



KIT CLINIQUE

Au cœur de la PMA

*Fiches-outils reproductibles pour l'accompagnement
psychologique du parcours de fertilité et de PMA*

Juliette Marty-Groleas

Psychologue clinicienne, spécialisée en TCC · @la_pma_autrement

À destination des professionnels de santé

Outils issus des TCC, de l'ACT et de la psychologie positive

9 FICHES-OUTILS · GUIDE CLINIQUE · ANNEXES

Sommaire

PRENDRE EN MAIN LE KIT

- ✦ Un mot avant de commencer
- ✦ Guide d'intégration clinique
- ✦ Repères sur le parcours médical de PMA
- ✦ Les trois temps de la consultation
- ✦ Prendre en main les fiches-outils

LES NEUF FICHES-OUTILS

- 01** La défusion cognitive · ACT
- 02** L'acceptation : faire de la place · ACT
- 03** Valeurs et engagement · ACT
- 04** Ancrage et les deux semaines d'attente · Pleine conscience
- 05** La restructuration cognitive · TCC
- 06** L'auto-compassion · Psychologie positive
- 07** La gestion de la charge mentale · TCC / ACT
- 08** La communication dans le couple · Communication
- 09** Accompagner le partenaire · Repères cliniques

ANNEXES

- ✦ Grille d'anamnèse axée infertilité
- ✦ Ressources pour aller plus loin
- ✦ Références
- ✦ Le livre

Un mot avant de commencer

Je suis psychologue clinicienne, spécialisée en thérapies comportementales et cognitives, et j'accompagne en consultation des personnes qui traversent un parcours de fertilité et de PMA. J'ai écrit le livre *Au cœur de la PMA* pour elles. Ce kit, je l'ai conçu pour vous.

J'y ai réuni les outils que je mobilise le plus en séance, dans un format court et reproductible, pensé pour être ouvert entre deux rendez-vous. Vous y trouverez des trames souples, à adapter à votre cadre et à la personne en face de vous.

Une conviction traverse tout ce travail : accompagner ce parcours, c'est soutenir un vécu, sans jamais promettre un résultat. J'espère que ces pages vous y aideront.

Juliette Marty-Groleas

Guide d'intégration clinique

À qui s'adresse ce kit, et pourquoi ce guide

Ce kit s'adresse aux clinicien·nes qui accompagnent des personnes en parcours d'assistance médicale à la procréation : psychologues, sages-femmes, gynécologues, biologistes de la reproduction, et plus largement à toute personne en soin amenée à soutenir le vécu psychologique de ce parcours.

Les fiches sont conçues pour un usage direct, en séance ou en préparation de séance. Ce guide est leur mode d'emploi : il pose le cadre de référence, les garde-fous déontologiques communs à toutes les fiches, et vous aide à choisir le bon outil au bon moment du parcours.

Les outils sont issus des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et de la psychologie positive. Ils sont volontairement transversaux : vous pouvez les intégrer à votre propre cadre clinique, quelle que soit votre approche dominante.

CE QUE CE KIT EST ET CE QU'IL N'EST PAS

- ✦ C'est un complément de soutien émotionnel, utilisable en séance et entre les séances.
- ✦ Ce n'est pas un protocole rigide. Les fiches proposent une trame ; vous adaptez le rythme, le vocabulaire et le moment d'introduction.
- ✦ Ce n'est pas un substitut à votre jugement clinique, au suivi médical, ni à une prise en charge spécialisée quand elle s'impose.
- ✦ Ce n'est pas une intervention sur les chances de grossesse. Le kit accompagne le vécu psychologique, rien d'autre.

Les garde-fous déontologiques

AUCUNE PROMESSE DE RÉSULTAT

Aucun outil n'augmente les chances de grossesse et ne doit le laisser entendre, même implicitement. Le stress ne cause pas l'échec d'un cycle : il est important de le dire clairement, pour ne jamais ajouter de culpabilité à la personne.

JAMAIS DE POSITIVITÉ TOXIQUE

La psychologie positive n'est pas la pensée positive. On ne demande jamais à quelqu'un de « rester positif » ni de « relativiser ». On valide d'abord les émotions difficiles ; les outils servent à les traverser, pas à les faire taire.

INCLUSION DE TOUS LES PARCOURS

Couples hétéros, personnes seules, couples de femmes, parcours de FIV, d'insémination, de don. Et tous les dénouements, y compris ceux qui n'aboutissent pas à un enfant : échecs de cycle, arrêts naturels de grossesse, deuil périnatal, arrêt du parcours. Chaque fiche comporte une rubrique d'adaptation à ces situations.

SÉCURITÉ ÉMOTIONNELLE

On évite les accroches et les supports anxiogènes, culpabilisants ou intrusifs. On respecte le rythme de la personne, en particulier sur les questions de deuil, qui ne se commandent pas.

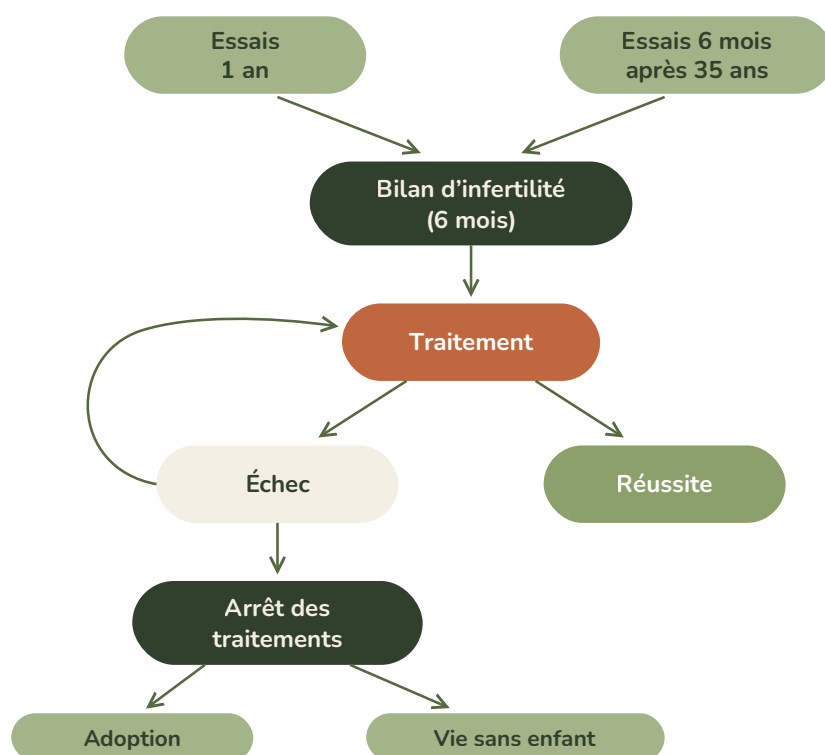
LIMITES DE L'OUTIL ET ORIENTATION

Ces outils ne remplacent pas une prise en charge spécialisée. En présence de détresse intense, de signes dépressifs marqués, d'idées noires ou d'un épuisement sévère, l'outil ne suffit pas : le relais et l'orientation priment (voir la dernière section).

Repères sur le parcours médical de PMA

Vous n'avez pas à maîtriser la technique médicale pour bien accompagner. Mais situer où en est la personne dans son parcours vous aide à comprendre ce qu'elle traverse, à anticiper les temps émotionnellement les plus exposés, et à choisir l'outil juste au bon moment. Ces repères sont volontairement synthétiques : ils éclairent le vécu, ils ne se substituent ni à l'information médicale délivrée par l'équipe de PMA, ni au dossier de la personne.

Le parcours est rarement linéaire. Il commence souvent par une longue phase d'essais, puis un bilan, avant les traitements ; chaque cycle peut réussir, échouer ou conduire à réorienter la prise en charge. Certaines personnes traversent plusieurs techniques ; d'autres arrêtent en chemin. Toutes les issues, y compris la vie sans enfant, font partie du parcours et méritent la même écoute.



