



HAL
open science

Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité, avant et au cours d'un parcours d'aide médicale à la procréation ?

Margaux Courant

► To cite this version:

Margaux Courant. Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité, avant et au cours d'un parcours d'aide médicale à la procréation ?. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01229063

HAL Id: dumas-01229063

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229063>

Submitted on 16 Nov 2015

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MARGAUX COURANT

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**COMMENT LES FEMMES SE REPRÉSENTENT-ELLES
LEUR VECU DE LA SEXUALITE, AVANT ET AU COURS
D'UN PARCOURS D'AIDE MEDICALE À LA
PROCRÉATION?**

Soutenu le : 29 mai 2015

JURY

Madame Caroline Le Roux, sage-femme sexologue et psychologue clinicienne, clinique de L'Yvette de Longjumeau (Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 2502025276 S

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



« Le degré et la nature de la sexualité d'un être humain s'étendent jusqu'au plus haut sommet de son esprit »

Friedrich Nietzsche

Remerciements

À mon compagnon pour son accompagnement quotidien,

À ma famille et mes amis pour leur soutien,

À ma directrice pour sa disponibilité et ses conseils,

À l'équipe enseignante du département de maiëutique pour son implication à nous aider à nous réaliser,

Et particulièrement à Sophie Prudhomme pour la qualité de son encadrement pédagogique ces deux dernières années.



Table des matières

Avertissement	II
Remerciements	IV
Table des matières	V
Liste des figures	VII
Liste des annexes	VIII
Lexique	IX
Titre et résumé	X
Title and Abstract	XI
1 Introduction	1
1.1 <i>La sexualité</i>	1
1.1.1 Définitions	1
1.1.2 Régulation des naissances et sexualité	2
1.1.3 La sexualité et le couple	3
1.2 <i>L'Aide médicale à la procréation</i>	4
1.2.1 Généralités sur l'AMP	4
1.2.2 La prise en charge en AMP	5
1.2.3 Les techniques d'AMP	6
1.3 <i>La sexualité et l'AMP</i>	8
1.3.1 L'infertilité	8
1.3.2 L'AMP : entre examens médicaux et traitements	9



2	Seconde partie : Matériel et méthode	12
2.1	<i>Hypothèses – Objectifs</i>	12
2.2	<i>Outil méthodologique</i>	13
2.2.1	Choix de l’outil	13
2.2.2	Population cible	15
2.2.3	Variables retenues	17
2.2.4	Stratégie d’analyse	17
2.3	<i>Considérations éthiques</i>	18
3	Troisième partie : Résultats et Discussion	19
3.1	<i>Résultats</i>	19
3.1.1	Description de la population étudiée	19
3.1.2	Analyse de l’évolution du vécu de la sexualité	20
3.1.3	Analyse du lien de causalité mis en évidence par les femmes	27
3.2	<i>Discussion</i>	29
3.2.1	Principaux résultats	29
3.2.2	Points forts de l’étude	32
3.2.3	Limites et biais	32
3.2.4	Implications et perspectives	34
	Conclusion	36
	Bibliographie	37
	Annexes	39

Liste des figures

<i>Figure 1 : Évolution de la répartition des troubles de la sexualité avec l'AMP</i>	21
<i>Figure 2 : Évolution de la satisfaction de la proximité affective</i>	21
<i>Figure 3 : Évolution de la satisfaction sexuelle globale</i>	22
<i>Figure 4 : Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction de durée du parcours d'AMP</i>	23
<i>Figure 5 : Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction du type de parcours</i>	24
<i>Figure 6 : Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction du vécu de l'AMP</i>	24
<i>Figure 7 : Répartition des modifications de la sexualité à l'impact délétère</i>	25
<i>Figure 8 : Répartition des différents sentiments négatifs exprimés</i>	27
<i>Figure 9 : Liens de causalité aux sentiments négatifs</i>	28



Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude	40
Annexe II : Female Sexual Function Index (FSFI)	43

Lexique

AMP : Aide médicale à la procréation

FIV : Fécondation in vitro

IA: Insémination artificielle

ICSI : Intra-cytoplasmic sperm injection

IUI : Insémination intra-utérine

Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité, avant et au cours d'un parcours d'aide médicale à la procréation ?

