



HAL
open science

Le retentissement de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité des couples

Irène Bourrée

► **To cite this version:**

Irène Bourrée. Le retentissement de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité des couples. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01096591

HAL Id: dumas-01096591

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096591>

Submitted on 17 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux-Faculté de Médecine

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N° 3035

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 septembre 2014

Par BOURREE Irène

Née le 29 mai 1987 à Angers

**Le retentissement de l'infertilité et de l'assistance médicale
à la procréation sur la sexualité des couples**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Catherine VACHER-VITASSE

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Claude HOCKE.....Président

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY.....Juge

Madame le Professeur Claudine MATHIEU.....Juge

Madame le Docteur Stéphanie LEGRAND.....Juge

Madame le Docteur Catherine VACHER-VITASSE.....Juge

Rapporteur

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

REMERCIEMENTS

Merci à mon jury d'avoir accepté de soutenir mon travail, de l'avoir lu et critiqué.

Merci au Pr Claude Hocke, président de ma thèse, de m'avoir autorisée à effectuer ce travail et de l'avoir guidé sur plusieurs mois. Vous me faites l'honneur de présider ma thèse et j'en tire une grande fierté. Je tâcherai d'être digne de votre enseignement.

Merci au Dr Catherine Vacher-Vitasse, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour votre disponibilité, l'apport de vos connaissances dans ce travail, pour vos conseils.

Merci au Pr Claudine Mathieu d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour votre aide et vos conseils apportés tout au long de notre maquette d'interne en gynécologie médicale. Merci de soutenir la gynécologie médicale.

Merci au Pr Dominique Dallay d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de s'être intéressé à mon travail.

Merci au Dr Stéphanie Legrand pour ton implication et tes compétences en tant que chef de clinique de gynécologie médicale dans notre formation. Merci pour ta bonne humeur et ton accessibilité !

Un grand merci à toi Olivier! Merci pour ta grande implication dans ce travail ! Merci pour ton soutien moral durant ces années d'internat ! Merci pour l'amour que tu me portes ! Merci d'être là !

Merci à mes chers parents d'avoir été aussi disponibles, de m'avoir encouragée durant les grandes étapes de ma vie étudiante. Merci pour vos conseils qui valent

de l'or. Merci d'être aussi généreux avec moi ! Vous êtes des parents formidables ! Je vous aime.

Merci à toi Mamette de m'avoir apportée autant d'affection durant toutes ces années.

Merci à mes frères et soeurs, Jacques, Camille, Thomas et Anna, je suis fière de vos parcours. Merci de rendre si joyeux tous ces moments passés en famille !

Merci à ma filleule Adèle d'avoir illuminé la famille par ta venue !

Merci à mes amis d'externat : Camille, Anaïs, Willou, Clairon, Fab, Carlos, Steph, Sophie et tous les copains de promo. Merci pour ces soirées inoubliables ! Merci pour cette merveilleuse aventure du Vietnam ! Merci pour toutes ces années passées ensemble qui ont rendu l'externat extraordinaire !

Merci à mes amies de longue date : Anne-Laure et Maëlle !

Merci à mes amies de Bordeaux : Laure, Anne-Laure, Charlotte, Blandine... avec qui je passe toujours d'excellents moments !

Merci à l'ensemble des copines internes qui rendent la gynécologie médicale vivante à Bordeaux.

Merci à mon co-thésard Strasbourgeois Grégoire Chaney, pour ton travail et ton aide.

A papé, à parrain et à mamie que je n'oublie pas...

PLAN THESE

Serment d’Hippocrate.....	p3
Remerciements.....	p4
Index.....	p11
I-Introduction.....	p12
II-Sexualité.....	p14
1) Sexualité	p14
a)Définition.....	p14
b) La réaction sexuelle génitale.....	p15
c)Sexualité féminine.....	p16
i.L’excitation sexuelle.....	p16
ii.L’orgasme.....	p17
d) Sexualité masculine.....	p17
i.L’érection.....	p17
ii.L’éjaculation.....	p17
e)Sexualité homme/ femme.....	p18
i.Le désir sexuel.....	p18
ii.Différence homme/femme.....	p19
2) Sexualité pathologique.....	p20
a)Chez la femme.....	p20
b)Chez l’homme.....	p20
c)Dans les deux sexes.....	p20

III- LE DESIR D'ENFANT.....	p22
IV- L'AMP.....	p24
1) Définitions.....	p24
2) Bilan initial.....	p25
3) Les différentes techniques.....	p25
a)La stimulation ovarienne.....	p25
b)L'insémination intra-utérine.....	p25
c)La fécondation in-vitro.....	p26
V-Matériels et méthodes.....	p27
1) Elaboration de l'étude et du questionnaire.....	p27
2) Exploitation des résultats	p31
VI- Résultats	p32
1) Description de la population.....	p32
2) Selon le sexe.....	p32
a)Avant le diagnostic.....	p32
b)Depuis le diagnostic.....	p33
c)Depuis la prise en charge.....	p37
3) Selon l'âge.....	p38
a)Avant le diagnostic.....	p38
b)Depuis le diagnostic.....	p40
4) Selon le protocole intraconjugal ou avec donneur.....	p44
a)Avant le diagnostic.....	p44

b) Depuis le diagnostic.....	p45
c) Depuis la prise en charge.....	p48
5) Selon le nombre d'enfant par PN.....	p49
a) Avant le diagnostic.....	p49
b) Depuis le diagnostic.....	p50
c) Depuis la prise en charge.....	p52
6) Selon le nombre d'enfant par AMP.....	p54
a) Avant le diagnostic.....	p54
b) Depuis le diagnostic.....	p54
7) Selon le type d'infertilité.....	p56
a) Avant le diagnostic.....	p56
b) Depuis le diagnostic.....	p58
8) Selon la durée de la prise en charge en AMP.....	p61
a) Avant le diagnostic.....	p61
b) Depuis le diagnostic.....	p62
c) Depuis la prise en charge.....	p64
9) Evolution des comportements tout au long du parcours.....	p66
a) Evolution de la fréquence des rapports sexuels	p66

b) Evolution de la proportion « d'excuses » afin d'éviter un rapport sexuel...p68

VII-Discussion.....p70

1) Impact de l'annonce de l'infertilité.....	p71
a) Sur la femme.....	p71
b) Sur l'homme.....	p72
2) Répercussion de l'infertilité sur la sexualité.....	p73
a) Sexualité de la femme.....	p73
b) Sexualité de l'homme.....	p74
c) Sexualité du couple.....	p76
3) Répercussions des examens diagnostiques.....	p81
4) Répercussions du traitement de l'infertilité.....	p83
5) Troubles sexuels à l'origine de l'infertilité.....	p85
a) Causes conjugales.....	p85
b) Causes masculines.....	p86
c) Causes féminines.....	p86
6) Vécus psychologiques des démarches d'AMP.....	p86
a) Relation conjugale.....	p86
b) Retentissement moral (dépression, culpabilité...)	p90
c) Retentissement social.....	p92
7) Limites.....	p93
a) Biais.....	p93

b) Pistes mal explorées.....p94

8) Rôle de l'équipe soignante.....p95

VIII-Conclusion.....p98

IX-Bibliographie.....p100

RESUME

INDEX

AMH : Hormone Anti-Müllérienne

AMP : Assistance médicale à la procréation

CFA : Compte folliculaire antraux

FIV : Fécondation in vitro

FIV-D : FIV avec sperme de donneur

GPA : Gestation pour autrui

IAC : Insémination avec sperme de conjoint

IAD : Insémination avec sperme de donneur

ICSI : Injection intra-cytoplasmique de sperme

IMC : Indice de masse corporelle

IVG : Interruption volontaire de grossesse

NS : Non significatif

OATS : Oligo-asthéo-térato-spermie

RS : Rapport sexuel

I-INTRODUCTION :

On parle d'une sexualité satisfaisante quand celle-ci apporte un épanouissement moral et physique des deux partenaires et quand cette dernière permet une reproduction.

Il est important de dire qu'il n'y a pas de norme en sexualité. La sexualité est ce qui différencie l'homme de l'animal. C'est le langage et ses malentendus qui créent l'originalité de la sexualité humaine. Chez l'animal, on parle d'instinct sexuel. La sexualité est différente pour chaque personne. Les débats récents sur le mariage homosexuel et le droit à l'AMP pour les couples homosexuels montrent que la sexualité est individuelle. Freud expliquait que la sexualité infantile est la base de notre sexualité, elle n'est pas naturelle, elle se construit avec le temps.

La sexualité et la procréation sont intimement liées, mais si la reproduction est une fonction de la sexualité, le but de la sexualité n'est pas la procréation.

Il faut distinguer « sexualité plaisir » et « sexualité reproduction ».

Dès lors que des difficultés de fertilité apparaissent, quel est le poids du désir de procréation sur la sexualité du couple ? Peut-on dire qu'il s'agit d'un accomplissement, d'une fin en soi ? Les pressions sociales, culturelles, familiales n'influencent-elles pas les désordres psychiques et sexuels ?

Ce sont dans ces moments de difficultés que la vie sexuelle prend une place majeure dans la vie du couple.

La première étape, est de se rendre compte d'un problème de conception, puis de consulter et de commencer éventuellement les démarches d'assistance médicale à la procréation, ce qui sous-entend d'emblée une remise en question dans le couple.

L'impact de l'infertilité est multiple que ce soit sexuel, physique, psychologique, émotionnel voire financier.

L'infertilité peut-être le fruit ou la source de troubles sexuels majeurs, et dans ces deux situations, les couples ressentiront une souffrance difficile à exprimer durant les consultations qui le plus souvent n'explorent pas ce sujet.

La prise en charge en assistance médicale à la procréation est un parcours long et laborieux, nombre de couples qui n'auront pas l'énergie pour accepter ces déceptions, ces faux-espoirs, ces mois/années d'attente, sortiront de cette prise en charge ensemble ou séparément.

Ainsi, le but de notre étude est d'évaluer le retentissement de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité des couples.

II- LA SEXUALITE

1-La sexualité

a) Définition :

Le mot *sexualité* désigne les phénomènes suivants :

- L'existence biologique d'organismes sexués, qui ont un sexe mâle ou femelle, et qui ont chacun des caractéristiques spécialisées et complémentaires spécifiquement destinées à permettre la reproduction.
- Le comportement sexuel, qui est chez la plupart des animaux un comportement de reproduction (le but est la copulation), est chez les primates hominoïdes un comportement érotique (le but est la stimulation du corps et des organes génitaux).
- Tous les aspects affectifs et émotionnels (attachement, désirs et plaisirs érotiques, passions, excitation, etc.) en relation avec le comportement sexuel.
- Tous les aspects cognitifs et culturels (mœurs, représentations, croyances, valeurs symboles, amour, etc.) qui sont en relation avec les trois phénomènes précédents [1].

L'Homme est affecté par le langage, ce qui le caractérise et rend la sexualité non naturelle.

Le langage est un moyen de se représenter les choses, le petit humain devra se l'approprier pour faire correspondre au mieux le langage et son propre ressenti à lui. L'être humain ne colle pas spécifiquement à un comportement masculin ou féminin. La promotion actuelle des théories du genre en témoignent : la sexualité de chacun ne se déduit pas forcément de son sexe anatomique. La sexualité n'est donc pas innée, elle se construit.

Il faut distinguer si l'on parle de reproduction ou si l'on parle de plaisir : autant les comportements de reproduction sont figés par les caractéristiques de l'espèce, autant les comportements de plaisir sont libres dans une espèce où l'inventivité dans le jeu avec toutes les fonctions du corps a fini par devenir un des signes distinctifs les plus évidents d'avec les autres mammifères. D'autre part, si la sexualité humaine se définit bien par son but, le plaisir sexuel, elle ne peut l'être ni par son objet ni par ses moyens : en effet elle n'a pas d'objet

prescrit, dans une espèce libérée des contraintes des cycles de reproduction, et ses moyens sont infinis pour multiplier ses sensations dans tous les domaines [2].

b) La réaction sexuelle génitale

-Déroulement temporel : la chronologie de la réaction sexuelle est plus ou moins malléable en fonction du stade et en fonction du sexe.

- La phase d'excitation dure de deux à cinq minutes, habituellement plus longue chez la femme. ;
- La phase en plateau est très malléable chez l'homme entraîné, pouvant durer de deux minutes à une heure et plus ; le degré d'excitation est indiqué par la situation des cordons, relâchés lorsque l'homme « se retient », contractés lorsque le niveau des sensations subjectives remonte. La phase en plateau du clitoris n'est pas malléable, et l'excitation doit évoluer d'un seul tenant sous peine de désagréments, crispations, récriminations. La phase en plateau du vagin se situe à un très haut degré d'excitation, mais elle autorise après l'orgasme d'éventuelles remontées itératives.
- L'orgasme ne dure que quelques secondes ; chez l'homme la première des trois à cinq contractions est la plus vigoureuse, projetant le sperme à l'air libre jusqu'à 60cm, les suivantes sont de moins en moins fortes et de moins en moins productives. L'orgasme clitoridien entraîne aussi trois à cinq contractions, mais la deuxième ou la troisième peuvent être la plus intense ; de même les contractions de l'orgasme vaginal suivent habituellement une courbe sinusoïdale, la deuxième ou la troisième acmé étant la plus vigoureuse.
- La phase résolutive est d'autant plus longue que l'excitation aura été plus intense ; elle dure de trois à dix minutes, plus chez la femme que chez l'homme.

-Les phénomènes génitaux

Deux mécanismes sont mis en évidence principalement : les modifications vasculaires et l'hypertonie musculaire, lisse et striée. Ces deux mécanismes sont inaccessibles à la volonté.

Les phénomènes génitaux sont associés à des phénomènes généraux : la peau, les seins, le système cardiovasculaire, le système respiratoire, les muscles squelettiques, les muscles lisses. [3]

c) Sexualité féminine

i. L'excitation sexuelle

L'excitation centrale : l'excitation mentale peut être provoquée à travers différentes voies : biologiques par les androgènes, psychologiques par des forces motivationnelles comme les besoins d'intimité, qui recouvrent tous les besoins affectifs d'amour, tendresse, attention, fusion et engagement. Cette excitation dépend de la qualité de la stimulation érotique et des images mentales, certains chercheurs la considèrent plus importante que celle due aux taux élevés d'androgènes et d'œstrogènes. Cette excitation mentale peut activer ensemble les excitations périphérique et génitale qui elles-mêmes vont renforcer l'excitation mentale.

L'excitation périphérique : elle comprend des éléments comme l'érection des mamelons, la sécrétion salivaire, la vasodilatation cutanée, la transpiration et une sécrétion des glandes sébacées.

L'excitation génitale qui met en jeu les structures vasculaires (le clitoris, les bulbes vestibulaires, le gland spongieux) avec une congestion qui permet la lubrification. Le vagin va se lubrifier pour permettre une pénétration non douloureuse, et lors de la phase pré-orgasmique, il existe une diminution du diamètre vaginal avec augmentation de pression intra-

vaginale dans le 1/3 inférieur du vagin, et un allongement et dilatation des 2/3 supérieurs appelée ballonnisation.

ii. L'orgasme

Deux principales situations ont été décrites anatomiquement : orgasme clitoridien versus orgasme vaginal. La sensation voluptueuse de l'orgasme est constituée de contractions (trois à huit) du plancher pelvien suivies de deux à quatre secondes de contractions musculaires douces du vagin. L'orgasme féminin a deux particularités : il n'y a pas de phase de résolution et il peut se répéter donnant un statut orgasmique [4].

d) Sexualité masculine

i. L'érection

Lors de la stimulation sexuelle, l'afflux de sang artériel est augmenté, les corps caverneux se remplissent sans augmentation de pression du fait d'une augmentation simultanée du retour veineux. Pendant la phase de tumescence, la pression intra-caverneuse augmente par majoration de la circulation intra-sinusoïdale et le pénis augmente de volume et de longueur. Etant donné l'inextensibilité de l'albuginée, l'augmentation de volume s'arrête, les veines sous-albuginéales s'écrasent sur l'albuginée empêchant le retour veineux et la pression intra-caverneuse augmente favorisant la rigidité pénienne. La relaxation des fibres musculaires lisses intrapénienne déclenche la dilatation aréolaire et l'appel de sang artériel. A l'opposé, c'est la constriction des fibres musculaires lisses à l'état de repos qui favorise la diminution de volume intrapénien caractérisant l'état de flaccidité. C'est donc cette régulation du tonus musculaire lisse qui permet le contrôle de l'érection et de la détumescence. Celui-ci est sous la dépendance du système nerveux autonome –sympathique et parasympathique et de sécrétions d'origine endothéliale.

ii. L'éjaculation

L'éjaculation est définie par l'expulsion par le méat urétral sous pression et par saccades de 2 à 5 cc de sperme. L'éjaculation se fait en deux temps. Le premier est l'émission de sperme : elle est en rapport avec des contractions épидидymo-déférentielles, des vésicules

séminales, une fermeture du col vésical pour éviter l'éjaculation rétrograde, et l'accumulation de sperme dans l'urètre prostatique, sous pression. C'est à cette phase qu'est constitué le liquide spermatique qui est un mélange de spermatozoïdes, de sécrétions vésicales et prostatiques. La deuxième phase est celle de l'éjection ou de l'expulsion de sperme qui nécessite une contraction rythmique des muscles périnéaux, de la musculature urétrale, un relâchement rythmique du sphincter strié de l'urètre aboutissant à l'éjection clonique et saccadée du sperme. Cette éjaculation est suivie d'une phase de résolution avec une détumescence et d'une période réfractaire (brève chez l'adolescent et le jeune adulte). L'éjaculation est un phénomène réflexe [4]. L'éjaculation ne signifie pas orgasme masculin.

e) Sexualité homme /femme

i. Le désir sexuel : trois dimensions

Le désir biologique : le désir démarre dans le rhinencéphale et la zone limbique du cerveau, zones très hormonodépendantes. La dopamine est le neurotransmetteur principal du désir, les endorphines le modulant. Les stéroïdes sexuels jouent un rôle crucial de maintien de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de toutes les structures impliquées dans la fonction sexuelle. Chez la femme, les œstrogènes contribuent aux dimensions périphériques et centrales de l'intérêt sexuel. La substitution oestrogénique à la ménopause améliore la lubrification, la satisfaction sexuelle, l'humeur et le désir. Le taux de testostérone est corrélé avec la fréquence des fantasmes, de la masturbation et/ou des rapports.

Le désir motivationnel : les besoins émotionnels et affectifs vont moduler les aspects pulsionnels et biologiques. Les différents motifs de l'activité sexuelle au-delà de la reproduction et du plaisir peuvent intégrer l'aspect détente, le rôle anxiolytique de l'activité sexuelle ou être le moyen d'obtenir d'autres avantages.

Le désir cognitif : les souhaits et les risques en jeu dans le comportement sexuel modulent les deux dimensions précédentes.

Le désir relève de plusieurs composantes : émotionnelle, physique, intellectuelle ou encore motivationnelle pour aller vers l'objet du désir.

Le désir sexuel passe également par le fantasme, pensée par laquelle des perceptions sexuelles sont créées ou mises en valeur. L'ensemble de ces pensées sont source d'excitation et parfois d'orgasme.

On distingue parfois fantasme conscient et fantasme inconscient. Cependant Freud s'est attaché à montrer le caractère fondamentalement identique de toutes ces productions imaginaires qui organisent et ponctuent l'existence du sujet, en les rapportant, en dernière extrémité, à l'accomplissement de désirs inconscients. Il distingue des modes d'organisation fantasmatique typiques et constants chez tous les sujets : les fantasmes originaires (par exemple scène primitive, castration, séduction). Le fantasme met en scène, le plus souvent sous un aspect déformé par les élaborations secondaires, certains épisodes cruciaux de la vie infantile du sujet qui ont été refoulés.

ii. La différence homme/femme

Il existe une différence dans la nature des pulsions sexuelles : sur le plan biologique, l'homme et la femme ont des pulsions sexuelles mais le désir de la femme est beaucoup plus lié à ses émotions. Pour l'homme, le désir n'est pas ancré dans ses émotions mais plutôt dans ses pulsions biologiques.

Les hommes diffèrent des femmes dans la nature de ce qui les stimule : l'homme est très sensible à la vue, la femme au toucher et aux mots tendres qu'elle entend. Si le couple ne prend pas en compte cette différence, il aura de grandes difficultés à aboutir à une satisfaction mutuelle. Cela explique aussi pourquoi les hommes sont plus attirés par la pornographie et pourquoi les femmes sont susceptibles d'être attirées par des hommes qui se montrent affectueux envers elles.

Une autre différence entre hommes et femmes se manifeste dans le contexte de l'acte sexuel lui-même. L'homme le vit de manière rapide et explosive, la femme a plutôt une réaction lente et durable. L'homme a tendance à atteindre la jouissance rapidement alors que la femme va avoir besoin de temps pour monter progressivement vers le plaisir.

2-Sexualité pathologique

a) Chez la femme

Il peut s'agir de troubles de la conjonction sexuelle à type de vaginisme ou de dyspareunie.

Le vaginisme est dû à la contracture du releveur de l'anus et des adducteurs de cuisse rendant la pénétration impossible ou douloureuse. Le vaginisme peut être d'origine névrotique ou psychotique.

La dyspareunie est la douleur liée à l'exercice du coït ; cette douleur peut être très variable dans son siège, son intensité, sa durée, sa chronologie, sa constance et ses circonstances de survenue.

La frigidité est une dysfonction sexuelle caractérisée par un manque ou une absence de désir sexuel durant une certaine période. Considérée comme un trouble, elle peut être causée par une détresse, des difficultés interpersonnelles, un trouble mental, une substance...La frigidité est identifiée par le terme de « troubles sexuels et de « l'identité sexuelle » dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Elle peut être permanente ou occasionnelle.

D'autre part, il peut s'agir de troubles du réflexe orgasmique.

b) Chez l'homme

Il existe des troubles de l'érection : l'absence totale d'érection, l'érection insuffisante, l'érection instable, l'érection capricieuse, l'érection douloureuse, l'érection déviée ; et des troubles de l'éjaculation : l'éjaculation prématurée, l'éjaculation retardée, l'absence d'éjaculation, l'éjaculation sur verge molle, l'éjaculation rétrograde, l'éjaculation sans plaisir.

c) Dans les deux sexes

On décrit le plus souvent des troubles du désir sexuel, de l'excitation sexuelle, de l'appétit orgasmique qui peuvent être habituels et transitoires au cours des affections intercurrentes, ils

peuvent signifier une étiologie organique chronique (déficit endocrinien, métabolique, sénilité...), ils peuvent accompagner de nombreuses psychopathies, ils peuvent n'être que fonctionnels (lassitude, enlisement dans la routine sexuelle, conflit relationnel, péripéties perturbantes de l'existence...).

L'exacerbation du désir est beaucoup plus rare : consommation de drogues aphrodisiaques, accès de nymphomanie [3].

III- LE DESIR D'ENFANT

Désirer un enfant passait auparavant pour la traduction naturelle de l'impulsion sexuelle dans le but d'assurer la prolongation de la famille. Ce désir tend à devenir une démarche consciente, souvent programmée.

L'enfant n'a jamais eu une place aussi importante dans notre culture. Il est un enjeu social, politique et économique. Il présente une force qui maintient vivant le lien familial et représente à lui tout seul un message d'amour et d'espérance. Il est le produit d'un couple nouveau, porteur d'un désir assumé. Si l'idée du couple actuel ne s'accompagne plus des idéaux de fidélité et d'éternité, se renforce celle d'un couple de parents fidèles à leurs enfants. Ces nouvelles familles sont une invention de notre époque. L'enfant en est la cause. [5]

L'enfant n'a jamais été à la pointe d'autant d'espérances. Il incarne à lui tout seul une preuve de bonheur auquel tout le monde a droit. Il est souvent surinvesti et sommé de répondre à l'idéal qu'il vient symboliser. Quand il déçoit de cette place, il devient un *symptôme familial* (Lacan). [5]

L'enfant est éprouvé comme un choix, un désir singulier, une aventure qu'on décide de vivre, le plus souvent à deux. C'est à la fois ce qui vient fonder le couple et ce qui lui donne sa consistance.

Chaque femme porte son désir d'enfant selon sa propre enfance. En effet, une femme qui a été « mal-aimée », dépourvue d'amour durant son enfance, aura peut-être plus tendance à vouloir créer une famille plus rapidement afin de combler cet amour et cette affection manquants. Par ailleurs, nous pouvons nous intéresser à ces femmes qui refusent l'idée d'avoir un enfant et l'idée de la grossesse. Plusieurs profils peuvent s'expliquer concernant ces femmes. La femme qui ne ressent pas le besoin d'enfanter dont l'amour se projette sur un autre être (conjoint, animal, membre de la famille...) ou sur une passion dans la vie. On peut se poser la question alors pourquoi elles réagissent comme cela face à la maternité ? Est-ce un problème d'éducation, un échec de leurs propres parents, une souffrance durant l'enfance qu'elle ne souhaiterait pas infliger à ses propres enfants, la peur de ne pas assumer, la peur du divorce ?

La psychanalyse a notamment fait valoir que le lien mère-enfant n'était pas forcément immanent, qu'il pouvait tarder à se mettre en place, mais aussi être entravé par toutes sortes de peurs, d'angoisses et de souffrances liées à son histoire propre. [5]

L'enfant est donc au centre de bien des projets, de bien des attentes. Il apparaît même comme ce qui reste quand l'amour a échoué. C'est l'enfant comme sauvetage, comme réconfort, *l'enfant remède*. [5]

Dès l'adolescence, la femme connaît une longue période d'infertilité volontaire. Voulus clairement, les enfants sont devenus plus rares et plus précieux et la maternité est dorénavant un privilège parfois envié par les hommes. [6]

Envisager une maternité signifie aussi céder à la pression sociale et familiale qui espère naturellement d'un jeune couple, un jour ou l'autre, la naissance d'un enfant. [6]

L'enfant désiré est souvent idéalisé, supposé tout accomplir, tout combler. Il est l'objet d'un désir absolu.

Freud expliquait que l'enfant espéré serait le substitut d'un désir infantile de la fillette d'autrefois, celui d'obtenir l'organe masculin dont elle est dépourvue par nature, cette idée ramène à la théorie du complexe d'Oedipe.

Du côté de l'homme, l'attente de l'enfant avive aussi le conflit œdipien avec la génération précédente. Elle éloigne souvent le futur père de sa propre mère et exacerbe la rivalité avec son père. Désirer un enfant signifie désirer remplacer son propre père en sa place de père. [6]

IV- L'AMP

1) Définitions

En France, l'assistance médicale à la procréation est définie par l'article L. 2141-1 du Code de la Santé Publique comme « les pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ». La France est soumise aux « lois de bioéthiques » dont la dernière révision date du 06 août 2004.

L'infertilité, définie comme l'absence de grossesse au terme de 18 mois à 2 ans de relations sexuelles régulières sans contraception, concerne 15% des couples dont 3% seront pris en charge pour stérilité définitive. Plus d'un couple sur dix consulte au moins une fois dans sa vie pour un problème d'infertilité et cela dans un délai bref et dans le contexte de baisse de notre fécondité secondaire à des perturbations de l'environnement [7].

