



FICHE PRATICIEN

Trois outils ACT et TCC pour accompagner l'attente en PMA



Par Juliette Marty-Groleas, psychologue clinicienne (TCC)

@recits_d_une_psy

À qui s'adresse cette fiche

Vous accompagnez des personnes en parcours PMA : psychologue, sage-femme, gynécologue, biologiste, conseiller ou conseillère conjugale. J'ai réuni ici trois outils que j'utilise en consultation pour soutenir l'un des moments les plus éprouvants du parcours, l'attente. Celle d'un résultat, d'un cycle, d'un rendez-vous.

Chaque outil est présenté en deux temps. D'abord ce qu'il faut en comprendre et comment l'amener en séance. Ensuite une fiche détachable, à imprimer et à remettre à la personne pour qu'elle puisse s'en servir seule, entre deux consultations.

Pourquoi l'attente est si difficile

En PMA, l'attente n'est pas un temps vide. C'est un temps habité par l'incertitude, et l'incertitude fait partie des expériences que notre cerveau tolère le moins bien. Ne pas savoir mobilise les mêmes circuits que la menace : le corps reste en alerte, le sommeil se fragmente, l'attention se resserre autour d'une seule question.

Trois mécanismes reviennent presque toujours en consultation. Le premier est l'anticipation anxieuse : l'esprit rejoue à l'avance le moment du résultat, parfois des dizaines de fois par jour. Le deuxième est la rumination, qui donne l'impression de préparer l'issue alors qu'elle ne fait qu'entretenir la détresse. Le troisième est un rétrécissement progressif de la vie, où les activités, les projets et les liens qui comptaient glissent au second plan derrière le projet d'enfant. On retrouve ce dernier mécanisme dans d'autres situations d'attente prolongée, comme la douleur chronique.

Les outils qui suivent ne cherchent pas à supprimer ces réactions, qui sont normales. Ils aident la personne à moins se laisser emporter par elles, et à continuer de vivre pendant qu'elle traverse cette période.

Comprendre la détresse : deux lectures complémentaires

Deux grands cadres théoriques, développés en Amérique du Nord, éclairent ce que traverse une personne en parcours PMA. Ils se complètent plus qu'ils ne s'opposent.

Le premier est le modèle cognitif, hérité de Beck et du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman. L'infertilité y est comprise comme un stresser chronique que la personne évalue en continu : qu'est-ce que je risque, qu'ai-je déjà perdu, que puis-je encore faire. Quand cette évaluation se charge de pensées rigides ou déformées, la détresse s'entretient. Trois contenus reviennent souvent en PMA : l'auto-accusation (« si je n'y arrive pas, c'est ma faute »), la dramatisation de l'avenir (« je ne serai jamais mère »), et la généralisation (« tout échoue, tout le temps »). La thérapie cognitive cherche alors à repérer ces pensées, à les mettre à distance et, quand c'est pertinent, à les assouplir. Les travaux de Domar ont montré dès les années 1990 combien ces cognitions pèsent dans le vécu de l'infertilité.

La recherche sur le coping affine ce tableau. Les stratégies d'évitement, qui consistent à fuir ou à étouffer ce que l'on ressent, sont associées à une détresse plus forte, tandis que l'approche émotionnelle et la réévaluation positive vont de pair avec un meilleur ajustement. Autrement dit, ce n'est pas tant l'émotion difficile qui pose problème que la lutte engagée contre elle.

C'est précisément ce que théorise le second cadre, l'ACT, rattachée à la troisième vague des TCC. Son concept central est la flexibilité psychologique : la capacité à rester en contact avec ce que l'on ressent, sans se laisser dicter sa conduite par ces ressentis, tout en continuant d'agir dans le sens de ce qui compte. Le processus que l'ACT vise en priorité est l'évitement expérientiel, ce réflexe de contrôle qui, en PMA, se heurte vite à une limite : une grande partie du parcours échappe à tout contrôle. Plus la personne tente de maîtriser l'incertitude, plus sa vie se rétrécit autour de l'attente. Les travaux de Peterson et Eifert aux États-Unis, puis le programme canadien Infertility ACTion, observent des gains de flexibilité psychologique et de qualité de vie quand le travail va dans ce sens.

En pratique, les deux lectures s'articulent simplement. Quand la détresse est nourrie par des pensées déformées et identifiables, la restructuration cognitive est utile. Quand la personne est prise dans une lutte coûteuse contre ses émotions ou contre l'incertitude, l'acceptation et la

défusion de l'ACT sont souvent plus justes. Les trois outils qui suivent puisent dans ces deux registres.

Ces outils sont un appui clinique, pas un protocole, et ils complètent un suivi sans le remplacer. Ils n'agissent pas sur les chances de grossesse et ne le laissent jamais entendre. Ils soutiennent le vécu psychologique, quelle que soit l'issue du parcours, y compris lorsque celui-ci n'aboutit pas à un enfant. Enfin, ils ne demandent jamais de rester positive : valider une émotion difficile a plus de valeur clinique que de tenter de la corriger.