Objectifs

La sexualité, propre à chacun dans son exercice et sa(ses) finalité(s), peut trouver une raison d'être en dehors de tout but procréatif grâce à l'existence d'une fonction érotique propre à l'Homme. L'épanouissement du couple dans sa sexualité est essentiel à sa construction et son équilibre. Mais en aide médicale à la procréation (AMP) les enjeux des rapports sexuels ainsi que les modalités de prise en charge peuvent troubler la sexualité des couples. À une époque où le recours à l'AMP est en augmentation, nous nous sommes intéressés aux modifications dans la sexualité des femmes en AMP. L'objectif de cette étude était de rechercher la représentation qu'ont les femmes du vécu de leur sexualité avant et au cours d'un parcours d'AMP. Un objectif secondaire était de rechercher les facteurs identifiés par les femmes comme responsables de l'évolution de leur sexualité.

Matériel et méthodes

Un auto-questionnaire anonyme a été distribué dans trois centres d'AMP d'île de France. Il ciblait les femmes en parcours d'AMP (de tout type) et sans limite d'âge.

Résultats

130 questionnaires analysés ont permis de montrer que les modifications de la sexualité sont fréquentes en AMP mais sous estimées par les femmes. Le vécu des modifications serait plus souvent négatif que positif ; et les femmes attribueraient ces modifications aux hormones du traitement et/ou à l'attente du bébé plus qu'aux examens médicaux. L'impact de ces modifications sur le vécu de leur sexualité semblerait plus limité que ce que notre regard extérieur nous laisse imaginer. Une étude complémentaire semble nécessaire pour explorer ce sujet.

Mots-clés : sexualité – AMP – évolution – vécu

How do women represent their experience of sexuality, before and during medically assisted procreation process ?

Objective

Sexuality, specific to each people in its exercise and (its) purpose (s), can find a reason to not be related to any procreative purpose due to the existence of a specific erotic function for humans. The blooming of the couple in her sexuality is essential for its construction and balance. But in medically assisted procreation (MAP), sex and supporting arrangements may disturb the couples' sexuality. At a time where the usage of MAP is increasing, we investigated the changes in women's sexuality in MAP. This study objective was to investigate the representation that women's experience of their sexuality before and during a MAP process. A secondary objective was to investigate the factors identified by women as responsible for the evolution of their sexuality.

Methods

An anonymous self-answered questionnaires was distributed in three MAP centers of Ile de France. It targeted women in MAP process (of any type) with no age limit.

Results and conclusion

The analysis of 130 questionnaires have shown that changes in sexuality are common in MAP but underestimated by women. The changes are more often negative than positive; and women attribute these changes to hormone treatment and/or expecting the baby more than medical examinations. The impact of these changes on the experience of their sexuality would be more limited than our external perspective lets us imagine. Some complementary study may be necessary to explore further this topic.

Keywords : sexuality - MAP - change - experience

1 Introduction

1.1 La sexualité

1.1.1 Définitions

La sexualité a connu de nombreuses définitions au fil des siècles. Selon l'encyclopédie Larousse, il s'agit de « l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans un monde vivant ». Elle « représente l'unique mode de reproduction des animaux du groupe des vertébrés » (1). Cette définition met l'accent sur l'aspect primaire de la sexualité avec un but uniquement procréatif.

Toutefois, ce qui différencie les Hommes des autres êtres vivants est la présence d'une fonction érotique propre. Selon Georges Bataille, pour définir la fonction érotique « il faudrait certainement partir de l'activité sexuelle de reproduction dont l'érotisme est une forme particulière. L'activité sexuelle de reproduction est commune aux animaux sexués et aux Hommes, mais apparemment les Hommes seuls ont fait de leur activité sexuelle une activité érotique, ce qui différencie l'érotisme et l'activité sexuelle simple étant une recherche psychologique indépendante de la fin naturelle donnée dans la reproduction et dans le souci des enfants » (2). Il existerait donc une perception de la sexualité propre à l'être humain, alliant l'activité sexuelle de reproduction à l'activité érotique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) renforce cette idée en affirmant que la sexualité est un aspect central de la personne humaine (3) et en définissant le concept de santé sexuelle comme étant « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (4).

Actuellement, la notion de plaisir fait partie intégrante de cette définition et montre une fois encore l'importance de cette différence qui caractérise l'Homme.

1.1.2 Régulation des naissances et sexualité

De nombreux changements dans la régulation des naissances ont marqué ces cinquante dernières années.

En effet, de la loi Neuwirth de 1967 autorisant la contraception (jusqu'alors interdite depuis 1920) à la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des interruptions volontaires de grossesse depuis 2012, les lois en matière de régulation des naissances n'ont cessé de s'adapter aux évolutions médicales et sociétales (5).

Aujourd'hui, l'accès à la contraception préventive, à la contraception d'urgence ainsi qu'à l'interruption volontaire de grossesse tend à être facilité par le cadre législatif. Aussi, il est possible, quelque soit l'âge de la femme et ses revenus, d'avoir accès à tous ces modes de régulation des naissances.

