du lien entre infertilité, FIV et désir sexuel, fréquemment abordés dans les travaux de recherche (Roegiers, 2003 ; Inhorn, 2003 ; Epelboin, 2012).

Le secret

La question du secret qui entoure le diagnostic d'infertilité revient très souvent dans les entretiens de recherche (Maya, Nadia, Sarah, Hend). Comme nous l'avons perçu, pour certaines femmes cela cause une importante souffrance psychique, alors que pour d'autres, une alliance conjugale explicite ou implicite les incite à garder ce secret, sans expression d'une détresse. Dans tous les cas de figures, la présence de ce secret, lié au tabou, social, culturel, sexuel, est certainement source de conflit psychique, que cela soit exprimé ou non.

La mère

La mère garde une place essentielle dans le récit des femmes. Qu'elle soit à proximité ou éloignée géographiquement (Maya, Rola), affectivement proche ou distante (Nadia), le recours à elle semble important en tant que consolatrice capable de procéder à un holding au sens retrouvé chez Winnicott, pour soutenir la femme dans cette épreuve psychique. Le message qui transparaît au cours des entretiens, et que j'ai retrouvé dans de nombreuses consultations de couples, est le suivant : « Lorsque cela va mal, dans le couple, dans la quête d'enfant, ou dans tout autre domaine de la vie adulte, il y a toujours ma mère ». Cette phrase si souvent retrouvée correspond totalement aux idéaux culturels de la société égyptienne, où la relation mère-fille transcende et surpasse

toutes les autres relations. La dette de vie abordée par Bydlowski (2008) correspond au sentiment de la jeune femme de devoir rendre ce que sa mère lui a donné, en donnant à son tour la vie à un enfant. Selon notre analyse, cette dette de vie revêt un sens plus large dans ce contexte culturel : c'est tout donner à la mère, pas seulement un enfant, mais lui dédier autant de temps et d'attention qu'elle le demande. Il serait intéressant de relier ces observations cliniques aux travaux théorico-cliniques sur la relation mère-fille et la liaison de l'amour et de la haine dans cette dyade (Dupuis-Gauthier & Rosenblum, 2013).

Place de la famille du conjoint et agressivité

La famille du conjoint est toujours, dans la culture égyptienne, en extension à la relation au conjoint. Dans notre première hypothèse opérationnelle, nous avons abordé le discours de reproche lié au maintien du secret de l'infertilité. La famille du conjoint est souvent vécue comme persécutrice par les jeunes femmes, car ces familles risquent à tout moment de les « juger » comme infertiles, inadéquates, ou plus assez jeunes pour procréer. D'où la présence de pulsions agressives des épouses adressées envers leurs belles-mères (Maya, Nadia, Rola), mais également envers leurs belles-sœurs. Les questions de rivalité sont toujours présentes avec les autres femmes de la famille, notamment avec ces dernières (femme de leurs frères ou femmes du frère de leur époux). Dans une famille, la femme qui aura conçu un enfant en premier, a le pouvoir d'humilier ou de rabaisser celle qui est encore en attente d'une grossesse. En conséquence, nous retrouvons souvent dans nos entretiens le souhait du maintien du secret de l'infertilité par l'homme, alors qu'au contraire l'épouse souhaite clarifier la situation auprès de sa belle famille afin de pas être perçue comme la femme infertile.

La séparation ou le divorce

La séparation temporaire d'un couple et/ ou le divorce légal, sont des thèmes très présents dans le discours des femmes de cette étude (Nadia, Radwa, Rola, Mona, Chaymaa). Sur un plan sociologique et culturel, cela met l'accent sur le fait que le

divorce est aussi fréquent, sinon plus, que dans les pays occidentaux. Ceci à l'exception des couples chrétiens de notre échantillon (Sarah, Fadia), car l'église orthodoxe interdit ce divorce, à quelques exceptions près. Mais cet interdit est source de détresse pour de très nombreux couples qui ne s'entendent pas et qui, ne pouvant divorcer légalement, font chambre à part ou se séparent en quittant le domicile.

Le désir d'enfant en tant que nécessité sociale

Le désir d'enfant existe chez les femmes, mais il est difficile de distinguer ce qu'il en est du désir d'enfant dans sa signification inconsciente clinique et psychanalytique, et ce qu'il en est du conscient et préconscient en tant qu'obligation sociale. En effet, au sein de la culture égyptienne, les deux vœux que les jeunes filles se voient répéter le plus souvent sont le mariage et la conception d'enfants. À peine une jeune fille ou femme est-elle mariée, qu'elle est sollicitée par son entourage proche et éloigné, familial et professionnel, avec des questions aussi indiscretes et pesantes que : « Y-a-t-il quelque chose en route ? », « Allez, sois brave », « Dépêche toi de faire vite, tu n'es plus jeune », « Ta cousine t'a devancée, elle est enceinte », « Nous voudrions un petit fils avant de mourir, qu'est ce que tu attends, ne veux-tu pas faire plaisir à ton pauvre père ? ». Ce que nous voulons dire, c'est que le poids social est tellement lourd qu'il est difficile pour une jeune femme d'explorer ou d'exprimer son désir d'enfant, indépendamment de ces pressions.

La douleur corporelle et la plainte somatique

La douleur corporelle liée aux échographies, aux injections du protocole FIV et au prélèvement d'ovules est détaillée par les femmes, et souvent mise en avant, comme preuve du malaise et de la souffrance qu'elles encourent durant de la PMA. Elles soulignent avec un sentiment d'injustice que ce sont elles qui subissent ces soins très déplaisants alors que leurs conjoints ne ressentent aucune douleur et ne montrent pas de mouvement d'empathie qui leur permettrait de se mettre « à leur place ». Pour quelques-unes, la base du conflit réside dans le fait que « les hommes ne comprennent pas les femmes » (Maya, Nadia). Cela nous fait penser à l'analyse de Valabrega selon laquelle

la douleur est avant tout un symptôme subjectif (1957), que les « autres » ne peuvent pas comprendre.

Cette incompréhension des autres est d'autant plus réelle qu'au sein de la culture égyptienne, il y a une tendance à minimiser l'importance de la douleur des femmes dans le champ périnatal (FIV, examen médical vaginal, grossesse, accouchement) ; les familles et médecins accusent fréquemment les femmes de « faire des caprices » et « d'exagérer », et il est toujours demandé aux femmes de « supporter » ces douleurs périnatales, et que cela est « normal ». Par rapport à notre hypothèse sur la dépression, il semble clair que l'expression de la douleur et des plaintes physiques sont un moyen d'exprimer le vécu dépressif des femmes. C'est pourquoi les scores de dépression de la BDI-13, selon les cas cliniques, sous-estiment parfois ou même souvent, la présence de symptômes de dépression, sous-tendus par une plainte mélancolique qui, elle, est présente.

Mystère médical autour de la FIV

Les craintes médicales provenant de la méconnaissance de la FIV demeurent assez présentes en Égypte, comme le démontre le nombre de couples qui nous révèlent ne pas avoir débuté le protocole FIV plus tôt, n'y ayant pas pensé, ne connaissant personne qui y ait recouru, ou n'ayant pas connaissance des coûts financiers impliqués. Ce mystère peut nous faire penser à la notion de « l'inquiétante étrangeté » chez Freud. En effet, tout ce qui touche au prénatal est empreint d'une « étrangeté inquiétante » (Freud, 1919), ce qui signifie, si l'on se réfère à une des significations dans ce texte, un objet qui suscite l'inquiétude car on ne parvient pas à déterminer s'il est humain ou non humain. Ainsi, il est judicieux de se demander si, pour les couples en protocole FIV, un embryon congelé potentiellement transférable est considéré humain ou non-humain.

François Ansermet, psychiatre et chercheur contemporain qui a conduit des recherches psychanalytiques dans le champ de la PMA nous rappelle : « En ce sens, les procréations médicalement assistées forcent à penser l'impensable de la procréation ». Dans les grossesses normales « On a une date de naissance, pas une date de procréation.

De la procréation, on n'a pas de représentation [...] en se centrant sur la procréation, on force à penser ce qui est habituellement tenu à l'écart, irreprésentable » (Ansermet, 2009). En écho à cette citation de nombreuses femmes nous révèlent l'inquiétude de leurs familles ou belles-familles par rapport à la FIV : « Est-ce bien le sperme du mari ou pourrait-il y avoir confusion avec le sperme d'un autre homme ? ». Ces appréhensions, qui prennent parfois la forme de projections paranoïaques sont relevées dans le discours de Hend, à propos de ses parents et beaux-parents.

Réflexions au-delà des hypothèses de départ

De manière plus générale, au delà des hypothèses de recherches posées, nous avons pu faire l'observation clinique des points suivants :

1. Pour un certain nombre de femmes, il apparaît que les sentiments liés à la conjugalité et à la loyauté dans le couple occupent une place plus importante psychiquement que le désir d'enfant dans la décision de rester en couple, ce qui confirme la notion de connectivité conjugale⁶⁶ chez les couples égyptiens, et va à l'encontre de la perception culturelle égyptienne habituelle édictant que l'enfant est l'élément le plus important dans la construction du projet familial.

2. Un certain nombre de femmes se trouvent prises entre en sentiment de loyauté, de compassion, de honte et de rancune vis à vis de leur mari. Elles oscillent entre la protection et le blâme. Les auteurs Smadi et Mattarneh (2015) dans un travail portant sur l'identité féminine à travers quelques proverbes arabes, nous rappellent combien la culture arabe cantonne souvent la femme dans le rôle de procréatrice, et combien sont vantés les mérites de la femme féconde : « Mariez-vous avec la femme fertile et douce ». « En fait, c'est par la maternité que les femmes peuvent occuper une place dans la société, la stérilité étant la pire des catastrophes ». « Celui ou celle qui n'a pas d'enfants, on ne se rappelle pas de lui ». Nous avons pu observer, à travers le discours de nombreuses femmes, la crainte que l'accusation de stérilité ne se porte pas sur elles

⁶⁶ Notion utilisée par Inhorn dans l'ouvrage *Infertility and Patriarchy* (1996) et décrivant le lien particulier qui unit les conjoints.

si, n'ayant pas eu d'enfants, elles venaient à divorcer. Cette démarche risquerait de les priver à tous jamais de la possibilité d'un remariage. Cela nous laisse percevoir l'état dans lequel ces femmes sont prises.

3. Le retentissement psychique de l'hypofertilité et de la FIV sur la femme dépend de manière importante de la trajectoire passée de chacune, rendant cette épreuve plus ou moins difficile à intégrer psychiquement et faisant varier son impact traumatique.

4. La nature de l'anticipation, thérapeutique ou traumatique – ou se situant entre les deux – durant la période d'incertitude en post-FIV et précédant le résultat du test de grossesse est clairement une variable dépendante indissociable du parcours psychique individuel de la femme, de la relation conjugale, et enfin du contexte socioculturel.

2. Limitations théoriques et méthodologiques

2.1. Limites méthodologiques

Tout d'abord, une des limites de notre recherche concerne la méthodologie. Il s'agit d'une méthodologie uniquement qualitative, posant donc la question de la validité, de la fiabilité et de la reproductibilité des résultats. Les outils de la recherche, l'entretien clinique semi-directif et l'observation sont des outils uniquement qualitatifs. Mais le choix de ces outils était justifié par la nécessité de prendre en compte la spécificité sociodémographique de notre population de recherche et l'applicabilité des outils utilisés à cette population.

La petite taille de l'échantillon des femmes en FIV constitue une autre limite méthodologique, questionnant la possibilité de généralisation des résultats à une population plus large. Elle permet néanmoins une approche plus proche des parcours psychiques spécifiques des cas cliniques rencontrés. D'autres limites méthodologiques viennent de l'impossibilité d'enregistrer les entretiens de recherche ou de les filmer.