Ces demandes de prise en charge dès qu'apparaît un délai à la conception sont très supérieures à l'importance réelle des stérilités puisque seulement 4% des couples resteront sans enfant. Le désir de grossesse et d'enfant est de plus en plus programmé dans la vie sociale du couple et l'absence de démarrage de la grossesse désirée est rapidement source de frustration intense. Le droit à l'enfant devient une certitude pour tous. Le potentiel reproductif de l'espèce humaine est faible et fonction de la fréquence des rapports sexuels : l'indice utilisé est la fécondabilité qui est la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel. Elle varie autour de 25% par cycle et n'est bien sûr pas identique pour tous les couples.

La fécondité est un état, celui de pouvoir procréer. L'infécondité traduit l'absence d'enfant au sein d'un couple malgré son désir. La fertilité est l'aptitude à concevoir, c'est une potentialité ; l'infertilité est l'impossibilité de se reproduire. On peut donc être fertile et infécond (après des avortements par exemple). On parle d'infertilité lorsqu'un couple ne réussit pas à concevoir un enfant après deux ans de rapports sexuels réguliers et assez fréquents sans contraception. Ce délai pourra selon les circonstances diminuer : l'âge, les constatations cliniques initiales et les antécédents. Dans un certain nombre de situations, la fréquence des rapports sexuels des couples venant consulter est faible voire nulle.

Les techniques nouvelles d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), mises au point dans les dernières années, ont permis de passer de la stérilité à l'infécondité. Il s'agit de

l'ensemble des méthodes cliniques et biologiques destinées à pallier l'infertilité du couple et comportant une intervention médicale directe sur les ovules et/ou les spermatozoïdes provenant du couple ou de tiers donneurs.

2)Le bilan initial

Le bilan minimal du couple comprend des examens biologiques et d'imagerie : un bilan hormonal (en début de cycle pour la femme), un spermogramme complet nécessitant un geste de masturbation qui apparaît difficile pour certains patients compte-tenu du geste, du lieu et du contexte, un test de Hühner peut être demandé afin d'étudier la qualité de la glaire cervicale nécessitant la programmation d'un rapport sexuel avec des conditions précises (exigence du délai horaire, pas de toilette post-coïtale, aller au laboratoire le lendemain matin). D'autre part, il est demandé pour la patiente de réaliser une échographie pelvienne en première phase du cycle afin d'étudier le compte des follicules antraux (CFA) principalement, une hystérosalpingographie afin d'étudier la perméabilité des trompes et éventuellement une hystérocopie en première phase du cycle en dehors des périodes de règles afin d'examiner la qualité de la cavité utérine.

3)Les différentes techniques

a) La stimulation ovarienne

Elle s'adresse aux patientes présentant des troubles de l'ovulation ; elle est destinée à augmenter les chances de grossesse en augmentant le nombre de follicules. Elle nécessite un monitoring hormonal et échographique attentif. Elle nécessite la programmation des rapports sexuels au moment de l'ovulation.

b) L'insémination intra-utérine artificielle

Elle consiste à déposer des spermatozoïdes mobiles dans l'utérus au moment de l'ovulation afin de promouvoir la rencontre des gamètes femelles et mâles, en court-circuitant le passage de la glaire cervicale. Elle n'est possible que s'il existe au moins une trompe perméable. On utilise le sperme du conjoint (IAC) ou d'un donneur en cas de stérilité masculine (IAD).

c) La fécondation in vitro

Elle consiste à mettre en contact au laboratoire, dans un milieu de culture favorable à leur survie, ovocytes et spermatozoïdes afin d'obtenir une fécondation et le développement d'embryons en dehors de l'organisme (in vitro). La stimulation ovarienne plurifolliculaire permet l'obtention d'un grand nombre d'ovocytes matures après recueil par ponction transvaginale sous contrôle échographique sous anesthésie générale ou locale. Le jour de la ponction, le sperme est recueilli par masturbation et préparé avant d'être mis en contact avec les ovocytes. Les embryons obtenus sont ensuite transférés dans l'utérus au 2^e ou 3^e jour post-ponction. Pour les stérilités masculines majeures ou après échec de la FIV classique, l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde dans un ovocyte ou ICSI est proposée.

Plusieurs étapes de la FIV peuvent avoir un retentissement sur la vie intime du couple. En effet, le traitement hormonal à forte dose et ce pendant quelques semaines dont le but est le grossissement des follicules ovariens est responsable d'inconfort pelvien, de douleurs parfois de nausées et mettent les patientes dans un premier temps en état de « ménopause » avec les signes associés (sécheresse vaginale, baisse libido..). L'ensemble de ces symptômes peut modifier le comportement sexuel de la patiente.

D'autre part, les contrôles biologiques et échographiques à répétition sont parfois difficiles à gérer avec la vie professionnelle et sont source d'angoisse pour la patiente.

La ponction ovocytaire, qui est un geste chirurgical, n'est pas sans effet ; les complications de l'anesthésie, de l'acte chirurgical (saignement, infection, douleurs...) peuvent être mal vécues par certaines patientes dans la période post-opératoire.

De plus, le traitement par ovule de progestérone post-transfert n'est pas propice à poursuivre des rapports sexuels du fait des écoulements permanents pouvant gêner la patiente vis-à-vis de son conjoint.

Ainsi, l'AMP est constituée d'une multitude d'étapes toutes pouvant avoir une répercussion néfaste sur la vie de couple. Il est donc primordial d'en informer le couple et de le préparer à ces différentes difficultés potentielles.[2]

V-MATERIELS ET METHODES

1)Elaboration de l'étude et du questionnaire

Notre étude s'est déroulée suite à une première étude du CHU de Strasbourg menée par Dr Ohl en 2009 «Impact de l'infertilité et de la procréation médicalement assistée sur la sexualité ».

L'étude s'est déroulée dans deux Centres Hospitaliers Universitaires français : Bordeaux et Strasbourg sur une durée de 6 mois de février à juillet 2013. Le questionnaire utilisé a été repris de l'étude du Dr Ohl. Ce même questionnaire a été validé lors de réunions pluridisciplinaires des centres d'AMP.

Une note écrite était donnée avec l'ensemble du dossier d'AMP lors de la première consultation afin que chaque couple puisse se familiariser une première fois avec cette étude.

Les questionnaires ont été distribués de deux manières différentes :

-par courrier avec une explication écrite pour l'ensemble des couples pris en charge pour les inséminations intra-utérines.

-en main propre par l'équipe médicale (interne, sages-femmes) pour les patients bénéficiant de la fécondation in vitro. La distribution se faisait dans les services ambulatoires des deux maternités après la ponction ovocytaire. Chaque membre du couple a reçu un questionnaire ainsi qu'une information orale sur le contexte initial en exposant les problèmes rencontrés en pratique, sur le déroulement de l'étude, le but et l'intérêt de cette étude ainsi que sur les caractères gratuit, anonyme et volontaire. Ils ont reçu comme consigne de ramener le questionnaire deux jours plus tard lors du jour de transfert des embryons, des urnes étaient mises à disposition. A noter que nombre de patients ont accueilli cette étude avec enthousiasme et étaient satisfaits de pouvoir aborder le sujet. Certains ont d'emblée évoqué les problèmes du couple et/ ou l'importance d'en parler. Cette constatation était encourageante pour nos équipes.

L'ensemble des questionnaires était répertorié sur une feuille manuscrite afin d'évaluer le taux de réponse.

A noter que le questionnaire était divisé en trois parties bien distinctes : la vie sexuelle avant le diagnostic d'infertilité puis une deuxième partie sur l'après diagnostic d'infertilité

enfin une troisième partie sur la vie intime depuis la prise en charge en AMP. Plusieurs questions/thèmes se retrouvaient dans les trois parties afin de pouvoir suivre l'évolution des comportements tout au long du parcours. De plus, chaque questionnaire commençait par une série de questions indépendantes sur les caractéristiques de chaque patient : âge, sexe, type d'infertilité, nombre d'enfants par procréation naturelle ou AMP ou adoption, durée du parcours en AMP, type de protocole dans lequel le couple était inscrit. Le but de ces différentes parties était de pouvoir bien distinguer chronologiquement l'apparition ou l'existence préalable de problèmes sexuels au sein du couple.

L'ensemble de ces caractéristiques représente les différents paramètres d'analyse de notre étude et les différents groupes de population.

Afin que l'analyse statistique soit possible et pertinente, il a été nécessaire de faire des sous-groupes d'effectifs homogènes de telle sorte que la comparaison soit possible. Ainsi, nous avons divisé la population en trois groupes concernant l'âge : <30 ans, 31-35 ans, >36 ans et la durée de prise en charge : <1 an, 1-3 ans, >3 ans. D'autre part, il nous est paru plus judicieux pour le type de protocole de regrouper les effectifs en deux groupes : protocole homologue (IAC, FIV avec sperme du conjoint) et protocole hétérologue (IAD, FIV avec sperme de donneur).

QUESTIONNAIRE ANONYME SUR LA SEXUALITE DES COUPLES EN ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)

I- Informations générales

- 1) Sexe /Année de naissance :
- 2) Nombre d'enfant(s): (Par procréation naturelle / Par AMP / Après adoption)
- 3) Depuis quand suivez-vous des démarches d'AMP ? (année)
- 4) Dans quel protocole êtes-vous inscrits ? (Insémination intra-utérine en intraconjugal / Insémination intra-utérine avec sperme de donneur / Fécondation in vitro en intraconjugal / Fécondation in vitro avec sperme de donneur / Fécondation in vitro avec ICSI en intraconjugal / Fécondation in vitro avec ICSI avec sperme de donneur / Fécondation in vitro avec don d'ovocyte)
- 5) Quelle est l'origine de votre infertilité ? (Masculine / Féminine / Les deux / Inexpliquée)

II- Avant le diagnostic d'infertilité

- 6) J'avais envie d'aborder le thème de la sexualité avec un soignant (médecin, psychologue, sage-femme) : (Jamais / Parfois / Souvent / Toujours)
- 7) J'étais satisfait(e) de ma vie sexuelle avec mon(a) conjoint(e) : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 8) J'éprouvais du plaisir pendant les rapports sexuels : (Jamais / Parfois / Souvent / Toujours)
- 9) Mon (ma) conjoint(e) et moi-même parlions facilement, sans tabou, de tout ce qui est relatif aux relations sexuelles : (Jamais / Parfois / Souvent / Toujours)
- 10) En moyenne, j'avais des rapports sexuels : (Jamais / Moins de 1 par mois / 1 à 2 par mois / 1 par semaine / 2 à 3 par semaine / 4 à 6 par semaine / Tous les jours)
- 11) Je trouvais que mon(a) conjoint(e) ne s'investissait pas assez au cours des rapports sexuels : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 12) J'avais une demande plus forte de tendresse que de rapports sexuels: (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 13) Il m'arrivait de trouver des excuses pour éviter les rapports sexuels : (Jamais / Parfois / Souvent / Toujours)

III-Depuis le diagnostic d'infertilité

- 14) J'ai abordé en consultation le thème de la sexualité avec un soignant (médecin, psychologue, sage-femme...) lors des consultations d'infertilité : (Jamais / Parfois / Souvent / Toujours)
- 15) Avec quel soignant serais-je le plus à même de parler de ma sexualité ? (Médecin Généraliste/ Gynécologue / Psychologue / Sage-femme / Aucun / Autre)
- 16) Parlez-vous plus facilement d'infertilité avec : (Amis/Collègues de travail/ Famille/ Conjoint/ Personnel soignant/ Aucun/Autre)
- 17) En moyenne, depuis le diagnostic d'infertilité, j'avais des rapports sexuels : (Jamais/moins de 1 par mois/ 1 à 2 par mois/ 1 par semaine/ 2-3 par semaine/ 4-6 fois par semaine/ tous les jours)
- 18) Le rythme de mes rapports sexuels est déterminé par le calendrier (ex : fréquent autour de l'ovulation, plus rare en début et fin de cycle) : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 19) Je privilégie certaines positions sexuelles dans l'espoir d'obtenir une grossesse : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 20) Il m'arrive de calculer l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 21) J'ai des troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait que je sois « performant » (ex : période ovulatoire, don de sperme...) (si homme) : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 22) J'ai des troubles du désir sexuel lorsqu'il faudrait que je sois « performante » (ex : période ovulatoire, examens...) : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 23) J'aimerais avoir un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) avec un(e) autre partenaire que mon (ma) conjoint(e) : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 24) J'ai moins de plaisir pendant les rapports sexuels : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)

- 25) Je recherche moins le plaisir que la grossesse : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)
- 26) Il m'arrive de trouver des excuses pour éviter un rapport sexuel : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 27) Il m'arrive d'éviter les relations sexuelles en période ovulatoire pour me protéger de la déception, frustration ou colère qui accompagnent l'apparition des règles : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 28) A quoi attribueriez-vous plus aisément la cause d'éventuelles difficultés sexuelles depuis le diagnostic d'infertilité : (Diagnostic d'infertilité/ Au conjoint(e)/ A moi-même/ A la routine/ Au travail/ Aucune des réponses/ Autre)
- 29) Depuis le diagnostic d'infertilité, j'ai une demande plus forte de tendresse : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)
- 30) Je pense que nos rapports sexuels se sont détériorés depuis le diagnostic d'infertilité : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)
- 31) Je me fais des reproches ou je culpabilise lorsque je pense à notre infertilité : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 32) Je fais des reproches à mon (ma) conjoint(e) lorsque je parle de notre infertilité : (Jamais/ Parfois/ Souvent/ Toujours)
- 33) Nous avons plus souvent des conflits ou des désaccords conjugaux : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)
- 34) Le diagnostic d'infertilité nous a rapprochés : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)
- 35) Je trouve que notre couple souffre d'un manque de communication en particulier quant à notre infertilité : (Pas du tout d'accord/ Plutôt pas d'accord/ Plutôt d'accord/ Tout à fait d'accord)

IV-Depuis la prise en charge médicale de l'AMP

- 36) J'ai peur de ne pas être à la hauteur des attentes de l'équipe médicale: (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 37) Je parle plus facilement du suivi et des traitements d'AMP avec : (Amis / Collègue de travail / Famille / Conjoint / Personnel soignant / Aucun / Autre)
- 38) En moyenne, depuis mon inclusion en AMP, j'ai des rapports sexuels : (Jamais / Moins de 1 par mois / 1 à 2 par mois / 1 par semaine / 2 à 3 par semaine / 4 à 6 par semaine / Tous les jours)
- 39) Mon désir sexuel est plus important en dehors des périodes de traitement : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 40) J'ai plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 41) J'ai plus de rapports sexuels pendant les périodes de traitement : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 42) Je trouve des excuses pour éviter les rapports sexuels depuis mon inclusion en AMP : (Jamais / Parfois / Souvent / Toujours)
- 43) Depuis la prise en charge en AMP, j'attribue la cause d'éventuelles difficultés sexuelles à : (La peur de ne pas obtenir une grossesse / La planification des rapports / La répétition des examens / Aux traitements / Aucune des réponses / Autre)
- 44) Je trouve la prise en charge médicale (*traitements, examens...*) trop intrusive pour ma vie de couple : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 45) J'aurais souhaité bénéficier d'un soutien psychologique, notamment pour des difficultés d'ordre sexuel, au cours de ma prise en charge en AMP : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord)
- 46) Parler des difficultés sexuelles devrait être systématiquement proposé, au cours de la prise en charge en AMP : (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord) - Avez-vous des commentaires supplémentaires ? Si oui, lesquels ?

2)Exploitation des résultats

Ainsi, 913 questionnaires ont été distribués pour l'ensemble des deux centres (438 à Bordeaux et 475 à Strasbourg), 501 questionnaires ont été remis dans l'urne (270 à Bordeaux, 231 à Strasbourg), 485 ont pu être exploités (259 à Bordeaux, 226 à Strasbourg). De manière générale, les questionnaires non exploités étaient incomplets. Il n'y a eu aucun problème d'anonymat ou de refus de participer à l'étude.

Donc, le taux de réponse tout centre confondu est de 54,9% et le taux de questionnaire exploité est de 53,1%.

L'ensemble des données a été étudié selon six critères d'analyse : le sexe, l'âge, le type d'infertilité, l'origine de l'infertilité, le type d'AMP et la durée de parcours en AMP.

Les résultats ont été analysés par la méthode statistique du chi 2 et de Fisher selon une table de calcul. Le p statistique retenu est $p=0.05$. Il a été nécessaire de faire pour certaines réponses des regroupements d'effectifs quand ces derniers étaient trop faibles ou des regroupements de réponses. En effet, l'ensemble des réponses du questionnaire était constitué de deux schémas possibles : « jamais/parfois/souvent/toujours » ou « pas du tout d'accord/plutôt pas d'accord/plutôt d'accord/tout à fait d'accord ». Donc parfois, les réponses « jamais/parfois » ou « pas du tout d'accord/ plutôt pas d'accord » étaient comparées respectivement à « souvent/toujours » et « plutôt d'accord/tout à fait d'accord ».

Les résultats seront présentés par ordre chronologique du questionnaire en respectant les trois parties : avant le diagnostic d'infertilité, depuis le diagnostic d'infertilité et depuis la prise en charge en AMP.

VI-RESULTATS

1)Description de la population d'étude

Tableau 1 : Récapitulatif des effectifs

Variable	Modalité	Effectif	Proportion
Sexe	Homme	229	47,2%
	Femme	256	52,8%
Age	≤30 ans (groupe 1)	90	18,6%
	31-35 ans (groupe 2)	185	38,3%
	≥36 ans (groupe 3)	208	43,1%
Nombre d'enfants	Aucun	328	67,6%
	≥1 enfant par procréation naturelle	78	16,1%
	≥1 enfant issu d'AMP	77	15,9%
	≥1 enfant adopté	1	0,4%
Protocole en AMP	Insémination Intra Utérine Intraconjugale (I)	45	9,3%
	Insémination Intra Utérine avec Donneur (II)	5	1%
	Fécondation In Vitro Intraconjugale (I)	187	38,9%
	Fécondation In Vitro avec Donneur (II)	9	1,9%
	FIV ICSI intraconjugale (I)	227	47,1%
	FIV ICSI avec Donneur (II)	9	1,9%
Origine de l'infertilité	Origine Inexpliquée (OI)	148	30,7%
	Origine Masculine (OM)	158	32,8%
	Origine Masculine et Féminine (OMF)	75	15,6%
	Origine Féminine (OF)	101	20,9%
Durée de suivi en AMP	De 0 à 1 an inclus (Groupe A)	144	31,4%
	De 2 à 3 ans inclus (Groupe B)	156	34%
	>3 ans (Groupe C)	159	34,6%

2)Selon le sexe

a)Avant le diagnostic

Question 6 [*J'avais envie d'aborder le thème de la sexualité avec un soignant (médecin, psychologue, sage-femme)*]: 67,32% des femmes n'avaient jamais abordé le thème de la sexualité avec un soignant versus 82,59% des hommes. (p<0,001)

Question 8 [*J'éprouvais du plaisir pendant les rapports sexuels*]: 50% des femmes éprouvaient toujours du plaisir pendant les rapports sexuels versus 77,23% des hommes. (p<0,001)

Question 12 [*J'avais une demande plus forte de tendresse*]: 62,66% des hommes avaient un besoin plus fort de tendresse avant le diagnostic d'infertilité versus 72,76% des femmes. (p=0,03)

Question 13 [*Il m'arrivait de trouver des excuses pour éviter les rapports sexuels*]: 49,61% des femmes ne trouvaient jamais d'excuses pour éviter un rapport sexuel versus 77,68% des hommes. (p<0,001)

Tableau 2 : Effet du sexe sur la sexualité des couples avant le diagnostic d'infertilité

A: jamais/pas du tout d'accord, B : parfois/plutôt pas d'accord, C : souvent/plutôt d'accord, D : toujours/ tout à fait d'accord

Questions	Réponses	Homme (%)	Femme (%)	p
6	A	82,59	67,32	1,46.10 ⁻⁴
	B	13,84	26,07	
	C	1,34	5,45	
	D	2,23	1,17	
8	A	0	0,39	3,66.10 ⁻⁹
	B	2,68	6,98	
	C	20,09	42,64	
	D	77,23	50	
12	A	37,33	27,24	0,03363
	B	30,22	28,02	
	C	25,33	34,63	
	D	7,11	10,12	
13	A	77,68	49,61	3,782.10 ⁻¹⁰
	B	21,88	47,29	
	C	0,45	2,71	
	D	0	0,39	

b) Depuis le diagnostic

Question 18 [*Le rythme de mes rapports sexuels est déterminé par le calendrier (ex : fréquent autour de l'ovulation, plus rare en début et fin de cycle)*] : 34,24 % des femmes déclarent que leurs rapports sexuels ne sont jamais déterminés par le calendrier versus 45,91% des hommes. (p NS)

Question 19 [*Je privilégie certaines positions sexuelles dans l'espoir d'obtenir une grossesse*] : 2,34% des femmes privilégient toujours certaines positions sexuelles afin d'obtenir une grossesse versus 0,45% des hommes. (p NS)

Question 20 [*Il m'arrive de calculer l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme.*] : 2,34% des femmes calculent toujours l'espacement des rapports afin d'obtenir une meilleure qualité du sperme versus 1,79% et 11,33% des femmes le font souvent versus 5,38% des hommes. (p NS)

Question 21 [*J'ai des troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait que je sois « performant »*] : Depuis le diagnostic d'infertilité, 31,53% des hommes ont déjà eu des troubles de l'érection et/ ou éjaculation. (p <0,001)

Question 22 [*J'ai des troubles du désir sexuel lorsqu'il faudrait que je sois « performante » (ex : période ovulatoire, examens...)*] : 55,12% des femmes n'ont jamais de trouble du désir pendant les périodes ovulatoires versus 69,37% des hommes. (p<0,001)

Question 23 [*J'aimerais avoir un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) avec un(e) autre partenaire que mon (ma) conjoint(e)*] : 86,67% des femmes déclarent ne jamais avoir envie d'un ou plusieurs rapports avec un autre partenaire versus 82,88% des hommes. (p NS)

Question 24 [*J'ai moins de plaisir pendant les rapports sexuels*] : 14,4% des femmes expriment une diminution de désir pendant les rapports sexuels depuis le diagnostic d'infertilité versus 5,78% des hommes. (p<0,001)

Question 25 [*Je recherche moins le plaisir que la grossesse*] : 23,74% des femmes recherchent moins le plaisir que la grossesse versus 11,26% des hommes. (p<0,001)

Question 26 [*Il m'arrive de trouver des excuses pour éviter un rapport sexuel*] : 45,91% des femmes ne trouvent jamais d'excuses pour éviter un rapport sexuel depuis le diagnostic versus 77,58% des hommes. (p<0,001)

Question 29 [*Depuis le diagnostic d'infertilité, j'ai une demande plus forte de tendresse*] : 47,27% des femmes ont une demande plus forte de tendresse depuis le diagnostic d'infertilité contre 23,56% des hommes. (p<0,001)

Question 32 [*Je fais des reproches à mon (ma) conjoint(e) lorsque je parle de notre infertilité*] : 81,64% des femmes ne font jamais de reproches à leur conjoint versus 94,64% des hommes. (p<0,001)

Question 34 [*Le diagnostic d'infertilité nous a rapprochés*] : 61,33% des femmes pensent que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés versus 56,7% des hommes. (p NS)

Question 35 [*Je trouve que notre couple souffre d'un manque de communication en particulier quant à notre infertilité*] : 64,84% des femmes pensent que leur couple ne souffre pas d'un manque de communication versus 69,06% des hommes. (p NS)

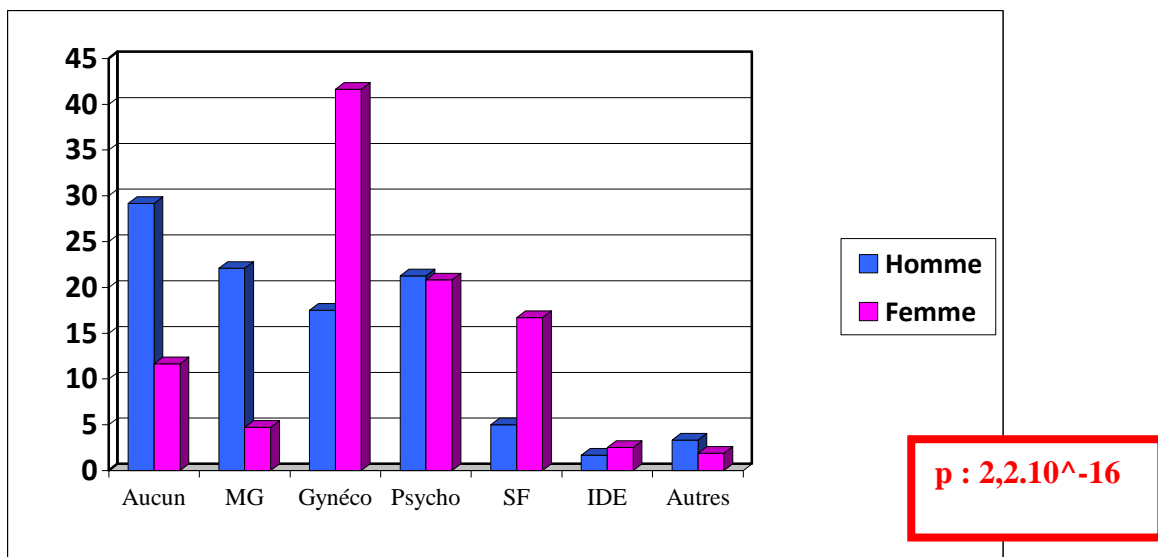
Tableau 3 : Effet du sexe sur la sexualité des couples depuis le diagnostic d'infertilité

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Questions	Réponses	Hommes (%)	Femmes (%)	p
18	A	45,91	34,24	2,061.10 ⁻² NS
	B	29,55	39,3	
	C	22,27	21,4	
	D	2,27	5,06	
19	A	67,42	60,16	0,1661 NS
	B	23,08	25,39	
	C	9,05	12,11	
	D	0,45	2,34	
20	A	69,51	62,50	0,1068 NS
	B	23,32	23,83	
	C	5,38	11,33	
	D	1,79	2,34	
21	A	68,47		2,2.10 ⁻¹⁶
	B	26,58		
	C	3,6		
	D	1,35		
22	A	69,37	55,12	1,116.10 ⁻³
	B	25,68	35,04	
	C	2,7	8,66	
	D	2,25	1,18	
23	A	82,88	86,67	0,72 NS
	B	14,86	11,76	
	C	1,8	1,18	
	D	0,45	0,39	
24	A	77,78	61,48	1,598.10 ⁻⁴
	B	16,44	24,12	
	C	4	12,84	
	D	1,78	1,56	
25	A	62,16	49,42	1,88.10 ⁻³
	B	26,58	26,85	
	C	9,91	18,68	
	D	1,35	5,06	
26	A	77,58	45,91	1,299.10 ⁻¹²
	B	21,97	49,03	
	C	0,45	4,67	
	D	0	0,39	
29	A	54,67	35,16	1,38.10 ⁻⁶
	B	21,78	17,58	
	C	18,67	37,89	
	D	4,89	9,38	
32	A	94,64	81,64	3,633.10 ⁻⁶
	B	3,57	16,8	
	C/D	1,79	1,56	
34	A	22,32	17,97	0,65 NS
	B	20,98	20,7	
	C	39,29	43,36	

	D	17,41	17,97	
35	A	69,06	64,84	0,1416 NS
	B	22,87	20,31	
	C	7,17	12,5	
	D	0,9	2,34	

Figure 1 : "Avec quel soignant seriez-vous le plus à même de parler de votre sexualité?" (Réponses en %)

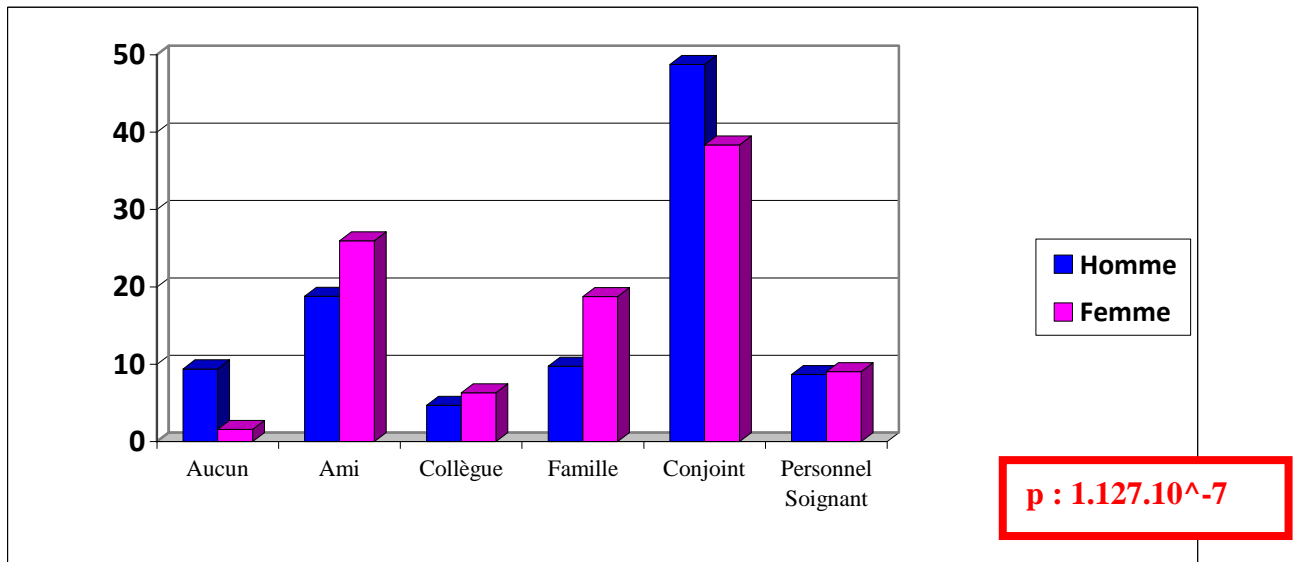


MG : médecin généraliste ; SF : sage femme ; IDE : infirmière diplômée d'état, Gynéco : Gynécologue, Psycho : Psychologue

Le gynécologue est l'interlocuteur préféré des femmes pour parler de sexualité. Les hommes sont près de 30% (29,17%) à ne pas aborder le sujet. Quand l'homme évoque le sujet, il le fait davantage à un médecin connu : le médecin traitant (22,08%) qui est plus souvent un homme que le reste des soignants. Les proportions des hommes et des femmes à en parler avec le psychologue sont similaires (respectivement à 20,82% et 21,25%).