Cet autocontrôle permet une séparation des aspects reproductifs et érotiques de la sexualité humaine et laisse une place entière à la fonction érotique de la sexualité en tant que finalité.

La différence entre l'activité sexuelle reproductive et la fonction érotique de l'Homme est au centre de ce travail.

La sexualité ne saurait alors supporter une définition unique, puisqu'elle demeure propre à chacun dans son exercice et sa (ses) finalité(s).

1.1.3 La sexualité et le couple

Au delà des conceptions individuelles de la sexualité, Waynberg et Elia soulignent l'importance de l'érotisme dans l'activité sexuelle des couples en affirmant qu'être un couple c'est notamment « *découvrir ensemble le plaisir, développer le potentiel sexuel de chacun, parvenir à l'épanouissement sexuel par lequel passe le chemin du bonheur. Comprendre et accepter l'autre tel qu'il est dans sa nature profonde, dans ses pulsions sexuelles, ajoute au lien affectif une tendre complicité qui soude solidement le couple* » (6).

L'épanouissement du couple à travers la sexualité est essentiel pour sa construction et son équilibre. En conséquence, il est nécessaire de comprendre sur quoi repose la satisfaction sexuelle d'un couple.

Dans leur étude publiée en 2013, P.M. Pascoal, Ide S. Narciso et N.M. Peirera ont étudié les composantes de la satisfaction sexuelle au sein de couples hétérosexuels engagés dans une relation exclusive dont la moyenne d'âge était de 36 ans.

Ils ont montré que la satisfaction sexuelle reposait sur un plaisir à la fois mutuel et personnel, que ce soit pour l'homme ou la femme (7). Les expériences sexuelles positives (comme le plaisir, l'excitation, l'orgasme) étaient une source de satisfaction sexuelle, contrairement à l'absence de conflit ou de dysfonctionnement sexuel.

D'autre part, la dimension relationnelle dans l'activité sexuelle était nécessaire à l'obtention d'une satisfaction sexuelle. Le romantisme, la créativité, la fréquence des activités sexuelles et l'expression des sentiments ont été retrouvés lors de cette étude comme des éléments impactant cette satisfaction.

Il s'agissait donc pour parler de satisfaction sexuelle d'obtenir une issue sexuellement favorable au niveau individuel et diadique, avec une notion clef de partage (des sentiments, du plaisir).

1.2 L'Aide médicale à la procréation

1.2.1 Généralités sur l'AMP

1.2.1.1 Épidémiologie

Depuis 2007, le recours à l'assistance médicale à la reproduction (AMP) est en augmentation. Entre 2010 et 2011 une augmentation d'1% a été constatée (8). En moyenne, un couple sur sept est amené à consulter pour une infertilité supposée et un couple sur dix suit des traitements pour remédier à une infertilité (9).

Au total, en 2012, 23 887 naissances vivantes ont été recensées pour 141 277 tentatives (regroupant différents types d'AMP et différentes origines de gamètes) (10). Cela représente 2,9% des 821 407 naissances vivantes de 2012 (11), avec une légère augmentation par rapport à 2011 (2,8%) (9).

1.2.1.2 Cadre législatif

La loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, dont la dernière révision date du 24 mars 2012, réserve l'aide médicale à la procréation aux couples qui se trouvent face à une infertilité médicalement constatée ou pour éviter la transmission d'une maladie grave à l'enfant ou à l'un des membres du couple.

Elle concorde avec l'article L2141-2 du Code de la Santé Publique mentionnant que « *l'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué. L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer.* »



1.2.2 La prise en charge en AMP

Plusieurs étapes composent un parcours d'AMP, du diagnostic à l'obtention d'embryons et plus ou moins d'une grossesse.

Pour la bonne compréhension de ce mémoire et une analyse correcte des données obtenues, un rappel sur la prise en charge globale en AMP a été réalisé sur la base du guide de l'assistance médicale à la procréation de l'Agence de Biomédecine (9).

La première étape d'un parcours d'AMP est celle du diagnostic. Une première consultation auprès d'un médecin a lieu, avec un interrogatoire ciblé des deux conjoints, un examen orienté et la prescription d'examens complémentaires pour les deux partenaires. Ces examens comportent à la fois des examens biologiques, échographiques et radiologiques plus ou moins invasifs et douloureux (ex : ponction d'ovocytes, hystérosalpingographies...).

