

PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES LIÉS À L'INFERTILITÉ MASCULINE

Janet Takefman, Ph. D.

ÉTÉ 2009

L'infertilité entraîne une situation de crise chez les couples et les individus affectés. La plupart des professionnels en santé mentale qui œuvrent dans ce domaine le savent très bien : l'infertilité et son traitement sont extrêmement stressants et génèrent des réactions telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement, des problèmes sexuels, des conflits conjugaux ainsi qu'une faible estime de soi. À leur tour, ces réactions ont un effet négatif sur le fonctionnement de l'individu sur les plans personnel, interpersonnel, social et professionnel.

L'infertilité est considérée comme un « problème de couple ». En effet, peu importe chez quel partenaire on diagnostique l'origine du trouble de la reproduction, les deux partenaires sont impliqués, et tous deux doivent participer à la recherche du remède. On estime cependant qu'au moins 50 % des cas d'infertilité sont dus à des facteurs masculins tels que déficiences dans la production de sperme et obstructions dans le système d'émission du sperme. Plus spécifiquement, les statistiques montrent que 33 % des problèmes peuvent être attribués à des facteurs masculins, 33 % à des facteurs strictement féminins et 33 % à une combinaison des facteurs masculins et féminins. Toutefois, historiquement, on a accordé plus d'importance au traitement de l'infertilité féminine qu'à celui des problèmes d'origine masculine.

L'une des raisons de cet état de choses est la répartition des spécialistes qui exercent dans le domaine de la médecine reproductive. L'American Society of Reproductive Medicine (ASRM) rapportait que 65 % de ses membres, en 2007, étaient des obstétriciens et des gynécologues, tandis que les urologues et les andrologues représentaient moins de 10 % des effectifs. La plupart du temps, on contourne le traitement de l'infertilité masculine plutôt que de l'aborder directement : par exemple, on a recours au sperme d'un donneur avec insémination, ou on combine l'ICSI (injection intracytoplasmique de sperme) avec la FIV, processus exigeant seulement un spermatozoïde par ovule.

Les études psychologiques ont eu tendance elles aussi à ignorer les questions touchant les hommes et se sont penchées davantage sur les séquelles émotives des réactions des femmes à l'infertilité. Cette situation s'explique en partie du fait que l'on considère l'expérience des deuils (de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement) plus douloureuse pour les femmes que pour les hommes en cas d'infertilité. De plus, lors de traitements éprouvants comme la FIV, la plupart des interventions difficiles, tels le prélèvement des ovules et les injections d'hormones, sont pratiquées chez la femme. De surcroît, la théorie sociobiologique tient pour acquis que prendre soin d'un enfant fait davantage partie intégrante de l'identité et des besoins physiologiques chez la femme que chez l'homme. L'existence d'un instinct ou d'élans paternels demeure un sujet de controverse.

En général, les professionnels en santé mentale jugent que la réaction d'un homme à l'infertilité a des conséquences émotives moins sérieuses que chez sa partenaire. Sa réaction à sa propre infertilité est souvent dépendante de celle de sa partenaire : si elle s'en tire bien, il en ira de même pour lui. Cependant, si elle a de la difficulté, alors son équilibre émotif sera compromis. Souvent, l'homme est relégué essentiellement dans un rôle de consolateur, responsable de soutenir sa partenaire au cours de son processus de deuil. Il ne lui reste plus beaucoup de place pour gérer ses propres sentiments de perte et de tristesse. Ce modèle est conforme aux attentes de la société, où les hommes n'ont pas la permission d'exprimer de profonds sentiments de perte et sont encouragés, au contraire, à réprimer leur émotions. Ainsi, la société et le corps médical se sont alliés par inadvertance pour ignorer ou sous-estimer la responsabilité et le rôle de l'homme dans le processus de l'infertilité.