Parmi les autres interlocuteurs, 1,58% des femmes s'adressent au sexologue pour évoquer ce sujet, 0,42% des hommes parlent avec l'urologue. 0,31% des femmes et 0,42% des hommes s'adressent à leur psychiatre.

Figure 2: « Parlez-vous plus facilement d'infertilité avec... » (Réponses en %)



Le conjoint est l'interlocuteur préférentiel pour parler d'infertilité et ce, pour les deux sexes (48,74% pour les hommes et 38,37% pour les femmes).

En deuxième intention, les membres du couple se dirigent vers les amis (pour 18,77% des hommes et 25,96% des femmes).

Peu de femmes ne parlent pas de leur infertilité (1,58% versus 9,39% des hommes).

c) Depuis la prise en charge en AMP

Question 39 [*Mon désir sexuel est plus important en dehors des périodes de traitement*] : 43,19% des femmes ont un désir sexuel plus important en dehors des périodes de traitement ($p < 0,001$).

Question 40 [*J'ai plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement*] : 46,3% des femmes ont plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement versus 34,98% des hommes ($p > 0,001$ mais $< 0,05$).

Question 42 [*trouve des excuses pour éviter les rapports sexuels depuis mon inclusion en AMP*] : 60,7% des femmes ne trouvent jamais d'excuses pour éviter un rapport sexuel depuis l'inclusion en AMP contre 85,2% des hommes ($p < 0,001$).

Question 46 [Parler des difficultés sexuelles devrait être systématiquement proposé, au cours de la prise en charge en AMP]: 24,61% des femmes pensent que parler des difficultés sexuelles au cours de leur prise en charge en AMP devrait être systématiquement proposé, versus 18,3% des hommes ($p > 0,001$ mais $p < 0,05$).

Tableau 4 : Effet du sexe sur la sexualité des couples depuis la prise en charge en AMP.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/ parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Questions	Réponses	Hommes (%)	Femmes (%)	p
39	A	50,67	34,24	2,109.10 ⁻⁴
	B	23,32	22,57	
	C	21,97	32,68	
	D	4,04	10,51	
40	A	43,95	31,91	1,804.10 ⁻² ($> 0,001$)
	B	21,08	21,79	
	C	28,7	34,24	
	D	6,28	12,06	
42	A	85,2	60,7	4,701.10 ⁻⁹
	B	13,45	35,8	
	C/D	1,35	3,5	
46	A	62,5	50	2,65.10 ⁻² ($> 0,001$)
	B	19,2	25,39	
	C	15,62	18,36	
	D	2,68	6,25	

Dans l'ensemble, la femme semble être davantage touchée par cette thématique qu'est l'infertilité que ce soit dans le domaine de son désir, son plaisir, la qualité de ses rapports sexuels par rapport aux hommes.

3) Selon l'âge

-Groupe 1 : âge ≤ 30 ans. Effectif : 90 patients

-Groupe 2 : âge compris entre 31 ans et 35 ans inclus. Effectif 185 patients

-Groupe 3 : âge ≥ 36 ans. Effectif 208 patients

a) Avant le diagnostic

Question 7 [J'étais satisfait(e) de ma vie sexuelle avec mon(a) conjoint(e)] : 73,33% des moins de 30 ans étaient tout à fait satisfaits de leur vie sexuelle avec leur conjoint avant le diagnostic d'infertilité versus 61,52% des 31-35ans et 58,25% des plus de 36 ans. ($p < 0,05$)

Question 8 [*J'éprouvais du plaisir pendant les rapports sexuels*] : 63,33% des patients de moins de 30 ans éprouvaient toujours du plaisir pendant les rapports sexuels versus 61,62% des patients de 31 à 35 ans versus 62,93% des patients de plus de 36 ans. (p=0,787)

Question 9 [*Mon (ma) conjoint(e) et moi-même parlions facilement, sans tabou, de tout ce qui est relatif aux relations sexuelles*]: 62,92% des moins de 30 ans parlaient toujours de tout ce qui est relatif aux relations sexuelles avec leur conjoint versus 46,45% des 31-35 ans et 43,35% des plus de 36 ans. (p<0,05)

Question 12 [*J'avais une demande plus forte de tendresse*] : 74,16% des patients de moins de 30 ans avaient une demande plus forte de tendresse avant le diagnostic d'infertilité versus 65,95% des patients entre 31 et 35 ans versus 67,48% des plus de 36 ans. (p= 0,2747)

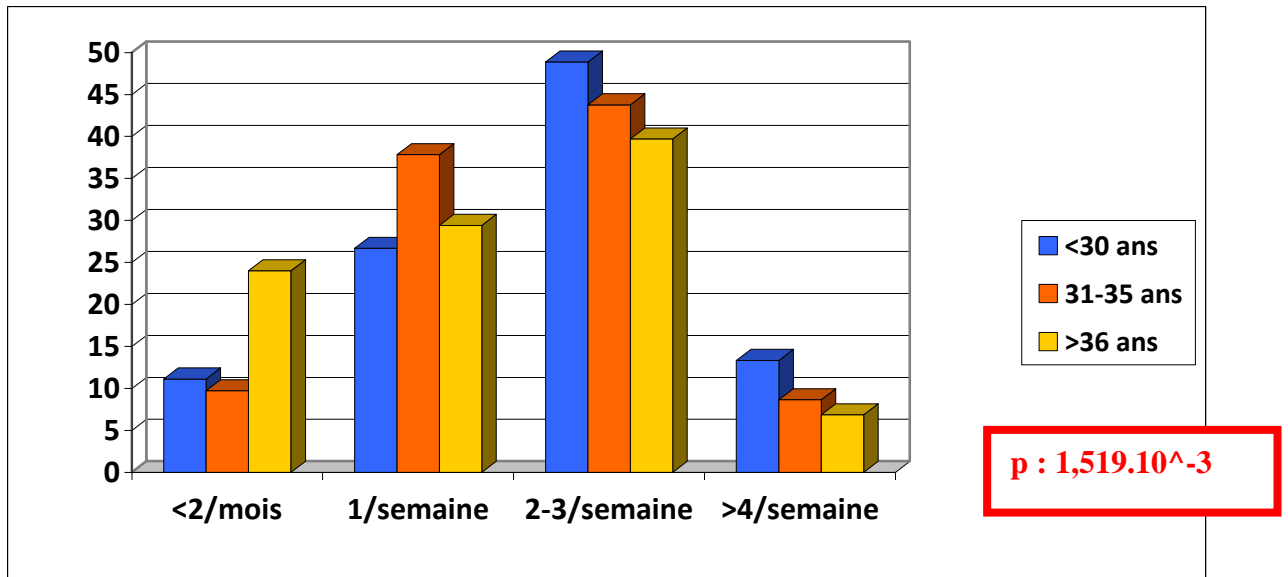
Question 13 [*Il m'arrivait de trouver des excuses pour éviter les rapports sexuels*]: 1,11% des moins de 30 ans trouvaient souvent ou toujours des excuses pour éviter les rapports sexuels versus 1,62% des 31-35 ans et 2,43% des plus de 36 ans. (p<0,05)

Tableau 5 : Effet de l'âge sur la sexualité des couples avant le diagnostic d'infertilité.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	<30 ans (%)	31-35 ans (%)	>36 ans (%)	p
7	A	1,11	0	0,97	4,064.10 ⁻²
	B	1,11	3,78	7,28	
	C	24,44	34,59	33,49	
	D	73,33	61,52	58,25	
8	A	0	0,54	0	0,787
	B	2,22	5,94	5,36	
	C	34,44	31,89	31,71	
	D	63,33	61,62	62,93	
9	A/B	16,85	21,31	27,09	2,298.10 ⁻²
	C	20,22	32,24	29,55	
	D	62,92	46,45	43,35	
12	A	25,84	34,05	32,52	0,2747
	B	31,46	26,49	30,1	
	C	28,09	30,81	31,07	
	D	14,61	8,65	6,31	
13	A	61,11	57,29	68,29	4,941.10 ⁻²
	B	37,77	41,08	29,26	
	C	0	1,62	2,43	
	D	1,11	0	0	

Figure 3 : Moyenne des rapports sexuels avant le diagnostic selon l'âge des patients (Résultats en %)



b) Depuis le diagnostic

46,67% des patients de moins de 30 ans ont 2-3 rapports par semaine versus 36,76% des 31-35 ans versus 27,94% des plus de 36 ans.

16,67% des moins de 30 ans ont moins de 2 rapports par mois versus 20% des 31-35 ans versus 31,37% des plus de 36 ans.

On constate que le diagnostic d'infertilité a un plus grand impact sur la fréquence des rapports sexuels chez les patients plus âgés.

Tableau 6 : Fréquence des rapports sexuels selon l'âge des patients depuis le diagnostic d'infertilité

A : RS <2/mois, B : RS : 1/semaine, Cc : RS : 2-3/semaine, D : RS >4/semaine

Question	Réponses	< 30 ans	31-35 ans	>36 ans	p
17	A	16,67	20	31,37	0,007005
	B	25,55	36,22	32,35	
	C	46,67	36,76	27,94	
	D	11,11	7,03	8,33	

Question 21 [J'ai des troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait que je sois performant] :

70% des hommes de moins de 30 ans versus 71,76% des hommes entre 31 et 35 ans versus 70,73% des hommes de plus de 36 ans n'ont jamais de troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait qu'ils soient performants (période ovulatoire, don de sperme...). (p NS)

Question 22 [*J'ai des troubles du désir sexuel lorsqu'il faudrait que je sois « performante»*]: 2,43% des plus de 36 ans présentent toujours des troubles du désir lorsqu'il faudrait qu'elles soient performantes (en période ovulatoire..) versus 1,63% des 31-35 ans et 0% des moins de 30 ans.

Question 23 [*J'aimerais avoir un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) avec un(e) autre partenaire que mon(ma) conjoint(e)*]: 10% des moins de 30 ans aimeraient avoir des rapports extra-conjugaux versus 11,6% des patients entre 31 et 35 ans versus 20,6% des plus de 36 ans. (p = 0,02)

Question 24 [*J'ai moins de plaisir pendant les rapports sexuels depuis le diagnostic d'infertilité.*]: 6,67% des patients de moins de 30 ans avaient moins de plaisir pendant les rapports versus 9,24% des patients entre 31 et 35 ans versus 12,62% des patients de plus de 36 ans. (p=0,44)

Question 29 [*Depuis le diagnostic d'infertilité, j'avais une demande plus forte en tendresse*]: 60% des moins de 30 ans avaient une demande plus forte en tendresse depuis le diagnostic d'infertilité versus 54,35% des patients entre 31 et 35 ans versus 54,63% des patients de plus de 36 ans. (p=0,86)

Tableau 7 : Effet de l'âge sur la sexualité des couples depuis le diagnostic d'infertilité.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponse	<30 ans	31-35 ans	>36 ans	p
21	A	70	71,76	70,73	0,9284
	B	27,5	24,7	23,58	
	C/D	2,5	3,53	5,69	
22	A	75,56	66,3	68,93	2,066.10 ⁻²
	B	17,78	24,46	18,45	
	C	6,67	7,61	10,19	
	D	0	1,63	2,43	
23	A	90	88,4	79,41	0,02066
	B	8,89	10,5	17,65	
	C	0	0,55	2,94	
	D	1,11	0,55	0	
24	A	75,56	66,3	68,93	0,4468
	B	17,78	24,46	18,45	
	C	6,67	7,61	10,19	
	D	0	1,63	2,43	
29	A	40	45,65	45,37	0,8607
	B	18,89	17,39	20,98	

	C	32,22	30,43	26,34
	D	8,89	6,52	7,32

Figure 6 : Fréquence des rapports sexuels depuis le diagnostic d'infertilité selon l'âge des patients (Résultats en %).

Les moins de 30 ans sont ceux qui ont le plus de rapports sexuels après le diagnostic d'infertilité. Tandis que les plus de 36 ans sont ceux qui ont le moins de rapports. (46,67% des moins de 30 ans ont deux à trois rapports par semaine versus 36,76% des 31-35 ans versus 27,94% des plus de 36 ans.)

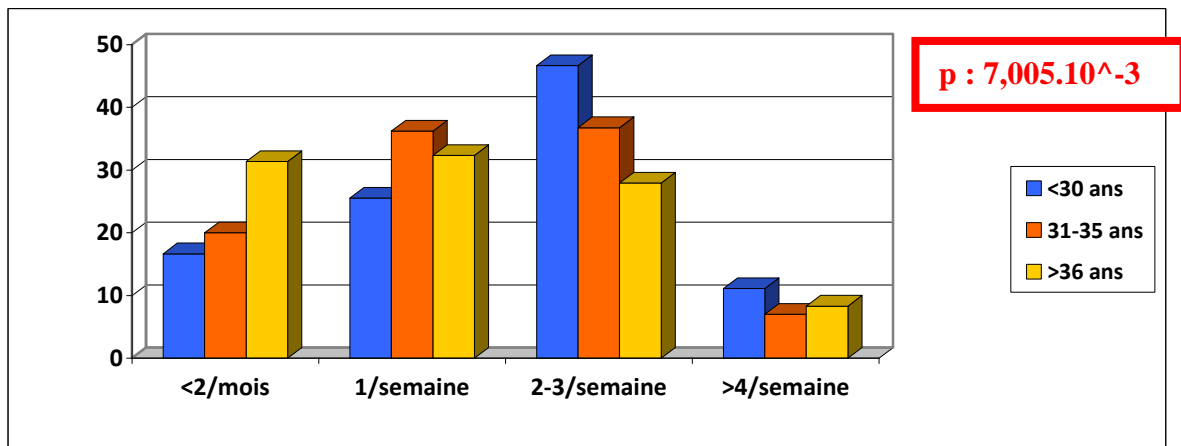
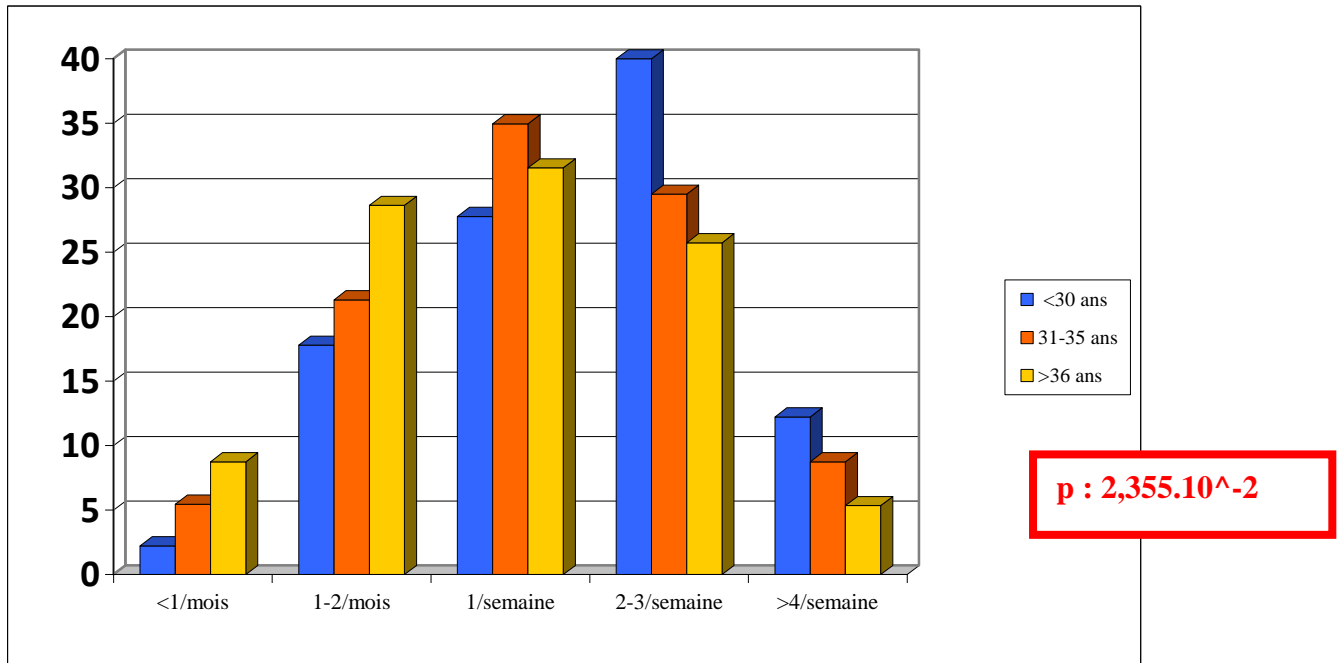


Figure 7 : Fréquence des rapports depuis la prise en charge en AMP selon l'âge des patients.



Les plus jeunes maintiennent une fréquence des rapports sexuels plus élevée (40% ont des rapports entre 2 et 3/semaine, 2,22% ont des rapports moins d'une fois par mois) malgré la prise en charge médicale par rapport à ceux de plus de 36 ans (25,73% entre 2 et 3/semaine, 8,74% des rapports moins d'une fois par mois).

Nous déduisons de ces réponses que les couples plus jeunes souffrent moins des effets de l'infertilité et de sa prise en charge. En effet, les couples plus âgés (36 ans et plus) présentent davantage de troubles du désir, du plaisir et de la satisfaction sexuelle globale avec plus d'évitement des rapports sexuels (davantage d'excuses) ainsi que des difficultés à communiquer par rapport aux couples de 30 ans et moins. Par ailleurs, ces plus jeunes couples sont, quant à eux, plus demandeurs de tendresse que leurs aînés.

4) Selon le protocole intraconjugal ou avec donneur

L'IAC, la FIV classique et l'ICSI avec sperme de conjoint sont regroupés sous le terme de protocole homologue tandis que l'IAD, la FIV classique et l'ICSI avec sperme de donneur sont regroupés sous le terme de protocole hétérologue.

a) Avant le diagnostic

Question 8 [*J'éprouvais du plaisir pendant les rapports sexuels*] : 62,28% des patients inscrits en protocole homologue éprouvaient toujours du plaisir pendant les rapports versus 65,22% des patients inscrits dans un protocole hétérologue. ($p=1$)

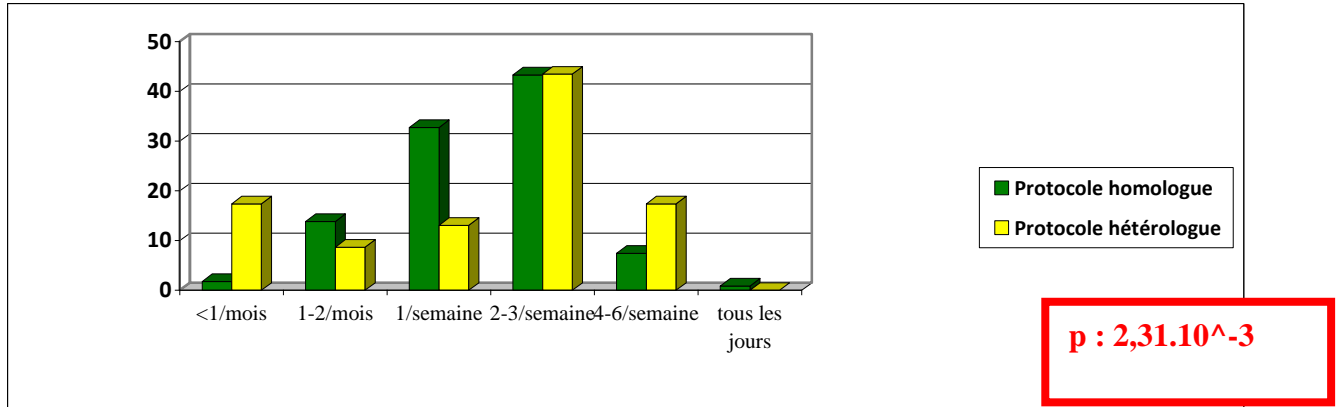
Question 12 [*J'avais une demande plus forte de tendresse que de rapports sexuels*] : 37,94% des patients inscrits dans un protocole homologue avaient une demande plus forte de tendresse versus 56,52% des protocoles hétérologues. ($p<0,05$)

Tableau 8 : Effet du type de protocole sur la sexualité des couples avant le diagnostic d'infertilité.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	Protocole homologue (%)	Protocole hétérologue (%)	<i>p</i>
8	A	0,22	0	1
	B	5,04	4,35	
	C	32,46	30,43	
	D	62,28	65,22	
12	A	32,89	17,39	3,634.10 ⁻²
	B	29,17	26,09	
	C	28,95	56,52	
	D	8,99	0	

Figure 8 : Fréquence des rapports avant le diagnostic d'infertilité selon le protocole d'AMP (Réponses en %).



Initialement la majorité des couples avait des rapports deux à trois fois par semaine (43,30% pour les protocoles homologues versus 43,48% des protocoles hétérologues).

b) Depuis le diagnostic

Les patients inscrits en protocole hétérologue ont moins de rapports sexuels que les patients inscrits en protocole homologue (respectivement 13,04% et 4,40%). (p=0,15)

Tableau 9 : Fréquence des RS après le diagnostic d'infertilité selon le type de protocole

A : <1/mois, B : 1-2/mois, C : 1/semaine, D : 2-3/semaine, E : 4-6/semaine, F : Tous les jours

Question	Réponses	Protocole homologue (%)	Protocole hétérologue (%)	p
17	A	4,40	13,04	0,1529
	B	20	8,7	
	C	33,19	21,74	
	D	34,29	43,48	
	E	7,47	13,04	
	F	0,66	0	

Question 25 [J'ai moins de plaisir pendant les rapports sexuels depuis le diagnostic] : 10,3% des patients inscrits dans un protocole homologue avaient moins de plaisir pendant les rapports depuis le diagnostic versus 13,04% des patients inscrits dans un protocole hétérologue. (p=0,64)

Question 20 [*Il m'arrive de calculer l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme*] : 64,9% des protocoles homologues ne calculaient jamais l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme versus 78,26% des protocoles hétérologues (p NS)

Question 21 [*J'ai des troubles de l'érection et/ ou éjaculation lorsqu'il faudrait que je sois performant*] : 32,5% des hommes inscrits dans un protocole homologue ont déjà eu des troubles de l'érection et/ou éjaculation versus 9,1% des hommes inscrits dans un protocole hétérologue. (p NS)

Question 22 [*J'ai des troubles du désir lorsqu'il faudrait que je sois performant*] : 39,11% des couples inscrits dans un protocole homologue versus 21,74% des couples inscrits dans un protocole hétérologue ont déjà eu des troubles du désir sexuel lorsqu'il fallait qu'ils soient performants. (p NS)

Question 23 [*J'aimerais avoir un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) avec un(e) autre partenaire que mon(ma) conjoint(e)*] : 14,41% des protocoles homologues ont eu l'envie d'avoir un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s) avec un autre partenaire versus 30,43% des protocoles hétérologues. (p NS)

Question 25 [*Je recherche moins le plaisir que la grossesse*] : 53,86% des protocoles homologues étaient en désaccord sur l'idée de rechercher moins le plaisir sexuel que la grossesse versus 82,61% des protocoles hétérologues. (p<0,05)

Question 29 [*Depuis le diagnostic d'infertilité j'avais une demande plus forte en tendresse*] : 55,38% des patients inscrits dans un protocole homologue avaient une demande plus forte en tendresse depuis le diagnostic d'infertilité versus 60,87% des patients inscrits dans un protocole hétérologue. (p=0,78)

Question 30 [*Je pense que nos rapports sexuels se sont détériorés depuis le diagnostic d'infertilité*] : 60,96% des protocoles homologues ne pensent pas que leurs rapports sexuels se sont détériorés depuis le diagnostic versus 43,48% des protocoles hétérologues (p NS).

