

Faut-il accepter de prendre en charge en AMP les couples n'ayant pas de sexualité ?

Marie Chevret Measson, psychiatre sexologue (Lyon)

La maîtrise de la fertilité, obtenue de haute lutte il y a quelques décennies, concernait le désir légitime de ne pas avoir d'enfant hors projet. Personne n'a alors réalisé que l'acquisition de cette maîtrise se doublait de l'autre facette : faire un enfant à volonté quand il était souhaité. Une conception maîtrisée, au bon moment pour mettre en route un enfant ! Il doit y avoir un « désir d'enfant » partagé par les deux membres du couple.

Et de nombreuses fausses idées ou refus de la réalité du temps qui passe sont aussi en jeu : Un arrêt de la contraception devrait entraîner une fécondation dans les 3 mois, plus d'un couple sur deux utilise des « techniques scientifiques » pour mettre en route un enfant. Les femmes arrêtent l'alcool dès l'arrêt de la contraception et les questions vont commencer, certains annoncent déjà à l'avance à tout l'entourage qu'ils y pensent, qu'elle arrête la contraception, qu'il va vendre la moto .

Dans les équipes 2 types de couple demandant une procréation médicalement assistée vont nous questionner : ceux qui visiblement n'ont pas de relations sexuelles avec pénétration : vaginisme important ou discordance entre les tests et ceux qui ont des traitements psychiatriques ou de substitution méthadone etc...

Face à une demande de procréation médicalement assistée dans le cas d'un mariage non consommé il faut distinguer 2 types de couples :

1/Ceux qui ont des rapports sexuels (sans pénétration) et qui ont en général une sexualité riche car ils ont dû trouver d'autres alternatives. Ces couples sont à notre avis à prendre en charge exactement comme les autres en fonction des problèmes de fertilité masculine ou féminine qu'ils présentent.

Pour certains d'entre eux sans pénétration et à priori (ou après examens) sans problèmes de fertilité patents masculin ou féminin, proposer des techniques d'insémination par eux-mêmes « sous la couette » est un test de leur motivation pour l'enfant et la période de la grossesse très favorable à une thérapie du vaginisme.

Certains couples n'ont pas du tout de sexualité conjugale, cet état de fait convenant aux deux et ils viennent consulter à la limite d'âge pour elle. Le plus souvent, c'est un enfant par convention sociale : un cadeau à leur propre parent par exemple. Ceux-là chez le sexologue attendent un miracle, le soignant pourra temporiser. Dans l'équipe de PMA, c'est plus compliqué : insister sur la nécessité d'un test post coïtal n'est pas toujours possible. Et au vu de mon expérience d'après coup, les enfants arrivent mais ne sont pas élevés par un couple. C'est l'enfant de la mère ou du père (cadeau du conjoint) (Lazaratou & Golse in la psychiatrie de l'enfant 2006/vol2).

2/ Les couples avec traitement psychiatrique antidépresseurs, antipsychotiques voire traitement de substitution aux opiacés (Lang et Nisand) la question est bien évidemment celle des risques psychiatriques pour les parents si les doses sont modifiées voire arrêtées. La collaboration avec le prescripteur et avec le psychiatre attaché à l'équipe de

PMA est nécessaire. Les troubles bipolaires sans traitement pendant la grossesse bien qu'équilibrées à la conception rechutent rapidement. (Viguera A.2007)