Une seconde consultation avec les résultats d'analyses permet l'explication de ceux-ci. Parfois une extension du bilan médical est nécessaire. Sinon un diagnostic est envisagé et une marche à suivre est proposée au couple. Après discussion avec le médecin, si l'orientation se fait sur un parcours d'AMP, une réunion de concertation pluridisciplinaire avec l'équipe clinique et biologique doit avoir lieu pour une acceptation collégiale de la décision de prise en charge.

S'ensuit l'ouverture du dossier administratif qui comporte notamment les consentements aux techniques utilisées et les questions sur le devenir des gamètes et des embryons du couple.

Enfin, le parcours d'AMP requiert au minimum un traitement hormonal de la femme (sauf don d'ovocytes) pour stimulation et déclenchement de l'ovulation, et un recueil de sperme (sauf don de sperme) en laboratoire par masturbation avec préparation de ce dernier. Suivant la technique d'AMP utilisée, la suite de la prise en charge sera différente.

1.2.3 Les techniques d'AMP

1.2.3.1 L'insémination artificielle (IA)

Le plus souvent la femme reçoit un traitement hormonal de stimulation ovocytaire afin d'obtenir le développement d'un ou deux follicules. Des prises de sang et échographies régulières permettent de suivre le développement des follicules. Lorsqu'un follicule est mature (ou deux), l'insémination est programmée. Le sperme du conjoint est recueilli par masturbation et préparé au laboratoire. Il est introduit à l'aide d'un cathéter dans l'utérus. La fécondation se fait alors selon le processus naturel.

1.2.3.2 La fécondation in vitro (FIV)

Pour cette technique la femme reçoit également un traitement hormonal de stimulation (sauf don d'ovocytes). L'objectif est différent puisque pour cette technique le but est d'obtenir le développement de plusieurs follicules de manière simultanée. La stimulation est toujours contrôlée échographiquement et biologiquement.

Une fois les follicules matures, l'ovulation est déclenchée par injection d'hormones.

La ponction folliculaire est réalisée sous contrôle échographique à un horaire précis (déterminé par l'horaire du déclenchement de l'ovulation). Simultanément, le sperme du conjoint est recueilli au laboratoire (sauf don de sperme) et y est préparé.

Les spermatozoïdes et les ovocytes recueillis sont mis en contact dans une boîte de culture. Tous les ovocytes ne sont pas forcément fécondés.

Le plus souvent le transfert des embryons est réalisé deux à trois jours après la ponction. Il s'agit de déposer un ou deux embryon(s) à l'intérieur de l'utérus à l'aide d'un cathéter.

Dans le cas où le nombre d'embryons obtenus est supérieur au nombre d'embryons transférés, les embryons surnuméraires peuvent être congelés (suivant des critères stricts de leur développement).



1.2.3.3 FIV avec Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

Toutes les étapes de la FIV sont identiques pour l'ICSI, excepté la dernière étape de mise en contact des gamètes. En effet, lors d'une ICSI un seul spermatozoïde est directement injecté dans un ovocyte. Ceci nécessite une préparation préalable spéciale des gamètes. L'étape de transfert d'embryon est identique.

Par ailleurs, il existe aussi la technique d'induction de l'ovulation (par traitement anti-ostrogénique = Clomid[®] ou gonadotrophines hypophysaires) avec la programmation des rapports sexuels.

Cette technique ne fait pas partie stricto sensu des techniques d'aide médicale à la procréation ; mais au vu de la prise en charge médicale très proche des autres techniques (examens préalables, traitement hormonal, surveillance régulière...) et de la programmation des rapports sexuels, il apparaît important de ne pas mettre de côté cette technique dans une étude en lien avec la sexualité.

En effet, comme citée précédemment, l'étude de Pascoal et al. (7) a permis notamment d'établir un lien entre le romantisme et la créativité dans l'activité sexuelle et la satisfaction sexuelle. C'est pourquoi il paraît intéressant d'étudier également des couples dont la programmation de la sexualité peut entraîner une perte de spontanéité.

1.3 La sexualité et l'AMP

1.3.1 L'infertilité

Ces dix dernières années plusieurs études se sont intéressées aux troubles psychologiques liés au diagnostic de l'infertilité.

Ces études ont permis de démontrer que le plus souvent la période précédant le diagnostic d'infertilité voit déjà s'opérer des modifications dans la sexualité du couple. Notamment, le fait que la sexualité soit subordonnée au désir de grossesse et ait perdu toute spontanéité. Également, il a été observé une augmentation de la fréquence des rapports sexuels pendant les périodes favorables à la conception (jusqu'à deux à trois rapports sexuels par jour pour 51% des couples interrogés). Parallèlement, s'opèrent une inhibition du désir sexuel et un désinvestissement de la libido de l'homme pour la femme (12).