Tableau 10 : Effet du type de protocole sur la sexualité des couples depuis le diagnostic d'infertilité.

A : pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Questions	Réponses	Protocole homologue (%)	Protocole hétérologue (%)	<i>p</i>
20	A	64,9	78,26	0,6153 NS
	B	24,28	13,04	
	C	8,61	8,7	
	D	2,21	0	
21	A	67,5	90,9	0,061 NS
	B	27,3	9,1	
	C	3,8	0	
	D	1,4	0	
22	A	60,89	78,26	0,4867 NS
	B	31,33	17,39	
	C	6	4,35	
	D	1,78	0	
23	A	85,59	69,57	0,1273 NS
	B	12,42	30,43	
	C	1,55	0	
	D	0,44	0	
24	A	69,3	60,87	0,6412
	B	20,39	26,09	
	C	8,55	13,04	
	D	1,75	0	
25	A	53,86	82,61	3,289.10 ⁻²
	B	27,59	8,7	
	C	15,23	4,35	
	D	3,31	4,35	
29	A	44,62	39,13	0,78
	B	19,56	17,39	
	C	28,57	39,13	
	D	7,25	4,35	
30	A	60,96	43,48	0,1298 NS
	B	16,45	21,74	
	C	17,76	34,78	
	D	4,82	0	

c) Depuis la prise en charge en AMP

Tableau 11 : Fréquence des RS depuis la prise en charge en AMP selon le type de protocole

Question	Réponses	Protocole homologue (%)	Protocole hétérologue (%)	p
38	A	0,88	0	0,665
	B	5,05	13,04	
	C	23,96	21,74	
	D	32,31	30,43	
	E	29,89	26,09	
	F	7,47	8,7	
	G	0,44	0	

A : Jamais, B : <1/mois, C : 1-2/mois, D : 1/semaine, E : 2-3/semaine, F : 4-6/semaine, G : tous les jours

Question 36 [*J'ai peur de ne pas être à la hauteur des attentes de l'équipe médicale*] : 17,34% des protocoles homologues versus 8,7% des protocoles hétérologues ont peur de ne pas être à la hauteur des attentes de l'équipe médicale. (p<0,05)

Question 39 [*Mon désir sexuel est plus important en dehors des périodes de traitement*] : 34,58% des protocoles homologues ont un désir sexuel plus important en dehors des périodes de traitement versus 52,17% des protocoles hétérologues. (p<0,05)

Question 40 [*J'ai plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement*] : 40,31% des protocoles homologues ont plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement versus 56,52% des protocoles hétérologues. (p<0,05)

Question 44 [*Je trouve la prise en charge médicale (traitements, examens...) trop intrusive pour ma vie de couple*] : 15,64% des protocoles homologues trouvent la prise en charge médicale trop intrusive pour leur vie de couple versus 17,39%. (p<0,05)

Tableau 12 : Effet du type de protocole sur la sexualité des couples depuis la prise en charge en AMP.

A : pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	Protocole homologue (%)	Protocole hétérologue (%)	<i>p</i>
36	A	61,78	82,61	1,742.10 ⁻²
	B	20,89	8,7	
	C	14,67	0	
	D	2,67	8,7	
39	A	41,85	34,78	7,512.10 ⁻²
	B	23,57	13,04	
	C	27,75	30,43	
	D	6,83	21,74	
40	A	37,89	26,09	7,429.10 ⁻²
	B	21,81	17,39	
	C	31,72	30,43	
	D	8,59	26,09	
44	A	51,54	69,57	6,832.10 ⁻²
	B	32,82	13,04	
	C	14,76	13,04	
	D	0,88	4,35	

En conclusion de cette rubrique, nous pouvons dire que les comportements des couples inscrits dans un protocole homologue et des couples inscrits dans un protocole hétérologue sont différents. En effet, chez les couples inscrits dans un protocole avec donneur de sperme, il existe davantage de troubles sexuels : diminution du désir sexuel, augmentation des adultères, détérioration des rapports sexuels. Cependant, ces derniers sont plus demandeurs de tendresse au sein de leur couple que les couples inscrits en protocole avec sperme de conjoint.

5) Selon le nombre d'enfants par procréation naturelle

a) Avant le diagnostic

Question 7 [*J'étais satisfait(e) de ma vie sexuelle avec mon(a) conjoint(e)*] : 91,78% des couples qui ont zéro enfant étaient satisfaits de leur vie sexuelle avec leur conjoint versus 96,49% des couples qui ont un enfant versus 100% des couples qui ont 2 enfants ou plus. ($p < 0,001$).

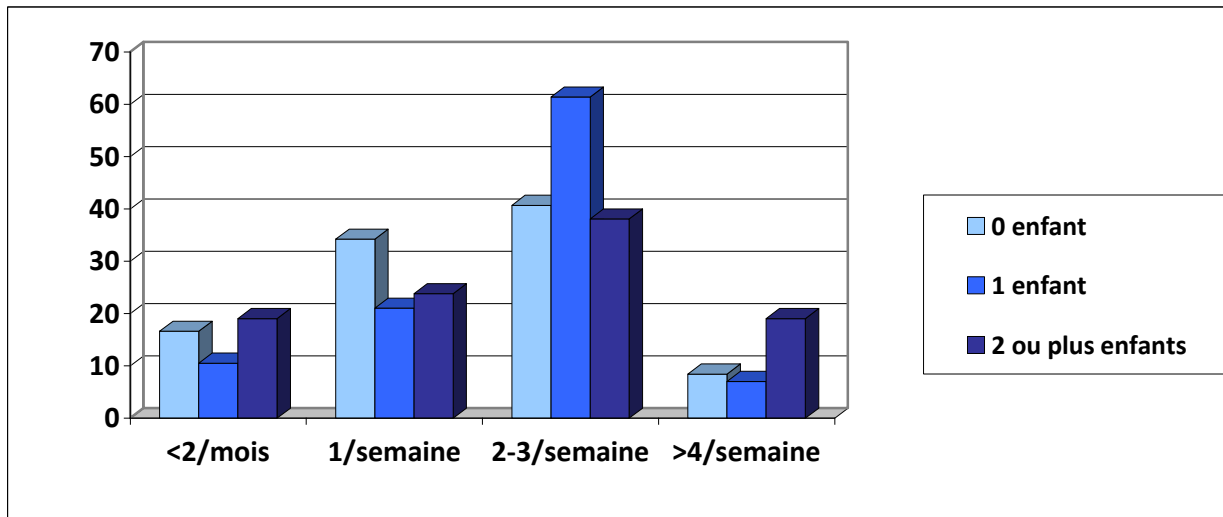
Tableau 13 : Effet du nombre d'enfants obtenu par procréation naturelle sur la sexualité des couples avant le diagnostic d'infertilité.

0: pas d'enfant, 1 : un enfant, ≥ 2 : deux enfants ou plus.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponse	0 (%)	1 (%)	≥ 2 (%)	p
7	A	0,34	3,51	0	1,094.10 ⁻⁴
	B	7,88	0	0	
	C	7,88	22,81	28,57	
	D	83,9	73,68	71,43	

Figure 9 : Fréquence des rapports sexuels avant le diagnostic d'infertilité selon le nombre d'enfants obtenu par procréation naturelle (Réponses en %).



Les couples avec un enfant obtenu par procréation naturelle ont plus de rapports sexuels que ceux ayant deux enfants ou zéro enfant : respectivement 68,42% versus 57,4% versus 49,13% ont des rapports plus de 2/semaine. (Catégorie 2-3/semaine ajoutée à la catégorie <4/ semaine).

b) Depuis le diagnostic

Question 19 [Je privilégie certaines positions sexuelles dans l'espoir d'obtenir une grossesse]: 11,47% des couples n'ayant pas d'enfant privilégient certaines positions sexuelles dans l'espoir d'avoir une grossesse versus 18,18% des couples ayant un enfant versus 9,52% des couples ayant deux enfants ou plus. ($p < 0,05$)

Question 20 [Il m'arrive de calculer l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme]: 9,72% des couples n'ayant pas d'enfant calculent l'espacement des rapports sexuels dans le but d'enrichir la qualité du sperme versus 17,54% des couples ayant un enfant versus 9,52% des couples ayant deux enfants ou plus. ($p < 0,05$)

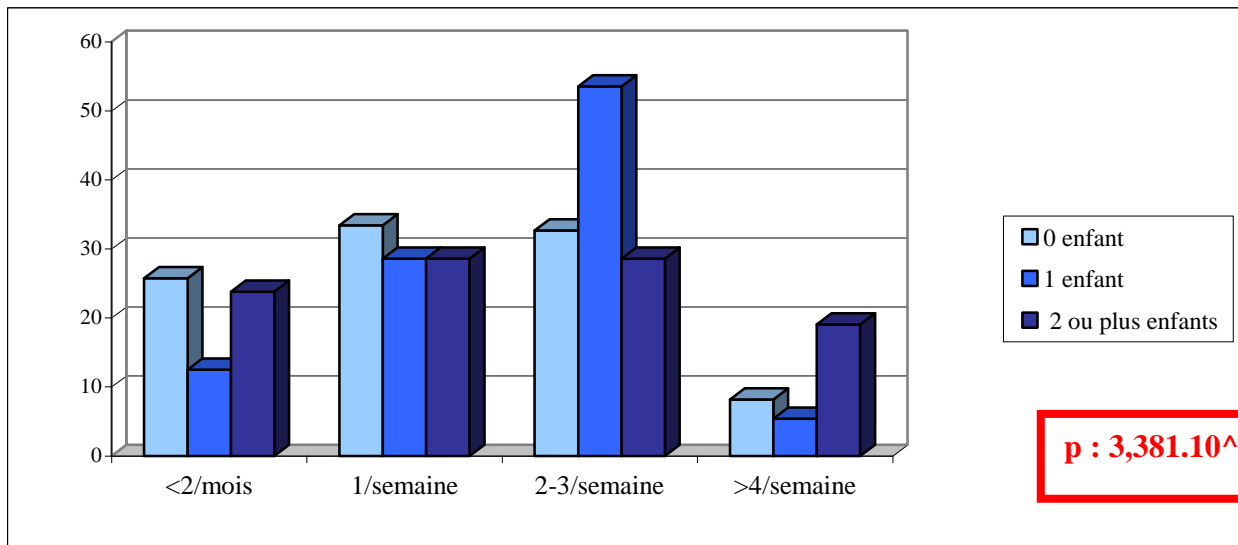
Question 34 [Le diagnostic d'infertilité nous a rapprochés]: 61,94% des couples n'ayant pas d'enfant pensent que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés versus 40,35% des couples ayant un enfant versus 54,14% des couples ayant deux enfants ou plus. ($p < 0,05$).

Tableau 14 : Effet du nombre d'enfant obtenu par procréation naturelle sur la sexualité des couples depuis le diagnostic.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	0 enfant (%)	1 enfant (%)	≥2 enfants (%)	<i>p</i>
19	A	65,59	45,45	71,43	3,518.10 ⁻²
	B	22,94	36,36	19,05	
	C	9,97	18,18	4,76	
	D	1,5	0	4,76	
20	A	65,34	59,65	90,48	3,3306.10 ⁻²
	B	24,94	22,81	0	
	C	7,73	14,03	9,52	
	D	1,99	3,51	0	
34	A	18,16	28,82	28,57	4,378.10 ⁻²
	B	19,9	28,82	14,28	
	C	43,53	24,56	47,62	
	D	18,41	15,79	9,52	

Figure 10 : Fréquence des rapports sexuels depuis le diagnostic d'infertilité selon le nombre d'enfants obtenu par procréation naturelle.



53,57% des couples ayant un enfant par procréation naturelle ont des rapports 2 à 3/semaine versus 32,67% des couples n'ayant pas d'enfant versus 28,57% des couples ayant deux enfants ou plus une fois le diagnostic d'infertilité posé.

L'ensemble des couples a une nette diminution de la fréquence de leurs rapports sexuels depuis le diagnostic d'infertilité.

c) Depuis la prise en charge en AMP

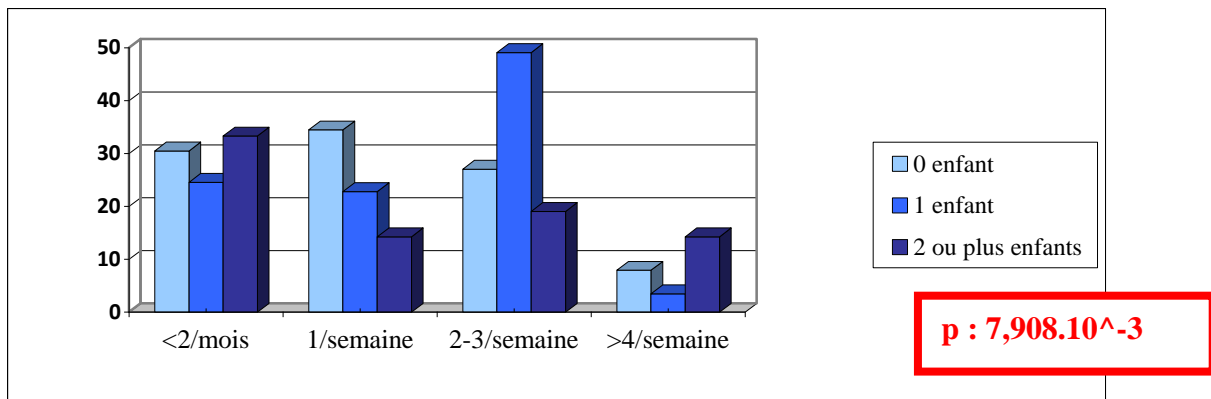
Question 42 [*Je trouve des excuses pour éviter les rapports sexuels depuis mon inclusion en AMP*] : 1,99% des couples n'ayant pas d'enfant trouvent des excuses pour éviter les rapports sexuels depuis leur inclusion en AMP versus 3,51% des couples ayant un enfant versus 0% des couples ayant 2 enfants versus 20% des couples ayant 3 enfants ou plus. (p<0,05)

Tableau 15 : Effet du nombre d'enfants obtenu par procréation naturelle depuis la prise en charge en AMP sur la sexualité des couples.

A : pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponse	0 enfant (%)	1 enfant (%)	2 enfants (%)	≥3 enfants (%)	p
42	A	70,4	85,96	63,64	70	5,031.10 ⁻³
	B	27,61	10,53	36,36	10	
	C/D	1,99	3,51	0	20	

Figure 11 : Fréquence des rapports sexuels depuis la prise en charge en AMP selon le nombre d'enfants obtenu par procréation naturelle (Résultats en %).



52,38% des couples ayant deux enfants ou plus ont plus de 2 rapports/semaine versus 52,63% des couples ayant un enfant par procréation naturelle versus 34,99% des couples n'ayant pas d'enfant. Les couples ayant moins d'enfant sont plus inhibés dans leur sexualité par la prise en charge en AMP que les couples ayant eu déjà un enfant par procréation naturelle pour qui la pression est sans doute moindre.

Dans l'ensemble, les modifications comportementales ne sont pas proportionnelles au nombre d'enfants dans le couple. En effet, les résultats montrent souvent une différence plus importante entre les couples ayant eu un enfant et ceux ayant eu deux enfants ou plus que par rapport aux couples n'ayant pas d'enfant du tout.

6) Selon le nombre d'enfants par AMP

a) Avant le diagnostic

Question 7 [*J'étais satisfait(e) de ma vie sexuelle avec mon(a) conjoint(e)*] : 93,6% des couples n'ayant pas d'enfant par AMP étaient satisfaits de leur vie sexuelle avec leur conjoint versus 100% pour les couples ayant 1, 2 ou plus d'enfants. ($p < 0,05$)

Tableau 16 : Effet du nombre d'enfants obtenu par AMP sur la sexualité des couples avant le diagnostic d'infertilité.

A : pas du tout d'accord, B : plutôt pas d'accord, C : plutôt d'accord, D : tout à fait d'accord

Question	Réponses	0 enfant (%)	1 enfant (%)	≥ 2 enfants (%)	p
7	A	0,74	0,74	0	2,962.10 ⁻²
	B	5,67	5,67	0	
	C	30,3	30,3	0	
	D	63,3	63,3	100	

b) Depuis le diagnostic

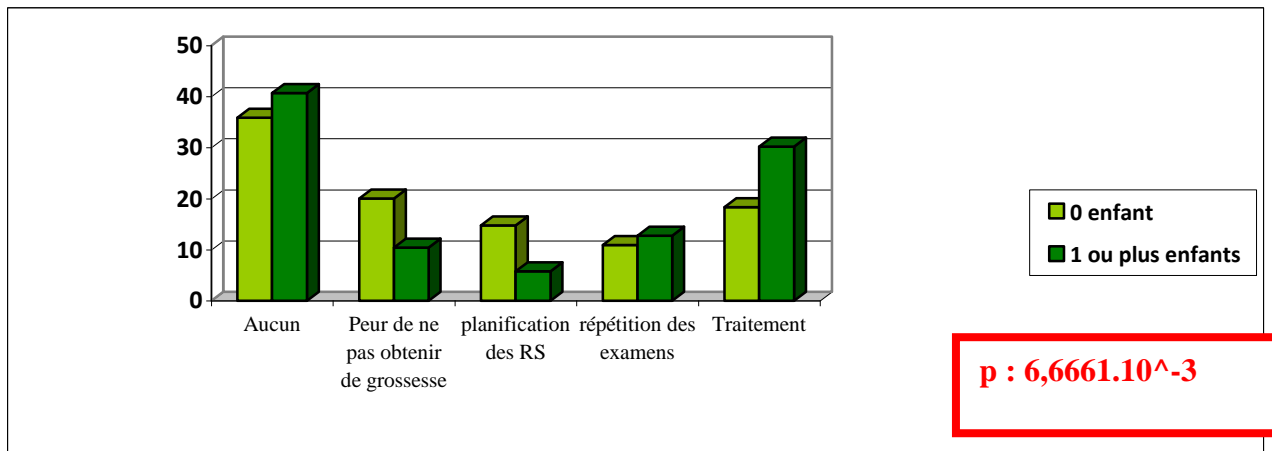
Question 34 [*Le diagnostic d'infertilité nous a rapprochés*] : 58,02% des couples n'ayant pas d'enfant pensent que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés versus 68,57% des couples ayant un enfant par AMP versus 20% des couples ayant eu 2 ou plus d'enfants par AMP. ($p < 0,05$)

Tableau 17 : Effet du nombre d'enfants obtenu par AMP sur la sexualité des couples depuis le diagnostic d'infertilité.

A : pas du tout d'accord, B : plutôt pas d'accord, C : plutôt d'accord, D : tout à fait d'accord

Question	Réponses	0 enfant (%)	1 enfant (%)	≥ 2 enfants (%)	p
34	A	20,74	11,43	80	2,942.10 ⁻²
	B	21,23	20	0	
	C	39,75	52,86	20	
	D	18,27	15,71	0	

Figure 12 : « A quoi attribueriez-vous la cause d'éventuelles difficultés sexuelles depuis la prise en charge en AMP ? » (Résultats en %)



La peur de ne pas obtenir une grossesse est à l'origine des troubles sexuels chez 35,86% des couples ayant déjà eu un enfant ou plus par AMP versus 40,7% des couples n'ayant pas eu d'enfant par AMP.

Les couples ayant déjà eu un enfant sont rassurés dans le sens où la technique a déjà porté ses fruits une fois.

La planification des rapports sexuels est cause de difficultés sexuelles chez 20,04% des couples n'ayant pas eu d'enfant par AMP versus 10,46% des couples ayant eu un enfant ou plus. Les couples ayant déjà traversé le parcours d'AMP sont plus habitués à avoir des contraintes de cet ordre.

La répétition des examens et les traitements touchent davantage les couples ayant déjà eu un enfant ou plus par AMP dans le sens où ces couples ont déjà connu cette expérience et une fatigue psychologique et physique s'est installée par rapport à ces techniques. Soit 10,97% des couples sans enfant versus 12,79% des couples avec enfant sont touchés par la répétition des examens. D'autre part, 18,35% des couples sans enfant versus 30,23% des couples avec enfants sont touchés par les traitements instaurés.

7) Selon le type d'infertilité

a) Depuis le diagnostic

Les patients dont l'origine de l'infertilité est masculine sont 5,13% à avoir moins d'un rapport par mois versus 0,68% des patients dont l'origine est indéterminée versus 0,99% des patients dont l'origine est féminine versus 2,67% des patients dont l'origine est mixte. (p=0,009)

Les patients dont l'origine de l'infertilité est féminine sont 46,53% à avoir un rapport par semaine versus 25,34% des patients dont l'origine est indéterminée versus 27,56% des patients dont l'origine est masculine versus 37,33% des patients dont l'origine est mixte. (p =0,009). Les patients dont l'origine est indéterminée, masculine et mixte sont plus nombreux à avoir des rapports 2 à 3 fois par semaine que les patients dont l'origine est féminine (34,65%).

Les patients dont l'origine de l'infertilité est masculine et mixte sont ceux qui ont moins de rapports sexuels depuis le diagnostic (respectivement 6,37% et 6,67% ont moins d'un rapport par mois).

Tableau 18 : Fréquence des RS selon l'origine de l'infertilité

Question	Réponses	Indéterminée (%)	Masculine (%)	Féminine (%)	Mixte (%)	p
17	A	2,76	6,37	3,96	6,67	0,3137
	B	24,14	14,01	20,79	20	
	C	31,03	29,3	38,61	36	
	D	30,34	42,68	29,7	32	
	E	9,66	7,64	6,93	5,33	
	F	2,07	0	0	0	

A : <1/mois, B : 1-2/mois, C : 1/semaine, D : 2-3/semaine, E : 4-6/semaine, F : Tous les jours

Question 14 [J'ai abordé en consultation le thème de la sexualité avec un soignant (médecin, psychologue, sage-femme...) lors des consultations d'infertilité]: 3,96% des couples dont l'infertilité est d'origine féminine ont déjà abordé le thème de la sexualité avec un soignant versus 3,17% des couples dont l'origine est masculine versus 3,47% des couples dont l'origine est indéterminée versus 0% des couples dont l'origine est mixte. (p >0,05).

Question 18 [Le rythme de mes rapports sexuels est déterminé par le calendrier (ex : fréquent autour de l'ovulation, plus rare en début et fin de cycle)] : 25,74% des couples dont l'infertilité est d'origine

féminine ont des rapports rythmés par le calendrier versus 15,92% des couples dont l'origine est masculine versus 26,39% des couples dont l'origine est indéterminée versus 43,24% des couples dont l'origine est mixte. ($p < 0,001$)

Question 21 [*J'ai des troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait que je sois « performant »*] : 63,75% des hommes dont l'infertilité est d'origine indéterminée versus 76,25% dont l'origine est masculine versus 75% dont l'origine est féminine versus 65,71% dont l'origine est mixte ont des troubles de l'érection et/ ou éjaculation lorsqu'il faudrait qu'ils soient performants (période ovulatoire, don de sperme...). (p NS)

Question 22 [*J'ai des troubles du désir sexuel lorsqu'il faudrait que je sois « performante » (ex : période ovulatoire, examens...)*] : 7,07% des couples dont l'infertilité est d'origine féminine ont des troubles du désir lorsqu'il faudrait qu'ils soient « performants » versus 3,17% des couples dont l'origine est masculine versus 9,02% des couples dont l'origine est indéterminée versus 15,28% des couples dont l'origine est mixte. ($p < 0,05$).

Question 23 [*J'aimerais avoir un ou des rapport(s) avec un(e) autre partenaire que mon(ma) conjoint(e)*] : 20,43% de patients dont l'infertilité est d'origine idiopathique ont déjà eu envie d'avoir un ou des rapports extra-conjugaux versus 13,93% des patients dont l'origine est masculine versus 8,91% des patients dont l'origine est féminine versus 16,44% des patients dont l'origine est mixte. ($p = 0,1765$)

Question 24 [*J'ai moins de plaisir pendant les rapports sexuels*] : 12,33% des patients dont l'origine de l'infertilité est indéterminée ressentent moins de plaisir pendant les rapports versus 6,33% des patients dont l'origine est masculine versus 10,89% des patients dont l'origine est féminine versus 14,86% des patients dont l'origine est mixte. ($p = 0,29$)

Question 25 [*Je recherche moins le plaisir que la grossesse*] : 14% des couples dont l'origine de l'infertilité est féminine recherchent moins le plaisir que la grossesse versus 10,76% des couples dont l'infertilité est masculine versus 21,92% des couples dont l'infertilité est indéterminée versus 31,09% des couples dont l'origine est mixte. ($p < 0001$)

Tableau 19 : Effet du type d'infertilité sur la sexualité des couples depuis le diagnostic d'infertilité posé.

A : pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	Indéterminée (%)	Masculine (%)	Féminine (%)	Mixte (%)	p
14	A	76,39	74,68	76,24	68,92	6,537.10 ⁻² NS
	B	20,14	22,15	19,8	31,08	
	C	3,47	1,9	0	0	
	D	0	1,27	3,96	0	
18	A	29,17	48,41	46,53	32,43	1,844.10 ⁻⁵
	B	44,44	35,67	27,72	24,32	
	C	22,22	12,1	22,77	39,19	
	D	4,17	3,82	2,97	4,05	
21	A	63,75	76,25	75	65,71	0,6108 NS
	B	30	21,25	21,15	28,57	
	C/D	6,25	2,5	3,85	5,71	
22	A	56,25	66,46	65,66	55,56	3,942.10 ⁻²
	B	34,72	30,38	27,27	29,17	
	C	8,33	1,27	6,06	11,11	
	D	0,69	1,9	1,01	4,17	
23	A	79,58	86,08	91,09	83,56	0,1765
	B	17,61	11,39	7,92	16,44	
	C	2,82	1,27	0,99	0	
	D	0	1,27	0	0	
24	A	63,7	72,78	72,28	66,22	0,2999
	B	23,97	20,89	16,83	18,92	
	C	10,96	4,43	9,9	12,16	
	D	1,37	1,9	0,99	2,7	
25	A	47,26	57,59	66	52,7	3,535.10 ⁻⁴
	B	30,82	31,65	20	16,22	
	C	16,44	9,49	12	25,68	
	D	5,48	1,27	2	5,41	

b) Depuis la prise en charge en AMP

Tableau 20 : Fréquence des RS selon l'origine de l'infertilité depuis la prise en charge en AMP.

A : Jamais, B : <1/mois, C : 1-2/mois, D : 1/semaine, E : 2-3/semaine, F : 4-6/semaine, G : Tous les jours

Question	Réponses	Indéterminée (%)	Masculine (%)	Féminine (%)	Mixte (%)	p
38	A	0	1,27	0,99	1,37	0,2777
	B	4,11	6,33	3,96	8,22	
	C	26,03	20,89	21,78	28,77	
	D	28,77	29,75	41,58	32,88	
	E	30,14	34,81	25,74	21,92	
	F	9,59	6,96	5,94	6,85	
	G	1,37	0	0	0	

Question 39 [*Mon désir sexuel est plus important en dehors des périodes de traitement*]: 33,66% des couples dont l'origine de l'infertilité est féminine ont un désir sexuel plus important en dehors des périodes de traitement versus 43,04% des couples dont l'infertilité est d'origine masculine versus 24,83% des couples dont l'origine est indéterminée versus 42,47% dont l'origine est mixte. ($p < 0,05$).