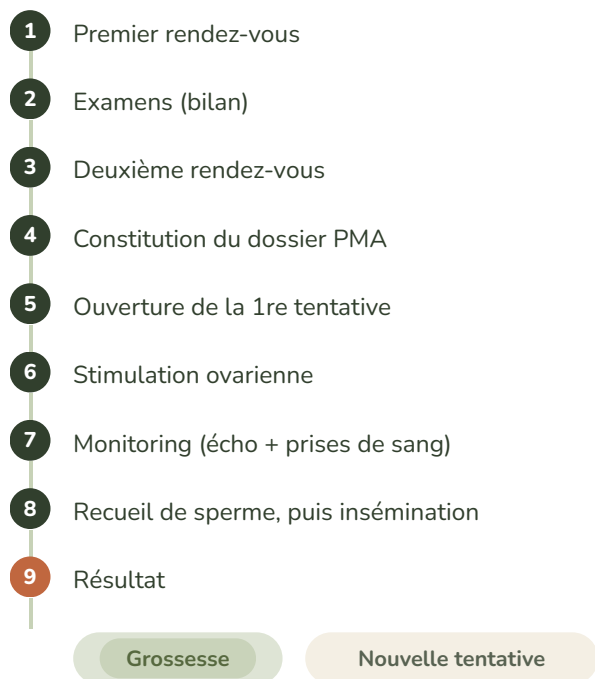
LES GRANDES ÉTAPES D'UN PARCOURS DE PMA

DEUX PARCOURS TYPES : INSÉMINATION ET FIV

Les deux techniques les plus fréquentes suivent une trame proche jusqu'au dossier, puis divergent : l'insémination reste in vivo, tandis que la FIV ajoute une ponction et un transfert. Repérer l'étape en cours aide à nommer avec justesse la fatigue, l'attente ou l'espoir du moment.

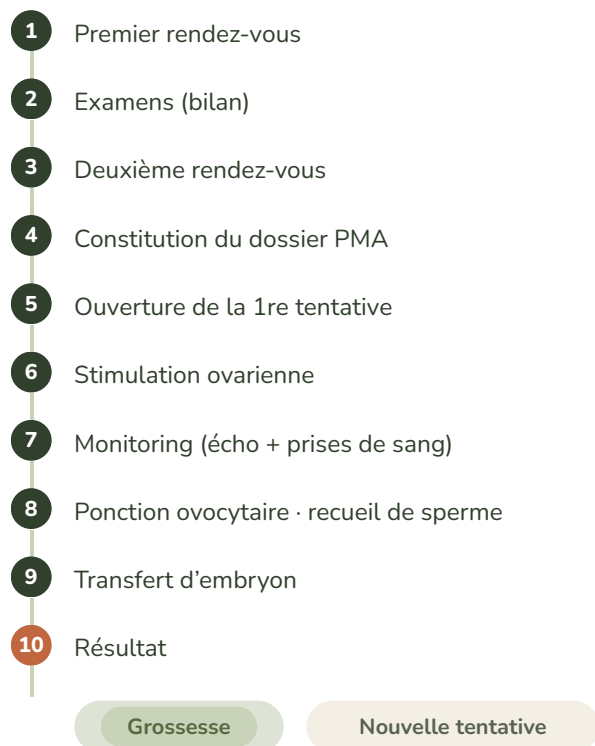
Insémination (IIU)

La technique la plus simple, in vivo



Fécondation in vitro (FIV)

In vitro, avec ponction et transfert



LES GRANDES TECHNIQUES ET LEURS INDICATIONS

TECHNIQUE	QUAND ELLE EST PROPOSÉE
Insémination intra-utérine (IIU)	Infertilités inexplicées ou liées à la glaire cervicale ou au sperme, dès qu'au moins une trompe est perméable.
FIV classique	Anomalie des trompes (absence ou obstruction), infertilité inexplicée, infertilités masculines modérées, ou après échec des inséminations.
FIV avec ICSI	Anomalies spermatiques sévères (nombre, mobilité, morphologie), spermatozoïdes prélevés chirurgicalement, ou après certains échecs de FIV classique.
Don de gamètes	Sperme ou ovocytes : couples hétéros, risque de transmission d'une maladie génétique grave, couples de femmes et femmes seules.
Accueil d'embryons	Double infertilité au sein d'un couple, couples de femmes, femmes seules.

CE QUE CES REPÈRES CHANGENT EN SÉANCE

- ✦ **Un parcours long, à normaliser.** Il s'étale souvent sur des années : dans une cohorte de couples en FIV, 70 % avaient réalisé leur projet parental après un délai moyen de cinq à sept ans. Rappeler cette durée aide à déculpabiliser la lenteur ressentie.
- ✦ **Des pics émotionnels repérables.** L'attente entre transfert et test (les deux semaines d'attente), l'annonce des résultats et l'après-échec concentrent la charge : ce sont les moments où les fiches 04 (ancrage), 02 (acceptation) et 06 (auto-compassion) sont les plus utiles.
- ✦ **Un repère d'évaluation.** L'auto-questionnaire FertiQoL mesure la qualité de vie liée à l'infertilité (sphères émotionnelle, psychosomatique, relationnelle, sociale) et peut compléter votre anamnèse en début d'accompagnement.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique AMP (14 juin 2011).

Les trois temps de la consultation

Le rôle du clinicien ne se joue pas de la même façon selon l'endroit où la personne se trouve dans son parcours. Trois temps se dégagent, avec des préoccupations et des axes de travail distincts. Ils ne sont pas étanches : une personne peut y revenir, ou en traverser plusieurs à la fois.

1 · AVANT OU AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Ce que la personne traverse. « Comment cela va-t-il se passer ? », « Est-ce que c'est psychologique ? », « je veux mettre toutes les chances de mon côté ». L'entrée en parcours s'accompagne souvent d'une baisse de l'estime de soi, d'une perte du sentiment de contrôle, d'une image du corps abîmée, de fluctuations émotionnelles fortes et de ruminations.

Vos axes. Entretien d'évaluation, psychoéducation du parcours de PMA, réassurance, et prise en charge psychologique si nécessaire.

2 · EN COURS DE PARCOURS MÉDICAL

Ce que la personne traverse. Après un ou plusieurs échecs, les « montagnes russes émotionnelles ». Les stressors sont nombreux et touchent plusieurs secteurs de vie. « Je n'en peux plus, c'est trop dur », « J'ai peur de ne pas y arriver ».

Vos axes. Évaluation approfondie, repérage des différents stressors, choix des priorités et plan de prise en charge. C'est aussi le moment où la question de l'adoption et de la vie sans enfant peut commencer à s'aborder, sans la précipiter.

3 · AU MOMENT D'UNE TRANSITION

Ce que la personne traverse. Le parcours médical semble impossible à poursuivre, pour des raisons médicales (âge, probabilités devenues trop faibles) ou psychologiques (épuisement de la personne et/ou du couple). « Je veux passer à autre chose », « Je n'y crois plus ».

Vos axes. Évaluation approfondie, exploration des options, et travail des transitions : don de gamètes ou d'embryon, adoption, vie sans enfant.

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE LA PRISE EN CHARGE

- ✦ **Le deuil d'abord.** En cas d'IMG, d'arrêt naturel de grossesse ou de deuil périnatal, le travail de deuil (avec le repérage d'un éventuel état de stress post-traumatique) est prioritaire sur tout le reste.
- ✦ **Acceptation et principe de réalité,** sans jamais glisser vers la résignation.
- ✦ **Défocaliser.** Maintenir la qualité de vie du couple, retrouver des sources de plaisir, réactiver les projets mis en suspens.
- ✦ **Traiter ce qui doit l'être.** Une TCC « classique » pour les troubles anxieux ou dépressifs, un travail sur l'estime de soi et l'affirmation de soi.
- ✦ **Accompagner les transitions** (don, adoption, vie sans enfant) avec précaution, et soutenir la régulation émotionnelle tout au long.

Cartographie des neuf outils

Une vue d'ensemble pour repérer rapidement à quoi répond chaque fiche.

FICHE	OUTIL	RÉPOND À	APPROCHE
01	Défusion cognitive	Pensées envahissantes vécues comme des vérités (auto-blâme, comparaison, catastrophe)	ACT
02	Acceptation : faire de la place	Lutte épuisante contre les émotions, évitement expérientiel	ACT
03	Valeurs et engagement	Vie « en pause », perte de sens, renoncements en cascade	ACT
04	Ancrage et 2 semaines d'attente	Hypervigilance et rumination dans les temps d'attente	Pleine conscience
05	Restructuration cognitive	Pensées automatiques déformées et distorsions cognitives	TCC
06	Auto-compassion	Auto-critique sévère, honte, sentiment d'échec, isolement	Psycho. positive
07	Charge mentale	Surcharge organisationnelle et émotionnelle du parcours	TCC / ACT
08	Communication dans le couple	Décalages de vécu, malentendus, tensions à deux	Communication
09	Accompagner le partenaire	Souffrance invisible du partenaire, facteur masculin, coping d'évitement	Repères cliniques

Choisir le bon outil selon le moment du parcours

Le parcours traverse des états émotionnels très différents. Voici des points de repère, à ajuster toujours à la personne devant vous. Un même outil peut servir à plusieurs moments.