Bien que les études psychologiques portant sur l'infertilité masculine soient peu nombreuses, elles s'accordent pour conclure qu'une proportion significative d'hommes infertiles sont atteints d'une myriade de blessures psychologiques. Parmi celles-ci peuvent figurer la culpabilité, la honte, la colère et l'isolement, une impression d'échec personnel, une baisse de l'estime de soi, le sentiment de ne pas être à la hauteur, des changements dans la perception de soi sur les plans personnel ou sexuel ainsi qu'une perte de l'appétit sexuel. Lorsqu'ils sont infertiles, les hommes rapportent également des sentiments de perte spécifique, notamment la perte de la filiation génétique et de la transmission du nom de famille, la perte de l'identité sexuelle masculine, la perte de la capacité de contrôler leur existence et la perte de leur capacité à pourvoir aux besoins de leur partenaire. Et puis, naturellement, il y a l'anxiété de performance, présente la plupart du temps lorsque les hommes doivent fournir un échantillon de sperme aux fins d'analyse ou de traitement. Une étude montre que, sur 100 hommes infertiles, 80 rapportent des sentiments de culpabilité, autant quant à ce qu'ils perçoivent comme leur inaptitude à prouver leur masculinité qu'à celle de combler le désir d'enfant de leur partenaire (Schover et al., 1992). Par conséquent, les hommes infertiles peuvent connaître des épisodes de dépression, d'anxiété, de troubles du sommeil et de difficultés sexuelles. De plus, il est prouvé que leurs sentiments de ne pas être à la hauteur conduisent à un détachement vis-à-vis de leur épouse, marqué par des lacunes au niveau de la communication et de l'engagement. Des problèmes psychologiques secondaires comme la consommation de drogue ou d'alcool ou des dysfonctions sexuelles ne sont pas rares.

Les réactions de la femme à l'infertilité de son partenaire vont de la compassion à la honte et à une rancune profonde. Elle pourra éprouver le besoin de le protéger ou de le blâmer. Chez certaines femmes, l'intérêt sexuel décline puisqu'elles ne voient plus l'utilité de faire l'amour. Chez d'autres, l'appétit sexuel augmente, car elles ont besoin de rassurer leur époux sur son attrait sexuel. La responsabilité de la grossesse étant placée sur la femme dans notre société, nombre de femmes semblent plus à l'aise de s'attribuer publiquement la responsabilité de l'infertilité du couple devant la famille et les amis. Inversement, puisque l'homme trouve difficile de porter publiquement la responsabilité de l'infertilité du couple, on assiste à une opération de dissimulation, souvent sans que les partenaires consentent ouvertement à cette

stratégie. C'est habituellement à cette étape que le secret s'installe, ce qui peut influencer les décisions du couple dans le choix d'un traitement : par exemple, la décision de recourir au sperme d'un donneur sans aucune intention de révéler la vérité à la famille, aux amis ou aux enfants à naître.

Les recommandations médicales visant à résoudre l'infertilité masculine se divisent en trois catégories : traitement chirurgical ou médical, insémination avec donneur (ID) et technologies de procréation assistée (TPA). Les causes les plus fréquentes d'infertilité masculine sont, en ordre décroissant : la varicocèle (38 %), l'infertilité idiopathique (23 %) et l'obstruction (13 %) (Chan, 2007). Les études psychologiques ont porté surtout sur les conséquences du recours à l'ID et aux TPA, c'est pourquoi nous nous limiterons à ces traitements pour ce qui est de leur impact émotif.

Insémination avec donneur (ID)

L'ID a été documentée pour la première fois dans des revues médicales en 1884 aux États-Unis, et en 1793 en Grande-Bretagne. Le premier cas d'ID au Canada a été rapporté à Toronto, en 1950. On estime que le nombre de naissances attribuables à l'ID au Canada chaque année se situe entre 10 000 et 20 000, contre 100 000 aux États-Unis (Thorn, 2006). À noter que ce chiffre représente plus du double du taux annuel de naissances obtenues par FIV.

Bien que l'ID ait toujours été très efficace (avec un taux de réussite de 70 à 80 % sur une période de six mois), elle est traditionnellement mal acceptée par la société, stigmatisée et tenue secrète, d'où des données limitées sur les difficultés psychologiques pouvant être associées à cette manière de fonder une famille. Les rares études descriptives qui existent concluent, cependant, que les couples ID ont un taux de divorce inférieur à la moyenne nationale. Qui plus est, les études longitudinales n'ont pas observé de différences significatives quant aux paramètres d'ajustement entre les enfants conçus par ID et ceux conçus naturellement (Brewaeys, 1996).

Toutefois, l'expérience clinique nous apprend que pour assurer l'ajustement du couple à cette décision cruciale, les époux, le mari en particulier, doivent se donner le temps d'accepter leur infertilité avant de se tourner vers l'ID. Trop souvent, les médecins communiquent au couple la nouvelle de l'infertilité du conjoint en même temps qu'ils présentent l'ID comme la solution évidente à ce dilemme. L'implication sous-entendue est que le couple peut atteindre son objectif d'avoir un enfant sans que personne ne soit mis au courant de l'infertilité du conjoint. Souvent, ce dernier y consent trop rapidement parce qu'il se sent coupable de priver sa partenaire de l'expérience de la grossesse, de la filiation génétique, etc., ainsi que pour apaiser ses propres sentiments de honte et d'échec. Il est tenté de choisir une solution rapide pour échapper à la profondeur de son chagrin. Cela va à l'encontre de la règle psychologique de base voulant que l'on a besoin de faire l'expérience du deuil et de la perte pour en être délivrés. Ensevelir ces sentiments les fait revenir en force ultérieurement. De telles situations non résolues peuvent conduire à des conflits conjugaux ainsi qu'à des relations parent-enfant

distantes, puisque l'enfant conçu par ID rappelle constamment au père ce qu'il tente désespérément d'oublier.