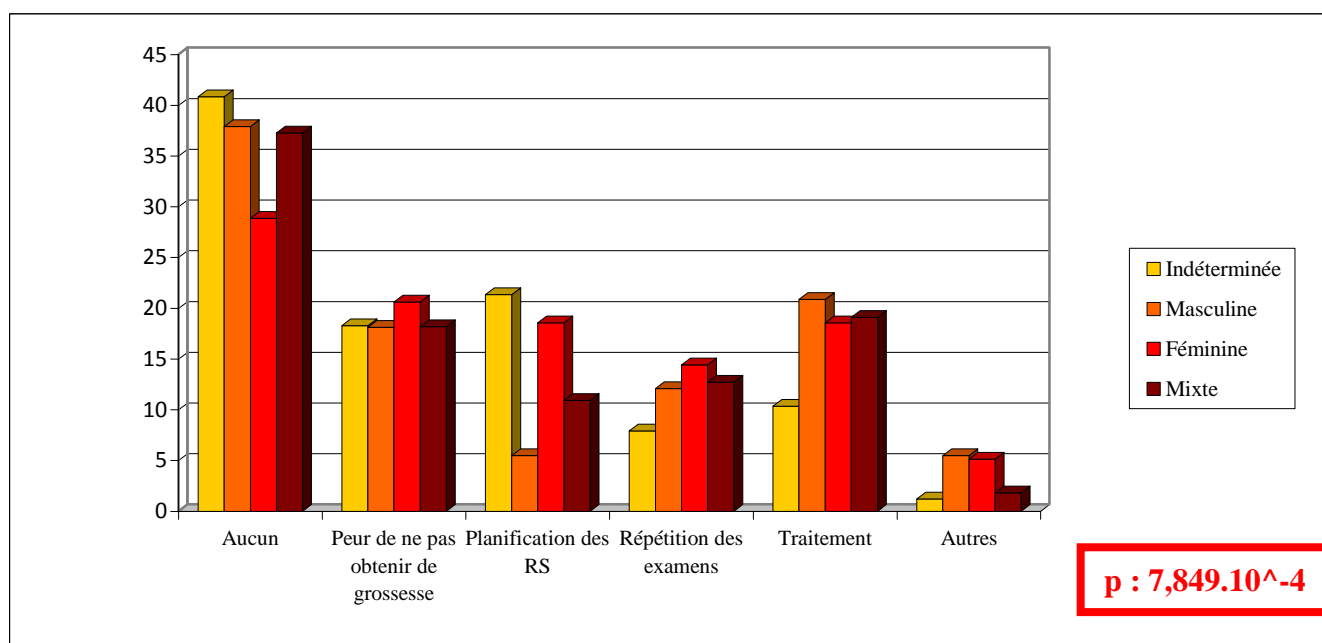
Question 40 [*J'ai plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement*]: 43,56% des couples dont l'infertilité est d'origine féminine ont plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement versus 46,21% des couples dont l'origine est masculine versus 26,9% des couples dont l'origine est indéterminée versus 54,8% des couples dont l'origine est mixte. ($p < 0,05$).

Tableau 21 : Effet du type d'infertilité sur la sexualité des couples depuis la prise en charge en AMP.

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	Indéterminée (%)	Masculine (%)	Féminine (%)	Mixte (%)	<i>p</i>
39	A	45,52	35,44	47,52	38,36	4,669.10 ⁻²
	B	29,66	21,52	18,81	19,18	
	C	20	34,18	27,72	30,14	
	D	4,83	8,86	5,94	12,33	
40	A	46,9	31,01	39,6	28,77	4,403.10 ⁻³
	B	26,21	22,78	16,83	16,44	
	C	22,07	34,18	35,64	39,73	
	D	4,83	12,03	7,92	15,07	

Figure 13 : « A quoi attribueriez-vous plus aisément la cause d'éventuelles difficultés sexuelles depuis la prise en charge en AMP ? » (Résultats en %)



27,18% des infertilités féminines ne ressentent pas de difficultés sexuelles versus 40,85% des infertilités indéterminées versus 37,91% des infertilités masculines versus 37,27% des infertilités mixtes.

La peur de ne pas obtenir une grossesse est un facteur de troubles sexuels pour les quatre types d'infertilité de manière quasi-égale (18,29% des origines indéterminées versus 18,13% des origines masculines versus 18,18% des origines mixtes versus 19,42% des origines féminines).

20,88% des infertilités de type masculine incriminent les traitements comme perturbateur sexuel versus 19,09% des infertilités mixtes versus 17,47% des infertilités féminines. Les infertilités d'origine indéterminée semblent moins touchées par ce facteur avec 10,37%.

Nous pouvons conclure de ces réponses qu'il n'y a pas de type d'infertilité qui semble être plus touché par la prise en charge. Cependant, les couples dont l'infertilité est masculine sont plus sujets à avoir des difficultés sexuelles du type troubles de l'érection et/ou éjaculation probablement vécues comme une remise en cause de la virilité de l'homme.

8) Selon la durée de prise en charge en AMP

a) Avant le diagnostic

Question 8 [*J'éprouvais du plaisir pendant les rapports sexuels*] : 63,38% des patients inscrits depuis moins d'un an en AMP éprouvaient toujours du plaisir pendant les rapports versus 58,06% des patients inscrits entre un et trois ans versus 64,78% des patients inscrits depuis plus de trois ans. (p=0,39)

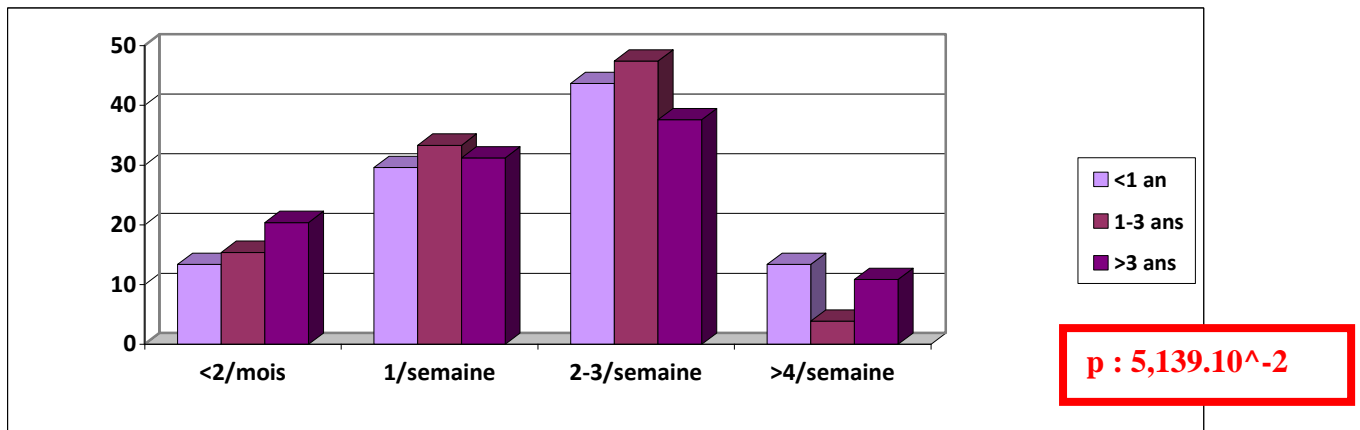
Question 12 [*J'avais une demande plus forte en tendresse*] : 59,15% des patients inscrits en AMP depuis moins d'un an avaient une demande plus forte en tendresse avant le diagnostic d'infertilité versus 71,15% des patients inscrits entre un et trois ans versus 74,68% des patients inscrits depuis plus de trois ans. (p=0,01)

Tableau 23 : Effet de la durée de la prise en charge sur la sexualité des couples avant le diagnostic d'infertilité

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	<1 an (%)	1-3 ans (%)	>3 ans (%)	p
8	A	0,7	0	0	0,3962
	B	4,93	7,74	3,14	
	C	30,99	34,19	32,08	
	D	63,38	58,06	64,78	
12	A	40,85	28,85	25,32	0,01592
	B	26,06	26,28	35,44	
	C	21,83	36,54	31,01	
	D	11,27	8,33	8,23	

Figure 14 : Fréquence des rapports avant le diagnostic d'infertilité (Résultats en %).



L'ensemble des couples avait des rapports sexuels deux à trois fois par semaine (respectivement 43,66%, 47,43% et 37,58%). Le profil des fréquences est similaire entre les trois catégories.

b) Depuis le diagnostic

Question 20 [Il m'arrive de calculer l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme] : 12,68% des patients inscrits depuis moins d'un an calculent l'espacement des rapports dans le but d'enrichir la qualité du sperme versus 11,69% pour ceux inscrits entre un et trois ans versus 7,55% pour ceux inscrits depuis plus de trois ans. (p<0,05)

Question 21 [J'ai des troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait que je sois performant] : 75,56% des patients pris en charge depuis moins d'un an versus 66,3% des couples pris en charge depuis un à trois ans versus 68,93% des couples pris en charge depuis plus de trois ans n'ont jamais de troubles de l'érection et/ou éjaculation lorsqu'il faudrait qu'ils soient performants (période ovulatoire, don de sperme...). (p NS)

Question 24 [J'ai moins de plaisir pendant les rapports sexuels] : 9,15% des patients inscrits en AMP depuis moins d'un an ont moins de plaisir pendant les rapports depuis le diagnostic versus 14,84% des patients inscrits entre un et trois ans versus 8,18% des patients inscrits depuis plus de trois ans. (p= 0,458)

Question 29 [*Depuis le diagnostic d'infertilité, j'avais une demande plus forte de tendresse*] : 52,11% des patients inscrits en AMP depuis moins d'un an ont une demande plus forte de tendresse depuis le diagnostic d'infertilité versus 54,84% des patients inscrits entre un et trois ans versus 60,76% des patients inscrits depuis plus de trois ans. (p=0,19)

Question 30 [*Je pense que nos rapports sexuels se sont détériorés depuis le diagnostic d'infertilité*] : 19,72% des couples inscrits depuis moins d'un an pensent que leurs rapports sexuels se sont détériorés depuis le diagnostic versus 25,16% pour ceux inscrits entre 1 et 3 ans versus 27,05% pour ceux inscrits depuis plus de 3 ans. (p<0,05)

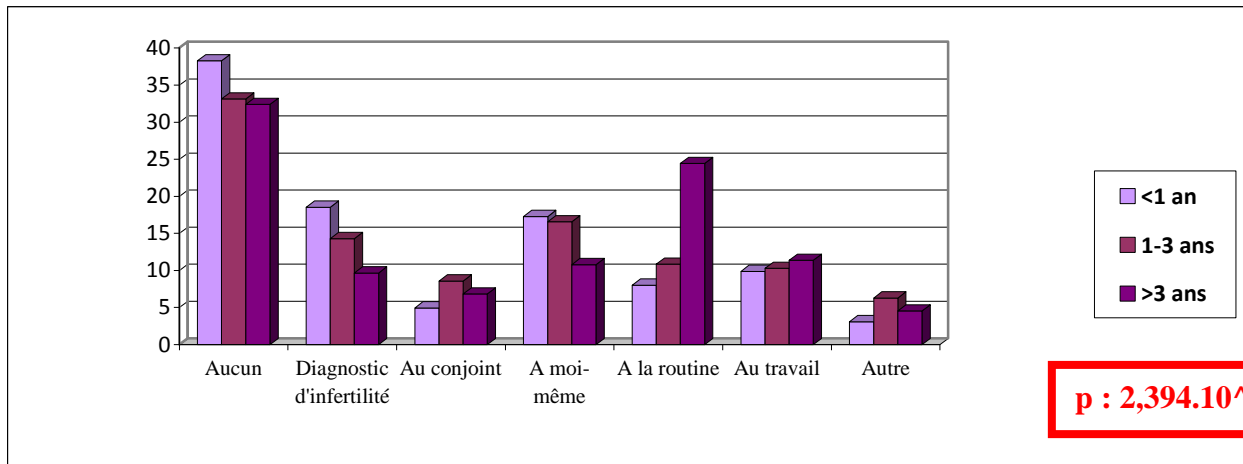
Question 34 [*Le diagnostic d'infertilité nous a rapprochés*] : 52,49% des couples inscrits depuis moins d'un an pensent que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés versus 57,42% pour les couples inscrits entre 1 et 3 ans versus 66,46% pour ceux inscrits depuis plus de 3 ans. (p<0,05)

Tableau 24 : Effet de la durée de la prise en charge en AMP depuis le diagnostic d'infertilité sur la sexualité des couples

A: pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	<1 an (%)	1-3 ans (%)	>3 ans (%)	p
20	A	54,93	68,83	73,58	2,602.10 ⁻²
	B	32,39	19,48	18,87	
	C	9,86	9,74	5,66	
	D	2,82	1,95	1,89	
21	A	69,23	68,92	72,84	0,9196 NS
	B	25,64	25,67	23,46	
	C	2,56	4,05	3,7	
	D	2,56	1,35	0	
24	A	71,83	63,87	69,18	0,458
	B	19,01	21,29	22,64	
	C	8,45	11,61	6,92	
	D	0,7	3,23	1,26	
29	A	47,89	45,16	39,24	0,1964
	B	17,61	14,84	25,32	
	C	26,76	34,19	27,22	
	D	7,75	5,81	8,23	
30	A	65,49	56,77	55,35	5,17.10 ⁻²
	B	14,79	18,06	17,61	
	C	16,9	16,77	24,53	
	D	2,82	8,39	2,52	
34	A	26,95	19,35	15,19	5,156.10 ⁻²
	B	20,57	23,23	18,35	
	C	39,01	43,87	43,04	
	D	13,48	13,55	23,42	

Figure 15 : « A quoi attribueriez-vous plus aisément la cause d'éventuelles difficultés sexuelles depuis le diagnostic d'infertilité ? » (Réponses en %).



La majorité des patients ne déclare aucune difficulté sexuelle.

Les difficultés sexuelles des couples pris en charge depuis moins d'un an sont le plus souvent attribuées au diagnostic d'infertilité (18,52% versus 9,66% des couples pris en charge depuis plus de 3 ans).

Les couples pris en charge depuis plus de trois ans ressentent des difficultés sexuelles le plus souvent attribuées à la routine (24,43% versus 10,86% des couples pris en charge entre 1 et 3 ans versus 8,02% des couples pris en charge depuis moins d'un an).

c) Depuis la prise en charge en AMP

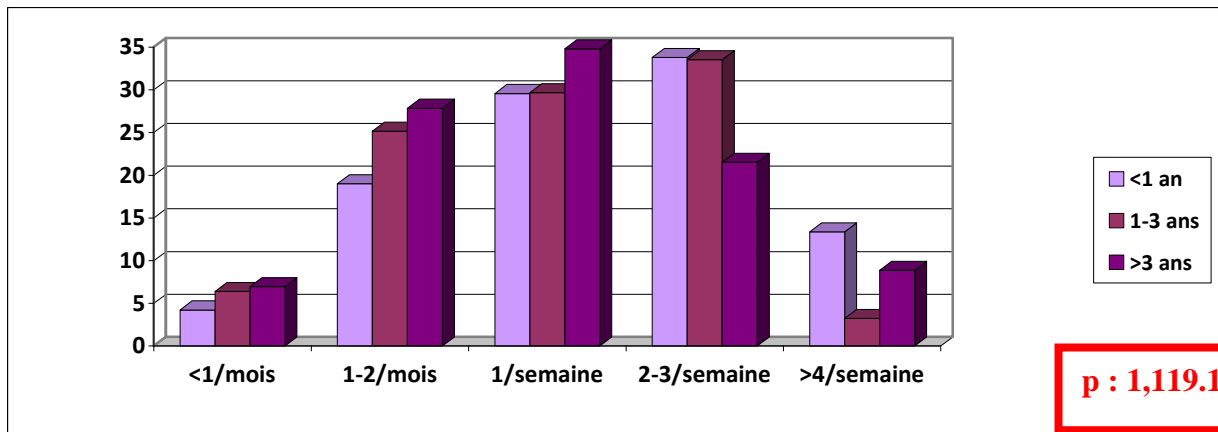
20,71% des patients inscrits depuis moins d'un an en AMP ont peur de ne pas être à la hauteur des attentes de l'équipe médicale versus 20,13% des couples inscrits entre 1 et 3 ans versus 10,9% inscrits depuis plus de 3 ans. (p < 0,05)

Tableau 25 : Effet de la durée de prise en charge sur la sexualité des couples depuis la prise en charge médicale.

A : pas du tout d'accord/jamais, B : plutôt pas d'accord/parfois, C : plutôt d'accord/souvent, D : tout à fait d'accord/toujours

Question	Réponses	>1 an (%)	1-3 ans (%)	>3 ans (%)	<i>p</i>
36	A	54,29	60,39	71,79	3,712.10 ⁻²
	B	25	19,48	17,31	
	C	15,71	17,53	9,62	
	D	5	2,6	1,28	

Figure 16 : Fréquence des rapports depuis la prise en charge en AMP en fonction de la durée de parcours en AMP. (Résultats en %).



Les couples pris en charge depuis moins d'un an gardent en majorité une fréquence des rapports sexuels plus importante que ceux de plus d'un an :

-33,80% ont des rapports entre 2 et 3/ semaine versus 33,55% des couples pris en charge entre 1 et 3 ans versus 21,52% des couples pris en charge depuis plus de 3 ans.

-13,38% ont des rapports plus de 4/semaine versus 3,22% pour les couples pris en charge entre 1 et 3 ans versus 8,86% des couples pris en charge depuis plus de 3ans.

Nous déduisons de ces réponses que les couples inscrits depuis plus de trois ans en AMP sont plus affectés dans leur sexualité que les couples inscrits depuis moins longtemps.

Paradoxalement, à défaut d'avoir une sexualité moins satisfaisante, ces couples-là semblent s'être rapprochés davantage tout au long de cette prise en charge.

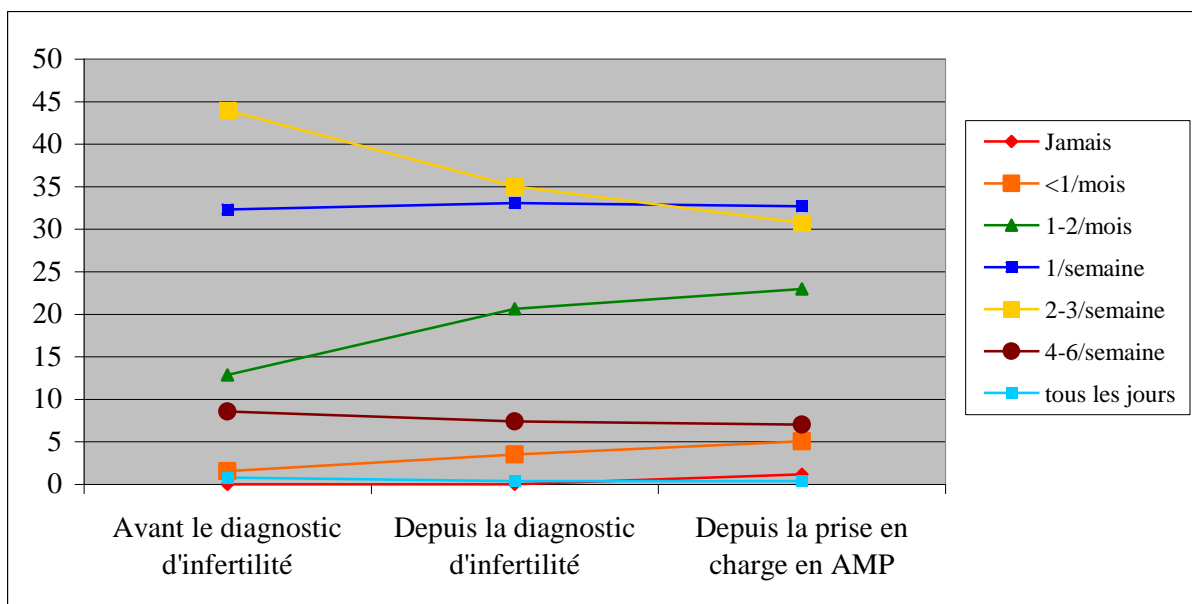
9) Evolution des comportements tout au long du parcours

Plusieurs questions ont été posées à plusieurs reprises dans les différentes étapes du questionnaire afin d'en voir l'évolution et de décrire l'impact de l'annonce de l'infertilité ainsi que celui de la prise en charge médicale qui sont parfois bien distinctes.

a) Evolution de la fréquence des rapports sexuels

Figure 17-18 : Evolution de la fréquence des rapports sexuels tout au long du parcours en AMP. (Résultats en %)

Chez les femmes :



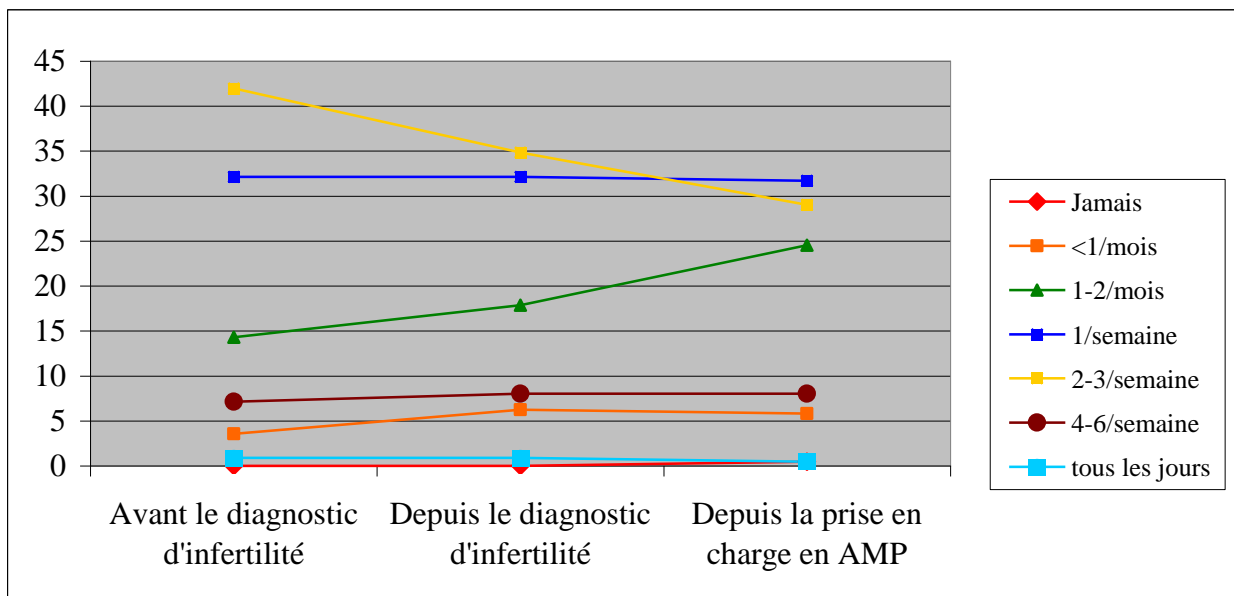
Les femmes ayant des rapports sexuels tous les jours passent de 0,78% à 0,39% entre le début de l'infertilité et la prise en charge en AMP.

La majorité des femmes avant le diagnostic d'infertilité avait 2 à 3 rapports sexuels par semaine (43,97%) ; ce chiffre passe à 35,02% au moment du diagnostic d'infertilité puis à 30,74% après la prise en charge en AMP.

Il y a une augmentation des femmes à n'avoir plus qu'un ou deux rapports par mois passant de 12,84% à 20,62% puis à 22,96% au moment des traitements et des examens complémentaires.

Certaines patientes déclarent ne plus du tout avoir de rapports sexuels depuis la prise en charge en AMP à 1,17% (versus 0% avant la prise en charge).

Chez les hommes :



Le profil de l'évolution de la fréquence des rapports sexuels tout au long du parcours s'apparente à celui des femmes :

0,45% des hommes déclarent ne plus du tout avoir de rapports depuis la prise en charge en AMP alors que le chiffre était à 0% avant.

41,96% des hommes avaient deux à trois rapports sexuels par semaine avant le diagnostic versus 35,02% après le diagnostic versus 30,74% après la prise en charge.

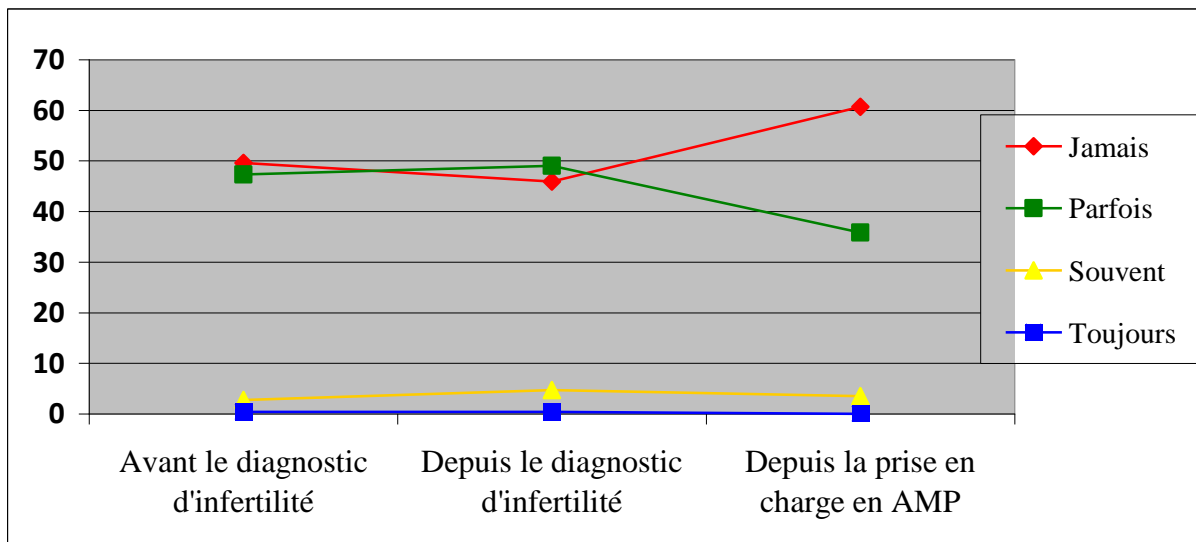
0,89% des hommes avaient des rapports sexuels tous les jours avant le diagnostic d'infertilité ; pourcentage qui est tombé à 0,45% au moment de la prise en charge médicale.