MOMENT DU PARCOURS	OUTILS À PRIVILÉGIER
Diagnostic d'infertilité, début de parcours	Auto-compassion (06) et défusion (01) face à l'auto-blâme ; charge mentale (07) pour l'organisation qui démarre ; valeurs (03) si la vie se met déjà en suspens. Accompagner le partenaire (09) à l'annonce d'un facteur masculin.
Pendant les traitements	Charge mentale (07) ; acceptation (02) des émotions ; communication (08) pour préserver le lien ; auto-compassion (06).
Les deux semaines d'attente	Ancrage et 2 semaines d'attente (04) en priorité ; défusion (01) et acceptation (02) en appui.
Après un résultat négatif	Acceptation (02) du chagrin ; auto-compassion (06) ; communication (08) sur les deuils décalés. On ne restructure pas la peine. Accompagner le partenaire (09) si son vécu reste tu.
Arrêt naturel de grossesse, deuil périnatal	Acceptation (02) et auto-compassion (06), avec une grande prudence ; communication (08). Vigilance accrue sur l'orientation.
Pause ou arrêt du parcours, vie sans enfant	Valeurs et engagement (03) pour reconstruire une direction ; acceptation (02) ; auto-compassion (06). Sans précipiter.

Repère transversal : après un échec ou un deuil, on accueille l'émotion avant tout. Les outils de mise à distance ou d'examen des pensées (défusion, restructuration) se réservent aux pensées d'auto-accusation qui s'ajoutent à la peine, une fois celle-ci reconnue.

Intégrer un outil dans une séance

Une trame générique, à adapter à votre cadre :

- ✦ **Accueillir et valider d'abord.** Avant tout outil, reconnaître l'émotion et le vécu. Un outil proposé trop tôt est vécu comme une esquivé.
- ✦ **Choisir un seul outil.** Mieux vaut un outil bien posé que trois survolés. Reportez-vous à la cartographie et au moment du parcours.
- ✦ **Expliquer l'intention, pas la théorie.** Dire à quoi sert l'outil, simplement, sans cours magistral.
- ✦ **Pratiquer ensemble.** Dérouler les étapes de la fiche en séance, à voix haute, plutôt que de seulement les décrire.
- ✦ **Choisir un prolongement réaliste.** Une micro-pratique entre les séances, calibrée sur l'énergie réellement disponible.
- ✦ **Revenir dessus.** À la séance suivante, demander ce que l'outil a donné, sans en faire un examen. L'absence de pratique est une information, pas un échec.

QUELQUES PRINCIPES DE DOSAGE

- ✦ Un outil à la fois, sur plusieurs séances si besoin. La répétition ancre plus que la nouveauté.
- ✦ Pas d'outil quand l'émotion est trop vive : ces moments appellent la présence et la validation, pas une technique.
- ✦ Les fiches se combinent : la défusion et la restructuration préparent souvent l'action engagée ; l'acceptation soutient l'ancrage.

Adapter aux configurations et aux parcours

Chaque fiche détaille ses propres adaptations. Voici les repères d'ensemble.

COUPLES HÉTÉROS

La charge médicale et émotionnelle est souvent asymétrique. Nommer la place du ou de la partenaire qui ne porte pas le parcours dans son corps, et son vécu propre, qui reste réel.

COUPLES DE FEMMES

La question de qui porte, le double vécu et les comparaisons internes gagnent à être explicités. Veillez à un langage qui ne présuppose pas un schéma unique.

PERSONNES SEULES

Attention à l'isolement et au jugement social anticipé, souvent plus durs que la réalité. Les outils de couple se transposent aux proches de confiance et au cercle de soutien.

PARCOURS QUI N'ABOUTISSENT PAS

Échecs de cycle, arrêts naturels de grossesse, arrêt du parcours, deuil périnatal : ces personnes ne doivent jamais se sentir exclues. Les outils accueillent l'émotion du deuil, jamais une injonction à « tourner la page ».

Sécurité et orientation

Ces outils soutiennent un vécu ; ils n'évaluent ni ne traitent un trouble. Restez attentif-ve aux signaux qui appellent un relais.

SIGNAUX QUI DOIVENT CONDUIRE À ORIENTER

- › Tristesse intense et durable, perte d'élan, retrait, signes dépressifs marqués.
- › Anxiété envahissante qui désorganise le quotidien.
- › Idées noires, sentiment que la vie n'a plus de sens.
- › Épuisement sévère, isolement profond, rupture du lien dans le couple.

Selon votre métier et votre cadre, orientez vers un-e psychologue ou psychiatre, vers l'équipe du centre de PMA, ou vers les ressources d'urgence en santé mentale. Si vous n'êtes pas psychologue, ces fiches ne remplacent pas un accompagnement psychologique : elles peuvent l'introduire et le compléter.

LES FICHES ET LE LIVRE

Chaque outil est développé côté patient-e dans le livre *Au cœur de la PMA*. Vous pouvez en proposer la lecture en complément, comme support entre deux séances. Les fiches sont la version professionnelle, pensée pour votre pratique.

Rappel déontologique. Ce kit accompagne le vécu émotionnel. Il ne constitue pas une promesse de résultat et ne se substitue ni au suivi médical, ni à votre évaluation clinique.

Les fiches-outils

Neuf outils prêts à l'emploi, un par fiche, construits sur le même gabarit pour être repérés et mobilisés vite en séance.

Comment utiliser ces fiches

Ces fiches sont conçues pour être utilisées directement en séance ou en préparation de séance. Chacune présente un outil issu des TCC, de l'ACT ou de la psychologie positive, adapté au vécu spécifique du parcours d'assistance médicale à la procréation.

Vous restez libre de votre cadre clinique : ces fiches proposent une trame, pas un protocole rigide. Adaptez le rythme, le vocabulaire et le moment d'introduction au profil de la personne que vous accompagnez.

CE QUE CES FICHES NE SONT PAS

- ✦ Elles n'augmentent pas les chances de grossesse et n'interfèrent pas avec le parcours médical. Elles soutiennent le vécu psychologique, rien de plus, rien de moins.
- ✦ Elles ne remplacent ni votre jugement clinique, ni un suivi médical, ni une prise en charge spécialisée quand elle est indiquée.
- ✦ Elles n'invitent jamais à « rester positif-ve ». Aucun de ces outils ne sert à faire taire une émotion difficile ou à contourner un deuil légitime.

LA STRUCTURE DE CHAQUE FICHE

Toutes les fiches suivent le même gabarit, pour que vous repériez vite l'information utile :

- ✦ **En une phrase** : l'intention de l'outil.
- ✦ **Quand la proposer** : les moments du parcours où l'outil est pertinent.
- ✦ **Précautions** : quand s'en abstenir ou différer.
- ✦ **Le principe clinique** : l'ancrage théorique, en bref.
- ✦ **Le déroulé en séance** : les étapes, prêtes à suivre.
- ✦ **Le support pour la personne** : formulations et exercice à transmettre.
- ✦ **Adapter selon les situations** : couples, personnes seules, couples de femmes, après un échec ou un deuil.
- ✦ **Pour aller plus loin** : renvoi au livre et aux exercices associés.

REPRODUCTION ET USAGE

Les fiches et leurs supports sont reproductibles pour votre usage en séance, avec les personnes que vous accompagnez. La diffusion en ligne ou la revente du kit, en tout ou partie, ne sont pas autorisées.

La défusion cognitive

Approche : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

EN UNE PHRASE

Aider la personne à prendre du recul vis-à-vis de ses pensées envahissantes, pour qu'elles aient moins d'emprise sur elle, sans chercher à les supprimer, ni à les corriger, ni à les remplacer par des pensées « plus positives ».