Une troisième limitation méthodologique de cette recherche est l'absence d'un groupe contrôle. La présence d'un second groupe nous aurait permis de comparer

l'impact de certaines variables sur le vécu psychique des femmes en cours de FIV. Au début de la recherche, l'objectif était d'avoir un groupe contrôle composé de femmes hors protocole FIV, en début de grossesse. Cependant, j'ai découvert qu'il était difficile de corrélérer les deux populations, l'attente d'une éventuelle grossesse post-FIV ne pouvant être équivalente à une certitude de grossesse chez un couple hors protocole médical.

Une limitation dans les résultats de cette recherche provient également de l'existence d'un grand nombre de variables parasites. Bien que cette étude soit purement descriptive, le grand nombre de variables parasites telles que les caractéristiques des sujets (âge, sexe, niveau socio-économique et culturel et différence de religion), affecte certainement les résultats obtenus. Simultanément, il s'agit de caractéristiques propres à l'objet d'étude que l'on ne peut réduire et qu'il convient d'analyser.

2.2. Limites théoriques

Les limites théoriques de ce travail interdisciplinaire correspondent à certains axes de travail qu'il aurait été important de prendre en compte. Il aurait été intéressant d'élaborer la question du traumatisme en lien avec l'annonce du diagnostic d'infertilité masculine et d'étudier la manière dont le traumatisme varie selon l'équilibre psychique des femmes. Pour une telle étude, l'utilisation de l'entretien et d'un outil d'évaluation du stress post-traumatique auraient été pertinents.

Un autre ajout théorique qui aurait pu enrichir cette recherche est une plus importante centration sur la question du désir d'enfant. Afin de comprendre la raison pour laquelle cette notion n'a pas été assez prise en compte dans l'élaboration de la problématique et dans les entretiens de recherche, il nous faut revenir à la question du contre-transfert du chercheur. Ayant souhaité dans un premier temps m'intéresser au vécu psychique des hommes, la réorientation de ma recherche en direction des femmes ne me satisfaisait que dans la mesure où l'un des axes de réflexion demeurait les hommes, à travers la question du couple. Bien que cette recherche ne soit pas axée sur le

vécu du couple, ni théoriquement, ni méthodologiquement, il y avait peut être un biais dans l'orientation du guide d'entretien des femmes.

3. Perspectives cliniques et de recherche

3.1. Rôle du psychologue clinicien auprès des couples

Tout d'abord, l'une des applications cliniques de cette étude serait de soutenir psychologiquement les femmes et, dans un second temps, les hommes, dont la santé mentale est certainement atteinte par les problèmes d'infertilité et d'hypofertilité étant donné la moindre attention portée en Égypte sur leur santé mentale en général.

De même, il serait utile d'exploiter les résultats de l'étude afin de soutenir les couples qui viennent d'apprendre leur infertilité et qui sont susceptibles de vivre un traumatisme lors de cette annonce ou lors des traitements FIV. L'objectif serait aussi de les aider dans la prise de décision concernant le recours à la FIV et de les soutenir dans leur relation durant la période du traitement (Covington & Burns, 2006). Au sens large, il s'agirait d'aider à « l'évaluation psychique » des personnes ou couples concernés pour les aider à connaître leurs capacités de résilience et de réappropriation subjective de l'expérience de la FIV, en lien avec leurs structure et ressources psychiques.

Sur le plan du dispositif clinique, nous souhaiterions proposer un accompagnement pour les personnes et couples qui souffrent d'anxiété pendant la FIV et/ou la grossesse post FIV (thérapie, relaxation,...), offrir une thérapie de couple d'orientation analytique dans le cadre de problèmes affectifs et sexuels, proposer un soutien pour problèmes sexuels chez le couple infertile pendant la FIV, ou enfin organiser un accompagnement des personnes et couples pour les aider à mieux élucider leurs désirs d'enfants.

À l'issue de cette réflexion et de ces rencontres avec des femmes en cours de FIV suite à une hypofertilité masculine, nous espérons pouvoir améliorer les fondements de la recherche-action mise en place au Centre égyptien de fécondation *in vitro* par la mise

en place d'un dispositif clinique d'écoute adapté à la population et au contexte culturel de l'Égypte.

3.2. Directions de recherches futures

Il serait intéressant – et cela correspond aussi à la demande du personnel soignant médical de la clinique FIV – d'effectuer une étude longitudinale avec les couples qui ont conçu des enfants par FIV un an, puis deux ans après la conception.

Une autre problématique de recherche qui a sollicité notre attention est celle du parcours des couples égyptiens qui ont entrepris une FIV hétérologue en Espagne. Il serait très intéressant d'étudier le parcours psychique qui a conduit ces femmes et couples à intégrer psychiquement cette technique de PMA par don d'ovocytes, dans le contexte socio-légal égyptien.

Dans le cadre théorique des recherches sur l'homme, le masculin et le paternel (Vanier, 2001), et dans l'objectif de revenir sur la question de départ du vécu psychique des hommes diagnostiqués d'infertilité, une recherche-action pourrait être menée en comparant le vécu psychique et les mécanismes de défense présents chez les deux conjoints du couple. Cette étude serait mieux acceptée par les hommes qu'une sollicitation personnelle pour entretien de recherche, et serait plus adéquate que d'envisager une recherche-action auprès d'un groupe de paroles d'hommes. Bien que cette dernière initiative soit un objectif positif à atteindre, les mécanismes de défenses rigides des hommes pourraient entraver cette démarche. La recherche-action de couple a plus de chances d'être acceptée par les conjoints, dans la mesure où nombreux sont ceux qui se plaignent de conflits conjugaux. De plus, au cours des trois années de pratique, avec une meilleure expérience clinique, nous avons réussi à amener un plus grand nombre de couples à consulter.

Conclusion

Ce travail de recherche, à travers l'exposition de chacune de ces réflexions théoriques et, dans un second temps, par le déploiement du terrain de recherche, souhaite éclairer la question du fonctionnement psychique des femmes en cours de FIV suite à un diagnostic d'hypofertilité masculine chez leurs conjoints, dans le contexte particulier de l'Égypte.

Le premier chapitre théorique a pour but de contextualiser la recherche dans un cadre anthropologique afin de mieux comprendre le contexte socioculturel de l'étude. L'objectif est aussi de bien situer ce travail dont le référent est la psychopathologie clinique avec une importante dimension interdisciplinaire à l'intersection avec le domaine théorique de l'anthropologie. Cette étude de la dimension psycho-anthropologique vise également à situer la recherche dans la réflexion à l'intersection entre culture et psychisme, dans la suite des recherches psychanalytiques et ethnopsychiatriques de ce domaine. Concernant la fécondation *in vitro*, il s'agissait plus particulièrement de définir la spécificité de la FIV homologue telle qu'elle est pratiquée en Égypte, y compris dans ses contraintes sociales et légales, mais aussi de la situer par rapport au Maghreb et au Moyen et Proche-Orient, dans le cadre d'une diversité de l'islam sunnite et chiite et de la présence de minorités chrétiennes.

Le second chapitre théorique, en se penchant sur l'aspect médical de ce travail de recherche où le somatique ne saurait être ignoré, souhaite donner quelques repères médicaux techniques et éclairer la façon dont le médical peut être source de malaise psychique : d'une part, par la complexité des diagnostics et son introduction dans un domaine intime de la vie des couples, et, d'autre part, parce la technicité de la FIV peut être un couteau à double tranchant pour les couples en cours de protocole. En effet, tout en étant une technique salvatrice, la FIV homologue, avec son adaptation médico-culturelle au contexte culturel égyptien, est par certains aspects source de souffrance

pour les femmes de notre recherche, notamment dans le cadre de la société encore polygame qu'est l'Égypte.

Le troisième chapitre théorique, intitulé l'approche clinique, souhaite mener une réflexion portant sur l'impact de l'hypofertilité masculine sur le fonctionnement psychique de la femme. Cela, en prenant en compte la question du désir d'enfant, celle de l'Oedipe et de la castration, puis la problématique de l'agressivité vitalisée et son évolution. Ce chapitre aborde également les travaux portant sur le vécu psychique de l'infertilité chez les hommes et chez les femmes. Une réflexion approfondie a été menée sur le vécu de l'anticipation psychique et son rôle dans la réappropriation psychique subjective du vécu de la FIV chez les femmes de notre étude.

Par cette étude, nous avons tenté d'explorer le fonctionnement psychique de femmes fertiles dont les conjoints étaient diagnostiqués d'hypofertilité. L'analyse des résultats met en évidence la présence d'un discours de plainte chez les épouses qui éprouvent le sentiment que leurs époux sont indifférents à leur souffrance et au retentissement du tabou de l'infertilité masculine sur leur équilibre psychique. En même temps, les résultats dévoilent l'expression chez ces femmes d'une idéalisation de leurs propres parents, parfois sur un mode de régression œdipienne. Ce rapprochement parental, le recours psychique à l'idéalisation, sont en concordance totale avec les idéaux culturels de la société égyptienne, où les parents sont perçus comme « sacrés », et où de nombreux adultes demeurent pour leurs parents simplement « leurs enfants », même après avoir quitté le domicile familial, s'être mariés et avoir conçu eux-mêmes des enfants. Les résultats des analyses révèlent également la présence d'une symptomatologie dépressive variable dans l'échantillon de femmes. Enfin, la manière dont les femmes s'approprient subjectivement l'expérience de la FIV dépend de leur équilibre psychique et est en même temps un indicateur pertinent de celui-ci.

À l'issue de cette réflexion et de ces entretiens de recherche auprès de ces femmes, nous espérons pouvoir améliorer les fondements de la recherche-action mise en place au Centre Égyptien de Fécondation in Vitro, par la mise en place d'un dispositif

clinique d'écoute adapté à l'institution médicale et au contexte culturel, pour les femmes et les couples.

Sur le plan de la recherche interdisciplinaire, il sied de rappeler en cette fin de travail la valeur et la pertinence de cette interdisciplinarité entre psychologie, médecine reproductive et anthropologie. Dans « Le champ interdisciplinaire périnatal » Missonnier (in Missonnier & al., 2012) revendique la richesse et la nécessité de cette « psychologie clinique interdisciplinaire » qui, à l'exception d'ouvrages tels que celui de Mimoun (1999), a eu peu de place dans le monde de la clinique. Pour Missonnier, cette interdisciplinarité est d'abord un message clinique et épistémologique sur la richesse du savoir ainsi récolté. C'est ensuite le désir d'explicitier que, dans les institutions de soins, les psychologues et psychiatres et autres professionnels de la santé mentale n'ont pas le « monopole » de la compréhension et du soin des patients ; il s'agit plutôt d'un travail en équipe qui, en périnatalité, peut regrouper une sage-femme, un-e pédiatre, un-e obstétricien-ne, et un-e échographe. L'accent est également mis sur l'importance de cette « synergie entre les compétences des somaticiens et celles des psychiques pour une approche holistique du sujet ».

Si nous adoptons cette approche interdisciplinaire pour réfléchir à l'application d'une recherche en psychologie clinique périnatale dans un pays arabo-musulman tel que l'Égypte, nous devons également prendre comme appui les travaux anthropologiques – y compris l'anthropologie médicale – qui ont été menés dans cette société, ainsi que ceux situés à l'intersection de la psychologie clinique et de l'anthropologie. Dans *Islam et révolutions médicales*⁶⁷, Moulin (2013), dans une perspective historique mais aussi anthropologique, mène une réflexion sur l'interaction entre la « question de la médecine moderne » et son application dans divers pays arabo-musulmans, dont l'Égypte, avec le sens qui est donné au corps dans ces sociétés, dans le contexte d'un islam très différent d'un pays à l'autre, d'une époque à l'autre, et qui est

⁶⁷ Moulin, A.-M. et al. (2013). *Islam et révolutions médicales : le labyrinthe du corps*.

lui-même en évolution, surtout dans le cadre sociopolitique des révolutions qui ont balayé toute la région depuis le début 2011 jusqu'à aujourd'hui.