Dans l'ensemble, l'AMP a un impact sur la fréquence des rapports sexuels. En effet, le nombre de rapports sexuels a tendance à diminuer tout au long du parcours que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

b) Evolution de la proportion « d'excuses » pour éviter un rapport sexuel

Figure 20-21 : Evolution de la proportion « d'excuses » tout au long du parcours. (Résultats en %)

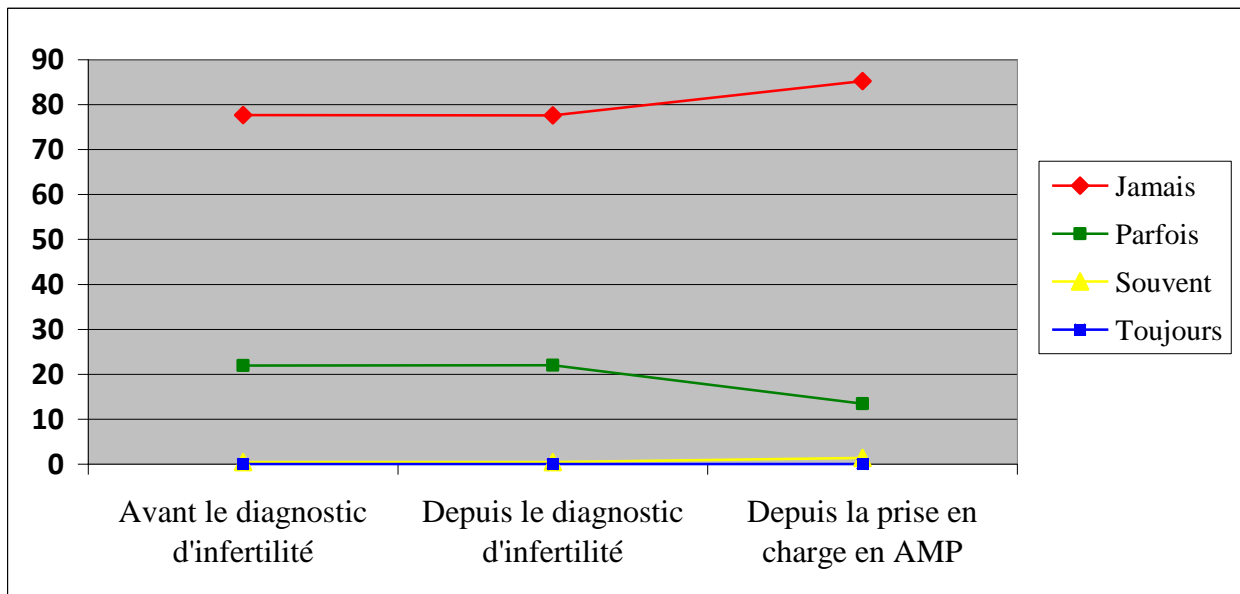
Chez la femme :



Les proportions « souvent » et « toujours » restent plutôt stables tout au long du temps.

Par contre, les courbes « parfois » et « jamais » s'inversent. En effet, la proportion des « parfois » diminue passant de 47,29% avant le diagnostic d'infertilité à 35,80% après la prise en charge médicale tandis que la proportion des « jamais » augmente passant de 49,61% avant le diagnostic à 60,70% après la prise en charge médicale.

Chez l'homme :



Les courbes des proportions sont similaires à celles des femmes. En effet, la proportion « jamais » augmente passant de 77,68% à 85,20% au moment de la prise en charge médicale. La proportion « parfois » diminue au moment de la prise en charge en AMP passant de 21,88% à 13,45%. Les autres réponses (« souvent » et « toujours ») restent quasi-constantes. La différence notable entre hommes et femmes est la proportion initiale des réponses « jamais » qui est fortement plus élevée (initialement à 77,68% versus 49,61% chez les femmes) et la proportion des « parfois » plus faible (21,88% initialement versus 47,29% chez les femmes).

Ainsi, nous pouvons conclure de ces résultats que l'évolution des comportements chez les hommes et chez les femmes est similaire c'est-à-dire que le couple ne tient pas à éviter des rapports sexuels potentiellement féconds de peur de passer à côté de l'ovulation et donc de la grossesse. De plus, lors des traitements, il s'agit souvent de rapports ciblés donc il n'est plus question de trouver des excuses ou prétextes pour éviter les rapports sexuels car la demande et l'attente de la grossesse sont fortes.

VII-Discussion

Dans cette situation de couple surmédicalisée faite pour répondre à un désir d'enfant, nous pouvons nous poser la question de la place faite à l'amour, à la sexualité et à la spontanéité. L'assistance médicale à la procréation ne centre-t-elle pas le couple sur leur sexualité en dépit de la relation amoureuse ? Les couples n'ont-ils pas tendance à oublier qu'amour et désir sont les moteurs de leur sexualité ? L'AMP bouleverse ce schéma rendant la sexualité pour procréer parfois plus forte que l'amour des deux partenaires. Certains sujets auront besoin d'être soutenus, aidés psychologiquement afin de ne pas perdre de vue ce qui fait leur couple. Cependant, la place de l'amour chez l'homme et la femme diffère, chacun exprimant, ressentant ce sentiment en fonction de ses difficultés sexuelles ou de son vécu.

Plusieurs étapes sont distinguées au cours de la prise en charge [8] :

- La période de l'attente, progressivement difficile à vivre, d'une grossesse qui ne vient pas, révélant la division entre sexualité et procréation chez un couple qui se sent impuissant.
- Le temps des investigations et de la découverte de l'infertilité et parfois de ses origines.
- Le temps de l'engagement dans la procédure qui vient masquer ce qui a été dévoilé par la découverte de l'infertilité.
- Le temps de la répétition des procédures où l'anxiété liée à l'attente de la conception et les tensions et les crispations anxieuses se développent au sein d'un couple dépendant d'une équipe médicale et envoyé à une position passive.
- La période qui suit soit son succès avec souvent davantage d'anxiété pendant la grossesse qu'au cours de grossesses n'ayant pas requis d'aide médicale, soit son échec avec des degrés divers de déception, de tristesse, de frustration, de colère ou de dépression avec de forts sentiments de culpabilité et de dévalorisation.

1) Impact de l'annonce de l'infertilité

Apprendre, annoncer, comprendre qu'un couple est infertile représente une difficulté majeure dans la vie d'un être humain que ce soit du côté patient ou soignant.

La femme et l'homme sont deux êtres à part entière avec chacun une personnalité différente, des codes différents, des sensibilités différentes. Tous deux forment une union qui est singulière, qui a ses propres habitudes et modes de vie. Chaque couple réagit différemment à l'infertilité et dans un même couple, les deux partenaires vont également avoir des réactions toutes autres.

a) Sur la Femme

La femme n'est-elle pas sans cesse reliée à son futur rôle de femme reproductrice. Elle naît avec un stock de follicules, puis pendant son adolescence apparaissent les premières règles qui sont expliquées par l'entourage (souvent leur mère) comme étant l'entrée à l'âge adulte et la capacité à avoir un enfant. D'autre part, l'apparition des caractères sexuels secondaires ramène à une image sexuelle que la jeune femme véhicule malgré elle. A cette période-là, la jeune femme voit le rôle de son corps changer et peut parfois être un moment effrayant pour les propres parents. En grandissant cette jeune femme voit son désir de procréer grandir. De multiples stimuli jouent leur rôle à cette envie : les parents et les grands-parents qui réclament un petit-enfant souvent sur le ton humoristique d'ailleurs, les amis qui s'engagent et rapidement fécondent par la suite ce qui amène à des soirées entre amis ou les enfants font partie intégrante de ces soirées (sujet de discussion, présence physique des enfants), au travail où les femmes les unes après les autres se mettent en congés maternité, dans la rue où nombre de femmes exposent avec fierté leur ventre rebondi... Mais quand la femme est confrontée à un moment dans sa vie à l'infertilité, un chamboulement ravage tous les projets d'une vie ainsi que le sens qui y découle. A l'annonce d'une infertilité, combien de femmes se voient déjà stériles ? Combien de questions se listent dans leur tête ? « Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter ça ? Je ne serai donc jamais mère !? » L'annonce de l'infertilité peut être comparée d'une certaine manière à l'annonce d'une maladie grave. Plusieurs réactions peuvent être décrites : le déni, la colère, la culpabilité, la peur, la tristesse puis quand l'infertilité devient stérilité on peut à ce moment là parler de deuil. Le deuil d'un

enfant qui n'existera jamais n'est-ce pas là la pire punition pour une femme dont le rôle est écrit depuis sa naissance ? D'ailleurs le sentiment le plus souvent évoqué est la culpabilité (punition en raison d'un antécédent d'IVG ?).

Réprouvée socialement, la femme atteinte dans son cœur et dans son corps de l'absence d'enfant a souvent eu recours aux incantations et aux pratiques magiques (amulettes de fécondité, œuvres d'art..) pour favoriser la fécondité. La femme se sent inutile, incapable de faire ce que d'autres font si facilement : procréer [7].

Un diagnostic d'obstruction tubaire atteint la patiente dans sa capacité reproductive et dévalorise l'image de sa féminité. Un trouble de l'ovulation et encore plus une insuffisance ovarienne prématurée font écho à un vieillissement prématuré et à une ménopause précoce. Lorsque le potentiel de fécondité naturelle est définitivement compromis, il n'est pas rare de constater que la sexualité est mise de côté avec pour justification le « à quoi bon ? ». [9]

b) Sur l'Homme

La réaction de l'homme face à l'annonce de l'infertilité est différente mais pas moindre. Le désir de grossesse est probablement aussi fort chez l'homme, cependant la vision n'est pas la même en cas d'infertilité. L'homme ne tient pas en lui la fonction de porter un enfant, ce qui peut laisser penser que l'homme ne ressentira jamais cette frustration qui est celle de la femme qui n'est de ne jamais avoir pu porter un enfant. Cependant, le manque affectif est aussi fort. D'autre part, l'homme réagit différemment selon qu'on lui dise l'origine masculine ou féminine. En effet, l'infertilité masculine est souvent vécue comme une sensation d'impuissance, de perte de la virilité, de démasculinisation. Souvent vécue comme une gêne, voire une certaine honte. Peur du regard des autres, surtout celui des autres hommes... Certaines idées ancestrales disent bien que l'homme est le chef familial dont il doit assurer la descendance et le bien-être de sa femme. Un rôle de patriarche rapidement soufflé par le diagnostic d'infertilité.

L'annonce d'une altération de la fonction spermatique, telles que l'oligo-asthénospermie ou à l'extrême l'azoospermie, affecte le patient dans sa virilité [9]. En effet, les hommes confondent fréquemment infertilité et « impuissance » : chez les couples infertiles, 22% des hommes ont une dysfonction érectile modérée ou sévère et 23% présentent une dépression modérée ou sévère avec un score d'estime de soi relativement bas [10]. Une autre

étude retrouve près de 50% d'éjaculations rapides. L'anxiété et l'angoisse de performance accentuent le trouble et ont un retentissement sur la relation interpersonnelle [11].

Pour les deux membres, l'infertilité amène à de nombreuses questions : pourquoi nous ? Qu'ai-je fait ? Suis-je puni ? Des questions sur la culpabilité de cette « maladie », sur l'injustice et l'incompréhension de la situation.

2) Répercussions de l'infertilité sur la sexualité

a) Sexualité de la femme

Dans l'ensemble, notre étude montre qu'il existe plus de répercussions sur la sexualité de la femme. En effet, il apparaît une modification de leur comportement sexuel avec une diminution de leur désir (14,4% versus 5,78% des hommes) au profit de la grossesse (23,74% versus 11,26% des hommes), une augmentation des rapports ciblés (65,76% versus 54,09% des hommes). Ainsi, nous pouvons suggérer que la femme semble plus touchée par l'infertilité et par les démarches d'AMP. Cette constatation est peut-être liée à l'envie de mater qui apparaît souvent très fort chez les femmes.

L'infertilité est responsable d'une désorganisation de la vie sexuelle [12]. La femme a tendance à privilégier les rapports en période ovulatoire ; relations sexuelles moins fréquentes, avec moins de préliminaires, moins de désir, absence d'orgasme chez la femme. La sexualité est subordonnée à la procréation.

IL existe une diminution des préliminaires. Les femmes infertiles ressentiraient moins de désir sexuel et expérimenteraient moins de signes physiques d'éveil de l'excitation [13]. La sexualité apparaît comme un moyen et non une fin en soi. Le paradoxe de la femme est qu'elle recherche de plus en plus le rapport sexuel alors qu'elle en a moins envie [14-16]. La femme est davantage à l'initiative des rapports sexuels. Il existe un changement de comportement de la femme parfois qui peut gêner les deux partenaires et qui amène à une insatisfaction sexuelle [17]. Certains troubles sexuels chez la femme apparaissent du type vaginisme, inhibition du désir, dyspareunie [18-20]. Certaines femmes vont être amenées à privilégier certaines positions afin d'augmenter le taux de grossesse [21].

La sensibilité homme/femme semble bien différente. La femme semble plus sensible au conflit conjugal avec une atteinte plus forte de l'estime de soi dans le fonctionnement sexuel et à la satisfaction sexuelle [22]. La recherche de Slade, Emery et Lieberman va dans ce sens en indiquant que la femme obtient des scores plus élevés sur leur échelle d'évaluation [23], suggérant un plus haut niveau de difficulté sur les aspects suivants : rareté des rapports, incommunication, insatisfaction générale, évitement et manque de sensualité.

L'infertilité remet en question le rôle maternel social et l'identité sexuelle.

b) Sexualité de l'homme

Depuis l'annonce de l'infertilité, les hommes de notre étude sont 31,53% à avoir des troubles de l'érection et/ou des troubles de l'éjaculation lorsqu'il faudrait qu'ils soient performants. Les hommes suivant un protocole homologue sont 3 fois plus nombreux à présenter ces troubles que ceux suivant un protocole hétérologue (32,5% versus 9,1%). Les hommes dont l'origine de l'infertilité est inexplicée ou mixte ont plus de troubles de l'érection ou de l'éjaculation que ceux dont l'origine de l'infertilité est masculine ou féminine. La proportion de ces troubles n'est pas influencée par l'âge ni par la durée de suivi en AMP. Les hommes infertiles sont plus atteints par ces troubles que la population générale.

L'identité sexuelle masculine est rapidement ébranlée par l'infertilité avec l'apparition de doutes sur la virilité [24,25]. L'infertilité marginalise [26,27], menace la masculinité, l'estime de soi et affecte la sexualité masculine [27,28-31]. L'objectif de l'homme va être de tenter d'ajuster sa sexualité au projet de procréation pour restaurer son identité [24,25], sa virilité. L'homme infertile souffre en silence, n'ose exprimer ses difficultés, ses doutes face à la souffrance de sa femme. L'homme fuit dans le travail, le sport ou les relations extra-conjugales. [7]. Il apparaît que les patients qui ont admis éprouver cette envie d'avoir des relations extra-conjugales n'aspirent en réalité pas à l'adultère mais à redonner aux rapports sexuels un caractère plus proche du plaisir que du but procréatif [32]. Il en vient à s'identifier aux composants de son sperme mais ne peut pas s'y reconnaître [7].

Dans notre étude, les patients sont 15,1% à désirer avoir un rapport sexuel avec un autre partenaire que leur conjoint. Les hommes sont sensiblement plus nombreux que les femmes à avoir ce désir (respectivement 17,12% versus 13,33%). Ce désir est 2 fois plus

présent chez les patients de plus de 36 ans ($p=0,031$). Les patients suivant un protocole avec don de gamètes sont deux fois plus à présenter ce désir d'adultère que ceux suivant un protocole en intra-conjugal. Les patients dont l'origine de l'infertilité est inexpliquée sont les plus nombreux à avoir ce désir d'adultère. La durée de suivi en AMP n'influence pas le désir d'adultère. La comparaison avec les données de la littérature est restreinte, du fait du peu d'études évoquant l'adultère chez les patients infertiles. L'étude d'Ohl et al. [33] a un cinquième de ses patients concerné par ce désir d'adultère. Ces chiffres sont probablement faussés par l'indiscrétion de la question, les patients souhaitant probablement éviter que ce type d'information n'arrive à la connaissance de leur conjoint, et ce malgré l'anonymat qui leur est garanti.

Berger [34] constate qu'après l'annonce d'un diagnostic d'azoospermie, une majorité d'hommes présente un trouble érectile et qu'il n'est pas rare que leur compagne ressente une importante colère à leur rencontre.

Ainsi il est nécessaire pour les médecins de porter attention à la manière dont sont annoncés les résultats des spermogrammes.

Parfois la réaction de l'homme est directe après l'annonce avec une réponse psychologique forte à type de culpabilité, de honte, qui amène à des troubles sexuels transitoires [26,27]. On peut parler d'impuissance psychogène. Ainsi l'homme peut être amené à diminuer de lui-même la fréquence de ses rapports sexuels qui permet d'échapper à la frustration.

Une étude révèle une diminution du désir sexuel et du plaisir chez les hommes dès le diagnostic d'infertilité, indépendamment de l'étiologie de l'infertilité [35].

Pour Repokari L. et al, la détérioration sexuelle semble apparaître tardivement chez les hommes après 6 ans d'infertilité : peuvent survenir des troubles de l'érection, des troubles de l'éjaculation, mal vécus et souvent transitoires, ce qui témoigne de l'impact culturel liant la virilité à la fécondité [36].

Ainsi le rapport à tout prix en période ovulatoire inhibe toute spontanéité ; la virilité étant mise à rude épreuve. L'inhibition de l'homme peut être due soit aux examens médicaux soit à la peur de décevoir sa femme [14, 37, 38].

Le problème de culpabilité ou de honte, comme étant à l'origine d'un dysfonctionnement sexuel transitoire chez les hommes, ne semble pas être à l'origine des problèmes érectiles dans la population étudiée dans l'article de Reder et al [32].

c)Sexualité du couple

Le fonctionnement sexuel du couple peut être entaché soit par l'infertilité seule soit par l'infertilité et sa prise en charge médicale.

Avant le diagnostic, il existe une période difficile de doute, d'investigation, d'appauvrissement de la sexualité et d'émoussement du désir.

***La qualité et la fréquence des rapports sexuels**

Dans notre étude, l'annonce du diagnostic s'accompagne d'une diminution des rapports sexuels et ce d'autant plus que l'âge avance : 46,67% des moins de 30 ans ont 2/3 rapports par semaine versus 36,76% des 31-35 ans versus 27,94% des plus de 36 ans. De même, l'ensemble des patients (hommes + femmes) souffre d'une diminution globale de la fréquence de leurs rapports sexuels tout au long du parcours. (Figure 17-18) Cependant, une minorité des patients (25%) pense que leur sexualité s'est détériorée depuis le diagnostic d'infertilité. Le sexe féminin, la durée de prise en charge, l'âge, le protocole hétérologue, l'infertilité d'origine mixte sont des facteurs qui augmentent ce sentiment de détérioration des rapports sexuels.

Contrairement à notre étude, l'article de Czyba [39] montre que la majorité (93%) des couples hypofertiles pris en charge médicalement estimait que la fréquence de leurs rapports avait diminué : la moitié mettant en cause l'infertilité, l'autre moitié déclarant que cette évolution résultait de l'obligation d'avoir des rapports à dates fixes.

Selon Reder et al, le nombre de rapports sexuels ne semble pas avoir diminué suite à l'annonce du diagnostic d'infertilité [32].

Les deux études de Chevret-Méasson et de Bianchi-Demichel remarquent la situation paradoxale « d'autant plus ils désirent un enfant, d'autant moins ils font l'amour » pour des couples dont la sexualité est devenue procréative, mécanique [18,40].

Une seule exception à ce phénomène apparaît dans les deux études d'Ahmi et Czyba [41,42] qui constatent chez la population maghrébine un accroissement considérable de la fréquence des rapports sexuels en période de recherche organisée de grossesse qu'ils attribuent à une méconnaissance de la période ovulatoire. Ce serait pour les auteurs une façon de dénier, grâce à cette « bonne sexualité », l'éventualité d'une responsabilité masculine.

Keye et son équipe souligne que lorsque la sexualité devient le moyen de parvenir à une grossesse, les préoccupations du couple peuvent mener l'un des deux partenaires à une demande excessive de rapports sexuels dont les effets seraient délétères, d'autant que le partenaire risque d'y répondre au mieux par la colère, ou le ressentiment, au pire par l'indisponibilité, le refus [20].

Les rapports ciblés ont souvent un effet désastreux de part la modification de l'objet de désir de la femme : la grossesse passe avant le plaisir. La nécessité d'avoir des rapports inhibe l'homme. Les rapports hors période ovulatoire apparaissent alors inutiles [25,43]. Notre étude montre que 23,74% des femmes recherchent moins le plaisir que la grossesse versus 11,26% des hommes. ($p < 0,001$) Les patients suivant un protocole intra-conjugal sont deux fois plus nombreux à le penser que ceux inscrits dans un protocole avec don de gamètes. ($p = 0,033$)

Certains couples vont être amenés à espacer les rapports afin d'enrichir la qualité du sperme [41]. Selon Reder et al, les couples ayant eu recours à l'IAC et les couples dont l'infertilité est idiopathique calculeraient davantage l'espacement des rapports sexuels dans le but d'améliorer la qualité du sperme. Respecter le délai idéal de la spermatogénèse semble être une des stratégies qu'ils emploient afin de maximiser leurs chances de grossesse. D'autre part, ces mêmes couples privilégient certaines positions sexuelles dans l'espoir d'obtenir une grossesse [32]. Notre étude n'a pas démontré de différence significative concernant cette question.

Keye [20] signale que certains couples iraient jusqu'à éviter les rapports sexuels en milieu de cycle afin de se protéger eux-mêmes des sentiments de déception, de frustration, de

colère ou de dépression qui ne manquent pas d'affluer à la période des règles, à moins que ce ne soit, comme le souligne Greil et al. [44], parce que ce rapport rappelle aux deux partenaires leur infertilité.

Le « rythme » des rapports sexuels est conditionné par la période du cycle ovulatoire de la femme. Ce résultat est particulièrement net pour les couples inscrits dans un programme d'IAC [32].

Dans notre étude, après le diagnostic d'infertilité, la fréquence des rapports diminue globalement mais reste majoritairement de 2 à 3 fois par semaine. Les patients au-delà de 36 ans ont une majorité de rapports 1 fois par semaine et 1 à 2 fois par mois comparativement aux patients plus jeunes qui conservent majoritairement une fréquence de 2 à 3 rapports par semaine ($p=0,007$). La diminution de la fréquence des rapports avec l'âge n'est pas un élément propre à l'infertilité et fait intervenir la durée de la relation, non renseignée dans notre étude, l'augmentation des responsabilités professionnelles et familiales, l'asthénie et l'état de santé.

Nos résultats montrent que depuis la prise en charge en AMP, il y a une diminution de la fréquence des rapports. La majorité de nos patients a des rapports une fois par semaine. Les patients entre 30 et 35 ans sont les plus touchés par cette diminution. Les patients inscrits dans un protocole avec don de gamètes ont une fréquence des rapports plus marquée dans les extrêmes (moins de 2 fois par mois et plus de 4 fois par semaine) que ceux dans un protocole en intra-conjugal ($p=0,002$). Les patients dont l'origine de l'infertilité est féminine ont majoritairement des rapports une fois par semaine comparés à deux à trois fois par semaine pour les autres patients ($p=0,01$). L'origine féminine apparaît comme un facteur favorisant de difficulté sexuelle, peut-être parce qu'il touche la femme dans son identité féminine, dans un rôle essentiel qui est de donner la vie. L'origine masculine de l'infertilité apparaît ici comme un facteur protecteur, qui pourrait relever d'une stratégie d'adaptation en réponse à la blessure narcissique des hommes expliquée par un amalgame entre stérilité et impuissance. Le maintien ou l'augmentation de la fréquence des rapports apparaît comme une défense à cette attaque de la « virilité » masculine.

L'étude d'Ohl et al [33] montre que le nombre de rapports sexuels ne semble pas avoir diminué après l'annonce du diagnostic d'infertilité ou sous l'effet de la prise en charge médicale, contrairement à ce qui a été mentionné dans la littérature et dans notre étude.

Les couples qui n'avaient pas eu d'enfant avaient des rapports sexuels plus fréquents que les couples ayant eu un enfant par procréation naturelle. Cela montre que le versant reproductif des rapports sexuels demeure très important dans la population puisque la fréquence est moindre lorsque les sujets sont parvenus à leur objectif : avoir un enfant [32].

Reder F et al montrent que les couples dont le projet parental est intra-conjugal recherchent plus la grossesse que le plaisir lors d'un rapport sexuel, comparativement aux couples ayant recours à un don de gamètes, ce résultat est en accord avec notre étude (18,54% des protocoles homologues versus 8,7% des protocoles hétérologues). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les couples en attente de don n'ont que très peu de chances d'obtenir une grossesse naturelle. Ainsi, lorsqu'ils ont une relation sexuelle, la visée procréative est moins prononcée que pour les couples ayant un projet parental intra-conjugal et le rapport semble plus être entrepris dans un but de satisfaction sexuelle [32].

Certaines difficultés perdurent longtemps après le diagnostic et amènent à des séparations de couples [14].

***Le désir**

Depuis le diagnostic d'infertilité, les patients de notre étude sont 38,2% à présenter des troubles du désir lorsqu'il faudrait qu'ils soient performants. Les femmes ont deux fois plus souvent que les hommes des troubles du désir ($p < 0,001$). Les patients suivant un protocole en intraconjugal sont deux fois plus nombreux à présenter des troubles du désir que ceux qui suivent un protocole avec don de gamètes comme le montre l'étude d'Ohl et al [33]. ($p = 0,009$)

Les patients dont l'origine de l'infertilité est inexplicée ou mixte ont significativement plus de troubles du désir que ceux dont l'origine de l'infertilité est masculine ou féminine ($p = 0,039$). L'âge, la durée de suivi en AMP n'ont pas d'influence sur les troubles du désir.

Newton, Sherrard et Glavac trouvent que les femmes et les hommes sont plus préoccupés par leur relation sexuelle si la stérilité est masculine, ou s'il s'agit d'une stérilité primaire que s'il s'agit d'une infertilité idiopathique ou féminine.

Pour certains couples le désir d'enfant est un moyen de se plaindre, une issue à une vie monotone [45].

***Le plaisir**

Avant le diagnostic d'infertilité, la plupart de nos patients éprouvent systématiquement du plaisir lors des rapports sexuels. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à éprouver systématiquement du plaisir ($p < 0,001$). Il n'y a pas à ce sujet d'influence de l'âge, de la durée de l'infertilité ou du type de protocole suivi.

Après le diagnostic d'infertilité, peu de nos patients (10,4%) ressentent moins de plaisir lors des rapports sexuels tout comme l'étude de Reder et al [32] qui suggère la même théorie. La majorité de nos patients était satisfaite de leur vie sexuelle avant le diagnostic et n'a pas connu une baisse de leur satisfaction sexuelle après l'annonce de leur infertilité.

Les femmes sont trois fois plus nombreuses à ressentir moins de plaisir que les hommes ($p < 0,001$). Cette tendance est démontrée également par l'étude d'Ohl [33]. ($p < 0,001$)

Plus l'âge augmente, moins les patients ont tendance à éprouver du plaisir lors des rapports.