OUTIL 1

LA VAGUE ÉMOTIONNELLE

CADRE ACT, travail d'acceptation, en alternative à l'évitement des émotions.

INDICATION pics d'anxiété anticipatoire, par exemple avant une prise de sang, un résultat ou une ponction.

Quand une émotion intense monte, le premier réflexe est presque toujours de lutter contre elle. Se raisonner, se distraire, se forcer à voir le bon côté. Cette lutte est épuisante, et elle a un effet paradoxal : plus on cherche à faire taire une émotion, plus on lui donne de place et plus elle insiste. C'est ce qu'on appelle l'évitement expérientiel, et la recherche sur le coping en infertilité le confirme, l'évitement va de pair avec une détresse plus forte.

L'image de la vague propose autre chose. Une émotion fonctionne comme une vague qui monte, atteint un sommet, puis redescend d'elle-même, à condition qu'on ne la nourrisse pas en luttant. Le travail consiste à rester présent pendant qu'elle passe, plutôt qu'à tenter de l'arrêter.

En séance, je l'amène souvent ainsi. Je demande d'abord à la personne de nommer ce qui est là, simplement : là, c'est de la peur, ou là, c'est de la tristesse. Je l'invite ensuite à repérer où l'émotion se loge dans le corps, et à y poser son attention sans chercher à la déloger. Puis je propose de respirer avec la sensation, en laissant la vague suivre son cours. Ce que la personne emporte avec elle n'est pas l'idée que tout va bien, mais celle qu'elle peut tenir le temps que ça passe.

REPÈRE Processus d'acceptation en ACT, alternative à l'évitement expérientiel (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999 ; Peterson et Eifert, 2011). Le travail sur la respiration et le relâchement prolonge la logique mind-body de Domar.

→ *Fiche à remettre : « Laisser passer la vague » (en fin de document).*

OUTIL 2

LA DÉFUSION COGNITIVE

CADRE ACT, défusion.

INDICATION pensées envahissantes et jugements internes, du type « je n'y arriverai jamais » ou « c'est de ma faute ».

Quand une pensée douloureuse revient souvent, on finit par la vivre comme une vérité plutôt que comme une pensée. On dit qu'on est fusionné avec elle : on ne la regarde plus, on regarde le monde à travers elle. C'est exactement le terrain des cognitions d'auto-accusation et de dramatisation que le modèle cognitif décrit en infertilité. La défusion consiste à reprendre un peu de distance. Non pas pour se convaincre du contraire, ce qui reviendrait à invalider ce que la personne ressent, mais pour voir la pensée pour ce qu'elle est, une activité mentale et non un fait.

Je n'essaie donc jamais de remplacer une pensée négative par une pensée positive. Je propose plutôt de changer la relation à la pensée. Un exercice simple suffit souvent à amorcer ce décalage. Je reprends la pensée telle qu'elle vient, par exemple « je n'y arriverai jamais », puis je demande à la personne de la reformuler en plaçant une courte phrase devant : « je remarque que j'ai la pensée que je n'y arriverai jamais ». La pensée n'a pas bougé, mais la personne n'est plus tout à fait dedans. Elle l'observe, d'un cran à côté.

REPÈRE Défusion cognitive en ACT (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999). À distinguer de la restructuration cognitive de Beck : la défusion change le rapport à la pensée, la restructuration en travaille le contenu. Les deux sont légitimes, selon que la personne a besoin de lâcher la lutte ou d'assouplir une croyance précise.

→ *Fiche à remettre : « Prendre du recul avec ses pensées » (en fin de document).*

OUTIL 3

L'ANCRAGE

CADRE pleine conscience et TCC.

INDICATION ruminations, sensation d'être emporté loin du présent, par exemple en salle d'attente, la nuit, ou après un rendez-vous.

La rumination déplace sans cesse l'attention vers le futur, le prochain résultat, ou vers le passé, les cycles précédents. C'est l'un des processus cognitifs qui entretiennent le plus la détresse, car elle donne le sentiment de travailler le problème alors qu'elle ne fait que le faire tourner. Pendant ce temps, le présent est souvent plus supportable que le film que l'esprit projette. L'ancrage est une manière de revenir dans l'instant en s'appuyant sur les sens, qui sont toujours, eux, dans le présent. L'objectif n'est pas de se forcer au calme, ce qui ajouterait une pression de plus, mais de reposer pied dans le moment réel.

L'exercice que je propose le plus souvent est le 5-4-3-2-1. En séance, je le fais une première fois avec la personne, à voix haute, pour qu'elle en garde la mémoire sensorielle et puisse le refaire seule.

REPÈRE Contact avec le moment présent en ACT et techniques attentionnelles des approches basées sur la pleine conscience. L'ancrage cible directement la rumination, processus de maintien de la détresse bien documenté.