Moulin aborde également la question de la bioéthique et de la jurisprudence, telle qu'elle a été élaborée dans les pays arabes. Notre objet de recherche qu'est la FIV est au centre de ces réflexions bioéthiques, puisque, comme nous l'avons vu au cours de cette étude, la FIV en tant que pratique médicale innovante est en constante interaction avec les préceptes religieux et les perceptions sociales et culturelles de la PMA dans les familles. Dans un chapitre dédié à *la fatwa*⁶⁸ en tant que cadre de réflexion bioéthique⁶⁹, Houot mène une réflexion sur la PMA dans le cadre de la société syrienne, à la lumière des fatwas émises par un *cheikh* syrien nommé al-Buti, né en 1929. Le questionnement principal de ce religieux est de savoir si l'homme est le propriétaire de son corps ou son simple dépositaire, et d'éclairer le lien entre le caractère sacré de ce corps et la nécessité de répondre aux besoins sociaux des personnes et des couples, se référant au concept de « l'intérêt de la procréation »⁷⁰ (S. Houot, in Moulin, 2013).

Ce travail étant une étude de l'infertilité en Égypte, nous ne pouvons manquer de rappeler que les riches travaux d'Inhorn sur l'infertilité et les couples en Égypte, et dans d'autres pays du Moyen et Proche-Orient, ont été une référence extrêmement précieuse. Afin de situer notre modeste étude par rapport à ces ouvrages, nous avons tenté de mettre en place un dispositif de recherche-action qui permettrait une élaboration psychique du vécu des femmes dans l'une des institutions étudiées anthropologiquement par Inhorn, et au sein de ce même contexte culturel.

Notre recherche, dont le contexte géopolitique est celui de l'Égypte, d'abord en révolution, puis en post-révolution, ne peut être séparée de ce contexte extrêmement complexe et imprévisible. Tout d'abord sur le plan politique, dans la mesure où le pays a connu, en moins de cinq ans, quatre gouvernements d'orientations politiques

⁶⁸ La fatwa peut être définie comme étant, en islam, « une consultation juridique donnée par une autorité religieuse à propos d'un cas douteux ou d'une question nouvelle », Dictionnaire Larousse.

⁶⁹ S. Houot : « La Fatwa, un cadre pour la bioéthique » in Moulin (2013).

⁷⁰ L'intérêt de la procréation est un concept traduit de l'arabe : *maslahat al-nasl*.

différentes qui ont tour à tour mené les citoyens de l'euphorie au désespoir. La violence dans la rue a été une constante de ces années et a complètement changé la configuration géographique de la ville du Caire – et sans doute d'autres villes. Ces bouleversements politiques et ces violences ont eu un impact psychique notable sur les familles égyptiennes qui sont nombreuses aujourd'hui à avoir plus de craintes et de réticences par rapport à l'idée de changement que d'envies ou d'espoirs, ayant vu beaucoup de gens mourir, subir de graves blessures ou être porteurs d'handicaps à vie, ou être emprisonnées dans le cadre de régimes qui, successivement, ont tenté de réprimer les libertés d'expression.

Dans ces conditions, de nombreux jeunes couples égyptiens tentent de recourir à l'éloignement temporaire ou à l'émigration vers l'étranger pour une destinée plus sûre et plus sereine. Alors qu'en cours de révolution, un grand nombre de jeunes gens nourrissaient un grand espoir de changement positif et décidaient de concevoir à ce moment là, beaucoup, aujourd'hui, se posent de nombreuses questions anticipatoires sur la viabilité de l'Égypte pour un enfant, et sont plus inquiets et incertains.

Sur une note plus positive, et quelque part en contradiction, cette recherche-action a été menée dans un contexte d'épanouissement du terrain de la psychologie clinique en Égypte et de la scène culturelle cosmopolite extrêmement riche à l'heure actuelle. Alors qu'à la fin des années 1990 la psychologie clinique avait peu d'ouvertures et d'institutions de pratique, en 2015, il existe une efflorescence des domaines d'actions des psychologues cliniciens et autres professionnels de la santé mentale. Les organisations non gouvernementales, ou ONG, malgré les restrictions gouvernementales et les interdictions de financements étrangers, multiplient leurs domaines d'action auprès de populations aussi diverses que les enfants des rues, les prostituées, les personnes atteintes du SIDA ou les patients psychiatriques sans domicile fixe.

La psychologie clinique n'étant plus le monopole des institutions psychiatriques et scolaires, elle se développe dans des institutions médicales, comme l'Institut du Cancer pour adultes et enfants, dans les consultations pour la douleur dans certaines cliniques

privées où l'on peut repérer des techniques d'hypnose et de relaxation, et dans des institutions telle que la nôtre, le Centre égyptien de FIV.

Située donc à l'intersection du psychologique et du somatique, cette recherche-action au Centre FIV trouve aussi son écho dans une abondance de nouvelles pratiques adressées aux couples, telles que le travail psychologique groupal, notamment à travers l'association égyptienne des thérapies de groupe⁷¹.

C'est dans ce contexte que cette recherche innovante pourrait présenter une réelle ouverture pour un travail dyadique auprès de couples en cours de FIV ou en proie à des conflits conjugaux ainsi qu'auprès de groupes de mères, d'infirmières et aussi d'hommes et de futurs pères, pour un abord de la santé mentale masculine.

En se référant à d'important travaux sur la famille et le groupe (Cuynet, 2015), il s'agirait d'élaborer un travail psychique en dyade, ou groupal. C'est peut être également avoir l'ambition d'une psychologie clinique plus proche des réalités sociales et culturelles de l'Égypte, où l'interpsychique revêt une plus grande importance que l'intrapsychique, ce qui n'empêche certainement pas de garder une place pour le travail psychique individuel.

Dans cette société égyptienne ayant connu maintes blessures, au lendemain de la révolution, fragilisée, et en même temps très appréhensive des violentes menaces terroristes devenues malheureusement si proches et si quotidiennes, ce serait avoir l'ambition de donner un espoir aux familles, aux couples, en les aidant à élaborer leur vécu psychique.

⁷¹ Egyptian Association for Group Therapies and Processes <http://www.eagt.net/>, fondée en 2011.

Bibliographie

- ABDEL-KHALEK, A. M. (1996). [*Manuel de l'inventaire de depression de Beck*] (En arabe). Alexandrie: Dar Al-Ma'rafah Al-Game'eyyah.
- ALVAREZ, A., GOLSE, B. (2008). *La psychiatrie du bébé*. Paris: Presses universitaires de France.
- AL ANSARY, B. D. (1998). [La version Koweïtienne de l'Inventaire de dépression de Beck] (En arabe). *Al-magalla al-tarbaweyyah [Koweit]*, 12(46). 77-112.
- AMIR M., HORESH N., & LIN-STEN T. (1999). Infertility and adjustment in women: the effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4), 463-479.
- ANDERSON, E. (2009). *Inclusive masculinity. The changing nature of masculinity*. New York: Routledge.
- ANDRÉ J., AUPETIT L. (Eds.). (2010). *Maternités traumatiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ANSERMET, F., GERMOND, M., & MEJIA QUIJANO, C. (2006). *Parentalité stérile et procréation médicalement assistée : le dégel du devenir*. Toulouse: Éditions Érès.
- AOUIJ-MRAD A. (2008). L'ancrage religieux de la législation tunisienne relative à la procréation médicalement assistée : l'interdiction du don. In B. FEUILLET-LIGER. *Procréation médicalement assistée et anonymat. Panorama international*. Bruxelles: Bruylant.
- ATHEA, N. (1987). Nouvelles techniques de procréation : quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant, *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 1531-1542.

- BAOR, L., & SOSKOLNE, V. (2010). Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Human Reproduction*, 25(6), 1490-1496.
- BAUBET, T., & MORO, M. (2009). *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. Paris: Masson.
- BAUM, A., GACHEL, R., & KRANTZ, D. (1997). *An introduction to health psychology* (3rd edition). Maidenhead: McGraw-Hill.
- BAYLE, B. (2003). *L'embryon sur le divan : psychopathologie de la conception humaine*. Paris: Masson.
- BECK, A.T., & BECK, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- BECK, A. T., & STEER, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory, manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- BECKER, G. (2000). *The elusive embryo: how women and men approach new reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press.
- BELLONE, M., RIGOT, J.-M., COTTENTIN, O., & GOUEMAND, M. (2003). Retentissement sexuel, conjugal et social d'une population d'hommes stériles consultants en andrologie : le point de vue du psychiatre de liaison, *Andrologie*, 13(4), 435-444.
- BENHAIM, M. (2011). *L'ambivalence de la mère*. Toulouse: Éditions Érès.
- BENYAMINI, Y. GOZLAN, M., & KOKIA, E. (February 2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14, 1-16.
- BERGERET, J., (Ed.). (1972). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris: Masson.
- BERGHUIS, J.P., & STANTON, A.L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over

an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433-438.

BOIVIN J., BUNTING L., COLLINS J. A., & NYGREN K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512.

BOURGUIGNON, O., & BYDLOWSKI, M. (2006). *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris: PUF.

BOURGUIGNON, O., NEVALET, C., & FOURCAULT, D. (1999). Le continent perdu des fertilisations in vitro. *Devenir*, 11(2), 7-23.

BYDLOWSKI, M. (1990). A propos de l'écoute des couples en demande d'enfant. *Études psychothérapeutiques*, 1, nelle série. 15-29.

BYDLOWSKI, M. (1990). Procréations médicalement assistées : problèmes psychologiques et éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent*, 38, 665-668.

BYDLOWSKI, M. (2008). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses Universitaires de France.

CANNEAUX, M. (2011) *Le devenir mère des femmes infertiles ayant bénéficié d'un don d'ovocytes*. Thèse sous la direction de C. CHABERT, & B. GOLSE. Université Paris-Descartes.

CESBRON, P., & MISSONNIER, S. (2011). *Neuf mois pour devenir parents. Dialogue entre un obstétricien et un psychanalyste*. Paris: Librairie Arthème Fayard.

CHABERT, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris: Presses Universitaires de France.

CHABY, L. (2010). *L'infertilité Masculine : l'oubli du père*. Paris: Ellipses.

CHEVRET-MÉASSON, M. (2007). Le vécu de l'homme infertile. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 36, 89-91.

CHILAND, C. (2007). *L'entretien clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

- COEFFIN-DRIOL, C., & GIANI, A. (2004). L'impact de l'infertilité et des traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de littérature. *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 32, 624-637.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ. Avis relatif aux recherches sur les embryons humains in vitro et à leur utilisation à des fins médicales et scientifiques, Paris 15 décembre 1986, p. 19 (rapport non publié).
- COVINGTON, S.N., & BURNS, L.H. (2000). *Infertility counselling. A comprehensive handbook for clinicians*. UK: Parthenon Publishing.
- CUYNET, P., & BELOT, R. A. (2015). Miroir du corps familial, pare-exitations et enjeux psychosomatiques. In D. MELLIER *Le bébé et sa famille. Place, identité et transmission*. Paris: Dunod.
- DAYAN, J. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris: Masson.
- DE PARSEVAL, G.D. (1981). *La part du père*. Paris: Éditions du Seuil
- DE PARSEVAL, G.D. (2008). *Famille à tout prix*. Paris: Éditions du Seuil.
- DEL VOLGO, M.-J. (2003). *La douleur du malade : Clinique, psychanalyse et médecine*. Toulouse: Éditions Érès.
- DELAISI DE PARSEVAL, G. (1984). Intérêt de l'abord systémique de la stérilité du couple », *Psychothérapies*, 4(3), 187-193.
- DELAISI DE PARSEVAL, G. (1991). La souffrance du couple stérile, *Médecine de l'homme*, (193), 6-8.
- DESJARDINS-SIMON, J., & DEBRAS, S. (2010). *Les verrous inconscients de la fécondité*. Paris: Albin Michel.
- DEVEREUX, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. 3^{ème} édition. Paris: Gallimard.

