

Le vécu de l'AMP vu par l'homme : le point de vue du Psychologue

J. F. PERNOT

CECOS NORD, Centre Hospitalier et Universitaire de Lille, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

RÉSUMÉ

Depuis vingt ans la prise en charge des hommes dans le cadre de l'infertilité s'est améliorée : on passe de la castration par le gynécologue de la femme à la prise en charge technique dans le cadre technique de l'ICSI, ce qui permet à l'andrologue qui le souhaite, de rencontrer son patient dans sa complexité humaine. Si l'échec est toujours aussi difficile à vivre, la réussite pose la question d'une modification pour les hommes du lien à l'enfant, fruit de leurs entrailles lié au nouveau mode de procréation.

Mots clés : infertilité masculine, microinjection, psychologie, paternité

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je voudrais vous remercier de m'avoir invité, autrement que dans le cadre d'un simple échange de politesses, mais avec l'espoir que ma présence dans ce congrès, par ailleurs très technique, à valeur de signe : redonner à la dimension psychique la possibilité d'être prise en compte.

Pour être un peu provocateur, je regretterais qu'elle ne représente que 20% du temps de parole alors que je pense que la dimension psychique est partie prenante pour 80% dans vos consultations.

Je me permets de préciser que je suis plus particulièrement psychologue intervenant dans le

Cecos Nord depuis 20 ans, car il me semble que cela me place plutôt du côté de l'échec médical, en tout cas de l'ultime recours comme le dit la loi.

En préalable, je voudrais rappeler cette évidence : les hommes parlent peu, en tout cas beaucoup moins que leur femme. Ils ont été éduqués dans ce sens depuis leur plus tendre enfance : un homme ne pleure pas, serre les dents et n'a peur de rien, ces clichés sont encore fort présents. Pour écouter un homme, il faut lui donner du temps.

Il y a vingt ans : un ou deux spermogrammes une prise de sang (un taux de FSH élevé) votre sort était réglé et en moins de trois mois l'indication d'IAD pouvait être posée par un gynécologue qui n'avait même pas reçu le patient directement mais simplement sa compagne.

On rencontrait des hommes qui n'y comprenaient rien « castrés » par le spécialiste de leur femme.

Le progrès de la technique médicale allonge considérablement le temps de l'exploration de l'infertilité masculine et permet, **si on le souhaite**, de rencontrer le patient dans son originalité.

Correspondance : J. F. Pernot, CECOS NORD, Centre Hospitalier et Universitaire de Lille, Hôpital Jeanne de Flandre, 59037 Lille Cedex

Communication au Congrès de la Société d'Andrologie de Langue Française de Bordeaux Décembre 2000.

Je souligne **si on le souhaite** car aujourd'hui encore on rencontre des urologues, qui après un quart d'heure de consultation et une palpation des testicules, montrant ainsi leur compétence, annoncent une infertilité définitive.

« Prendre soin » avant même de soigner, me semble être le minimum que l'on puisse offrir à ces patients.

C'est rappeler par ailleurs qu'aller à la rencontre de l'autre, se mettre à son écoute, reste le fait d'un acte volontaire et nécessite que l'on s'en donne les moyens, du temps entre autre.

Au passage, il me semble que le sexe de l'interlocuteur, dans un premier temps, n'est pas anodin pour les hommes : il y a des choses plus faciles à dire ou à entendre quand on est entre hommes.

Je signalerai un biais qui fait parfois obstacle à la communication : ce sont les explications techniques, dans lesquelles les patients se précipitent pour échapper, par une tentative de maîtrise, à l'angoisse que provoque ces difficultés, peut être aussi celle du médecin face à son impuissance thérapeutique.

Il est important de relever au passage le vécu de solitude des hommes, particulièrement au moment des recueils soit pour spermogramme soit avant FIV et autre examen.

Quelques remarques qui montrent que la masturbation est loin d'être aussi banale qu'on voudrait le faire croire : L'abstinence pour être au Top, l'entraînement pour être sûr d'y arriver ou encore la masturbation compulsive après l'échec pour se rassurer. Je ne parlerais pas du vécu de la sonde anale.

L'annonce du diagnostic est moins abrupte et comme ils disent «on s'y attend, avec tous les résultats qui n'étaient pas bons».

Ce n'est pas parce que c'est plus « doux » que cela est plus facile à vivre.