Notre étude ne montre pas d'influence de la durée de suivi en AMP sur le plaisir sexuel contrairement à l'étude d'Ohl et al qui montre que les patients inscrits en AMP depuis moins de 2 ans ont plus de plaisir que les patients inscrits depuis plus de 3 ans ($p = 0,03$). Le type de protocole et l'origine de l'infertilité n'ont également pas d'influence sur cette question.

***La tendresse**

Avant le diagnostic d'infertilité, les patients de notre étude sont 39% à exprimer une demande plus forte de tendresse que de rapports sexuels. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à l'exprimer ($p = 0,034$). Les patients suivis depuis 2 à 3 ans en AMP ont une demande plus forte de tendresse que ceux suivis depuis moins d'un an et ceux suivis depuis plus de 3 ans ($p = 0,016$). Les patients ayant un protocole avec don de gamètes ont une demande de tendresse significativement plus importante ($p = 0,036$). Cette demande de tendresse a tendance à diminuer avec l'augmentation de l'âge. Il n'y a pas d'influence concernant l'origine de l'infertilité.

Après le diagnostic d'infertilité, les patients de notre étude sont 36,2% à avoir une demande plus forte de tendresse. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à l'exprimer ($p < 0,001$). Cette demande a tendance à diminuer avec l'augmentation de l'âge et est plus forte chez les patients dont l'infertilité est d'origine mixte ($p = 0,088$). Il n'y a pas d'influence du type de protocole suivi ni de la durée de suivi en AMP.

Comme dans notre étude, Ohl et al. [33] retrouvent une demande de tendresse plus forte chez les femmes que chez les hommes ($p < 0,001$)

Donc on peut noter deux moments clés dans les modifications du comportement sexuel, celui de l'annonce de l'infertilité et celui des examens médicaux investigateurs. L'impact des examens médicaux est différent selon l'acceptation de l'infertilité.

Le médecin peut participer aux perturbations du couple en utilisant certains termes comme : « mauvais sperme », « mauvaise ovulation », « incompatibilité » [38].

Il s'agit réellement d'une « crise d'identité du couple » à laquelle parfois l'adultère semble être la solution où les rapports intra-conjugaux apparaissent comme une corvée [14-16].

3) Répercussions des examens diagnostiques

Les exigences de l'AMP (délai d'abstinence, recueil de sperme par masturbation dans une pièce exigüe) rajoutent au désarroi [46].

La référence médicale opposable concernant la stérilité du couple autorise à commencer l'exploration du couple souhaitant un enfant après un an de rapports sexuels sans contraception. Une exploration plus rapide peut être envisagée si la femme a plus de 35 ans, en cas de troubles du cycle ou de pathologie connue ou suspectée chez l'homme ou la femme [7].

Certains troubles sexuels sont associés aux investigations et examens médicaux. On parle « d'anxiété de performance reproductive » pouvant engendrer des pannes sexuelles qui

entraveraient le traitement. Paradoxalement certains hommes vont chercher à augmenter leur activité sexuelle [40].

Les contraintes des prélèvements pour les hommes sont souvent perçues comme dévalorisantes : délai d'abstinence, recueil de sperme par masturbation post-mictionnelle dans une pièce exigüe avec une littérature appropriée. Pour certains, un ou deux échecs de prélèvements peuvent conduire au cercle vicieux de peur de l'échec avec anxiété et sentiment de dévalorisation [47]. Les difficultés de prélèvements sont souvent relatées au cours des premiers mois, puis le geste se banalise avec le temps et l'habitude. La réalisation du spermogramme est donc responsable d'une « sexualité mortifiée » [48].

Le test de Hühner peut être responsable d'impuissance iatrogène [14]. Il peut s'avérer négatif chez les hommes ayant un sperme normal du fait d'une dyséjaculation ou anéjaculation, ou provoquer une impuissance iatrogène [7].

Le test de pénétration croisée est souvent interprété comme test de comptabilité de couple et la mise en concurrence directe avec un « rival imaginaire » peut être douloureuse [7].

La planification des examens semble être une expérience traumatique pour certains patients [20]. D'autre part les locaux des laboratoires pour les recueils peuvent vite être anxiogènes ainsi que l'attente dans les couloirs.

Il faut garder à l'esprit que les investigations d'infertilité peuvent avoir des répercussions sur la sexualité du couple, mais aussi profiter de ce moment pour s'enquérir de difficultés sexuelles et établir un climat de confiance et rassurer. Notre étude montre que 61,33% des femmes pensent que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés versus 56,7% des hommes.

Un examen physique de l'homme permet souvent de le rassurer sur sa virilité (fonctionnalité sexuelle) quels que soient les résultats des examens de fertilité, et ainsi l'amener à ne pas confondre virilité et fertilité [46].

Concernant la femme, celle-ci est également confrontée à de nombreux examens médicaux invasifs, que ce soit l'hystérocopie, l'hystérosalpingographie... Ces examens sont

source d'anxiété et responsables de douleurs. Certains requièrent des conditions précises, notamment la période du cycle (première partie) qui oblige la patiente à suivre ses cycles et ses ovulations de près, parfois vécus comme une corvée. La réserve ovarienne ramène sans cesse la patiente à sa capacité à concevoir et son rôle de mère ainsi qu'à la peur de la ménopause.

4) Répercussions du traitement de l'infertilité

Les techniques d'AMP vont dans le sens d'une séparation au sein d'une même sexualité, de fait du but de la pulsion sexuelle et de la fonction de reproduction. Elles ne constituent pas un traitement de la stérilité mais permettent de répondre au désir d'enfant en contournant le problème. La loi de bioéthique de 2011 stipule que l'accès à l'AMP est réservé aux couples de sexes différents en âge de procréer, et ayant une infécondité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué. L'AMP intervient en mimant l'acte sexuel : procréation sans sexualité [7].

Mais elle est source de contraintes avec l'obligation de programmation, la perte de l'intimité, le délai d'abstinence, la masturbation, ce qui entraîne souvent une diminution de la fréquence des rapports [49]. Les couples traités par stimulation avec insémination intra-utérine s'obligent très souvent à une abstinence prolongée pour que le sperme soit de meilleure qualité possible le jour du recueil, les gynécologues s'abstenant le plus souvent de toute recommandation.

Selon Reder, concernant les troubles sexuels, tels les troubles du désir, de l'excitation, de l'érection, de l'éjaculation, ils semblent être accentués par la prise en charge médicale. Plusieurs patients, notamment issus d'IAC ou FIV avec sperme du conjoint, ont admis rencontrer des troubles du désir sexuel lorsqu'ils devaient faire un don de sperme ou lors du pic ovulatoire [32]. Ce résultat est confirmé par Drake et Grunert [50] qui avaient remarqué que l'érection n'était pas toujours obtenue au moment attendu et que l'impuissance psychogène n'était pas rare. Cependant, notre étude n'est pas aussi radicale sur ce point là. En effet, il n'y a pas de diminution du désir sexuel lors de la prise en charge thérapeutique (56,81% des femmes et 73,99% des hommes ont un désir sexuel équivalent ou plus important lors des traitements).

La présence constante des médecins auprès du couple peut être vécue comme une intrusion majeure dans la vie sexuelle du couple, le médecin se retrouvant en position de témoin [51]. De plus, par enthousiasme, voire par naïveté, les couples informent leur entourage familial, professionnel, amical des procédures en cours et ressentent douloureusement l'indiscrétion que cela suscite, en particulier en cas d'échec.

Pour certains couples, le passage aux inséminations ou aux fécondations in vitro sera vécu comme un soulagement, car ils seront ainsi dispensés de l'obligation de rapports sexuels et déchargés de l'obligation d'une sexualité procréative. Il apparaît que la prise en charge médicale de l'acte procréateur peut coïncider avec la cessation de toute relation sexuelle dans le couple, lequel se déclare parfois soulagé de « la disparition de ce qui était devenu une véritable corvée » [41].

Bianchi-Demicheli et al. [40] notent la probable participation de la prise de poids due au traitement hormonal dans la diminution du désir sexuel féminin : la perturbation de l'image corporelle peut amener la femme à se sentir moins attirante, « à diminuer son désir sexuel ».

L'altération de la vie amoureuse est une des raisons principales des mises en suspens des traitements. Si l'échec se prolonge, rares sont les couples qui n'en paient pas le prix : séparations provisoires, voire définitives [52].

Pour Reder et al, le traitement médical, et plus particulièrement les contraintes, inhibent les hommes et les femmes. Ces relations sexuelles, ne laissant aucune place à la spontanéité, réduisent ainsi le désir sexuel [32].

Dans l'étude de Reder et al, la majorité des couples sont convaincus qu'ils n'ont pas plus de rapports sexuels pendant les périodes de traitement. Dans notre étude 46,3% des femmes ont plus de rapports sexuels en dehors des périodes de traitement versus 34,98% des hommes. Ce résultat nous laisse penser que les rapports sexuels, pendant les périodes de prise en charge médicale, sont soumis à davantage de contraintes, réalisés plus dans l'optique d'obtenir une grossesse que dans celle d'éprouver du plaisir et voient leur spontanéité limitée [32].

En cas d'échec des traitements, le diagnostic de stérilité définitive peut détériorer la relation du couple [53].

5) Troubles sexuels à l'origine de l'infertilité

On peut estimer que 5% des couples ont des antécédents de troubles sexuels. Ces problèmes sexuels peuvent être d'origine organique et/ou psychologique, d'origine conjugale, masculine et/ou féminine. L'interrogatoire permettra de s'assurer que les rapports sexuels ont lieu par voie vaginale : certains couples ont des rapports anaux, ombilicaux ou par masturbation et considèrent naïvement qu'une grossesse peut en résulter [47]. L'homme pour être fécond doit avoir sa fonction érectile intacte : désir, excitation/érection, éjaculation. Les troubles de la sexualité peuvent empêcher la fécondation et l'AMP.

a) Causes conjugales

Les mariages non consommés peuvent être la conséquence de vaginisme ou dyspareunie importante et éjaculation prématurée, de troubles de l'érection allant de la dysérection de pénétration jusqu'à l'anérection primaire ou l'éjaculation ante portas. Les troubles masculins sont alors masqués par le vaginisme et se révèlent au premier plan si la femme évolue.

La baisse de la fréquence des rapports sexuels peut faire suite à une baisse de libido consécutive à d'importants conflits conjugaux, à un manque de désir sexuel [46].

Une éducation sexuelle inadéquate, un manque de connaissances ou des croyances erronées dans le domaine sexuel peuvent être à l'origine d'infertilité à cause de rapports sexuels inappropriés [46].

Certains couples ont fait le choix de ne pas avoir de rapports sexuels. Cet aspect ne leur pose aucun souci, n'apparaît pas comme un problème socialement sauf quand il s'agit d'avoir un enfant. Cela pose un problème éthique aux équipes médicales d'avoir à répondre favorablement ou pas à la demande d'AMP pour des couples sans sexualité. Ces couples ayant des troubles sexuels à l'origine d'une infertilité souvent n'osent pas, ou ne savent pas ou ne veulent pas en parler. Parfois la demande d'enfant est une demande déguisée de prise en charge du problème sexuel. Lorsque le bilan révèle l'absence de vie sexuelle dans le couple, choisir de traiter la cause ou la conséquence n'est ni facile ni anodin. Ces étiologies doivent être recherchées et explorées et méritent un travail psychologique ou psychanalytique pour cerner la cause de ces difficultés. La FIV, traitement palliatif et non étiologique des altérations tubaires ou spermatiques, peut trouver alors une indication dans les défaillances de sexualité.

b) Causes masculines

Plusieurs causes de troubles sexuels peuvent être répertoriées : l'absence de pénétration, ou pénétration sans éjaculation, dysérection de pénétration, anérection, anéjaculation ou éjaculation ante portas, absence de désir, phobie ou évitement des rapports sexuels.

c) Causes féminines

Le vaginisme et la dyspareunie importante peuvent empêcher d'avoir une sexualité fonctionnelle en cas de désir d'enfant. Les troubles du plaisir, du désir ou de l'excitation sont toujours niés et ne font jamais l'objet de plainte [7].

L'endométriose, une des grandes causes d'infertilité, est une des pathologies qui altère la vie sexuelle : dyspareunie profonde le plus souvent entraînant un évitement des rapports sexuels par peur des douleurs [54].

Les patientes porteuses d'un syndrome des ovaires polykystiques peuvent présenter des perturbations sexuelles en rapport avec un IMC élevé et la présence d'un hirsutisme [55].

6) **Vécus psychologiques des démarches d'AMP**

a) Relation conjugale

***Communication**

L'infertilité peut être source de problèmes de communication entre les deux partenaires ; chacun se renfermant dans sa culpabilité ou dans l'accusation de l'autre. Ces troubles de la communication peuvent être à l'origine de conflits et d'incompréhension intra-conjugaux.

Il n'est pas rare que l'un des deux partenaires blâme l'autre ou l'accuse de ne pas être à égale contribution dans le processus de prise en charge médicale, les examens et les traitements [20, 38, 56].

Si l'infertilité est masculine, la femme peut surprotéger son partenaire, aller jusqu'à s'accuser elle-même d'être responsable de l'infertilité [57,58].

Keye Jr WR montre que beaucoup de ressentiments peuvent être exprimés lorsque l'un des deux partenaires est plus impliqué que l'autre [20]. Dans notre étude, les conjoints n'ont pas tendance à accuser leur partenaire, en effet, 81,64% des femmes ne font jamais de reproches à leur conjoint versus 94,64% des hommes. ($p < 0,001$)

Athea observe également combien le non-dit peut s'installer entre les deux partenaires, l'un croyant protéger, épargner l'autre en n'en parlant pas [38].

Slade et al notent une pauvreté de la communication, qui va grandissante dans le temps chez les femmes [59]. Daniels montre que les femmes comparées aux hommes, montrent un plus grand changement d'attitude et de réponses à l'encontre de leur partenaire, lequel peut relater plus de conflits [60,61]. Dans notre étude, les hommes et les femmes ne sont pas trop affectés par ce manque de communication puisque 64,84% des femmes et 69,06% des hommes avouent ne pas en souffrir.

Mais la capacité des couples à communiquer serait associée à la façon dont le mari s'empare de l'infertilité et à la façon dont son épouse perçoit l'incidence de l'infertilité sur son mariage [62].

***Satisfaction**

La satisfaction sexuelle et conjugale a été largement investie par la recherche nord-américaine. Les résultats sont contradictoires. La moitié des auteurs ayant abordé le thème de la satisfaction sexuelle trouve peu de différences entre la population infertile et les autres. L'autre moitié rend compte de résultats plus nuancés, ou démontre les effets délétères de l'infertilité sur le couple ou sur les partenaires de manière différenciée.

Daniluk suggère que l'infertilité inexplicée, idiopathique serait corrélée à une plus grande insatisfaction sexuelle des couples [58].

Pepe et Byrne prennent en considération les différentes étapes de la prise en charge en AMP. Ainsi, ils concluent à une satisfaction conjugale inchangée avant et après traitement, à une satisfaction sexuelle moindre durant et après traitement [63].

Wischmann et al trouvent que les femmes sont plus satisfaites de leur sexualité et de leur conjugalité que les autres femmes, de même pour les hommes confrontés à l'infertilité en référence au groupe d'hommes contrôle [64].

Une étude rétrospective, celle de Hammarberg et al, qui a étudié l'impact sexuel deux à trois ans après les FIV, conclut que pour la majorité de son échantillon, quelle que soit l'issue des AMP, l'impact des FIV a été de très à un peu négatif [65].

Selon Berg et Wilson, l'infertilité et sa prise en charge médicale seraient à l'origine de la baisse de la satisfaction concernant la vie de couple [66].

Certaines recherches développent une thèse selon laquelle l'expérience de l'infertilité aurait la vertu de rapprocher ou de souder le couple [67,68], à tel point que celui-ci serait plus heureux qu'un couple fertile [69,70], ces résultats corroborent les résultats de notre étude qui montre que 61,33% des femmes pensent que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés versus 56,7% des hommes.

Néanmoins, cette satisfaction conjugale serait très dépendante du bien-être du partenaire ou de la réaction féminine à l'infertilité sur le plan personnel et social [71,72].

Nyland suggère que la satisfaction conjugale est plus élevée chez les femmes que chez leurs partenaires, et que celle-ci décroît dans le temps chez celui qui n'est pas diagnostiqué infertile [73].

Reder et al ont montré une différence de satisfaction sexuelle entre les couples ayant adopté un enfant et les couples n'ayant pas eu recours à l'adoption. En effet, il semble que les premiers soient légèrement moins satisfaits de leur vie sexuelle que les seconds [32]. Notre étude ne nous a pas permis d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse car l'effectif des patients ayant adopté était trop faible.

Leiblum SR et al [74] ont montré dans leur étude que la satisfaction globale était meilleure chez les femmes ayant un succès de FIV que celles ayant eu un échec. D'autre part, il explique qu'il apparaît difficile de déterminer l'impact de la durée d'obtention d'un enfant par AMP sur la vie maritale. Il met en évidence que 58% de ses patientes sans enfant versus 59% des patientes avec un enfant adopté ont abandonné les traitements à cause de l'effet négatif de l'ensemble de la prise en charge sur la vie maritale et sexuelle. De plus, une fois les traitements arrêtés, le taux de satisfaction globale revient au même taux que celui des femmes

fertiles. Cependant, il semble tout de même difficile de savoir quel a été l'impact à long terme sur les couples qui ont suivi dans leur vie un parcours d'AMP.

***Ajustement conjugale (relation de couple)**

Les enquêtes réalisées utilisent souvent la DAS : Dyadic Adjustment Scale de 1976. Cette échelle à 32 items mesure la qualité de la relation conjugale en abordant la satisfaction de l'interrogé à l'égard de sa relation, le consensus mutuel (à quel degré les partenaires sont perçus comme ayant des rôles égaux dans les décisions domestiques et sociales), la cohésion mutuelle et l'expression des affects au sein de la relation.

La littérature dédiée à ce sujet est loin d'être unifiée. Beaucoup d'études démontrent que l'infertilité serait de nature à générer un ajustement conjugal stable et satisfaisant ou plus important chez les couples infertiles que chez les autres couples, à soutenir et protéger le couple, ou renforcer la cohésion, la relation de couple.

Ulbrich et al montrent que c'est le stress associé à l'infertilité qui peu à peu minerait l'ajustement du couple, pour maris et femmes [75].

Pour Benazon et al [76], plus les investigations progressent, plus le fonctionnement conjugal se détériore ce qui s'oppose à la thèse de Markestad et al. [77] selon laquelle il n'y a pas de corrélation possible avec la durée du traitement.

Slade et al, suggèrent que, comparés aux couples fertiles, les couples infertiles ont un ajustement conjugal plus carencé en consensus et plus élevé en cohésion : quand bien même les partenaires ne seraient pas en accord, ils ont néanmoins un très fort engagement mutuel [23].

Une distinction entre les sexes est également établie par Slade et al [59], Wright et al [78], Daniluk [58] et Lalos et al [79] qui notent que les femmes ont un ajustement sexuel, conjugal et psychologique plus pauvre que celui de leurs partenaires infertiles et qui diminuerait durant le parcours en AMP et avec la durée de mariage [75].

Le diagnostic est également corrélé : l'infertilité masculine abaisse l'ajustement sexuel et l'infertilité féminine abaisse l'ajustement conjugal [80].

Cependant Reder et al montrent que les désaccords conjugaux n'ont pas augmenté pour la plupart des patients et ils sont un certain nombre à penser que le diagnostic d'infertilité les a rapprochés. Ce dernier constat est d'autant plus vrai pour les femmes, sans doute car elles sont plus sensibles et que leurs partenaires répondent dans la majorité des cas à leurs attentes, à leur demande de tendresse et de soutien exacerbée par la situation [32].

Concernant les désaccords conjugaux, nous n'avons pas pu démontrer une augmentation ou une diminution des désaccords car nos résultats n'étaient pas significatifs.

b) Retentissement moral

Outre les contraintes physiques importantes, les techniques d'assistance médicale à la procréation s'accompagnent d'une lourde charge émotionnelle et psychologique, à la fois pour l'homme et pour la femme.

Le vécu de la prise en charge en AMP demeure très hétérogène. Les femmes vivent avec plus de difficultés cette situation, se font plus souvent des reproches ou culpabilisent davantage que les hommes quand elles pensent à leur infertilité [32]. Cette observation confirme le résultat d'Andrews et al. [22] qui indiquait que la femme était plus sensible à la baisse de l'estime de soi et qu'elle était plus concernée par la culpabilité que ne l'était son partenaire. Dans notre étude, ce résultat n'a pas été démontré.

Plusieurs étapes de la prise en charge en AMP peuvent être décrites. Il existe une évolution temporelle de ressenti de la prise en charge. Ainsi, lors de la première phase, les couples vivraient relativement bien l'AMP car ils seraient motivés à faire de leur mieux et auraient une forte confiance dans les avancées scientifiques de ce domaine. Puis, lors de la deuxième phase, ils commenceraient petit à petit à douter de l'efficacité de ces méthodes et à perdre espoir, ce qui engendrerait un vécu plus éprouvant de la prise en charge. Enfin, lors de la dernière phase, ils seraient résignés et tout en gardant un petit espoir, poursuivraient d'autres objectifs, d'autres rêves ou ambitions, ce qui conférerait une place moindre à l'AMP dans leur vie et par conséquent un vécu à nouveau plus facile des démarches [32].

Goëb JL et al [8] expliquent dans leur étude que le stress au cours des procédures est éprouvant pour le couple, surtout pour la femme, en particulier pendant l'attente de la nidation de l'embryon conçu, avec une reprise de la tension au moment de l'échec du cycle. L'importance des fluctuations hormonales chez la femme traitée au cours des cycles est

soulignée et peut parfois être responsable de certaines fluctuations d'humeur plus importantes qu'au cours des cycles naturels. D'autre part, ils font remarquer que l'absence de contact avec l'équipe hospitalière au cours de ces phases est très mal vécue, avec un sentiment fort d'abandon.

Goëb JL et al [8] décrivent deux types d'anxiété : l'anxiété *état* qui reflète davantage un état chronique du fait de l'expérience de l'infertilité et des traitements antérieurs et l'anxiété *trait* qui reflète une situation aiguë en rapport avec l'attente des résultats du cycle. Les niveaux d'anxiété sont plus importants chez les femmes, qui paraissent plus investies et impliquées physiquement et psychologiquement dans les étapes du traitement, que chez les hommes.

En cas d'échec de l'AMP, les sentiments vécus sont plus intenses chez la femme que chez l'homme, avec l'impression d'avoir été trompée sur les chances de succès, la frustration, la déception, la tristesse, la colère, l'impuissance, la perte, le vide et la culpabilité [81]. L'échec est suivi d'environ 60% de dépression chez les femmes et 40% chez les hommes. Les taux de dépression sont plus faibles chez les femmes ayant des enfants biologiques ou adoptifs après l'échec de l'assistance médicale à la procréation que chez des femmes sans enfants. Dans notre étude, nous n'avons pas étudié les comportements après les résultats, ainsi nous ne pouvons pas affirmer si le taux de dépression post-échec est plus important chez la femme que chez l'homme.

L'optimisme initial ne paraît pas protéger de la détresse qui suit l'échec des procédures [8].

D'autre part, l'annonce de la grossesse est généralement suivie de davantage d'anxiété chez les femmes bénéficiant d'une AMP que chez les femmes ayant eu une grossesse naturellement. Les niveaux d'anxiété croissent avec le nombre de cycles d'AMP [8].

McMahon CA et al [82] expliquent que l'anxiété diminue avec l'attachement de la femme au fœtus, notamment grâce à l'échographie fœtale.

Goëb et al [8] évoquent dans leur étude la spécificité de la situation où un des membres du couple est séropositif. Ils mettent en évidence un paradoxe de ces couples sérodiscordants qui doivent avoir recours à l'AMP tout en n'étant pas a priori dans une

situation d'hypofertilité ou de stérilité. La grande différence avec les couples infertiles, est que ces couples sérodiscordants ne peuvent avoir de rapports sexuels non protégés en parallèle des démarches d'AMP, alors que les autres couples peuvent essayer de concevoir naturellement en parallèle de l'AMP. Le recours à l'AMP est donc exclusif. Cette particularité peut accentuer le clivage entre sexualité et procréation.

A noter que dans notre étude, à défaut de vouloir bénéficier d'un soutien psychologique, 24,61% des femmes pensent que parler des difficultés sexuelles au cours de leur prise en charge en AMP devrait être systématiquement proposé, versus 18,3% des hommes. Ainsi, il apparaît donc utile de pouvoir en tant que soignant donner la possibilité aux patients de consulter un psychologue ou non.

c) Retentissement social

Il semble que les patients aient du mal à admettre qu'ils ont rencontré certaines difficultés. Cette situation est sans doute liée à la désirabilité sociale qui veut que l'on se présente comme des personnes courageuses, qui traversent sans trop de difficultés ce type d'épreuves [32].

Au delà du retentissement sur la sexualité, l'infertilité et sa prise en charge ont un rôle sur la vie globale des patients. Le sujet devient omniprésent dans la vie du couple et dans son entourage (famille, amis, collègues...). Le retentissement sur la sexualité est tel que parfois, il peut entacher la vie de couple dans sa globalité amenant parfois à des séparations.

La prise en charge médicale en AMP est lourde et avide de temps. Il est souvent difficile pour les femmes de concilier travail professionnel et AMP. De plus, les effets secondaires des traitements hormonaux amènent régulièrement à des arrêts de travail du fait de l'asthénie, les douleurs, les nausées/vomissements engendrés.

Beaucoup de couples ont tendance à s'isoler afin d'éviter de côtoyer des couples avec leurs enfants, leur grossesse...leur rappelant encore plus leur situation de couple infertile. Leur vie sociale est mise de côté. Certains couples ressentent le besoin de parler du sujet à leur entourage (familial, amical, professionnel..), ce qui peut parfois rendre la situation difficile du fait de la curiosité des gens et ce, surtout en cas d'échec.

Manoj M et al [83] expliquent que la pression sociale et parentale existent réellement et notamment sur le fait de maintenir le nom dans la famille au fil des générations. Dans son étude américaine, il décrit que 83,3% des couples infertiles ressentent une pression d'enfanter ; les parents étant majoritairement responsables de cette pression, puis les amis et les grands-parents.

7)Limites

a) Les Biais

Le fait que certains patients n'aient pas répondu au questionnaire remis constitue un biais dans notre étude. En effet, peut-être que ces patients-là n'exprimaient pas de « plaintes sexuelles » ou au contraire que leur souffrance les a empêchés de répondre à notre questionnaire.

Par ailleurs, notre questionnaire n'a concerné que les couples qui sont allés au bout de leur tentative. L'impact du refus de prise en charge, de l'arrêt de stimulation ou de l'échec de fécondation n'a pas été pris en compte. Cela constitue un biais de sélection.