- DUPUIS-GAUTHIER, C., & ROSENBLUM, O. (2013). La transmission du féminin entre mère et fille. La haine et l'amour en héritage. *Revue de thérapie familiale psychanalytique*.2(31).
- EPELBOIN, S. (2010). Paternité entravée : la place du « père » en procréation assistée. In L'Escabelle, & C. Robineau. *Désirs de pères. Images et fonctions paternelles aujourd'hui*. Toulouse: Éditions Érès.
- FAURE-PRAGIER, S. (2011). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- FERNANDEZ, L., & CATTEEUW, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique : Actualités et nouvelles perspectives pour la recherche en psychologie clinique*. Paris: Nathan.
- FINTZ, M., MOULIN, A.-M., & RADI, S. (2007). Figures de la santé en Égypte. Passé, présent, avenir. *Égypte monde arabe, 3^{ème} série, 4*.
- FREUD, S. (1909). *Cinq psychanalyses*. Trad. fr. M. BONAPARTE, R. M. LOEWENSTEIN. (1966). Paris: Presses Universitaires de France.
- FREUD, S. (1912) *Totem et tabou*. Trad. fr. M. WEBER (1993). Paris: Gallimard.
- FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Trad. fr. O. Mannoni (2014). Paris: Éditions Payot & Rivages.
- FREUD, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Trad. fr. M. R. ZEITLIN (1984). Paris: Gallimard.
- FRIEDMAN, R. (1986). *L'irrésistible désir de naissance*. Paris: Presses Universitaire de France.
- FRITZ, M.A., & SPEROFF, L. (2011). *Clinical Gynaecologic Endocrinology and Infertility, 8th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- GOEB, J. L., FEREL, S. GUETTA, J., DEVAUX, A. FELDMANN, G. GUEDENEY, A., JOUANNET, P., & GOLSE, B. (2006). Vécus psychologiques des démarches

- d'assistance médicale à la procréation. *Annales médico-psychologiques*, 164(9), 781-788.
- GRANET, P. (1995). Aspects psychologiques de l'infertilité conjugale et de sa prise en charge dans le cadre des procréations médicalement assistées. *Devenir*, 7(2), 7-29.
- HÉRITIER, F. (2002). *Masculin-féminin. La pensée de la différence*. Paris: Odile Jacob.
- HOPKER-AZEMAR, F. (2011). De la difficulté des hommes à vivre les protocoles de l'aide médicale à la procréation. In D. WELZER-LANG, & C. ZAUCHE-GAUDRON. *Masculinités : État des lieux*. Toulouse: Éditions Érès.
- INHORN, M.C. (1994). *Quest for conception: Gender, Infertility and Egyptian Medical Traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- INHORN, M.C. (1996). *Infertility and patriarchy: the cultural politics of gender and family life in Egypt*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- INHORN, M.C. (2003). *Local babies, global science: gender, religion and in vitro fertilization in Egypt*. New York: Routledge.
- INHORN, M.C. (2012). *The new Arab man. Emergent masculinities, Technologies, and Islam in the Middle East*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- JAOUL, M. (2007). Rôle joué par les événements de filiation dans l'infertilité masculine. *Psychosomatique et sexualité*, 35,(5). 442-448.
- JAOUL, M. Vivre l'AMP au sein d'un couple : entre doutes et espoir. In *L'assistance médicale à la procréation en France en 2010*. Agence de la biomédecine.
<http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/dp-amp2010.pdf>
- JORDAN, C., & REVENSON, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, (22), 341–358.
- KAËS R. (2000). *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques. 2^{ème} édition*. Paris: Dunod.

- KEYLOR, R., & APFEL, R. (2010). Male Infertility: Integrating an Old Psychoanalytic Story with the Research Literature. *Studies in Gender & Sexuality*, 11(2), 60-77.
- KHATAB, H., YOUNIS, N., & ZURAYK, H. (2001). *Women, reproduction, and health in rural Egypt*. Cairo: The American University in Cairo Press.
- KIENLE R., LUSZCZYNSKA A., PFULLER B., & KNOLL N. (2009). Appraisal detection bias and well-being in close relationships: couples experiencing assisted reproduction treatment. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 165-187.
- KLEIN, M. (1928). *Le complexe d'Oedipe*. Paris: Payot.
- KLEINMAN, A. (1986). *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven: Yale University Press.
- KLEINMAN, A., & BYRON, J. (1985). *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- KNOLL, N., & al. (2009). Transmission of depressive symptoms: a study with couples undergoing assisted reproduction treatment. *European Psychologist*, 14(1), 7-17.
- LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaire de France.
- LÉVY-STRAUSS, C. (1950). Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss. In M. MAUSS (1950). *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- LUHRMANN, T. M. (2001). *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*. London: Picador.
- MAUSS, M. (1935). Les techniques du corps, *Journal de Psychologie*, 32(3-4), 271-293.
- MAUSS, M. (1950) *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MEAD, M. (1930). *Growing up in New Guinea: A Comparative Study of Primitive Education*. New York: Blue Ribbon Books.

- MERATI, M., CHETRIT, A., MODAN, B. (2002). Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: an inter-spouse study. *Psychology and Health*, 17(5), 629-640.
- MIMOUN, S. (1999). *Traité gynécologique obstétrique psychosomatique*. Paris: Flammarion.
- MISSONNIER S., GOLSE B., & SOULÉ M. (2006). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris: Presses Universitaire de France.
- MISSONNIER, S. (2004). La grossesse, la parentalité et l'anticipation. In B. GOLSE & L. MORISSEAU. *Lorsque la parentalité paraît*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MISSONNIER, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MISSONNIER, S., et al. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Paris: Elsevier Masson.
- MOREL, M-F. Grossesse, fœtus et histoire. In S. MISSONNIER, B. GOLSE, & M. SOULÉ. (2006). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris: Presses Universitaire de France.
- MOULIN, A.M. (1981). *L'islam au péril des femmes*. Paris: La découverte.
- MOULIN, A.-M. (Ed.). (2013). *Islam et révolutions médicales : Le labyrinthe du corps*. Karthala: Paris.
- OLIVENNES, F., HATOUT, A., & FRYDMAN, R . (2006). *Assistance médicale à la procréation*, Paris: Masson.
- REPOKARI L., PUNAMAKI R. L., UNKILLA-KALLIO L., VILSKA S., POIKKEUS P., SINKKONEN J., ALMQVIST F., TIITINEN A., & TULPPALA M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls ». *Human Reproduction*, 22, 1481-1491.

- REVIDI, P., & BEAUQUIER-MACCOTTA, B. (2008). Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation. *EMC Psychiatrie*, 133(37 204 G 40), 1-10.
- ROEGIERS, L. (2003). *La grossesse incertaine. De la décision médicale au lien prénatal*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ROSENBLIUM O. (2006). La parentalité à l'épreuve de l'infini temps du traitement. L'aide médicale à la procréation offerte aux couples séropositifs. *Dialogue*, 171(1).
- SALVATORE, P., GARIBOLDI, S., OFFIDANI A, COPPOLA F, AMORE M, MAGGINI C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and sterility*, 75(6). 1119-1125.
- SANTIAGO-DELAFOSSÉ, M. (1995). *Demandes d'enfants et pratiques médicales : Fécondations in vitro*. Paris: Anthropos.
- SANTIAGO-DELEFOSSE, M. (1999). Fécondations *in vitro*. Comparaison des discours entre un groupe de femmes poursuivant les tentatives et un groupe de femmes les ayant interrompues. *Devenir*, 11(3). 87-108.
- SELLAHI, S. (2010). Réflexions psychopathologiques sur le vécu de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation chez des femmes algériennes. Thèse sous la direction de F. DROSSART. Université Paris-Diderot.
- SEROUR, G. (1998). Reproductive choice: A Muslim perspective. In J. HARRIS, & S. HOLM, *The Future of Human Reproduction*. Oxford: Clarendon Press.
- SMADI, A., & MATTARNET, M. (2015). La construction de l'identité féminine à travers quelques proverbes arabes. *European Scientific Journal*, 11(17)..
- SMADJA, E. *Le couple et son histoire*. (2011). Paris: Presses Universitaires de France.
- TAKEFMAN, J. (2009). *Problèmes psychologiques liés à l'infertilité masculine*. Site de l'Association Canadienne de Sensibilisation à l'Infertilité.

<http://www.iaac.ca/fr/314-303-problemes-psychologiques-lies-a-l-infertilite-masculine>

- VALABREGA J. P. (1957). L'Anthropologie psychanalytique. *La Psychanalyse*, 3.
- VANIER, A. (2001). Hommes/pères. *Figures de la psychanalyse*, (5). Paris: Éditions Éres.
- VEIL, E. (2006). La petite graine et le gros ventre dans les procréations médicalement assistées ». In S. MISSONNIER, B. GOLSE, & M. SOULÉ. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris: Presses Universitaire de France.
- WELZER-LANG, D., & GAUDRON, C. Z. (2011). *Masculinités : état des lieux*. Toulouse: Éditions Erès.
- WEST, J. (1985). An Arab validation of a depression inventory. *International Journal of Social Psychiatry*, 31(4). 282-289.
- WINNICOTT, D. (1947). La haine dans le contretransfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Trad. fr. J. Kalmanovitch (1969). Paris: Payot.
- ZORN, J.-R., & SAVALE, M. (2005). *Stérilité du couple*. Paris: Masson.

Annexe I : Consentement éclairé

Cette recherche psychologique vise à mieux comprendre la nature du conflit psychologique que vivent la femme et la famille, pendant un protocole de soin par FIV, et plus précisément par ICSI (injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde). Ceci afin d'améliorer les soins psychologiques et le soutien psychologique dont les familles bénéficient durant et à la suite du traitement. La personne conserve le droit total d'accepter ou de refuser de répondre à toute question. Toutes les réponses aux questions demeureront totalement anonymes, sans aucune trace de données personnelles indiquant l'identité des personnes. J'ai lu le consentement éclairé et j'ai bien compris son contenu. Toutes mes questions ont trouvé leurs réponses. Et en conséquence, je, avec le libre choix, j'accepte de participer à cette recherche, et je suis au courant que le chercheur....sera prête à répondre à toutes mes questions, et que je peux le contacter par téléphone. Je suis parfaitement conscient que je peux me retirer de cette recherche à tout moment où je le souhaite, même après signature de ce consentement, sans que cela n'affecte aucunement les soins médicaux que je reçois.

Date

Signature

استمارة القبول

هذه دراسة نفسية تهدف لمعرفة لطبيعة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الزوج او الزوجة و الاسرة اثناء برنامج الاطفال الانابيب و بالتحديد الحقن المجهري، و ذلك من أجل تحسين الخدمة النفسية و الدعم النفسي للعائلات اثناء برنامج الأطفال الانابيب.