A ce propos la proposition trop rapide d'une solution de remplacement afin d'amoindrir le choc, parfois ne permet pas à l'homme d'entrer dans un processus de deuil de sa fertilité et de faire un véritable choix pour leur couple.

Une évidence suivant l'indication de l'AMP, la position spécifique de l'homme différente : la

FIV pour indication tubaire ne peut se comparer à l'ICSI

Moins ils en ont (de spermatozoïdes) plus ils sont précieux et plus complexe est l'accompagnement de ces couples.

L'azoospermie si elle existe encore est plus simple («boutade») : il n'y a pas de choix.

Je ne développerai pas le Vécu de l'infertilité masculine, ni le choix du Cecos. Je rappellerai simplement la notion du vécu d'handicap caché, d'atteinte de la virilité, du renvoi dans une position infantile, de l'atteinte narcissique, l'angoisse du départ de la compagne, une vraie dépression etc...

L'attitude de l'épouse est à l'évidence à prendre en compte, elle est souvent compréhensive, parfois un peu trop, ce qui met son compagnon dans une position de « dette » vis à vis de cette femme si « bien ».

A l'évidence les difficultés de procréation amènent les hommes à se positionner sur leur désir d'enfant. Je ferai une distinction grossière entre vouloir être père (transmettre quelque chose à un enfant) et vouloir voir sa femme enceinte (volonté première rendre complète sa femme – prouver sa propre intégrité – ne pas la castrer comme lui se vit – peut-être masquer sa difficulté, « personne ne le saura » comme disent les couples au Cecos) ;

Un petit mot sur les refus des ponctions testiculaires : Ne pas oublier la peur de l'opération, souvent la première, pour ces hommes (« les durs à cuire sont doudouches ») – évaluer dans une dimension rapport qualité-prix : coût de souffrance / chance de réussite, le tout teinté par la peur de la castration.

Le refus de l'enfant handicapé est la seconde raison invoquée pour ne pas accepter. On peut s'interroger à l'inverse sur l'enfant non pas à tout-prix mais tous-risques.

Il n'en restera pas moins que l'enfant est « fait pas naturellement mais par la médecine » avec l'étrangeté et la peur que cela représente, en comparaison « l'enfant IAD » est plus naturel.

Enfin quelques réflexions sur les différentes techniques FIV et ICSI, et les conséquences

des échecs: suivant le niveau des échecs, le vécu n'est pas le même :

S'il n'y a pas fécondation, cela aggrave la position masculine : il y en a peu et en plus ils ne font pas d'embryons.

L'avantage que l'on peut y voir est l'inscription à l'IAD sans remords mais les accumulations d'échecs ont laissé des traces plus ou moins vivantes : usure psychique « on s'empêche de rêver, on ne veut plus être déçu ». Un refuge dans un pragmatisme qui ne permet plus de projection sur l'enfant à venir.

- S'il y a eu embryon et échec de réimplantation, la stérilité est alors partagée par le couple, plus facile à vivre pour l'homme moins pour la compagne.

L'homme sort souvent grand gagnant car les échecs de réimplantations sont implicitement imputés à la femme.

De toute façon il a payé de sa personne en passant sur la table d'opération, il a moins de choses à se reprocher.

Dans le cas où la ponction testiculaire permettrait la naissance d'un enfant on pourrait croire que la médecine a rempli son rôle, pourtant le psychologue a d'autres inquiétudes : je suis assez surpris de l'attitude protectrice voir maternante de ces pères : en les aidant à avoir un enfant qui est le fruit de leurs « entrailles » ne modifie-t-on pas le rapport de ces hommes à leur progéniture ?

Une fabrique de père-mère ?

Il n'y a pas équivalent à enceinte pour les hommes, nous devrions peut être l'inventer.

ABSTRACT

Personal experience of Assisted Reproductive Technology: the psychologist's point of view.

J.F. PERNOT

The medical management of infertile men has improved over the last twenty years: the man's experience has been transformed from "castration" by his wife's gynaecologist to technical management by ICSI, allowing the andrologist to deal with the patient's global human complexity. Although failure is still a difficult experience, success raises the question of a modification of the man's relationship to his child, resulting from this new method of procreation.

Key words: *male infertility, intracytoplasmic sperm injection, psychology, fatherhood*