Au vu de ces bombes à retardement, il est recommandé à tous les couples envisageant l'ID pour fonder une famille de recevoir un soutien psychologique axé sur les conséquences de leur choix. Il s'agit d'une forme de counseling psycho-éducatif dont le but est d'aider toutes les parties impliquées à étudier les ramifications à court et à long terme de l'ID pour elles-mêmes, leur famille et tout enfant à naître de cette intervention. En fait, la Loi sur la procréation assistée adoptée au Canada en 2004 stipule que tous les couples qui subissent des traitements liés aux TPA doivent recevoir du counseling spécialisé avant le début des traitements.

Est-il préférable que les parents d'un enfant conçu par ID révèlent les circonstances de la naissance de l'enfant, ou bien l'enfant issu du don devrait-il grandir avec la conviction que sa conception était naturelle ? C'est le sujet le plus vivement débattu dans la documentation psychologique sur l'ID. On le décrit dans les termes suivants : divulgation versus droit à la vie privée/maintien du secret. La question n'est pas encore tranchée, bien que le Comité d'éthique de l'American Society of Reproductive Medicine (ASRM) ait publié un mémoire où, sur la foi de données extrêmement convaincantes, il recommande de divulguer la vérité dans l'intérêt de l'enfant conçu par ID (ASRM, 2004). Aujourd'hui, toutes les banques de sperme importantes au Canada offrent l'option de divulgation d'identité, ce qui signifie que les parents potentiels peuvent choisir un donneur qui a accepté en principe de révéler son identité à l'enfant quand celui-ci aura atteint l'âge adulte, s'il réclame cette information. Des pays tels que la Suède, le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont adopté des politiques qui rendent illégal le recours au sperme d'un donneur anonyme. Toutefois, les partisans des deux côtés du débat divulgation/maintien du secret avancent des arguments convaincants.

Les études récentes montrent que la non-divulgation/maintien du secret est encore la norme, bien qu'une tendance se dessine clairement en faveur de la divulgation. Klock (1997) a trouvé que les taux de divulgation sont comparables d'un pays à l'autre, soit entre 12 et 30 %. Cependant, des travaux plus récents en Nouvelle-Zélande, en Suède, en Allemagne et en Grande-Bretagne indiquent que les taux ont grimpé et se situent entre 40 et 70% (Thorn, 2006). Les partisans du secret plaident que le père social est le parent véritable et qu'il n'y a pas de différence entre élever un enfant conçu par ID et élever son enfant biologique. Si le recours à l'ID est tenu secret, il n'y a pas de risque que l'enfant se doute de quoi que ce soit, à l'opposé de la situation en cas d'adoption où l'absence de grossesse visible rend la divulgation inévitable. De plus, les problèmes tels que la stigmatisation du père, les sentiments d'abandon chez l'enfant, la confusion identitaire, les réactions sociales négatives et le malaise touchant le moment et la manière de révéler la vérité à l'enfant sont entièrement évités. Les partisans de cette option soutiennent, de surcroît, que les soins prodigués exercent sur l'enfant une influence plus grande que la nature, donc que l'ADN de l'enfant importe peu.

À l'opposé, les tenants de la divulgation invoquent que connaître sa propre généalogie est un droit fondamental qui ne devrait être refusé sous aucun prétexte. Les partisans de ce point de vue tiennent pour acquis qu'à l'époque de la cartographie génétique, les enfants nés aujourd'hui apprendront tôt ou tard que leurs gènes sont différents de ceux de leurs parents et que, par conséquent, ils devraient apprendre la vérité de leurs parents, dans un climat ouvert et positif. Le divorce est fréquent de nos jours et génère des périodes tumultueuses où, mus par la colère, les parents dévoilent souvent les circonstances de la conception de l'enfant. En outre, on découvre des causes génétiques à un nombre croissant de problèmes médicaux et, compte tenu de ces facteurs, les risques que l'enfant découvre la vérité augmentent de manière exponentielle. Finalement, des recherches cliniques suggèrent que certaines périodes sont plus propices que d'autres à la divulgation de ses origines à un enfant né de l'ID (par exemple, apprendre la vérité pendant l'adolescence peut être nocif), et que la franchise permet plus de contrôle sur la manière et le moment de partager cette information.