يحتفظ الشخص بكامل الحق في الموافقة او الرفض في الإجابة عن اي سؤال.

كل الإجابات ستحفظ في سرية تامة بدون ذكر الاسماء أو اي بيانات شخصية خاصة بالشخص.
لقد قرأت استمارة القبول هذه وفهمت مضمونها. تمت الأجابة على أسئلتي جميعها. وبناء عليه فأنتني، حرا مختارا، أوافق على الإشتراك في هذا البحث واني أعلم ان الباحث _____ سيكون مستعد للإجابة على أسئلتي، وأنه باستطاعتي الإتصال به على الهاتف _____ كما أعرف تمام المعرفة بانني حر في الإنسحاب من هذا البحث متى شئت حتى بعد التوقيع على الموافقة دون ان يؤثر ذلك على العناية الطبية المقدمة لي.

التاريخ

التوقيع

Annexe II : Questionnaire Sociodémographique

Numéro de Dossier :

Nom de l'épouse :	اسم الزوجة:
Nom de l'époux :	اسم الزوج:
Confession religieuse :	الديانة:
Emploi	جھمة العمل:
Domicile :	مكان السكن:
Ville et lieu de résidence :	القاهرة الاقاليم
Age de l'épouse :	سن الزوجة:
Age de l'époux :	سن الزوج:
Nombre d'années du mariage :	عدد سنين الزواج :
Lien de parenté des époux :	صلة قرابة: نعم لا
Mariages précédents	زواج سابق:
Époux :	للزوج: نعم لا
Épouse :	للزوجة: نعم لا
Autres épouses :	وجود زوجة أو زوجات أخرى:
Divorce précédent :	طلاق سابق:
Date du diagnostic d'infertilité :	تشخيص العقم منذ:
Type de Diagnostic	طبيعة المشكلة:
Époux :	الزوج:
Épouse :	الزوجة:
Les deux conjoints :	الزوج و الزوجة:
Grossesse antérieure : Oui / Non	حمل سابق: نعم لا
Si oui	إن نعم، حمل كامل : نعم لا

Annexe III : Description de la grille thématique

1. Lignes principales de l'enfance et de l'adolescence de la jeune femme
2. Histoire de la rencontre et de la relation affective du couple
3. Annonce du diagnostic d'hypofertilité et impact psychique chez la femme
4. La patiente et le rapport au corps médical et à l'institution médicale
5. Place et réactions de la famille du couple
6. Retentissement de l'infertilité et FIV sur le ressenti de l'épouse envers son mari durant FIV.
7. Vécu et résonance du traitement du protocole FIV: La ponction d'ovules et du transfert d'embryons
8. Période post-FIV : le processus d'anticipation psychique
9. Effet de la situation politique en Égypte (2011-2013) sur le fonctionnement psychique des femmes en cours de FIV

Annexe IV : Questionnaire abrégé de Beck BDI-13

Ce questionnaire d'auto-évaluation contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

Traduction française : P. Pichot

NOM:

PRENOM:

SEXE: AGE: DATE:

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions.

Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

-
- | | |
|---|----------|
| A. Je ne me sens pas triste. | 0 |
| Je me sens cafardeux ou triste. | 1 |
| Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. | 2 |
| Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. | 3 |
-
- | | |
|--|----------|
| B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. | 0 |
| J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. | 1 |
| Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. | 2 |
| Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. | 3 |
-
- | | |
|--|----------|
| C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. | 0 |
|--|----------|

J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
<hr/>	
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
Je suis mécontent de tout.	3
<hr/>	
E. Je ne me sens pas coupable.	0
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
Je me sens coupable.	2
Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
<hr/>	
F. Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même.	2
Je me hais.	3
<hr/>	
G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libèrerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
<hr/>	
H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
<hr/>	
I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
<hr/>	
J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0

J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
<hr/>	
K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
M. Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Il s'agit d'un inventaire de mesure de profondeur de la dépression qui a été développé par Beck à partir de 1962. Plusieurs versions existent : la version originale comprend 21 items, une version étendue de 25 items a été proposée par P. Pichot (pour une présentation de ces formes cf. Cottraux, Bouvard & Légeron, 1985). La forme abrégée a été développée par Beck à partir de 1972.

La forme originale à 21 items incluait tous les symptômes de la constellation dépressive. La forme abrégée n'a retenu que les items les plus fortement corrélés avec la note globale de l'échelle de Beck à 21 items (corrélations supérieures à 0,90) et ayant également les corrélations maximales avec les évaluations par les cliniciens de l'intensité du syndrome dépressif. Il a été ainsi obtenu un questionnaire de 13 items qui corrélait à 0,96 avec le score total de l'échelle originale de 21 items et à 0,61 avec les évaluations de la dépression effectuées par des cliniciens. Les treize items retenus mesurent les symptômes suivants :

- 1) - Tristesse
- 8) - Retrait social
- 2) - Pessimisme
- 9) - Indécision
- 3) - Échec personnel
- 10) - Modification négative
- 4) - Insatisfaction de l'image de soi
- 5) - Culpabilité
- 11) - Difficulté au travail
- 6) - Dégoût de soi
- 12) - Fatigabilité
- 7) - Tendances suicidaires
- 13) - Anorexie

On retrouve dans cet ensemble les éléments de la triade cognitive décrite par Beck. Celle-ci comprend des considérations négatives sur soi, le monde extérieur et le futur (item 1 à 8, et item 10). De plus, le ralentissement est appréhendé par les items 9, 11 et 12. L'item 13 représente les troubles somatiques.

1) Plusieurs études ont défini sa structure factorielle, sa sensibilité au changement, son homogénéité et sa fidélité test-retest dans la version anglaise (Beck & Beamesderfer, 1974 ; Beck, Steer & Garbin, 1988).

2) Trois études ont été effectuées en France :

– L'étude de Lemperière et al., (1984) portait sur 79 déprimés. Il s'agissait de dépressions jugées sévères ou très sévères dans plus de la moitié des cas (score moyen à l'inventaire de Beck = 22). Les patients étaient hospitalisés dans 2/3 des cas. L'échelle est sensible au changement, et corrélée significativement à l'échelle de Hamilton et surtout la MADRS. En ce qui concerne l'appréciation clinique globale, l'échelle de Hamilton (0,85) et la MADRS (0,88) sont mieux corrélées que l'échelle de Beck (0,83) après 28 jours de traitement.

– L'étude de Collet et Cottraux (1986) portait sur 50 patients déprimés ambulatoires (moyenne = 18 ; écart type = 6 ; valeurs extrêmes : 4-33). Le score total de l'échelle de Beck est corrélé avec le score global de l'échelle de Hamilton (26 items) et avec le score global de l'échelle de ralentissement de Widlcher. Les 2 corrélations ne diffèrent pas significativement.

– L'étude de Cottraux (1988), qui portait sur 45 dépressions majeures, a retrouvé, après rotation Varimax, une structure factorielle voisine de celle de la version anglaise. Quatre facteurs principaux apparaissent : ralentissement (25 %), culpabilité (17 %), retrait social (12 %), perturbation somatique. Une comparaison avec 50 sujets obsessionnels retrouve une structure factorielle presque identique de l'échelle. Dans la version anglaise, avait été retenue une solution à deux facteurs seulement : ralentissement et culpabilité.

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé.

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

L'inventaire abrégé de dépression de Beck est la mesure subjective de dépression la plus utilisée. Il est certain qu'une investigation clinique, et d'autres instruments, peuvent apporter des données plus approfondies concernant un état dépressif.

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974) :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Cependant son pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression a été discuté. Dans l'étude de Lemperière et al. (1984) la comparaison des différents instruments d'évaluation a montré que la capacité du questionnaire de Beck à discriminer, entre 7 stades de gravité, apparaît inférieure à l'échelle d'Hamilton et la MADRS.

Malgré sa corrélation très élevée avec l'inventaire de Beck à 21 items, il ne l'a pas remplacé dans les recherches en psychothérapie cognitive. Il est plus souvent utilisé en psychopharmacologie, en médecine générale et en épidémiologie.

En dépit de ces réserves, il s'agit d'un instrument bien accepté par les patients et facile à administrer du fait de sa brièveté.

BECK A. T., & BEAMESDERFER A. (1974). Assessment of Depression: The Depression Inventory. In P. PICHOT (Ed.), *Modern problems in pharmacopsychiatry* (pp. 151–169). Bâle: Karger.

BECK A.T., STEER R., & GARBIN M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of research. *Clinical Psychology Review*, 8(1). 77-100.

COLLET L., & COTTRAUX J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlcher. *L'Encéphale*, 12, 77-79.

COTTRAUX J., BOUVARD M., & LEGERON P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: Éditions d'applications psychotechniques.

COTTRAUX J. (1988). Depressive cognitions of obsessive-compulsive patients: a factorial analysis of the shorter form of the Beck depression inventory. In C. PERRIS & M. EISEMANN (Eds.), *Cognitive Therapy : an update*. Umea: Dopuu Press.

LEMPERIERE T., LEPINE J.-P., ROUILLON F., HARDY P., ADES J., J.-P. LUAUTE J.-P., & FERRAND I. (1984). Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg. *Annales Médico-Psychologiques*, 142. 1206-1212.

Annexe V : Entretiens cliniques de recherche

Les deux entretiens cliniques de recherches présentés ici donnent deux modèles très différents de parcours psychique de femmes et de vécu psychologique de l'expérience de la FIV. Ce sont aussi deux femmes qui sont bien différentes socialement, culturellement et dans leur rapport à la religion.

Entretien 1 : Nadia

Le Docteur Y. A. m'a appelée et a demandé à mon mari de venir pour laisser un échantillon de sperme. Mais nous n'avions pas le récipient qu'il faut pour. Le Docteur Y. a alors dit bon d'accord, on va faire le test du spermogramme. Le jour où mon mari devait laisser un échantillon de sperme était un jour très stressant, parce que j'étais tellement inquiète. Les hommes sont bizarres, ils collapsent psychologiquement pour des choses que nous arrivons à gérer psychologiquement normalement.

Vous voyez moi je suis très obsessionnelle avec la question du temps. On devait arriver là-bas à neuf heures du matin pour la ponction des ovules. Et lui – partenaire – n'arrivait toujours pas à se décider s'il voulait laisser l'échantillon de sperme à la maison ou à la clinique. À la fin, il a dit qu'il voulait le faire à la maison, il a dit ça à la dernière minute. Nous avons pris le pont de *Kasr el Nil* et c'était complètement bloqué à cause des violences, mais finalement nous sommes arrivés à destination au centre et nous avons pu laisser l'échantillon de sperme.

Le jour de la ponction des ovocytes, j'étais assez nerveuse. Le problème c'est que, je pouvais visualiser la procédure et ça, ça me fait m'angoisser d'avantage. Même le « pismire » me rend nerveuse. Mais j'étais assez contente d'être anesthésiée, au moins tu n'es pas obligée de vivre le truc. Pour moi, c'est avant la ponction et le transfert que j'étais le plus embêtée, mais après j'étais tout à fait bien, enfin j'étais mieux.

Quand j'étais allée voir mon gynécologue Docteur H. G., il m'avait dit, écoute, tu es très inquiète à propos de quelque chose alors que tu n'as rien, tu vas tout à fait bien.

Alors à ce moment là je lui dis, voyons, ce n'est pas possible qu'il y ait un problème avec les deux hommes que j'ai épousé.