QUAND LA PROPOSER

La défusion est particulièrement utile quand une pensée revient en boucle et oriente tout le vécu de la personne. Dans le parcours PMA, on rencontre souvent :

- ✦ les pensées d'auto-accusation : « c'est ma faute », « mon corps est défaillant », « je n'en fais pas assez ».
- ✦ les pensées de comparaison : « tout le monde y arrive sauf moi », « je suis en retard sur ma vie ».
- ✦ les pensées catastrophes sur l'avenir : « je n'y arriverai jamais », « ça ne marchera pas pour moi ».
- ✦ les pensées d'identité abîmée : « je ne suis pas une vraie femme », « je ne serai jamais parent ».

L'outil ne vise pas à prouver que ces pensées sont fausses. Il aide la personne à les voir comme des pensées, de simples productions de l'esprit, plutôt que comme des vérités auxquelles obéir.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Validez l'émotion avant de défuser. La défusion porte sur le rapport à la pensée, jamais sur la légitimité de la souffrance. Après un échec de cycle, un arrêt naturel de grossesse ou un arrêt de parcours, le premier temps est celui de l'accueil du chagrin, pas de la mise à distance.
- ✦ Ne présentez jamais l'outil comme un moyen de « ne plus y penser » ou de « relativiser ». Une personne qui se sentirait sommée de lâcher sa peine se sentirait incomprise.
- ✦ En cas de détresse intense, d'idées noires ou de signes dépressifs marqués, l'outil ne suffit pas : orientez vers une prise en charge adaptée.

LE PRINCIPE CLINIQUE

En ACT, la fusion cognitive désigne le moment où l'on se confond avec ses pensées : la pensée « je n'y arriverai jamais » est vécue comme une réalité, et non comme une phrase qui traverse l'esprit. La défusion crée un espace entre la personne et sa pensée. La pensée peut rester là, mais elle pèse moins et dicte moins les comportements.

C'est une différence importante avec la restructuration cognitive classique des TCC, qui interroge la validité de la pensée. Ici, on ne discute pas le contenu : on change la relation à la pensée. Les deux approches sont complémentaires, et le choix dépend de la personne et du moment (Hayes, Strosahl & Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy*, 2012).

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Repérer la pensée collante.** Demandez : « Quelle est la phrase qui tourne le plus en ce moment ? » Notez-la mot pour mot, avec ses termes à elle.

- 2 **Observer son effet, pas sa vérité.** « Quand cette pensée est très présente, qu'est-ce qu'elle vous fait faire, ou éviter ? » On éclaire le coût de la fusion, sans juger la pensée.
- 3 **Introduire la distance.** Proposez de reformuler la pensée avec une mise à distance : d'abord « J'ai la pensée que... », puis « Je remarque que j'ai la pensée que... ».
- 4 **Comparer le ressenti.** « Qu'est-ce que ça change de la dire comme ça ? » On ne cherche pas un soulagement obligatoire, juste à observer si la pensée a un peu moins d'emprise.
- 5 **Choisir une micro-pratique.** Retenez ensemble une formule ou un geste simple que la personne pourra réutiliser seule entre les séances.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

QUELQUES FORMULES À ESSAYER, À VOIX HAUTE OU EN PENSÉE

- › « J'ai la pensée que je n'y arriverai jamais. »
- › « Je remarque que mon esprit me ramène l'histoire du corps défaillant. »
- › « Merci mon esprit, je connais déjà celle-là. »
- › Il ne s'agit pas de se mentir ni de se forcer à y croire. Il s'agit juste de remarquer qu'une pensée est une pensée, et de continuer à avancer vers ce qui compte, même quand elle est là.

Mini-exercice à reproduire : « la pensée et moi »

- 1 Écrivez sur une ligne la phrase qui vous pèse, telle quelle.
- 2 Relisez-la précédée de : « Je remarque que j'ai la pensée que... ».
- 3 Demandez-vous : qu'est-ce qui compterait pour moi dans la prochaine heure, même avec cette pensée présente ? Faites un petit pas dans ce sens.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : chacun-e peut nommer ses propres pensées collantes. Cela évite que l'un-e porte seul-e le poids de « c'est ma faute » et ouvre un langage commun pour en parler sans se blesser.
- ✦ Personne seule en parcours : attention aux pensées d'isolement et de jugement social (« je m'y prends à l'envers »). La défusion aide à desserrer ces verdicts intérieurs souvent très durs.
- ✦ Après un échec, un arrêt naturel de grossesse ou un arrêt de parcours : ne défusez pas le chagrin lui-même. Réservez l'outil aux pensées d'auto-accusation qui s'ajoutent à la peine (« j'aurais dû »), une fois l'émotion accueillie.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient-e dans *Au cœur de la PMA*, au fil des exercices de défusion et d'observation des pensées. Vous pouvez proposer la lecture du chapitre correspondant en complément du travail en séance, comme support entre deux rendez-vous.

L'acceptation : faire de la place

Approche : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

EN UNE PHRASE

Aider la personne à accueillir les émotions difficiles de l'attente et du deuil de cycle, à faire de la place à ce qui est présent plutôt qu'à lutter contre, sans pour autant se résigner à sa situation.

QUAND LA PROPOSER

L'acceptation est utile quand la personne s'épuise à vouloir ne pas ressentir. Dans le parcours PMA, cela concerne souvent :

- ✦ les émotions intenses et mêlées : anxiété, tristesse, colère, jalousie face aux grossesses des autres, ambivalence.
- ✦ l'évitement expérientiel : se sur-occuper pour ne pas penser, fuir les lieux ou les personnes qui rappellent le sujet, s'interdire de pleurer.
- ✦ la lutte permanente contre l'anxiété d'attente, qui prend de plus en plus de place et de temps.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Acceptation n'est pas résignation. Il ne s'agit jamais d'accepter un échec, de renoncer au parcours, ni de « faire le deuil » sur commande. On accepte la présence d'une émotion, pas une issue.
- ✦ Validez la souffrance d'abord. Proposer de « faire de la place » à une personne qui ne se sent pas entendue serait vécu comme une injonction de plus.
- ✦ L'outil ne sert pas à court-circuiter une émotion. En cas de détresse intense ou de signes dépressifs marqués, il ne suffit pas : orientez vers une prise en charge adaptée.

LE PRINCIPE CLINIQUE

L'évitement expérientiel désigne les efforts pour supprimer ou contrôler ses expériences internes (pensées, émotions, sensations). À court terme il soulage, mais à long terme il amplifie souvent la souffrance et restreint la vie. L'acceptation (ou disposition à ressentir) consiste à abandonner cette lutte stérile et à ouvrir un espace pour ce qui est là.

Il est utile de distinguer la douleur primaire, légitime et inhérente au parcours, de la souffrance secondaire qui s'ajoute quand on lutte contre cette douleur. L'acceptation agit sur la seconde, pas sur la première (Hayes, Strosahl & Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy*, 2012).

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Repérer la lutte.** « Comment essayez-vous de ne pas ressentir cette émotion ? Qu'est-ce que vous mettez en place ? »
- 2 Évaluer le coût.** « Est-ce que ça marche, sur la durée ? Et qu'est-ce que ça vous coûte, en énergie, en vie mise de côté ? »
- 3 Proposer une autre posture.** Introduisez l'image de faire de la place, par exemple celle des sables mouvants : plus on se débat, plus on s'enfonce ; s'étendre et cesser de lutter aide à flotter.

- 4 **Pratiquer l'ouverture.** Guidez un court temps d'ouverture : localiser l'émotion dans le corps, respirer autour, lui laisser de la place sans la chasser ni s'y noyer.
- 5 **Relier à l'action.** Faire de la place ne veut pas dire ne rien faire. « Avec cette émotion présente, vers quoi qui compte pourriez-vous tout de même avancer aujourd'hui ? »

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

QUELQUES FORMULES À ESSAYER, À VOIX HAUTE OU EN PENSÉE

- › « Je fais de la place à cette peur, au lieu de me battre contre elle. »
- › « Cette tristesse a le droit d'être là. Je n'ai pas à la faire taire. »
- › « Je peux ressentir ça et continuer ma journée. »
- › Faire de la place ne veut pas dire aimer ce que l'on ressent, ni y renoncer. C'est arrêter de dépenser toute son énergie à lutter contre ce qui est déjà là.