Les partisans de la divulgation soutiennent également que les secrets dans une famille minent la confiance, et que, d'une façon ou d'une autre, la dissimulation nuit à l'équilibre familial. On croit que, dans un climat de secret, la relation du couple est modifiée de façon à donner plus de pouvoir à la femme, tandis que l'homme devient plus faible et plus passif, et que les enfants sentent les tensions sous-jacentes et interprètent mal le non-dit. Le problème avec un secret de cette nature est qu'une fois qu'il est établi, ses détenteurs sont obligés de l'emporter dans la tombe. Cela peut être lourd à porter, ou accroître les risques de révéler la vérité dans des conditions défavorables, avec les conséquences qu'on peut imaginer.

Comme psychologue qui soutiens les couples infertiles dans leur processus de réflexion, mon rôle est de m'assurer qu'ils soient informés de manière correcte et fiable sur le pour et le contre de la divulgation, à l'abri de la pression, du jugement ou de la contrainte. Élever une famille issue de l'ID est généralement une expérience positive et enrichissante, pourvu que les parents aient résolu leur deuil, aient accepté les particularités de leur situation familiale et aient fait l'effort de comprendre les sentiments de leur partenaire ainsi que les besoins spéciaux de leurs enfants.

Technologies de procréation assistée (TPA)

Les TPA nous permettent d'élargir notre notion de la famille sans altérer ses fondements. Le fait que plusieurs couples infertiles peuvent atteindre leur objectif de fonder une famille biologique, possibilité qui leur était autrefois refusée, renforce la cellule familiale. La fécondation in vitro (FIV) offre la chance de concevoir aux hommes atteints de sous-fertilité, c'est-à-dire dont les spermatozoïdes sont peu nombreux, peu mobiles ou morphologiquement déficients. Par exemple, en cas de conception naturelle, plus de 50 millions de spermatozoïdes sont nécessaires à la fécondation. Pour l'insémination artificielle ou intra-utérine (IUI), la fécondation en exige plus de 10 millions, tandis qu'il en faut environ un million pour la FIV (Chan, 2007).

Du point de vue émotionnel, une abondance de données montrent que les femmes ont des réactions plus intenses que les hommes à la FIV. Avant le traitement, les femmes rapportent plus de symptômes d'anxiété et de dépression et, après l'échec de la procédure, les signes de dépression sont moins fréquents chez les hommes. Chose plus étonnante, des travaux récents montrent que les hommes et les femmes réagissent de manière très semblable aux différentes étapes d'un cycle de FIV. Ainsi, autant le mari que la femme se sentent optimistes et près l'un de l'autre après le prélèvement des ovocytes et le transfert. Pour tous les deux, les deux semaines d'attente et le test de grossesse s'accompagnent d'une profonde détresse et d'une tendance à l'isolement, bien que ces sentiments soient exacerbés chez la femme.

La FIV combinée à l'injection de sperme intracytoplasmique (ICSI) est une technique qui offre de l'espoir aux hommes dont le sperme est de très mauvaise qualité. Il s'agit d'un processus consistant à injecter un spermatozoïde au centre de l'ovule pour provoquer la fécondation. Si l'éjaculat de l'homme ne contient aucun spermatozoïde, les médecins peuvent en extraire d'un testicule à l'aide d'une aiguille – sous anesthésie. Si cette intervention échoue, ils peuvent faire une biopsie du tissu testiculaire auquel des spermatozoïdes sont parfois attachés, procédure appelée extraction testiculaire de spermatozoïdes (ETS). Comme pour la FIV, on procède à la fécondation et les embryons sont transférés dans l'utérus de la femme au bout de trois jours. De nombreuses cliniques constatent que leurs taux de grossesses cliniques pour l'ICSI sont plus élevés que pour les méthodes de FIV conventionnelles.