Avant de passer par l'expérience de la FIV, je pensais que quand le problème venait de chez l'homme, il n'y avait rien à faire, mais que les femmes elles, pouvaient toujours prendre des médicaments pour traiter leur infertilité. En Arabie Saoudite, les médecins m'ont dit que mon premier époux devait effectuer des analyses, parce que beaucoup d'hommes du Moyen Orient souffraient de ce problème. Je le lui ai donc dit, mais il a simplement haussé les épaules. Je sais que si j'avais insisté il aurait fait le test, parce qu'il avait vraiment envie d'avoir des enfants. Quand j'ai découvert que Maged – mon mari actuel – avait un problème d'infertilité masculine, je me suis sentie coupable, parce que ça m'a fait sentir que peut être j'aurais peut être encore été mariée si j'avais su, parce que le divorce était un peu parce que je ne parvenais pas à tomber enceinte. J'ai senti quelque part que c'était un signe de Dieu. Il y avait d'autres problèmes dans le mariage bien sûr.

Je trouve que le mariage est une chose très complexe. Dans mon premier mariage, j'étais très amoureuse, et nous étions très connectés, mais j'étais têtue et je ne voulais pas résoudre les problèmes. Sexuellement, pour moi, ça ne marchait pas très bien, peut être parce que j'étais très complexée à cette époque, et j'étais traumatisée à cause du divorce de mes parents. Là ça va, nous avons quelques clashes de personnalité, je n'avais pas ce problème avec mon premier mari.

(En cours d'entretien, durant la pause, le père de la patiente l'appelle pour demander de ses nouvelles. C'est une occasion durant la seconde partie de l'entretien de parler de son père.) Mon père a découvert que je faisais la FIV seulement hier, il ne savait pas. Il a commencé à me demander si toutes ces hormones n'avaient pas des effets secondaires indésirables. Maman sait tout à propos de ma FIV mais elle ne lui avait pas dit. Question de la chercheuse : pouvez-vous me parler de votre relation avec votre père ? Réponse : Nous nous entendons très bien mais il ne me pose jamais aucune question, il attend toujours que je vienne lui raconter. Mon père, il n'est pas comme ma

mère, qui est plus indépendante. Elle n'a pas souhaité se remarier, ou avoir un petit ami, elle est principalement occupée par nous trois, frères et sœurs.

Je suis la cadette dans ma famille ; il y a des gens qui me disent que j'ai le syndrome du second enfant. Je suis celle qui ressemble à un livre ouvert. En grandissant, mon adolescence, j'avais beaucoup de complexes et d'expériences difficiles. Alors une fois arrivée à l'âge adulte, j'étais très sur la défensive ; je veux dire que je ne me laissais pas aller facilement, j'étais très prude et paranoïaque parce que j'avais peur que les gens ne pensent que j'étais une « pute ». Et ma mère me disait toujours : fais attention, tu ne veux quand même pas que les gens pensent que tu es une « pute », ou quoi.

Mon ex-mari et moi nous sommes mariés quand j'avais 22 ans, et nous avons divorcé quand j'avais 31 ans. Nous n'avions aucun conflit. Mais il avait d'autres problèmes, il buvait beaucoup, c'était un problème l'alcool. Il avait une sorte de perversion sexuelle, et j'ai remarqué après que beaucoup d'hommes arabes avaient ce problème. Je crois que c'est la répression sexuelle qui fait que les hommes développent ça. Ca m'avait mis vraiment mal à l'aise avec lui. Même quand on s'est quittés, il était dans le déni ; il disait aux gens et à l'entourage que j'étais en Égypte juste pour des affaires, du travail, en déplacement professionnel quoi. Mais Maged est tellement différent de mon ex. J'agis avec lui comme mon ex-mari agissait avec moi. La plupart des hommes sont pareils et la plupart des femmes sont pareilles, je pense.

Au début, les gens m'ont dit que je devais en parler avec personne parce que c'est honteux. Quand je suis allée à la clinique il y avait tellement de monde, c'était tellement bondé, à ce moment là j'ai compris pourquoi certaines personnes choisissaient de faire la FIV à l'étranger, loin des regards curieux.

Mais pour moi, quand tu fais la FIV ici ca devient une partie normale de ta vie, et si ca ne marche pas tu n'es pas ravagée. À l'étranger tu te sens désespérée, parce ce que tu as voyagé pour ca et que tu as dépensé tout cet argent. L'état d'esprit est très important, quand c'est un état d'esprit positif tu as de meilleurs résultats. Puis j'ai

commencé à me demander pourquoi c'est tellement un tabou ici, alors qu'avoir plus d'informations pourrait aider les gens.

Mon mari m'a demandé, mais dis moi pourquoi est ce que ta mère sait qu'on fait une FIV de toute façon. Maintenant ca va, ca ne le dérange plus qu'elle sache. En ce qui le concerne, il n'a rien dit ; ses parents ne savent pas du tout qu'il a un problème. Je ne sais pas pourquoi les gens sont si secrets et tendus quand il s'agit de la FIV. Je ne vois pas ce qu'il y a de honteux. C'est quelque chose que je peux partager avec mes amis. Une fois j'ai lui ai demandé si ca le gênait que ce soit lui qui soit infertile. Il m'avait auparavant demandé : « est ce que je suis bien ? » J'ai répondu, oui en tant qu'homme tu es bien, mais le compte de ton sperme est bas. Je lui ai demandé est ce que ca dérange ton ego ? Il m'a dit, pas vraiment. Je ne crois pas qu'il était affecté.

Quand j'ai su pour la FIV, j'ai tout de suite pensé que ca pouvait vouloir dire qu'on allait peut être avoir des jumeaux. Il a dit : « oh non, je ne veux pas avoir de jumeaux » . Ce qui me gênait dans l'idée de la FIV, c'est que je suis une personne proche de la nature, je ne suis pas très orientée médecine, je suis plus pour les remèdes et traitements naturels. Parce que je ne pense pas qu'il est très enthousiaste d'avoir des enfants, c'est un problème. Pour pouvoir entreprendre une FIV, il faut faire une décision consciente, contrairement à la grossesse naturelle. Avec la FIV c'est plus une vraie décision consciente d'avoir des enfants. Dans un sens c'est moins romantique.

J'ai pris toutes ces injections, et puis soudain après le transfert d'embryons, j'ai senti, suis-je réellement prête à concevoir un bébé ? À ce moment c'est devenu très réel pour moi. Le speculum était très désagréable, mais je me suis dit si je vais être une mère prochainement je dois m'endurcir et supporter la douleur un peu. Par hasard je regardais à la télévision un accouchement en live, et à ce moment la j'ai commencé à me demander est ce que je suis vraiment prête pour ça ou non.

À un moment donné, je ne savais plus s'il voulait la faire ou pas (la FIV). Lui, en tant qu'homme, il ne le sent pas, il est un homme. Mais moi j'étais sous pression avec toutes ces hormones, alors j'étais un peu d'humeur changeante. Il ne comprend pas ça.

Je pense que les hommes ne comprendront jamais ça. C'est comme un truc de personnalité. Maged réagit à mes sauts d'humeur. C'est moi qui commande notre relation.

La semaine dernière j'ai appris que mon ex-mari avait eu un enfant, j'étais tellement triste de l'apprendre, j'ai eu une crise de nerfs, j'ai senti que c'est moi qui aurait dû avoir cet enfant. J'avais des regrets et des questionnements.

Évidemment le mariage n'est pas une chose parfaite. Peut être que j'aurais préféré savoir et avoir le choix. Je suis soulagée d'avoir pleuré. Ce jour là j'étais complètement atterrée pendant quatre heures. J'ai pleuré, pleuré, jusqu'à m'endormir. Mon ex-mari n'avait aucun doute que je l'aimais. Mon mari actuel, au contraire, est facilement ennuyé et insécurisé quand je le rejette. La famille de mon mari, quand à elle, est fausse, et bien plus « égyptienne », dans le sens péjoratif, que moi et que ma famille.

Quand tu fais une FIV, ça te fait plus penser à la génétique de la conception, tu penses aux choses de façon plus consciente. J'ai commencé à penser que le sperme de mon mari était faible, et à me demander si cela allait affecter la santé de mon enfant ? Je ne savais pas. Est-ce que ça affecte l'aspect génétique pour le bébé. Ca te rend paranoïaque. En plus, avec la réduction embryonnaire, ça me fait penser que peut être je vais sélectionner le mauvais embryon pour le transfert. Tu deviens paranoïaque. J'ai demandé au docteur M. A. si je pouvais vérifier par moi-même qu'il n'y avait pas de confusion, il m'a répondu ne dis pas de telles sottises, ces choses là n'arrivent jamais.

Les médecins en Égypte vous donnent très peu d'information, alors ça n'aggrave pas les craintes. Ce n'est pas assez de munitions pour devenir fou. En Europe ils vous donnent toutes les informations, ça détraque les nerfs, and ca fait bien plus peur. Avec quelqu'un qui a une personnalité hypochondriaque comme moi, ca me rendrait vraiment mal à l'aise. Au centre, ils m'ont juste dit que je serais soumise à un long protocole, que j'attendrais deux semaines et puis que je reviendrais pour une prise de sang. En Égypte on vous donne le minimum d'information. Le jour de l'échographie c'était très douloureux. Je me sentais un peu comme un mouton. Je sentais que j'étais comme à la

gare du Caire, tellement il y avait de monde. L'Égypte est une société tellement dichotomique. Tout le monde le sait, et pourtant c'est secret. Je n'ai pas cette hypocrisie, c'est très mauvais pour la santé et la santé mentale des gens, pour leur psychologie et leur santé sexuelle. C'est très compliqué la FIV en Égypte.

Quand j'ai dit à ma mère pour la FIV, elle a commencé à raconter à certains de ses bons amis et ils voulaient tous me dire quoi faire. Les médecins ont extraits 20 follicules le jour du prélèvement d'ovules. Je sais que si je tombe enceinte ma mère va le raconter à tous ses amis... Quand je me plains de mon mari, elle se révolte un peu, elle dit quoi, il se comporte comme ça, et en plus il n'est même pas capable de te rendre enceinte...

Nous les femmes, on a plus d'émotions, eux – les hommes – ont moins d'émotions à propos de la FIV et de la procréation, et ils préfèrent ne pas y penser et ne pas en parler du tout.

Entretien 2 : Maya

Au début il est passé par une période d'effondrement et il a eu un effondrement nerveux alors que moi j'étais sereine. Et même une fois il est resté pleurer et il m'a dit c'est ma faute, et tu mérites mieux que ça. Dès qu'on a su... Il l'avait appris deux jours auparavant et il m'avait caché la nouvelle. En général il ne me cache rien du tout. J'ai remarqué qu'il dormait beaucoup. Tous les quelques temps je rentrais lui dire : « Ali va chercher les analyses. » Il s'est mis à pleurer, c'était la première fois de ma vie que je le voyais pleurer, bien qu'il soit très sensible. Il m'a dit que les analyses étaient très mauvaises, la première fois c'était 30.000 spermatozoïdes par ml de sperme et la motilité était de zéro.

Je me suis mise à lui dire et alors, il y a bien un traitement, puisqu'il y a du sperme. Il a un ami qui a une azoospermie. Je n'arrivais pas à me contenir, et je ne savais quoi faire. Mais je lui ai dit viens, on va ouvrir l'internet et lire à ce sujet. Il a commencé à m'enlacer dans ses bras et à me dire : « ce n'est pas de ta faute, fais ce qui te plaît, décide toi ». Il m'a fait beaucoup de peine, terriblement, et j'ai commencé à pleurer. Je lui ai dit arrête, tu vas me perturber plus que je ne le suis.

On a commencé à lire à propos du facteur masculin d'infertilité, et on a lu que c'était moins grave que le facteur féminin. Je lui ai dit : « écoute on va appeler quelqu'un qu'on connaît. » Il m'a dit : « mais ne dit pas que le problème vient de moi », je lui ai dit « ne t'inquiète pas je ne vais rien dire ». J'ai appelé une amie à moi qui travaille dans un laboratoire d'analyses médicales à Alexandrie. Elle m'a conseillé de répéter les analyses de sperme et m'a donné le nom du meilleur centre.