Mini-exercice à reproduire : « faire de la place »

- 1 Repérez l'émotion la plus présente et nommez-la simplement (peur, tristesse, colère).
- 2 Trouvez où elle se loge dans le corps. Posez-y la main si cela aide.
- 3 Respirez en imaginant ouvrir un peu d'espace autour d'elle, sans la pousser dehors. Restez là quelques respirations.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : les rythmes d'acceptation diffèrent souvent. Aider chacun-e à ne pas imposer son rythme à l'autre, ni à se reprocher de ne pas « gérer » pareil.
- ✦ Personne seule en parcours : la lutte se mène souvent sans témoin. Insistez sur le droit de ressentir et sur les appuis de soutien disponibles.
- ✦ Après un échec, un arrêt naturel de grossesse ou un arrêt de parcours : l'acceptation porte sur l'émotion du deuil, jamais sur une injonction à « tourner la page ». Le chagrin a son temps, qui ne se commande pas.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient-e dans *Au cœur de la PMA*, à travers les exercices d'ouverture et de rapport aux émotions. La lecture du chapitre correspondant peut prolonger le travail entre deux séances.

Valeurs et engagement

Approche : thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

EN UNE PHRASE

Aider la personne à se reconnecter à ce qui compte profondément pour elle, pour continuer à mener une vie qui a du sens pendant un parcours qui semble tout mettre en suspens.

QUAND LA PROPOSER

L'outil est pertinent quand le parcours occupe tout l'espace et que la vie semble en pause. On le repère souvent à :

- ✦ une vie organisée entièrement autour des cycles et du calendrier médical.
- ✦ des renoncements en cascade : voyages, projets, engagements, parfois relations, repoussés « à après ».
- ✦ un sentiment de vide ou de perte de sens, l'impression que la vraie vie ne reprendra qu'avec l'enfant.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Les valeurs ne sont pas des objectifs. Avoir un enfant est un désir et un objectif profondément légitime, pas une valeur. On explore les valeurs qui vivent derrière ce désir, sans jamais chercher à le « remplacer ».
- ✦ Ne pas instrumentaliser l'outil pour minimiser la douleur. « Trouvez du sens ailleurs » serait blessant. La vie mise en pause est un vécu réel, à valider.
- ✦ Avancer au rythme de la personne, sans presser vers l'action.

LE PRINCIPE CLINIQUE

En ACT, les valeurs sont des directions de vie choisies, des qualités d'action qui comptent pour soi (prendre soin, créer, transmettre, être en lien). Elles se distinguent des objectifs, qui s'atteignent et se cochent. Une valeur, elle, se vit en continu, pas à pas.

Pendant un parcours PMA, l'objectif d'enfant peut éclipser toutes les autres directions de vie. Rendre les valeurs explicites redonne de la marge de manœuvre et des appuis, même quand l'objectif central reste incertain. L'action engagée consiste à faire de petits pas vers ces valeurs, en présence de l'inconfort (Hayes, Strosahl & Wilson, *Acceptance and Commitment Therapy*, 2012).

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Nommer ce qui est en pause.** « Qu'est-ce que vous avez mis de côté depuis le début du parcours ? »
- 2 Chercher la valeur derrière le désir.** « Devenir parent, qu'est-ce que ça dit de ce qui compte pour vous ? La tendresse, la transmission, prendre soin, construire ? » On éclaire les directions sous-jacentes.
- 3 Repérer où ces valeurs peuvent déjà vivre.** « Où, dans votre vie aujourd'hui, ces choses-là pourraient s'exprimer un peu, autrement ? »
- 4 Choisir un petit pas.** Un geste concret et réaliste cette semaine, à la mesure de l'énergie disponible.
- 5 Anticiper les obstacles internes.** Les pensées et émotions qui freinent (culpabilité, « ce n'est pas le moment ») se travaillent avec la défusion et l'acceptation.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

QUELQUES REPÈRES À EXPLORER

- › « Même en attendant, vers quoi je veux que ma vie continue d'aller ? »
- › « Qu'est-ce que je peux honorer aujourd'hui de ce qui compte vraiment pour moi ? »
- › Se reconnecter à ses valeurs ne console pas du désir d'enfant et ne le remplace pas. Cela aide à ne pas suspendre entièrement sa vie à une issue que l'on ne maîtrise pas.

Mini-exercice à reproduire : « une valeur, un petit pas »

- 1 Choisissez un domaine qui compte pour vous en ce moment (relations, santé, créativité, lien aux autres).
- 2 Repérez une valeur qui s'y rattache (par exemple : être présente pour mes proches).
- 3 Décidez d'un pas tout petit et réaliste dans les jours qui viennent, à votre mesure.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : explorez à la fois les valeurs communes et les valeurs propres à chacun-e. Cela rouvre des projets partagés qui ne dépendent pas du parcours.
- ✦ Personne seule en parcours : les valeurs ancrent la vie présente et les liens choisis, au-delà du projet d'enfant.
- ✦ Après un échec ou un arrêt de parcours : le travail sur les valeurs aide à reconstruire une direction de vie quand le projet d'enfant s'arrête. À proposer avec délicatesse, sans précipiter, et jamais comme une consolation.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient-e dans *Au cœur de la PMA*, à travers les exercices de clarification des valeurs et d'action engagée. Le chapitre correspondant peut servir de support entre deux séances.

Ancrage et les deux semaines d'attente

Approche : pleine conscience et thérapie d'acceptation et d'engagement

EN UNE PHRASE

Offrir des points d'ancrage concrets pour traverser l'attente entre le transfert (ou l'insémination) et le test, une période d'hypervigilance où l'on scrute le moindre signe.

QUAND LA PROPOSER

L'ancrage est précieux dans tous les temps d'attente du parcours, et particulièrement :

- ✦ pendant les deux semaines d'attente, et avant un résultat (prise de sang, échographie).
- ✦ en cas d'hypervigilance corporelle : interpréter chaque sensation comme un signe de réussite ou d'échec.
- ✦ face à la rumination et à l'anxiété d'anticipation qui tournent en boucle.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Aucun lien avec le résultat. L'ancrage ne sert pas à « se détendre pour que ça marche ». Le stress ne cause pas l'échec d'un cycle, et il est essentiel de le dire clairement pour ne pas ajouter de culpabilité.
- ✦ La pleine conscience n'est pas une tâche de performance de plus. Restez sur des pratiques courtes et sans objectif de résultat.
- ✦ En cas de détresse intense, l'ancrage soutient mais ne suffit pas : prévoyez un relais et une orientation si besoin.

LE PRINCIPE CLINIQUE

Pendant l'attente, l'esprit part sans cesse vers le futur (le résultat) et scrute le corps. L'ancrage attentionnel et la pleine conscience ramènent au moment présent. On ne contrôle pas l'issue ; on peut choisir, instant par instant, où poser son attention. Cela réduit l'amplification de l'anxiété par la rumination.

Ces pratiques s'appuient sur la réduction du stress fondée sur la pleine conscience (Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*, 1990) et la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience (Segal, Williams & Teasdale). Elles rejoignent le contact avec le moment présent travaillé en ACT.

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Nommer le mode « vigie ».** Aider la personne à voir que son esprit scanne en permanence le corps et l'avenir, et que c'est épuisant.
- 2 Proposer un ancrage sensoriel court.** Par exemple le « 5-4-3-2-1 » (cinq choses vues, quatre entendues, trois touchées, deux senties, une goûtée) ou l'ancrage des pieds et du souffle.
- 3 Travailler la recherche de symptômes.** Accueillir l'envie d'interpréter chaque sensation sans s'y soumettre. « Je remarque que je guette un signe, et je reviens à l'instant. »
- 4 Construire un plan d'attente réaliste.** Quelques micro-rituels qui font du bien, et des limites posées sur la recherche d'informations et la fréquentation des forums.
- 5 Préparer le jour du test.** Choisir à l'avance un ancrage et un soutien pour ce moment particulier, quelle que soit la nouvelle.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

ANCRAGE EXPRESS : LE 5-4-3-2-1

- › Là, maintenant, repérez :
- › 5 choses que vous voyez
- › 4 choses que vous entendez
- › 3 choses que vous pouvez toucher
- › 2 choses que vous sentez (odeurs)
- › 1 chose que vous goûtez, ou une respiration lente
- › Une phrase pour les moments durs : « Je ne peux pas connaître le résultat maintenant. Je peux poser mon attention ici, sur cet instant. »

Mini-exercice à reproduire : « les pieds et le souffle »

- 1 Sentez vos deux pieds en contact avec le sol. Remarquez les points d'appui.
- 2 Suivez trois respirations lentes, sans chercher à les modifier.
- 3 Quand l'esprit repart vers le résultat, notez-le sans vous juger, puis revenez aux pieds et au souffle.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : chacun-e peut avoir son ancrage. Se soutenir sans surveiller l'autre ni transformer l'attente en gestion à deux de l'anxiété.
- ✦ Personne seule en parcours : préparez à l'avance un appui concret pour le jour du test (une personne à appeler, un moment doux planifié).
- ✦ Après un test négatif ou une mauvaise nouvelle : l'ancrage aide à traverser le premier choc, mais il laisse toute sa place au chagrin. Il ne sert pas à le contourner.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient-e dans *Au cœur de la PMA*, à travers les exercices d'ancrage et de pleine conscience pour les temps d'attente. Le chapitre correspondant peut accompagner la personne entre les séances.