De nombreux spécialistes de la fertilité avaient prédit que l'ICSI marquerait la fin du recours au don de sperme chez les couples hétérosexuels. Pour la plupart des hommes infertiles, c'est un véritable miracle. Toutefois, cette prédiction ne s'est pas avérée, surtout à cause du coût élevé de l'ICSI, qui varie de 2 000 \$ à 10 000 \$, en sus du coût de la FIV, plus entre 500 \$ et 1 000 \$ pour l'ID. L'ICSI ne signale pas davantage la fin des coûts psychologiques subséquents à un diagnostic d'infertilité masculine. Peut-être par excès de zèle dans leur désir de donner espoir à leurs patients masculins, les médecins présentent-ils l'ICSI comme une panacée. Cependant, cela peut être une erreur d'un point de vue psychologique. L'ICSI n'est pas un remède à l'infertilité, bien qu'elle puisse constituer un remède à l'absence d'enfant biologique.

Que le couple opte pour l'ICSI ou pour l'ID, la perception de soi chez l'homme infertile demeure inchangée. De son point de vue, il demeure incapable de produire une grossesse par lui-même et, par conséquent, il continue de se percevoir comme déficient. C'est pourquoi, même s'ils font appel à un traitement tel que l'ICSI, l'homme infertile et sa partenaire sont obligés de régler leur situation émotionnelle en tant que couple infertile.

En conclusion, il est clair que des choix plus nombreux qu'autrefois s'offrent aux couples affectés par l'infertilité masculine. Cependant, il n'y a pas de raccourci que l'on peut

emprunter pour contourner les sentiments liés au deuil et à sa résolution. Les individus concernés doivent faire face à ce périple émotif et le mettre en perspective afin de profiter et de bénéficier des nombreux traitements médicaux disponibles. Peu importe la manière que choisit un couple pour fonder sa famille, pourvu que les enfants viennent au monde dans la fierté et non pas dans la honte, après résolution des problèmes et non pas avec des plaies non guéries, la famille sera heureuse et prospère.

Je terminerai par une citation extraite de *Dans l'intérêt de l'enfant ? (Beyond the Best Interests of the Child)*, de J. Goldstein, A. Freud et A. J. Solnit :

Pour l'enfant, les réalités matérielles de sa conception et de sa naissance ne sont pas les causes directes de son attachement émotif. Cet attachement résulte de l'attention au jour le jour portée à ses besoins de soins personnels, de nourriture, de réconfort, d'affection et de stimulation.

Références :

American Society for Reproductive Medicine. Ethics Committee Report: Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertil Steril*, 2004; 81: 527-31.

Brewaeys, A. Review: Donor insemination, the impact on child and family development. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 1-17.

Chan, P. Methods of Improving Male Fertility, In *Men and ART: The missing voice*. Fortieth Annual Postgraduate Program, American Society for Reproductive Medicine, 2007.

Goldstein, J, A. Freud, & A. J. Soinit, *Beyond the Best Interests of the Child*. New York: Free Press, 1979.

Klock, S. To tell or not to tell. The issue of privacy and disclosure. In S. Leiblum, (ed.) *Infertility; Psychological issues and Counselling Strategies*. New York: Wiley and Sons, 1997; 167-88.

Schover, L. R., S. Richards & R. L. Collins. Psychological aspects of donor insemination: Evaluation and follow-up of recipient couples. *Fertil Steril*, 1992; 57: 583-90.

Thorn, P. Recipient counseling for donor insemination. In Covington, S & Hammer Burns, L, (eds.) *Infertility Counselling: A Comprehensive handbook for clinicians: 2nd Edition*. New York: Cambridge University Press, 2006; 305-18.

Dr. Janet Takefman est directrice des Services psychologiques au Centre de Reproduction McGill (MRC) et professeure adjointe de psychologie au Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université McGill. Elle est rattachée au MRC depuis sa création, mais elle a passé quatre ans en Colombie-Britannique, où elle a travaillé au Victoria Fertility Centre avant de revenir au MRC en septembre 2005. Elle possède une vaste expérience comme

psychologue, chercheure et enseignante dans le domaine de la santé de la reproduction. Dans sa pratique clinique, elle soutient les patients confrontés aux défis émotionnels difficiles posés par l'infertilité, et elle les aide à prendre des décisions saines et prudentes quant aux choix de traitements et de solutions alternatives pour fonder une famille. Elle a participé à la rédaction de plus de 40 monographies, chapitres d'ouvrages, manuscrits et mémoires de recherche, et elle a donné des conférences partout dans le monde. Titulaire d'un doctorat, Mme Takefman est actuellement membre des conseils d'administration de l'International Infertility Counseling Organization, du Mental Health Professional Group de l'American Society of Reproductive Medicine et de l'Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité. Janet Takefman est membre du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé, de l'Association of State & Provincial Psychology Boards ainsi que de l'Ordre des psychologues du Québec.

©<http://iaac.ca/fr/content/problèmes-psychologiques-liés-à-l'infertilité-masculine>