Mon mari m'a dit qu'il avait appris le résultat dimanche, mais il ne m'en avait fait part que lundi soir. Il est s'était mis à rouler en voiture et n'était pas allé au travail à cause du choc, mais ce qui est étrange est qu'on ne pouvait rien lire à son visage. De plus on est très proches et très ouverts l'un avec l'autre, et je peux toujours lui me

confier à lui. Il m'a dit que c'est parce que j'avais des invités ce jour là, il m'a dit, « je ne voulais pas te chagriner ».

Il était allé chez un andrologue sans me prévenir, et le médecin avait commencé à lui dire c'est un très mauvais cas, alors qu'il avait déjà la varicocèle (Le varicocèle est une dilatation des veines du cordon spermatique, situées dans les bourses. Il survient dans la grande majorité des cas à gauche. Il se présente sous la forme d'une masse molle, non douloureuse, située au dessus du testicule. La varicocèle est provoquée par des lésions veineuses ressemblant à celles des varices des membres inférieurs). Il est allé répéter les analyses, et je lui ai dit, tiens moi informée, c'est notre problème à tous les deux. La première fois pour laisser un échantillon de sperme c'était très difficile, il était dégouté de lui-même, je ne savais pas que c'était difficile à ce point pour les hommes.

Le résultat était légèrement plus élevé, 700.000 spermatozoïdes par ml, et une très faible motilité. Le diagnostic était : insuffisance testiculaire primaire, et le problème vient de la glande pituitaire. (Insuffisance testiculaire primaire ou Hypogonadisme : est une limite médicale pour un défaut du système reproducteur qui a comme conséquence le manque de fonction des gonades – des ovaires ou des testicules – provient d'une anomalie dans les testicules.)

Après cela j'ai parlé à mes parents. J'étais sereine mais dès que j'ai commencé à parler à mes parents j'ai pleuré. Dès que j'ai parlé à ma mère elle m'a dit qu'elle s'y attendait. Vous êtes très jeunes, m'a-t-elle dit. Maman m'a dit, j'aurais juré qu'Ali avait un problème. Ma mère est très pure de l'intérieur, je lui fais confiance. Elle m'a dit c'est un « test », en langue arabe appelé *ibtilaa* de Dieu, et ce n'est pas un problème, mais commence tout de suite et prends rendez vous vite. Elle m'a dit c'est ta priorité, ne réfléchis pas trop, ton père et moi nous t'enverrons l'argent qu'il faut.

Mon amie Yasmine m'a dit de faire la FIV à Alexandrie mais mon mari m'a dit pas à Alexandrie, tous les gens vont le savoir.

Ensuite mon père m'a appelé. Ma mère m'a dit qu'elle allait le prévenir. Je voulais savoir quelle serait la réaction de mes parents. Il m'a appelé et je me suis mise à pleurer. Il m'a dit tu dois être à ses cotés et ne rien lui faire sentir. Il a demandé à parler à mon mari et j'avais peur qu'Ali soit ennuyé. Mon père a commencé à me dire de prendre soin d'Ali, il m'a dit tu dois être forte parce que l'état psychologique des hommes est très facilement affecté par ce problème. Il m'a dit ton mari, il avait l'air en parfaite santé, on ne pouvait prévoir qu'il était fatigué.

Ensuite on allait aller Ali et moi à un colloque de médecine auquel j'avais envie d'aller. Tout le département allait y être. Mais il m'a dit, je ne veux voir personne. Je lui alors proposé d'aller au village familial. On s'est un peu changé les idées.

De retour, j'ai eu peur que les parents d'Ali ne ressentent que j'étais distante à leur égard. J'ai dit à Ali si tu ne vas pas les voir ils ne vont pas comprendre que tu es déprimé, ils vont penser que je leur en veux de quelque chose. Alors un beau jour il est allé les voir et je n'étais pas avec lui, et il leur a annoncé la nouvelle. Sa mère a commencé à pleurer. Sa grand-mère lui a dit qu'est ce qui vous prend vous êtes encore bien jeunes, pourquoi êtes vous si pressés d'avoir des enfants. Une fois sa mère a essayé de me donner des conseils pour tomber enceinte...Elle m'a dit ma chérie je suis comme ta mère, je te conseille après les rapports sexuels de t'allonger sur ton dos...J'étais extrêmement ennuyée et j'ai senti que j'allais vomir. Ma mère ne m'avait jamais parlé auparavant de cette manière.

Une autre amie à moi m'avait donné des conseils pour les jours d'ovulation et les dates cibles pour les rapports sexuels, mais je n'ai rien fait de ses conseils. Je ne suis pas le genre de femme qui, au début du mariage, pleurait lorsque j'avais mes règles au lieu de découvrir que j'étais enceinte.

Mais une fois qu'on a commencé à envisager la FIV, il y avait des jours où, la nuit venant, avant de m'endormir, je ne me sentais pas bien psychologiquement, et cela a affecté notre relation. Une fois j'avais essayé de stimuler mon mari sexuellement, mais c'était la pire fois : l'éjaculation était très rapide, et il a commencé à pleurer et moi

aussi. À ce moment là j'ai eu très peur que notre relation soit affectée, et j'ai senti que le bonheur dans lequel nous vivions ne sera plus présent. Mon mari pleurait fort. Après cela on est resté quelque temps sans qu'il ne se passe quelque chose entre nous sexuellement. Dans mon mariage, c'est différent que le mariage de certaines amies qui n'ont pas une vie sexuelle épanouie. Nous avons d'habitude une très bonne relation sexuelle et fréquente.

Puis nous avons commencé les analyses et traitements au Caire. Au Caire les analyses de mon mari étaient meilleures que les deux fois précédentes et il y avait plus de motilité. Le Professeur Aboulghar avait de l'humour et il connaissait bien son travail de médecin, et nous traitait bien. Il a lu tous les papiers et a pris le temps nécessaire et j'ai senti que le centre était très bien. Mais j'étais choquée du niveau social des autres personnes dans le centre. J'ai commencé à avoir la phobie que mes ovocytes soient confondues par erreur avec ceux des autres patients, je sais c'est des idées un peu bêtes. J'ai fait les analyses que le Docteur Yehia m'avait demandé de faire, l'AMH (analyses de l'hormone antimüllérienne).

Après cette première phase d'analyses, nous sommes allés nous promener et rendre visite à mes parents qui habitent Dubaï, et là nous nous sommes changés les idées. Ma mère a commencé à faire pression pour que je commence le traitement vite. Alors je lui ai dit écoute je ne vais pas arrêter ma vie. Elle m'a un peu énervée. Je ne veux pas tout le temps vivre le drame.

Puis de retour au Caire, le 20^eme jour exactement, je suis retournée au centre FIV pour commencer le traitement. J'étais irritée de ne pas savoir quel médecin devait me recevoir ce jour là. C'était un jeune médecin, Docteur A. K., et cela m'a beaucoup ennuyé. Après sa consultation, j'étais très embêtée ; je ne sais pas exactement ce qui s'est passé, mais je me suis sentie humiliée. Je me suis sentie « dénudée » et il y avait quelque chose d'intrusif.

Pendant la consultation, j'avais dit docteur s'il vous plait je veux voir l'écran pendant l'échographie. Il m'a dit tout va bien, vous avez juste un petit xyste ovarien

mais il n'aura pas d'effet sur le traitement FIV. Il m'a donné des médicaments. Mais je voulais savoir pourquoi j'allais prendre ces médicaments et quel était leur effet, je voulais comprendre ? J'étais très ennuyée de sa façon. J'ai senti qu'il n'avait pas bien regardé mon dossier avant de me voir. Je lui ai demandé quelles nouvelles de l'analyse de sperme, et il m'a juste dit sur un ton factuel : « oui c'est mauvais vous devez faire congeler du sperme ». J'étais assez blessée de sa façon de me parler. Il m'a ensuite dit que l'analyse de l'AMH (hormone antimüllérienne) était bonne. J'en avais marre, personne ne me disait ce qui allait ou n'allait pas, je perdais confiance.

L'infirmière m'a donné la première injection de Decapeptyl, sans me dire que ça allait me faire mal, alors j'ai pleuré. C'est une injection qui fait très mal, pas comme l'autre, Meryonal. Je n'ai pas voulu faire pression sur mon mari qu'il me la donne parce qu'il était toujours très tendu et stressé, alors j'ai préféré me la donner à moi-même. J'ai senti que s'ils m'avaient dit à l'hôpital que les choses étaient difficiles je n'allais pas me sentir si mal, j'aurais anticipé.

Je me suis disputée avec mon mari et je suis restée trois jours à la maison à pleurer. On a eu un rapport sexuel et puis je me suis mise à pleurer, pleurer, et j'étais fâchée et j'ai senti que mon mari ne se mettait pas à ma place psychologiquement. Je sentais que j'étais la femme faite pour tout, pour le plaisir et pour la conception, et pour les traitements fatigants et la galère de la FIV. Mon mari m'a demandé ce que j'avais, je lui ai dit laisse moi tranquille. J'ai commencé à penser au centre FIV et à avoir des pensées négatives. Mais je ne lui ai rien dit. J'ai appelé ma mère, qui a essayé de me calmer en me disant : « le paradis est sous les pieds des mères ». Elle m'a dit des propos religieux, que Dieu teste les personnes croyantes, elle m'a dit de patienter et d'invoquer Dieu, et qu'elle était optimiste. J'ai senti que ses paroles m'avaient calmé. Je n'ai plus parlé à mon mari parce que j'ai senti qu'il ne me comprenait pas et qu'il ne va jamais comprendre ce par quoi je passe.

Après avoir pris la seconde injection Meryonal, le lendemain je vous ai appelée. Je me sentais tout le temps fatiguée, j'avais un gout amer dans la bouche, et j'étais

obligée de me lever au milieu de la nuit, la gorge étouffée, et avec un très mauvais goût dans la bouche. Alors j'ai commencé à avoir peur et à me demander ce qui m'arrivait. Quand je suis allée consulter le Dr Y. F. et lui demander si cette injection avait des effets secondaires il m'a dit oui. Il m'a demandé si j'avais fait une opération je lui ai dit oui j'ai un *ring* (outil de chirurgie pour perte de poids) dans le ventre. Personne ne s'était donné la peine de prendre un bon historique. Le médecin m'a dit oui dans ce cas je comprends ça fatigue. Mais il ne m'a rien conseillé de prendre, il m'a juste dit que ça fatigue l'estomac et que ça cause des sécrétions.

Alors je suis retournée chez mon médecin à Alexandrie, qui m'a élargi le *ring*. Et le docteur Y. A. m'a demandé de prendre le médicament Zantac et m'a tout expliqué. Depuis le début, je n'aimais pas le docteur Y. F. J'avais rendez vous avec lui pour faire une échographie, mais il n'est pas venu, alors là j'étais très embêtée. Je suis quelqu'un que ça embête beaucoup d'attendre.

Puis je me suis disputée avec mon mari, et je lui ai dit qu'il ne se mettait pas à sa place. Je ne suis pas n'importe qui pour passer comme un objet chez n'importe quel médecin. Mon mari est rentré dans notre chambre à coucher, et m'a trouvée entrain de pleurer. Il m'a dit : maintenant j'ai peur de dire quoique ce soit que ce soit une gaffe, de crainte de te blesser. Je suis restée penser, si lui ne me soutient pas dans ma peine, qui va me soutenir. Je suis restée penser intérieurement qu'il était la cause de ce qui m'arrivait, et puis d'un autre côté je me disais et si c'était moi qui avais eu le problème d'infertilité. Des sentiments contradictoires comme ça. Mais si le problème venait de moi, j'allais tout à fait accepter le problème sans me révolter...