La restructuration cognitive

Approche : thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

EN UNE PHRASE

Aider la personne à repérer et à assouplir les pensées automatiques déformées qui amplifient sa détresse, en les examinant avec elle plutôt qu'en les remplaçant par des pensées « positives ».

QUAND LA PROPOSER

La restructuration est indiquée quand des pensées négatives reviennent et sont vécues comme des vérités. Dans le parcours PMA, on retrouve souvent ces distorsions :

- ✦ le catastrophisme : « si ce cycle échoue, je n'aurai jamais d'enfant ».
- ✦ la personnalisation et l'auto-blâme : « c'est forcément ma faute ».
- ✦ la généralisation : « ça ne marche jamais pour moi ».
- ✦ la lecture de pensée : « les autres me jugent », « mon partenaire m'en veut ».

Cet outil est complémentaire de la défusion (fiche 01). La défusion prend de la distance avec la pensée sans en discuter le contenu ; la restructuration, elle, examine ce contenu. Le choix dépend de la personne et du moment.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Ce n'est pas de la pensée positive. On ne remplace jamais une pensée par un slogan optimiste. On cherche une pensée plus juste et nuancée, pas plus gaie.
- ✦ On ne conteste jamais une émotion légitime ni un fait médical réel. Si une pensée est exacte (par exemple une probabilité faible), on ne discute pas sa véracité : on travaille plutôt comment la personne peut faire face.
- ✦ Après un échec ou un deuil, on ne restructure pas le chagrin. On réserve l'outil aux pensées d'auto-accusation qui s'ajoutent à la peine. En cas de détresse intense, orientez vers une prise en charge adaptée.

LE PRINCIPE CLINIQUE

Le modèle cognitif (Beck) propose que ce ne sont pas les situations elles-mêmes, mais nos interprétations, qui déclenchent nos émotions. Entre l'événement et l'émotion s'intercalent des pensées automatiques, souvent rapides et déformées par des distorsions cognitives.

La restructuration consiste à examiner ces pensées : quelles preuves pour, quelles preuves contre, quelles autres lectures possibles, et surtout en quoi cette pensée aide ou non. On aboutit à une pensée alternative réaliste et crédible (J. Beck, *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, 2011).

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Capturer la pensée chaude.** Situation, émotion et son intensité de 0 à 100, puis la pensée qui passait par la tête.
- 2 Nommer la distorsion.** Repérer le mécanisme à l'œuvre (catastrophisme, auto-blâme, généralisation).

- 3 **Examiner.** « Quelles preuves pour, quelles preuves contre ? Que diriez-vous à une amie dans la même situation ? »
- 4 **Formuler une pensée alternative.** Plus nuancée, réaliste, et à laquelle la personne peut un peu croire.
- 5 **Réévaluer l'émotion.** On observe si l'intensité bouge, sans exiger qu'elle tombe à zéro.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

Le tableau à remplir ensemble, puis en autonomie :

SITUATION	ÉMOTION (0-100)	PENSÉE AUTOMATIQUE	PENSÉE ALTERNATIVE
Résultat négatif annoncé au téléphone	Tristesse 90, désespoir 80	« Je n'y arriverai jamais, c'est foutu. »	« Ce cycle n'a pas marché, et c'est une immense déception. Cela ne décide pas à lui seul de toute la suite. »

Mini-exercice à reproduire : « la pensée au banc d'essai »

- 1 Notez la pensée qui vous pèse et l'intensité de l'émotion associée.
- 2 Cherchez une preuve qui va dans son sens, et une qui va contre.
- 3 Écrivez une version plus nuancée de la pensée, puis re-notez l'intensité de l'émotion.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : la lecture de pensée alimente les malentendus (« il s'en fiche »). Tester ces interprétations ouvre le dialogue plutôt que le procès.
- ✦ Personne seule en parcours : attention au jugement social anticipé, souvent plus dur que la réalité. C'est un terrain idéal pour examiner les preuves.
- ✦ Après un échec ou un arrêt naturel de grossesse : distinguez les pensées d'auto-blâme (« j'aurais dû »), qui peuvent être examinées, du chagrin lui-même, qui n'a pas à être restructuré.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient·e dans *Au cœur de la PMA*, avec des grilles de repérage des pensées et des distorsions. Le chapitre correspondant peut prolonger le travail entre les séances.

L'auto-compassion

Approche : psychologie positive et thérapies fondées sur la compassion

EN UNE PHRASE

Aider la personne à se traiter avec la même bienveillance qu'elle offrirait à une amie, face à un parcours qui nourrit l'auto-critique et le sentiment d'échec.

QUAND LA PROPOSER

L'auto-compassion est précieuse quand la dureté envers soi domine. Dans le parcours PMA, cela se manifeste par :

- ✦ une auto-critique sévère et de la honte : « mon corps me trahit », « je suis défaillante ».
- ✦ un sentiment d'isolement : « je suis la seule à vivre ça ».
- ✦ un perfectionnisme du parcours : tout faire « comme il faut », et se reprocher le moindre écart.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Ce n'est pas de l'auto-apitoiement ni une excuse pour renoncer. L'auto-compassion soutient l'action, elle ne l'endort pas.
- ✦ Ne pas en faire une injonction de plus (« en plus, il faut être gentille avec soi »). Certaines personnes trouvent l'exercice difficile, voire inconfortable, et cette résistance se respecte et se travaille en douceur.
- ✦ En cas de détresse intense, de honte envahissante ou de signes dépressifs marqués, l'outil ne suffit pas : orientez vers une prise en charge adaptée.

LE PRINCIPE CLINIQUE

Selon Kristin Neff, l'auto-compassion repose sur trois composantes : la bienveillance envers soi (plutôt que le jugement), le sentiment d'humanité commune (la souffrance fait partie de l'expérience humaine, on n'est pas seul-e), et la pleine conscience (accueillir la douleur sans s'y noyer).

Contrairement à une idée répandue, l'auto-compassion ne diminue pas la motivation : elle réduit la honte et soutient la régulation émotionnelle (Neff, *Self-Compassion*, 2011 ; Gilbert, thérapie fondée sur la compassion).

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Repérer la voix critique.** « Quand vous vous parlez de votre parcours, sur quel ton ? Diriez-vous cela à une amie ? »
- 2 Nommer le moment de souffrance.** Avec pleine conscience : « C'est un moment difficile. »
- 3 Rappeler l'humanité commune.** « Beaucoup d'autres traversent une douleur semblable. Je ne suis pas seule. »
- 4 Offrir une parole bienveillante.** Ce que la personne dirait à une amie, parfois accompagné d'un geste apaisant (une main sur le cœur).
- 5 Ancrer une micro-pratique.** Une « pause d'auto-compassion » courte, réutilisable au quotidien.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

LA PAUSE D'AUTO-COMPASSION (3 TEMPS)

- › « C'est un moment difficile. »
- › « La difficulté fait partie de la vie ; je ne suis pas seule à traverser ça. »
- › « Puis-je m'offrir un peu de douceur, là, maintenant ? »
- › Vous pouvez poser une main sur votre cœur en disant ces phrases. Il ne s'agit pas de se forcer à aller bien, mais de cesser, un instant, de se traiter durement.

Mini-exercice à reproduire : « la lettre à une amie »

- 1 Imaginez une amie très chère qui vit exactement ce que vous vivez.
- 2 Écrivez-lui quelques lignes, avec vos mots, vos encouragements, votre tendresse.
- 3 Relisez-les en vous les adressant à vous-même.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : l'auto-compassion désamorce les reproches que l'on retourne contre soi et, par ricochet, contre l'autre.
- ✦ Personne seule en parcours : le rappel de l'humanité commune est central pour contrer l'isolement et le sentiment d'être « à part ».
- ✦ Après un échec ou un arrêt naturel de grossesse : l'auto-compassion accueille la culpabilité sans la valider comme une vérité. Elle fait de la place au deuil sans s'y ajouter de la dureté.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient·e dans *Au cœur de la PMA*, à travers les exercices d'auto-compassion et de regard bienveillant sur soi. Le chapitre correspondant peut accompagner la personne entre les séances.