→ *Fiche à remettre : « Revenir à l'instant avec le 5-4-3-2-1 » (en fin de document).*



Articuler ces outils avec votre suivi

Proposez plutôt que de prescrire. Un seul outil, offert au bon moment, s'installe mieux que trois donnés en même temps. Laissez à la personne le temps de l'approprier avant d'en introduire un autre.

Choisissez le registre selon le mécanisme. Si la détresse tient surtout à des pensées déformées et identifiables, la restructuration cognitive aide ; si la personne lutte contre ses émotions ou contre l'incertitude, l'acceptation et la défusion sont souvent plus indiquées.

Pensez à l'entourage. L'isolement est l'un des facteurs qui pèsent le plus dans le vécu de la PMA. Un mot au partenaire ou à un proche sur la façon de soutenir sans chercher à réparer prolonge souvent le travail fait en séance.

Nommez les limites avec la personne. Ces outils n'effacent pas la difficulté du parcours. Ils modifient la relation à cette difficulté, ce qui est déjà beaucoup, mais il vaut mieux le dire clairement pour éviter toute attente irréaliste.

Pour situer ces outils dans l'état des connaissances : les interventions psychologiques en infertilité ont des effets réels mais modestes sur la détresse, comme l'a montré une méta-analyse de 58 essais contrôlés randomisés (Human Reproduction Update, 2023). Une partie de leur valeur tient à leur accessibilité et à leur continuité, c'est-à-dire à la possibilité pour la personne de s'en servir seule, régulièrement, en dehors des séances. C'est précisément ce que permettent des fiches comme celles-ci.

Pour aller plus loin

Ces trois outils sont un extrait de ceux que j'ai réunis dans *Au cœur de la PMA*, à paraître le 15 octobre. Même s'il s'adresse d'abord aux personnes concernées, le livre a toute sa place dans votre pratique : pour mieux comprendre leur vécu, et pour y puiser des outils à utiliser en séance et à proposer entre les rendez-vous.

Vous pouvez imprimer et remettre librement les fiches de ce document à vos patientes et patients.

Sources

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., et Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford Press.
- Domar, A. D., et coll. (2000). The impact of a group psychological intervention on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6).
- Peterson, B. D., et Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587.
- Programme Infertility ACTion, étude pilote canadienne. *Reproductive Health*, 2024 (Université de Regina).
- Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 2023, 29(1).



Fiches à remettre

À imprimer et à remettre à vos patientes et patients. Chaque fiche tient sur une page.

FICHE À REMETTRE



Laisser passer la vague

Quand une émotion forte vous submerge, vous n'avez pas à la faire disparaître. Vous pouvez apprendre à la laisser passer.

1. Nommez ce qui est là. Dites-vous, en silence ou à voix basse : là, c'est de la peur, ou là, c'est de la tristesse.
2. Trouvez l'émotion dans votre corps : gorge serrée, poids sur la poitrine, ventre noué. Posez votre attention à cet endroit.
3. Respirez avec la sensation. Inspirez lentement, expirez un peu plus longuement, sans chercher à chasser ce que vous ressentez.
4. Laissez la vague redescendre. Comme toutes les vagues, celle-ci finit par retomber, même si vous ne faites rien pour l'y forcer.

À garder en tête : je n'ai pas besoin de me sentir bien pour avancer. Cette vague va passer, et je peux rester là pendant qu'elle passe.



FICHE À REMETTRE



Prendre du recul avec ses pensées

Certaines pensées reviennent en boucle et finissent par ressembler à des vérités. Cet exercice aide à les remettre à leur place : ce sont des pensées, pas des faits.

1. Repérez une pensée qui revient souvent et qui vous pèse. Par exemple : « je n'y arriverai jamais ».
2. Reformulez-la en ajoutant une petite phrase devant : « je remarque que j'ai la pensée que je n'y arriverai jamais ».
3. Observez ce qui change. La pensée est toujours là, mais vous la regardez au lieu de la croire sur parole.
4. Recommencez une fois par jour, sur une ou deux pensées récurrentes.

À garder en tête : une pensée n'est pas un fait. Je peux la remarquer sans avoir à la suivre.



FICHE À REMETTRE



Revenir à l'instant avec le 5-4-3-2-1

Quand votre esprit part dans tous les sens, vos sens à vous restent dans le présent. Servez-vous en pour revenir ici.

Prenez quelques secondes pour nommer, dans votre tête ou à voix basse :

- 5 choses que vous voyez,
- 4 choses que vous entendez,
- 3 choses que vous touchez,
- 2 choses que vous sentez (les odeurs autour de vous),
- 1 chose que vous goûtez.

Vous pouvez le faire les yeux ouverts, n'importe où, y compris dans une salle d'attente. Le but n'est pas de vous calmer de force, seulement de revenir dans l'instant.

À garder en tête : je n'ai pas à apaiser tout ce qui m'agite. Je peux simplement revenir ici, maintenant.