Ma mère comprenait tout à fait ce que je ressentais, ce que je ressentais négativement. Elle m'a dit « tu dois être forte » et « ton problème a une solution ». Ensuite mon mari est venu et il m'a dit, repose toi, je lui ai répondu que j'allais mieux, puis je me suis tue. Je me sens tout le temps humiliée, je ne sais pas c'est moi qui exagère ou quoi.

Puis je suis allée chez mon médecin pour le problème d'estomac. Je suis restée pleurer plusieurs jours de suite sans savoir pourquoi. Mon médecin m'a dit que la FIV était un traitement prometteur, et il m'a dit pourquoi êtes vous pressés, et la j'ai recommencé à pleurer, il n'a pas commenté, ma donné du kleenex, est resté me parler et m'a demandé de le rassurer.

Dans le train, j'ai décidé de parler à mon mari, pour lui expliquer ce que je ressentais. Je me suis dit, pourquoi est ce que je ne lui dit pas ce qui me fait souffrir. J'ai commencé à analyser tout ce qui m'ennuyait pour mieux comprendre, et j'ai fait l'analyse de tous les sentiments négatifs. J'ai dit à Ali ce qui m'importunait. Que je ne sentais plus que j'arrivais à m'appuyer sur lui. Et que je me disais, ah si papa était là, il n'accepterait jamais que je sois traitée de la sorte. Alors mon mari Ali m'a dit : moi ? Moi ? Et il était sur le point de pleurer. Il était très passif. Il était complètement démoli psychologiquement, il m'a dit, j'ai enfin compris, je t'en supplie ne pense pas mal de moi. Il m'a dit, je te promets je ne vais jamais plus te laisser aller seule chez le médecin pour la FIV, tu le verras par toi-même. Vous savez – me confie Maya – il y a quelque chose ici en Égypte, quand vous êtes trop polie, les gens vous exploitent. Je sens en général que je suis un peu plus forte que Ali, il est trop poli alors les gens profitent de sa bonté. Il lui est impossible de s'énerver ou d'être impulsif ou de mal se comporter.

Question : Est-ce que tu sens qu'il n'est pas exigeant à la clinique parce qu'il se sent brisé de l'intérieur à cause de l'infertilité masculine ?

Réponse : C'est possible, la preuve c'est qu'il agissait de façon trop polie. Il agissait bizarrement en fait. Mais nous n'avions pas eu l'occasion de parler de ce qu'il ressentait. Bien qu'il ne fasse aucune procédure médicale, il est sûrement fatigué psychologiquement. J'ai négligé cela.

Nous nous sommes mariés par amour. Nous nous sommes connus à l'université et nous avons commencé à bavarder et il m'a dit que je lui plaisais, et je lui ai dit qu'on devait faire plus ample connaissance. Nous nous sommes fréquentés à l'université, et puis il a rencontré mon père. On s'est connus pendant un an, je sentais que j'étais bien

avec lui. Nous nous sommes fiancés puis un an après nous nous sommes mariés. Au début du mariage j'étais très heureuse. J'étais plus heureuse que pendant les fiançailles. Dieu merci j'ai eu de la chance dans mon mariage. Mais bien sur tout ça a eu un effet sur notre relation.

Ali m'a dit : je suis psychologiquement détruit. Le fait de sentir que tu ne te sens pas bien et c'est à cause de moi. J'ai dit à mon père que ca me déchire et ca m'affecte beaucoup que tu n'ailles pas bien. Il m'a dit, elle fait ça parce qu'elle t'aime. Il m'a dit : « je ne voulais que tu ne t'aperçoives de rien, pour ne pas ajouter à tes problèmes. Mais de l'intérieur je souffre et je ne suis pas en état parfait ». Le jour de la ponction des ovules il m'a dit : « tu es ce que j'ai de plus cher dans la vie, ne pense pas à tes parents, je suis toute ta famille ».

Le jour de l'opération était un jour normal pour moi, mais le speculum était désagréable bien entendu. Le professeur M. A. était très sympathique et il a commencé à bavarder avec moi. J'ai eu peur lorsqu'il m'a dit qu'il n'y avait que trois embryons, j'avais peur qu'il me dise qu'il y en avait qui étaient de mauvaise qualité. Mais en même temps, je sentais que tout était passé et fini, le soulagement. Je ne pensais pas au résultat à venir, j'avais passé par l'expérience.


Je passais mon temps à répéter à mon mari, que si ça ne marchais pas la première fois, je ne répèterais pas la FIV. Il se taisait et ne disais rien. Il sait que je dis ça pour faire sortir ce qu'il y a en moi, alors il essaie de me calmer. Maintenant tous les deux, nous lisons à propos de la FIV, lui il lit tout le temps. Je lui ai dit tu lis encore. Il lit sur les facteurs qui augmentent le taux de réussite. On dirait que ca le détresse de lire.

Des fois il évite d'aller chez ses parents parce que sa mère se mêle un peu, et puis elle commence à m'amadouer et à me dire, ne sois pas fâchée ma fille, tu sais combien nous t'aimons, et ça ca m'étouffe, je n'ai rien à lui répondre. Et puis elle a arrêté de me parlé de ça, elle me parle normalement. C'est bien que mon mari ne se fâche pas quand je m'irrite un peu contre les comportements de ses parents, il est objectif et peut leur dire ce qu'il pense.

Maintenant je suis dans cette phase...Quand j'ai lu les témoignages d'autres personnes ou écouté des patientes parler à la clinique, ça m'a beaucoup apaisé. En fait j'ai senti qu'il n'y avait pas de règle stricte, toutes les options me sont possibles. Comme c'est dit dans le coran « soyez optimistes, vous trouverez le bien ». Je ne peux rien prévoir, je suis dans le taux de succès de 45 à 50%. Des fois j'ai trop d'espoir, et je commence à penser que je vais aller à Dubaï acheter les habits du bébé, et à ce moment la je me dis stop pour ne pas être trop rêveuse. Parce que je sais que c'est beaucoup dans ma nature d'être rêveuse. Aussi, je suis très alerte en ce moment à toutes mes sensations physiques, liés à l'éventuelle grossesse.

Annexe VI : Questionnaire médical d'infertilité masculine

Questionnaire administré par les andrologues du centre FIV.



المركز المصري لأطفال الأنابيب
THE EGYPTIAN IVF-ET CENTER

Male Infertility Sheet

Name _____ Date / / File _____

_____ Infertility _____ Years _____ age _____ Years _____

Medical history _____

Surgical history _____

Urinary symptoms _____

Sexual symptoms _____

Family history _____

Summary of previous investigations :

Semen _____

Last semen _____

Hormones _____

Biopsy _____

revision of slide _____

sperm antibodies _____

Others _____

Examination :

General examination _____	Endocrinal status _____
Local examination	
RT	LT
testicles _____	_____
Epididymis _____	_____
vas _____	_____
chord _____	_____

prostate _____

Comments and Recommendations _____

Annexe VII : Photographies du Egyptian Center for IVF-ET

Ci-dessous, quelques photos du Centre FIV, des fondateurs et de l'équipe médicale.



L'entrée du Centre FIV



Le bâtiment



L'équipe médicale (2013)



L'inauguration du Centre (1986)

De gauche à droite: Dr Aboul Serour, Dr Mansour, Dr Aboulghar.

Résumé

Cette recherche clinique vise à explorer le retentissement de l'hypofertilité masculine et de la fécondation *in vitro* (FIV) sur le fonctionnement psychique des épouses d'hommes atteints d'hypofertilité dans le premier centre de consultation FIV en Égypte, en contexte culturel égyptien. Près de 60 % des couples qui consultent au Centre FIV présentent le diagnostic d'infertilité d'origine masculine. Nous cherchons à comprendre ce qui constitue la spécificité du fonctionnement psychique des femmes égyptiennes conjointes d'hommes atteints d'hypofertilité, dans ce contexte culturel où l'infertilité masculine est une pathologie taboue symbolisant un manque de virilité et suscitant la honte familiale et où seule la FIV homologue – utilisant les gamètes d'un couple marié – est autorisée par la loi.

La première hypothèse renvoie à l'existence d'une souffrance psychique chez l'épouse liée au maintien du secret de l'hypofertilité masculine. La seconde hypothèse suppose que le vécu de l'annonce du diagnostic et du protocole FIV sera accompagné chez l'épouse d'une idéalisation de ses propres parents, sur un mode culturellement approuvé. La troisième hypothèse présume la présence, dans l'échantillon de femmes, de symptômes de dépression. Enfin la quatrième hypothèse suggère que le processus d'appropriation subjective de l'expérience de la FIV par la femme sera un indicateur de son équilibre psychique. Notre échantillon était composé de dix femmes âgées entre 20 et 40 ans et inscrites dans un protocole FIV. Sur le plan méthodologique, nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif et l'inventaire abrégé de Beck BDI-13.

L'analyse des résultats met en évidence la présence fréquente d'un discours de plainte chez les épouses, qui éprouvent le sentiment d'une indifférence de leurs conjoints à leur souffrance. Simultanément nous observons, chez certaines femmes, l'expression d'une idéalisation parentale, parfois sous la forme d'une régression sur un mode œdipien. La présence d'une symptomatologie dépressive, variable, est relevée dans l'échantillon. Enfin, il s'avère que les femmes font preuve de différentes capacités à s'approprier subjectivement l'expérience de la FIV selon leur équilibre psychique.

Pour conclure, cette étude se veut être une recherche-action visant à mettre en place un dispositif clinique au service des femmes et couples, dans une institution médicale, et adapté à ce contexte culturel.

Mots clés : Hypofertilité masculine, fécondation *in vitro* homologue, fonctionnement psychique, conflit psychique, complexe d'Oedipe, dépression, culture égyptienne.

Abstract

This study aims at exploring the impact of male subfertility and In Vitro Fertilization (IVF) on the psychological functioning of a group of female spouses, in the first Egyptian IVF center in Egypt, within the Egyptian cultural context. Approximately 60 % of couples consulting at the Egyptian Center for IVF carry the diagnosis of male factor infertility. We seek to understand what constitutes the specificity of the psychological functioning of these women within this cultural context, where male infertility is a taboo pathology provoking family shame, and where only homologous IVF – using a married couple's gametes – is allowed by the law.

The first hypothesis states that there is a female suffering, related to keeping the secret of male subfertility. The second hypothesis assumes that for the wives, the experience of diagnosis disclosure and medical treatments are followed by a closer connection to their own parents. The third hypothesis presumes the existence of depression symptoms among the sample. Finally, the fourth hypothesis suggests that the way through which women integrate psychologically the IVF experience is an indicator of their psychological balance. Our sample is composed of ten women aged between 20 and 40 years old, and undergoing an IVF protocol. On the methodological side, we have used semi-structured interviews and the 13-Item Beck Depression Inventory.

Results indicate the existence of a complaining discourse among the wives, addressed towards their husbands, whom they feel are indifferent to their suffering. At the same time, we have observed that some women show an idealization of their own parents, for some in an oedipal regression mode. A variable depression symptomatology has been observed in our sample. Finally, it is revealed that women show different capacities of subjectively integrating the IVF experience, according to their psychological balance.

As a conclusion, this study aims at being a research-action, which objective is to elaborate a clinical intervention at the service of women and couples, and suitable to this particular cultural context.

Keywords: Male hypofertility, homologous IVF, psychological functioning, psychic conflict, Oedipus complex, depression, Egyptian culture.