La gestion de la charge mentale

Approche : thérapie cognitivo-comportementale et thérapie d'acceptation

EN UNE PHRASE

Aider la personne à alléger et à répartir la charge mentale considérable du parcours (rendez-vous, traitements, calendrier, démarches, décisions, secret), pour qu'elle ne porte pas tout, tout le temps, seule.

QUAND LA PROPOSER

L'outil est pertinent quand la logistique et l'anticipation saturent l'esprit. On le repère à :

- ✦ une hypervigilance organisationnelle : rendez-vous, dosages, horaires de traitement, démarches administratives.
- ✦ le sentiment de tout gérer seule, et un épuisement qui s'installe.
- ✦ l'intrusion du parcours dans tous les domaines : travail, couple, vie sociale, sans répit.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Ne pas culpabiliser la personne. La charge est objectivement lourde ; ce n'est pas un défaut d'organisation.
- ✦ Aucune promesse que mieux s'organiser change l'issue médicale. L'objectif est le soulagement, pas le contrôle du résultat.
- ✦ Reconnaître les inégalités de répartition, souvent au détriment de la personne qui porte le parcours médical, sans en faire un reproche au couple. En cas d'épuisement marqué, orientez vers une prise en charge adaptée.

LE PRINCIPE CLINIQUE

La charge mentale désigne le travail cognitif invisible de planification, d'anticipation et de coordination, doublé d'une charge émotionnelle. En PMA, elle est démultipliée : au médical s'ajoutent l'administratif, l'émotionnel et le social (le secret, les questions de l'entourage).

Les outils TCC et ACT visent à externaliser (sortir les choses de la tête), à prioriser, à déléguer et à poser des limites, tout en acceptant ce qui n'est pas contrôlable. Cela réduit aussi la rumination, qui prospère sur la charge non déposée.

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Cartographier la charge.** Tout poser à plat : tâches, décisions à prendre, inquiétudes en cours.
- 2 Trier.** Classer chaque élément : ce qui est à moi, ce qui est partageable, ce qui peut attendre, ce qui n'est pas contrôlable.
- 3 Externaliser.** Tout regrouper dans un seul endroit fiable (agenda, carnet, liste partagée), pour que la tête n'ait plus à tout retenir.
- 4 Déléguer et poser des limites.** Confier des blocs entiers au partenaire ou aux proches, et limiter l'intrusion du parcours (travail, sollicitations).
- 5 Protéger des zones franches.** Des moments et des espaces sans PMA, décidés à l'avance.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

VIDER LA TÊTE, PUIS TRIER

- › Écrivez tout ce qui occupe votre esprit en ce moment, sans trier. Puis rangez chaque élément dans une de ces cases :
- › **À moi** : ce que je garde et fais moi-même.
- › **Partageable** : ce que quelqu'un d'autre peut prendre en charge.
- › **Pas maintenant** : ce qui peut attendre, avec une date.
- › **Pas contrôlable** : ce que je m'autorise à lâcher.

Mini-exercice à reproduire : « le dépôt du soir »

- 1 Le soir, notez en un seul endroit ce qui tourne dans votre tête pour le lendemain.
- 2 Soulignez ce qui est vraiment à vous ; le reste, voyez ce qui peut être confié ou lâché.
- 3 Fermez le carnet : ce qui est écrit n'a plus besoin d'être retenu cette nuit.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ En couple (hétéro ou couple de femmes) : rendre visible la charge invisible et la répartir réellement. Le ou la partenaire prend des blocs entiers (gérer la pharmacie, les rendez-vous), pas seulement « aider » ponctuellement.
- ✦ Personne seule en parcours : identifier un cercle de soutien et déléguer hors couple (un-e proche pour les trajets, les courses, l'écoute).
- ✦ Après un échec ou pendant une pause : la charge du « et maintenant » (décisions, démarches) est lourde aussi. Alléger et différer ce qui peut l'être.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient-e dans *Au cœur de la PMA*, avec des supports de tri et d'organisation. Le chapitre correspondant peut servir d'appui entre les séances.

La communication dans le couple

Approche : communication et thérapies cognitivo-comportementales

EN UNE PHRASE

Aider les partenaires à se parler du parcours sans s'abîmer, alors que chacun-e le vit, l'exprime et le traverse différemment.

QUAND LA PROPOSER

L'outil est utile dès que le parcours met le dialogue sous tension. On le repère à :

- ✦ un décalage de vécu : l'un-e veut en parler, l'autre se tait ou agit, et chacun-e se sent incompris-e.
- ✦ des malentendus douloureux : « il s'en fiche », « elle ne pense qu'à ça ».
- ✦ des tensions autour des décisions, ou une sexualité mise sous pression par les rapports « programmés ».

PRÉCAUTIONS

- ✦ Ce n'est pas une thérapie de couple. En cas de conflit profond, de rupture du lien ou de violence, orientez vers une prise en charge spécialisée.
- ✦ Ne pas désigner un « bon » et un « mauvais » communicant. Les styles de coping diffèrent (parler, agir, se taire) sans hiérarchie.
- ✦ Aucune promesse que mieux communiquer change l'issue médicale. L'objectif est le lien et le soutien mutuel.

LE PRINCIPE CLINIQUE

Les partenaires ont souvent des styles de coping différents : l'un-e centré sur l'émotion (en parler, ressentir), l'autre sur le problème (agir, chercher des solutions), l'un-e dans l'approche, l'autre dans l'évitement. Ces différences, normales, sont une source majeure de malentendus quand elles ne sont pas reconnues.

Les leviers sont l'écoute active, les messages en « je » (exprimer son ressenti et ses besoins plutôt que reprocher), et la validation avant la résolution. S'entendre dire que l'on est compris-e compte souvent plus que de recevoir une solution (inspiré de la communication non-violente et des approches comportementales du couple).

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

- 1 Reconnaître les styles.** Aider chacun-e à nommer sa façon de faire face, sans jugement, et à comprendre celle de l'autre.
- 2 Poser un cadre.** Un temps dédié pour parler du parcours, et des moments « zone franche » où l'on n'en parle pas.
- 3 Parler en « je ».** « Je me sens seule quand... », « J'ai besoin de... » plutôt que « Tu ne fais jamais... ».
- 4 Écouter pour comprendre.** Reformuler ce que l'autre a dit et valider son ressenti avant de répondre ou de proposer.
- 5 Décider ensemble.** Mettre à plat les besoins de chacun-e, les points non négociables, et la prochaine étape.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

UNE QUESTION QUI CHANGE TOUT, AVANT DE RÉPONDRE

- › « De quoi as-tu besoin là : que je t'écoute, ou qu'on cherche une solution ensemble ? »
- › Quelques amorces en « je » :
- › « Je me sens seule avec ça en ce moment. »
- › « J'ai besoin qu'on en parle, même cinq minutes. »
- › « J'ai besoin d'une pause du sujet ce soir, sans que ça veuille dire que je m'en fiche. »

Mini-exercice à reproduire : « les quatre temps d'une conversation difficile »

- 1 Je dis ce que je ressens, en « je », sans reproche.
- 2 L'autre reformule et valide avant de répondre.
- 3 On inverse les rôles.
- 4 On décide d'un seul petit pas commun, puis on s'arrête là.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- ✦ Couple hétéro : la charge médicale et émotionnelle est souvent asymétrique. Nommer la place du ou de la partenaire qui ne porte pas le parcours dans son corps, et son vécu propre.
- ✦ Couple de femmes : la question de qui porte, le double vécu et les comparaisons internes méritent d'être mis en mots explicitement.
- ✦ Personne seule en parcours : ces outils se transposent aux proches de confiance. Dire ses besoins et poser un cadre vaut aussi hors couple.
- ✦ Après un échec ou un deuil : les deux partenaires ne vivent pas le deuil au même rythme. S'accorder de l'espace, sans interpréter le silence de l'autre comme de l'indifférence.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil est développé côté patient·e dans *Au cœur de la PMA*, avec des trames de conversation et des repères sur les styles de chacun·e. Le chapitre correspondant peut accompagner le couple entre les séances.