Il s'agit d'auto-questionnaire, il s'agit d'un recueil de données sur la base du déclaratif. En conséquence, cela peut amener à beaucoup de biais : le biais d'information et de mensonge que ce soit pour se protéger ou protéger sa partenaire, qu'il soit conscient ou inconscient. En effet, les réponses données par les patients ne sont parfois que la « face visible de l'iceberg », en effet nombre de non-dits peuvent être constatés. Un biais de classement peut se décrire dans cette situation. Se souviennent-ils réellement de leur vie sexuelle avant la prise en charge ? D'autant plus que la plupart des patients étaient interrogés plutôt vers la fin de la prise en charge où les étapes du diagnostic, des investigations puis des traitements sont passés. Ce biais peut constituer à lui seul une faille dans le recueil des données.

D'autre part, lorsque l'ensemble des troubles sexuels secondaires à l'infertilité est exposé, on peut séparer deux types de troubles : les troubles objectifs/mécaniques tels que l'érection, l'orgasme et les troubles plus subjectifs qui sont moins faciles à décrire et à diagnostiquer tels que le trouble de désir, de satisfaction.

b) Pistes mal explorées

Plusieurs pistes ont été mal étudiées dans cette étude ainsi que dans l'ensemble de la littérature et devraient être prises en considération :

- Le stade de prise en charge médicale au moment de la recherche n'est pas précisé comme si le traitement était uniforme, identique du début à la fin, comme si également le temps n'avait aucune incidence et ne constituait pas en soi une variable à part entière.
- La comparaison systématique des couples infertiles engagés dans l'AMP avec des couples fertiles pose problème. Les couples infertiles subissent outre les effets de l'infertilité, ceux de son traitement médical. Cette opposition-distinction artificielle entre ces deux populations (de laquelle les couples infertiles non engagés dans les AMP sont exclus) pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude. Il est souvent difficile de distinguer les effets de l'infertilité de ceux de son traitement.
- Notre questionnaire ne nous permet pas d'étudier l'impact de la religion sur la sexualité et l'AMP. Pourtant, durant les consultations, il est indéniable que la religion a son rôle à jouer. Certaines religions prônent des familles nombreuses comme c'est le cas pour le catholicisme. Dans la culture maghrébine, la femme est dans l'obligation de donner un enfant à son mari (choisi ou non), si l'infertilité la touche, elle risque d'être bafouée de ses droits de femme et mal considérée par la société et la famille qui se veut insistante. D'autre part, l'intrusion des équipes médicales lors de la prise en charge (réalisation de spermogramme, test Huhner...) entrave la culture de certains couples qui le vivent comme une violation de leur intimité. Ainsi, il aurait été intéressant d'étudier ce paramètre afin de juger l'impact de la religion sur la sexualité et l'infertilité. Cependant, sur le plan éthique, cette question serait à revoir.
- D'autre part, il n'est pas précisé dans notre étude l'ancienneté du couple. En effet, il serait intéressant d'évaluer les réactions des différents couples face à l'infertilité selon leur expérience de couple, leur vécu. Deux couples du même âge ne réagiront pas de la même façon selon que le couple existe depuis seulement quelques années que s'il existe depuis une dizaine d'années. En effet, la vie sexuelle n'est sans doute pas la

même aux débuts d'une relation que lorsqu'un couple est bien ancré dans la routine depuis des années.

- Il aurait été également intéressant de pouvoir faire préciser la cause exacte de l'infertilité. Par exemple, une infertilité dont l'origine est tubaire (secondaire à des salpingites) ou l'origine est une dysovulation, l'impact n'est pas le même. En effet, la part de culpabilité n'est pas la même où dans le premier cas, les fautes de conduites sexuelles sont à l'origine de cette infertilité et dans le deuxième cas il s'agit d'un problème indépendant du comportement de la patiente qui ne peut se reprocher quoi que ce soit et qui est sans doute plus facile à appréhender.
- De plus, du fait que cette étude se déroule en France, l'aspect financier que représente l'AMP n'est pas considéré. De nombreuses études américaines évoquent ce problème. Ainsi d'emblée cet aspect amène à une grosse sélection des couples aux Etats-Unis, qui n'existe pas en France ; et dans ce cas là seuls les couples aisés seront étudiés.
- Plusieurs éléments manquent à la description de la population étudiée : le niveau d'étude, le travail effectué, la religion notamment. En effet, le haut niveau d'étude peut être associé à une réflexion plus importante sur la capacité de concevoir et parfois source de plus hautes angoisses. De même, un grand travailleur sera moins amené à passer du temps à se poser ce genre de questions et aura le temps de penser à d'autres thèmes et se libérer l'esprit de cette angoisse contrairement à la femme au foyer/le chômeur qui peuvent rapidement tourner en rond et dont la conception devient obsessionnelle.

8)Rôle de l'équipe soignante

L'équipe soignante devrait, outre son devoir de prise en charge technique, être attentive aux aspects négatifs potentiels de l'infertilité et de ses traitements sur les relations conjugales et la sexualité.

Pour permettre aux couples de parler de leur vie intime, de comprendre leur sexualité, d'amorcer des difficultés potentielles ; pour les couples demandeurs d'évoquer le sujet de la sexualité, l'équipe soignante doit être dans la possibilité de leur proposer de discuter de leurs

éventuelles difficultés sexuelles ou problèmes conjugaux. Ainsi, si l'équipe initie la démarche, ils seront sans doute plus nombreux à recourir au soutien psychologique et elle pourra en aider un certain nombre à traverser ces difficultés spécifiques. En effet, aborder les difficultés sexuelles et conjugales, thème relativement tabou, peut s'avérer compliqué pour des couples déjà en souffrance. Faire le premier pas vers eux, que ce soit lors d'entretiens cliniques ou par le biais de plaquettes informatives en libre accès, semble essentiel si nous voulons axer notre politique de soin vers la prévention de ces difficultés spécifiques.

Reder et al. [32] ont établi des recommandations à l'équipe soignante :

- Discuter de la possible perte de spontanéité des rapports et de la diminution du désir.
- Souligner les éventuelles conséquences négatives des stratégies mises en place par les couples pour maximiser leurs chances de grossesse.
- Initier la demande (plaquettes informatives, entretiens cliniques...).

Pirard C propose d'autres recommandations [46] :

- Ouvrir systématiquement la discussion sur les relations liées à la sexualité en tenant compte des différences homme/femme. Aborder le sujet avec les couples leur permet d'exprimer des craintes ou des souffrances qu'ils n'auraient pas spontanément énoncées. Il est donc important d'évoquer le sujet au moins une fois lors des premières consultations. Sans une ouverture de la part du soignant, il est difficile pour le patient d'aborder ce sujet de la sexualité.
- Considérer la signification et la sévérité des dysfonctions sexuelles pour les individus eux-mêmes. Il est important de dédramatiser les problèmes sexuels des couples sans en minimiser l'impact. Etablir si le problème sexuel est préalable ou secondaire à l'infertilité. Evaluer si le problème est transitoire et réversible ou plus ancien. Une prise en charge adaptée est alors proposée que ce soit une éducation et un soutien ou une prise en charge organique.
- Evaluer les aspects psychologiques associés à la crise d'infertilité ayant un effet sur la sexualité (ex : dépression). Proposer un soutien psychologique au cas par cas.
- Aider les patients à reconstruire leur sexualité comme une source de plaisir dans les cas où la sexualité est devenue axée et fortement basée sur la performance. Répéter aux couples, dès le

début de leur parcours, que leur vie intime doit rester ou redevenir une fin en soi et non plus uniquement un moyen de procréation.

A ces recommandations peut se rajouter :

-L'importance de former en théorie et en pratique l'ensemble des équipes médicales non habituées, parfois mal à l'aise avec la sexualité, parfois ne sachant pas comment aborder le sujet avec délicatesse sans rendre mal à l'aise le couple.

L'équipe de Goëb soulève une série de questions pertinentes sur l'avenir des couples infertiles. Il apparaît donc important de savoir y répondre ainsi que de rassurer: quel est déjà et quel sera l'impact de l'AMP sur leur vie affective, leur vie de couple, leur manière de devenir parents ? La conception et la vie de l'enfant suffiront-elles à effacer les blessures narcissiques liées à l'infertilité ? Auront-ils des pensées lancinantes concernant leur infertilité et son traitement ? Ce parcours s'interposera-t-il dans leur expérience avec l'enfant ? Seront-ils davantage protecteurs envers cet enfant du fait d'une grossesse difficile à obtenir ? Comment envisageront-ils d'informer leurs familles de leur démarche, puis l'enfant de ses origines ? Comment répondront-ils aux réactions de l'enfant ? Souhaiteront-ils un autre enfant ? Souhaiteront-ils à nouveau bénéficier des techniques d'AMP ? L'ensemble de ces questions ne ressortira probablement que dans un second temps [8].

Mais il existe en pratique des difficultés à appliquer ces recommandations. En effet, plusieurs obstacles apparaissent : le manque de temps en consultation, l'attitude non réceptive de certains patients, le manque d'expérience du soignant à parler de sexualité, les différences culturelles... peuvent expliquer que la prise en compte de la sexualité en consultation d'AMP n'est pas systématique. Parfois, l'équipe soignante est confrontée à un dilemme éthique lorsque les problèmes sexuels sont responsables de l'infertilité, mais que les patients veulent commencer le traitement sans essayer d'abord de résoudre leurs difficultés. Il est important dans ce cas-là, de discuter en réunion pluridisciplinaire afin de décider de mettre en place un traitement ou de prendre en charge les problèmes sexuels au préalable.

VIII-CONCLUSION

Cette étude permet de faire un constat sur la sexualité des couples pris en charge en AMP dans notre centre au CHU de Bordeaux et celui du CHU de Strasbourg.

Lire ce questionnaire et pouvoir y répondre ont permis aux patients de parler de leur vie intime, de (re)donner un sens à leur sexualité et un moyen de faire le point sur leur vie sexuelle et conjugale, l'objectif étant que leur vie intime redevienne une fin en soi et non plus uniquement un moyen de procréation.

Il en ressort que l'AMP est un parcours long et fastidieux et que la vie sexuelle est modifiée dans le bon ou le mauvais sens du terme. La sexualité plaisir et la sexualité reproduction prennent tout leur sens lorsque le diagnostic d'infertilité est posé. Souvent comparé au parcours du combattant, le parcours d'infertilité renforce les partenaires ou les dissocient.

Les femmes sont les plus touchées par ce problème médical ou du moins le déclarent davantage. Cependant, ce questionnaire n'est que la face visible de l'iceberg ; sans doute beaucoup de non-dits restent en suspens. Toutefois, il a le mérite d'être une perche afin d'amorcer le dialogue dans le couple sur leur sexualité. En effet, cette notion est trop peu développée pendant les consultations de départ ou de suivi en AMP.

Cette étude a pour but de comprendre le ressenti de nos patients afin de mieux appréhender le sujet en consultation. Car la difficulté pour les médecins est de savoir comment parler de ce sujet aux patients, un thème qui n'est pas réservé aux sexologues. Un patient qui n'ose pas en parler ne le fera pas si le médecin ne lui tend pas la main ; de son côté le médecin peut penser que le patient n'a rien à dire sur ce sujet ou ne souhaite pas l'évoquer.

Il apparaît donc utile que les médecins bénéficient d'une formation théorique spécifique sur ce sujet et qu'évoquer le sujet de la sexualité devienne un réflexe pour tous les médecins.

En prenant en compte la sexualité dans le cadre de l'infertilité, l'AMP est abordée dans une approche plus globale qui permet d'avoir une meilleure alliance thérapeutique.

Cependant, il semble tout de même difficile de savoir quel a été l'impact à long terme sur les couples qui ont suivi dans leur vie un parcours d'AMP. Il serait donc intéressant de récupérer des appréciations formulées par le couple dans l'après-coup, à un stade ultérieur dans le parcours en AMP ou hors des AMP.

D'autre part, il me semble important, compte-tenu des débats actuels, d'évoquer la question de l'accès des couples homosexuels à l'assistance médicale à la procréation. Les femmes seules et les femmes homosexuelles qui souhaitent un enfant sont acceptées dans les centres d'AMP dans de nombreux pays européens, limitrophes (Belgique, Espagne, Pays-Bas, Danemark, Grande Bretagne). Les couples d'hommes (qui eux ont besoin d'une GPA ou gestation pour autrui) doivent aller un peu plus loin. Ce qui est légal d'un côté de la frontière est interdit de l'autre. Comment ne pas s'interroger sur le bienfondé d'une loi qui interdit ce que l'état voisin autorise, et parfois même au sein de la même communauté ? Question soulevée par Dr Belaisch-Allart (Chef du service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Centre hospitalier des 4 Villes (Sèvres)). L'ensemble de ce débat est fortement tourné sur l'intérêt de l'enfant. De plus, il apparaît une question qui fait débat et qui met en évidence l'inégalité entre femme et homme homosexuels, inégalité qui provient principalement d'une différence physiologique (l'une a un utérus, l'autre non), l'homme nécessitant d'une GPA, l'autre non. La question d'intégrer la GPA dans certains pays comme moyen d'AMP fait débat actuellement dans beaucoup de médias. A l'heure actuelle, ce débat en France est clos mais pourrait très bien ressurgir devant la forte demande de la communauté homosexuelle.

IX-BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse Médical, édition Larousse, 2006
2. Brenot P. Dictionnaire de la sexualité humaine, l'esprit du temps, 2004.
3. Zwang G. Sexologie, 5^e édition, Masson
4. Patrice Lopès, François-xavier Poudat Manuel de sexologie, Masson 2^e édition
5. Bonnaud H. L'inconscient de l'enfant. Navarin éditeur. Le champ freudien.
6. Bydlowski M. Les enfants du désir. Odile Jacob.
7. M.Naouri. Sexualité du couple infertile. Réalités en Gynécologie-Obstétrique N°139, Septembre 2009 ; 31-33.
8. Goëb JL et al. Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. Annales Médico Psychologiques ; 164 (2006) : 781-788.
9. S.Salama et al. Sexualité et infertilité. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 40 (2012) 780-783
10. AW. Schindel et al. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples : prevalence and correlates of dysfunction. J Urol 2008 ; 179(3) : 1056-9.
11. AW. Schindel et al. Premature ejaculation in infertile couples : prevalence and correlates. J Sex Med 2008 ; 5(2) : 485-91.
12. C. Coëffin-Driol, A. Giami. L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 32 (2004) 624-637.
13. Norten JE, Schilling EA, Couchman GM, Walmer DK. Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. Fertil Steril. sept 2001;76(3):S28-S28.
14. Mimoun S. Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité. Psychosom 1993 ; 21 (3) : 251-4

15. Mimoun S. Psychologie masculine et AMP. In: Mimoun SS, editor. *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1999. p. 153–8.
16. Tordjman G. Stérilité, sexualité. *Cahiers Sexol Clin* 1986;76:12–7.
17. Keye Jr WR, Deneris A. Female sexual activity: Satisfaction and function in infertile women. *Infertility* 1983;5:275–85.
18. Chevret-Measson M. Fertilité et sexualité. In: Mimoun S, editor. *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1999. p. 126–8.
19. Gray MJ. Sexual problems in infertility. *The Female Patient* 1980;5: 21.
20. Keye Jr WR. Psychosexual responses to infertility. *Clin Obst Gyn* 1984;27(3):760–6.
21. Mai FM, Munday RN, Rumpe E. Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples. *Psychosom Med* 1972;34:431–40.
22. Andrews FM, Abbey A, Halman J. Is fertility-problem stress different?: the dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril* 1992;57:1247–53.
23. Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997;12:183–90.
24. Czyba JC. Aspects psychologiques des procréations médicalement assistées pour indications masculines. *Stérilité masculine et procréations médicalement assistées Progrès en Andrologie 3*. Paris: Masson; 1989. p. 213–23.
25. Czyba-Gaultier C. L'infertilité masculine. Aspects psychologiques. *Soins Gynécologie Obstétrique Puericulture et Pédiatrie* 1991;118: 27–9.
26. Webb RE, Daniluk JC. Infertile men's experiences of being unable to produce a child. *Men Masculinity* 1999;2:6–25.
27. Sandlow JI. Shattering the myths about male infertility. *Postgrad Med* 2000;107:235–9.
28. Brighenti F, Colombo G. Ruolo maschile e sterilità. *Psichiatria Generale e dell'Eta Evolutiva* 1980;18(4):419–34.

29. Mason M. Male infertility – Men talking. London: Routledge; 1993.
30. Elliot S. The relationship between fertility issues and sexual problems in men. *Can J Hum Sexol* 1998;7(3):295–303.
31. Inhorn MC. Sexuality, masculinity, and infertility in Egypt: Potent troubles in the marital and medical encounters. *J Men Stud* 2002; 10(3):343–59.
32. Reder F et al. Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2009) ; 38 : 377-388.
33. Ohl J et al. Impact de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 ; 37 : 25-32.
34. Berger DM. Impotence following the discovery of azoospermia. *Fertil Steril* 1980;34:154–6.
35. Ramenzanzadeh F et al. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril*, 2006 ; 85 : 139-43.
36. Repokari L. et al. Infertility treatment and marital relationships : a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*, 2007 ; 22 : 1481-91.
37. Mimoun S. Psychologie masculine et AMP. In: Mimoun SS, editor. *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1999. p. 153–8.
38. Athéa N. Nouvelles techniques de procréation — Quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant. *Revue Française de Psychanalyse* 1987;6:1531–42.
39. Czyba JC. La sexualité du couple stérile. In: Pasini W, editor. *Acquisitions récentes en sexologie clinique*. Genève: Médecine et Hygiène ed; 1987. p. 159–62.
40. Bianchi-Demicheli F, Medico D, Lucas H, Chardonnens D. Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction. *Méd et Hyg* 2003; 2429(61):599–602.

41. Czyba JC, Ahami AOT. Répercussions de la stérilité et de ses traitements sur la sexualité masculine. In: Buvat J, Hemabessiere J, editors. Perturbations iatrogènes de la sexualité. Paris: Doin; 1987. p. 89–94.
42. Ahami AOT, Czyba JC. Comportement sexuel masculin et stérilité du couple maghrébin. *Psychol Méd* 1986;18:16–7.
43. Czyba JC, Ahami AOT, Chorier H. La norme sexuelle : fréquence des rapports. *Méd et Hyg* 1985;43:1177–8.
44. Greil AL, Porter KL, Leitko TA. Sex and intimacy among infertile couples. *J Psychol Human Sex* 1989;2(2):117–38 (1989).
45. Fonty B, Bydlowski M. Aspects psychologiques des stérilités masculines. *Méd Psychosom* 1985;1:97–105.
46. Pirard C. Désir d'enfant, désir sexuel : quand infertilité et sexualité se bousculent. *Louvain Med.* 2010 ; 129 (9) : S74-77.
47. Read J. ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *Br Med J* 1999;318:587–9.
48. Granet P. L'impossible place de l'homme au décours des PMA. Paris: SFGOP; 1990 Premières Assises de la SFGOP.
49. Lenzi A et al. Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. *J. Endocrinol Invest*, 2003 ; 26 : 72-6.
50. Drake TS, Grunert GM. A cycle pattern of sexual dysfunction in the infertility investigation. *Fertil Steril* 1979 ; 32 : 542-5.
51. Daubech JF, Commenges-Ducos M. Iatrogénie des PMA : point de vue psychique. *FFER*, 2002.
52. Wirtberg I et al. Life 20 years after infertility treatment. *Hum Reprod*, 2007 ; 22 : 598-60.
53. Dyer SJ et al. Men leave me as I cannot have children' : women's experiences with involuntary childless. *Hum Reprod*, 2002 ; 17 : 1663-8.

54. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qual Health Res*, 2007 ; 17 : 571-85
55. Hahn S. et al. Metformin treatment of polycystic ovary syndrome improves health-related quality-of-life, emotional distress and sexuality. *Hum Reprod*, 2006 ; 21 : 1925-34.
56. Salvatore P, Gariboldi S, Offidani A, Coppola F, Amore M, Maggini C. Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertil Steril* 2001;75(6): 1119–25.
57. Tennen H, Affleck G, Mendola R. Causal explanations for infertility: their relationship to control appraisals and psychological adjustment. In: Stanton AL, Dunkel-Schetter CH, editors. *Infertility Perspectives from Stress and Coping Research*. New-York and London: Plenum Press; 1991. p. 109–31.
58. Daniluk JC. Infertility : intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil Steril* 1988;49:982–90.
59. Slade P, Raval H, Buck P, Lieberman BE. A 3-year follow-up of emotional, marital and sexual functioning in couples who were infertile. *J Reprod Infant Psychol* 1992;10:233–43.
60. Daniels KR. Psychosocial factors for couples awaiting in vitro fertilization. *SocWork Health Care* 1989;14(2):81–98.
61. Berghuis JP. Individual and dyadic predictors of adjustment to infertility and artificial insemination. *Dissert Abst Int* 1995;55(8-B):3579.
62. Pasch LA, Dunkel Schetter C, Christensen A. The effect of husbands' and wives' responses to infertility on marital communication and adjustment. *Fertil Steril* 2001;76(3):S198.
63. Pepe MV, Byrne J. Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Fam Relat* 1991;40:303–9.
64. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service". *Hum Reprod* 2001;16(8):1753–61.

65. Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod* 2001;16(2):374–83.
66. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment in infertility. *J Behav Med* 1991;14:11–26.
67. Gordon K, Jamie R. A retrospective account of the impact of infertility on the individual and the couple experiencing in vitro fertilization. *Dissert Abst Int* 2002;62(8-B):3800.
68. Destournis N. Psychological aspects of in vitro fertilization participants. *Dynamische Psychiat* 1988;21(5-6):404–12.
69. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(2):196–205.
70. Callan VJ, Hennessey JF. Psychological adjustment to infertility : a unique comparison of two groups of infertile women, mothers and women childless by choice. *J Reprod Infant Psychol* 1989;7:105–12.
71. Ciambelli MM. Adaptation in marital partners with infertility problems: Testing a midrange theory derived from Roy's adaptation model. *Dissert Abst Int* 1997;57(12-B):7448.
72. Fuller CA. Effectance, social self-esteem, and partner satisfaction in infertile female parnters. *Dissert Abst Int* 2002;62(10-B):4464.
73. Nyland AG. Involuntary childlessness and marital satisfaction and adjustment. *Dissert Abst Int* 1999;60(6-A):1923.
74. Leiblum SR et al. Life after infertility treatment : a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction* vol. 13 no. 12 ; 1998 : 3569-3574.
75. Ulbrich P, Coyle AT, Llabre MM. Involuntary childlessness and marital adjustment : His and hers. *J Sex Marital Ther* 1990;16(3):147–58.
76. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *J Sex Marital Ther* 1992;18(4): 273–84.

77. Markestad C, Montgomery L, Bartsch RA. Infertility and length of medical treatment effects on psychological, marital, and sexual functioning. *Int J Rehabil Health* 1998;4(4):233–43.
78. Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard Y. Psychosocial distress and infertility :Men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991;55:100–8.
79. Lalos A, Lalos O, Jacobson L, von Schoultz B. The psychosocial characterization of infertile couples before surgical treatment of the female. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1985;4:83–93.
80. Edelman RJ, Connolly KJ, Bartlett H. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *J Psychosom Res* 1994;38:355–64.
81. Leiblum SR et al. The psychological concomitants of in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 1987 ; 38 : 642-58.
82. McMahan CA et al. Psychological outcomes for parents and children after in vitro fertilization : a review. *J Reprod Infant Psychol* 1995 ; 13 : 1-16.
83. Manoj M et al. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 63 (1), 2004 : 126-130.

Title : The effect of infertility and medically assisted reproduction on sexuality in couples.

Abstract :

Introduction : We talk about a satisfactory sexuality when it provides a moral and physical blossoming for the two partners and when it enables reproduction. Sexuality and procreation are intimately related, however if reproduction is a characteristic of sexuality, the aim of sexuality is not procreation. We have to distinguish « sexuality as pleasure » and « sexuality as reproduction ». The purpose of our study is to assess the effect of infertility and medically assisted reproduction on sexuality in couples.

Materials and methods : It concerns a prospective observational bicentric study conducted in Bordeaux and Strasbourg hospitals from February to July 2013. Data have been gathered through anonymous self-questionnaires. The six criteria for analysis are as following : sex, age, infertility types, infertility source, medically assisted reproduction type and time process. Chi-2 and Fisher statistical tests are used in this study.

Results : In total, 913 questionnaires have been dispatched, among which 501 have been given back and 485 could be taped. Sex effect points out women are more affected by infertility than men and feel more the need to express themselves about this topic (98.42% versus 90.61% ; $p < 0.05$). Youngest people succeed in keeping a higher frequency in sexual relations in spite of medical care compared to 36-years-old and more people ($p < 0.05$). Then older couples feel more desire for others partners ($p = 0.02$). This study has also highlighted a difference of behaviour between homologous in vitro fertilisation and heterologous in vitro fertilisation. The more procedures last a long time, the more we feel harmful effects on sexual relations. (19.72% regarding registered couples for less than on year versus 37.05% registered ones for more than three years ; $p < 0.05$).

Conclusion : Medically assisted reproduction leads to a change of sexual behaviour in couples and may be felt either as a crisis, or as a source of reunification and dialogue. Medical staff plays a crucial part into sexuality issues.

Titre : Le retentissement de l'infertilité et de la prise en charge en assistance médicale à la procréation sur la sexualité des couples.

Résumé :

Introduction : On parle d'une sexualité satisfaisante quand celle-ci apporte un épanouissement moral et physique des deux partenaires et quand cette dernière permet une reproduction. La sexualité et la procréation sont intimement liées, mais si la reproduction est une fonction de la sexualité, le but de la sexualité n'est pas la procréation. Il faut distinguer « sexualité plaisir » et « sexualité reproduction ». Le but de notre étude est d'évaluer le retentissement de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité des couples.

Matériel et méthode : Etude prospective observationnelle bicentrique se déroulant aux CHU de Bordeaux et de Strasbourg de février à juillet 2013. Les données ont été recueillies par des auto-questionnaires anonymes. Les six critères d'analyses sont : le sexe, l'âge, le type d'infertilité, l'origine de l'infertilité, le type d'AMP et la durée de parcours. Les tests statistiques utilisés sont le test du chi 2 et de Fisher.

Résultats : 913 questionnaires ont été distribués, 501 questionnaires rendus, 485 ont pu être exploités. L'effet du sexe montre que les femmes sont plus affectées par l'infertilité que les hommes et ressentent davantage le besoin de s'exprimer sur ce sujet (98,42% versus 90,61%, $p < 0,05$). Les plus jeunes maintiennent une fréquence des rapports sexuels plus élevée malgré la prise en charge médicale par rapport à ceux de plus de 36 ans ($p < 0,05$). Les couples plus âgés ont davantage de désir pour d'autres partenaires ($p = 0,02$). L'étude a montré une différence de comportement entre les FIV homologues et les FIV hétérologues. Plus le temps des démarches est long, plus le retentissement néfaste sur les rapports sexuels se fait ressentir (19,72% pour les couples inscrits depuis moins d'un an versus 37,05% depuis plus de trois ans, $p < 0,05$).

Conclusion : L'AMP amène à un changement de comportement sexuel dans le couple ; parfois ressenti comme une crise, parfois source d'un rapprochement et de dialogue. L'équipe médicale a son rôle à jouer dans la prise en charge de la sexualité.

Mots-Clés : AMP, Infertilité, Sexualité, Troubles sexuels, Désir.