Accompagner le partenaire

Approche : repères cliniques (Wischmann ; Schmidt & Boivin)

EN UNE PHRASE

Ouvrir un espace au partenaire, souvent l'homme dans les couples hétéros, dont la souffrance reste souvent invisible, et ne pas confondre son silence ou son « je gère » avec de l'indifférence.

QUAND LA PROPOSER

Le partenaire gagne à être reçu, seul au moins une fois, en particulier :

- ✦ à l'annonce d'un facteur masculin (azoospermie, altération sévère du spermogramme), qui touche l'identité bien au-delà du médical.
- ✦ quand il se met en retrait, se surinvestit dans le travail, ou « gère » l'intendance sans rien exprimer de son vécu.
- ✦ quand le couple attribue le diagnostic à « un problème médical » sans le nommer, y compris aux proches.

PRÉCAUTIONS

- ✦ Ne concluez pas trop vite à l'absence de souffrance : le silence n'est pas l'indifférence.
- ✦ Ne forcez pas la parole. Proposez sans imposer ; une à deux séances individuelles suffisent souvent à ouvrir quelque chose.
- ✦ Ce n'est pas une thérapie de couple. En cas de détresse marquée, de signes dépressifs ou d'idées noires, orientez vers une prise en charge adaptée.

LE PRINCIPE CLINIQUE

L'infertilité masculine reste un angle mort de l'accompagnement psychologique : les hommes consultent moins, expriment moins, et la culture clinique francophone reste largement centrée sur l'expérience féminine du parcours. Pourtant, l'annonce d'un facteur masculin a un retentissement identitaire majeur (Wischmann, « Your count is zero », *Human Fertility*, 2013).

Le coping de type évitement passif (se taire, se sur-occuper, « faire face » en apparence) est très fréquent chez les partenaires masculins et s'associe à un moins bon ajustement à moyen terme (Schmidt & Boivin, étude COMPI, *Human Reproduction*, 2005). Le repérer permet de ne pas le laisser s'installer.

LE DÉROULÉ EN SÉANCE

Explorez, sans forcer, les quatre registres où se loge souvent la souffrance :

- 1 La masculinité.** L'équivalence inconsciente entre fertilité et virilité reste forte. Une question directe ouvre le sujet : « Comment cette annonce a-t-elle changé la façon dont vous vous percevez comme homme ? »
- 2 La transmission.** La rupture de la lignée biologique (nom, ressemblance, patrimoine) est rarement abordée spontanément ; nommez-la.
- 3 Le secret.** Qui sait ? À qui le diagnostic est-il caché, et au prix de quels conflits d'allégeance ?

- 4 La culpabilité envers la partenaire.** « C'est à cause de moi qu'elle doit subir tout ça » : cette culpabilité nourrit souvent le retrait ou le surinvestissement professionnel.

LE SUPPORT POUR LA PERSONNE

Mini-exercice à reproduire : « une phrase pour commencer »

- 1** Proposez au partenaire une à deux séances individuelles, présentées comme un espace pour lui seul.
- 2** Ouvrez avec une question simple, non médicale : « Vous, comment vous vivez tout ça, de votre côté ? »
- 3** Accueillez le silence comme une réponse possible, et laissez la porte ouverte pour une prochaine fois.

ADAPTER SELON LES SITUATIONS

- + Couple hétéro : le facteur masculin est le terrain le plus direct, mais le ou la partenaire mérite un espace même quand le facteur est féminin.
- + Couple de femmes : la partenaire qui ne porte pas la grossesse traverse aussi un vécu propre (place, légitimité, transmission), à reconnaître explicitement.
- + Personne seule avec don : le deuil de la transmission biologique et la question de l'origine s'y rejouent, à accompagner avec la même délicatesse.

POUR ALLER PLUS LOIN

Cet outil prolonge le travail sur la communication du couple (fiche 08) et l'auto-compassion (fiche 06). Une consultation individuelle du partenaire, même brève, est presque toujours bénéfique.

Annexes

Un support d'entretien et des ressources d'orientation, à garder à portée de main.

Grille d'anamnèse axée infertilité

Un support pour le premier temps d'évaluation, à adapter à votre cadre et au rythme de la personne. Il ne s'agit pas de tout couvrir en une séance : ces domaines balisent l'exploration et se complètent utilement d'un auto-questionnaire comme le FertiQoL. Sur les antécédents de violences ou les idées noires, avancez avec prudence et prévoyez toujours une orientation.

DOMAINE	À EXPLORER
Motif & parcours	Motif de la consultation, histoire de l'infertilité et du parcours médical, diagnostic éventuel et sa temporalité.
Antécédents psy	Histoire psychiatrique et psychologique, hospitalisations, psychothérapies antérieures, psychotropes, abus de substances.
État mental actuel	Symptômes dépressifs, anxieux, obsessionnels ; toute altération récente de l'état mental, et depuis quand.
Sexualité	Fréquence et satisfaction, dysfonctionnements, antécédents de violences (physiques, sexuelles, psychologiques), changements liés à l'infertilité ou aux traitements.
Vie de couple	Histoire conjugale, entente ou mésentente, adhésion ou ambivalence vis-à-vis du traitement médical et de la PMA.
Relations familiales	Qualité des relations, naissances ou décès récents, pertes familiales.
Ressources sociales	Soutien social disponible et impact professionnel du parcours.
Repères de vie	Cinq derniers événements de vie marquants ; « trois adjectifs pour décrire vos proches ».

Ressources pour aller plus loin

À partager avec les personnes que vous accompagnez, ou à garder comme appuis d'orientation.

SITES & ASSOCIATIONS

- ✦ **Collectif BAMP** : association nationale de patient·es et ex-patient·es de l'AMP, de personnes infertiles et de parents d'enfants nés par AMP.
- ✦ **FIV.fr** : recense les centres d'AMP en Europe et une large information, pour les pros comme pour les patient·es.

- ✦ **procreation-medicale.fr** : le site officiel dédié à l'assistance médicale à la procréation.

LECTURES POUR LES PROFESSIONNEL·LES

- ✦ Lévy-Dutel, L. et coll. (2015). *Le grand livre de la fertilité*. Éditions Eyrolles.
- ✦ Droupy, S. & Cohen, B. (2020). *Demain, tous infertiles ? Comprendre, prévenir et traiter l'infertilité masculine*. Éditions First.

LECTURES POUR LES PATIENT·ES

- ✦ Grynberg, M. (2022). *Les secrets de la PMA : 100 questions pour mieux vivre ce parcours*. Marabout.
- ✦ Leblanc, A. (2015). *Le guide des couples infertiles*. Éditions Ker.
- ✦ Salvat, M. (2020). *Le kit de survie à la PMA*. Discus Éditions.

PODCASTS

- ✦ **Sur le FIV** : la procréation médicalement assistée.
- ✦ **Alors c'est pour bientôt ?** Un podcast pour libérer la parole autour des difficultés à concevoir.
- ✦ **To be louve** : pour les personnes en parcours PMA et leur entourage.
- ✦ **Quouïr** : l'homoparentalité au sein de la communauté LGBT.

Références

Les fondements théoriques des outils réunis dans ce kit.

- ✦ Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy : Basics and Beyond* (2^e éd.). Guilford Press.
- ✦ Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy* (2^e éd.). Guilford Press.
- ✦ Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Delacorte Press.
- ✦ Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2^e éd.). Guilford Press.
- ✦ Neff, K. (2011). *Self-Compassion*. William Morrow.
- ✦ Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
- ✦ Wischmann, T. (2013). « Your count is zero » : counselling the infertile man. *Human Fertility*, 16(1).
- ✦ Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. & Boivin, J. (2005). Communication and coping (étude COMPI). *Human Reproduction*, 20(11).

Le livre

Ce kit prolonge *Au cœur de la PMA*, mon livre d'accompagnement destiné aux personnes qui traversent ce parcours. Il déploie, côté patient·e, chacun des outils réunis ici, sous forme d'exercices à faire chez soi.

Si vous accompagnez des personnes en PMA, il peut devenir un appui entre vos séances : un support commun, à lire de leur côté pendant que vous travaillez du vôtre. À paraître mi-octobre 2026.

[Lien de précommande à insérer]

RESTER EN LIEN

Je partage mon travail sur la fertilité, la PMA et le vécu psychologique du parcours sur Instagram : **@la_pma_autrement**.

Pour toute question sur le kit ou une collaboration : **juliettemarty.psy@gmail.com**.