Ces études ont permis de mettre en évidence que les problèmes psychologiques du couple étaient plutôt le résultat que la cause de l'infertilité (13) et que les répercussions émotionnelles de l'infertilité affectaient indistinctement les deux sexes (14).

Le diagnostic de l'infertilité peut avoir un impact sur la sexualité des couples du fait de l'apparition de ces troubles psychologiques.

En effet, il semble que l'annonce de l'infertilité soit corrélée à une remise en cause identitaire de la part des deux protagonistes du couple, qui entraîne une désorganisation psychique chez chacun d'eux. Séparément, la femme et l'homme expérimentent un haut degré de culpabilité, pouvant entraîner l'apparition d'un rejet sexuel, d'une sexualité débridée ou au contraire d'un accord durable avec une solidarité accrue dans le couple (12)(15). Aussi, femmes et hommes peuvent présenter des symptômes dépressifs avec, plus souvent pour les femmes, des idées noires, des troubles du sommeil, de l'anxiété. Ils peuvent également ressentir une humiliation.

D'autre part, la confiance en soi et en ses capacités sexuelles est altérée. L'annonce de l'infertilité réduit chacun à son impossibilité d'enfanter et cela entraîne une blessure narcissique (12).

Des troubles de la sexualité apparus secondairement au diagnostic d'infertilité ont été rapportés : troubles de l'érection, baisse de la libido et diminution de l'activité sexuelle pour les hommes (12), rares dyspareunies, vaginisme ou abstinence totale, plus souvent une diminution de la libido, de l'excitabilité, de la satisfaction et de la lubrification sexuelle ainsi que de l'orgasme pour les femmes. La sexualité laisse sa place à un important besoin de tendresse (16).

1.3.2 L'AMP : entre examens médicaux et traitements

La prise en charge en AMP est une étape traumatisante pour les couples. Trente deux pour cent des femmes et 23% des hommes montrent des signes de dépression. Les dysfonctions sexuelles secondaires (féminines et masculines) et les troubles du désir sont fréquents (12).

D'une part, le bilan de stérilité peut être à l'origine de certains troubles ; les courbes de température sont « infantilissantes », le test de Hünher immisce le médecin dans l'intimité du couple et peut à lui seul entraîner des dysfonctions sexuelles féminines ou masculines. La spermologie implique une masturbation en laboratoire qui peut être vécue comme un épisode honteux et antisexuel, angoissant par rapport aux conditions d'intimité, de confidentialité. Les délais d'abstinence imposés peuvent également être mal vécus (12).

Plus exactement, les deux membres du couple expérimentent plusieurs sentiments négatifs : la dépression, la honte externe et interne, la dévalorisation, la culpabilité, la redevance à son couple et pour l'homme un sentiment d'exclusion (beaucoup de soins médicaux sur la partenaire, impression d'être réduit à la qualité des spermatozoïdes). Tout ceci peut amener des tensions dans le couple. Les partenaires sont également limités dans l'auto-compassion et l'acceptation des événements de vie. Toutefois leur intimité semble exacerbée et cela tend à nous interroger sur un éventuel impact positif sur la cohésion du couple (12)(17).



D'autre part, d'après l'étude réalisée par Quattrini et al publiée en 2009, seulement 46% des sujets étaient complètement satisfaits de leurs rapports de couple (18).

Ils ont également démontré que, dans la majorité des cas, le rapport sexuel était exclusivement coïtal. En effet 80% des hommes et 70% des femmes ne pratiquaient pas d'activité masturbatoire réciproque. De plus, dans moins d'un cas sur deux, la fellation et le cunnilingus étaient pratiqués au sein du couple et plus rarement un rapport anal était envisagé (18).

Ceci est en rapport avec les conclusions de la revue de littérature réalisée en 2004 par Coëffin-Driol et Giami. Lors d'un parcours d'AMP, la sexualité serait subordonnée au désir de grossesse et deviendrait un moyen et non une fin en soi. Que ce soit à travers les délais d'abstinence imposés ou les périodes de fécondité pendant lesquelles les rapports sexuels sont conseillés, la programmation des rapports sexuels induit une désorganisation de la sexualité du couple (19). Ce dernier est alors réduit à un simple organe reproducteur (12).

En outre, les traitements hormonaux comportent des effets secondaires pouvant perturber la sexualité des couples. Des bouffées de chaleur, des céphalées, des troubles de l'humeur (nervosité, troubles du sommeil), une sécheresse vaginale ou au contraire une augmentation des pertes vaginales peuvent apparaître et gêner les couples. Certains traitements (comme les agonistes de la LH-RH) peuvent eux-mêmes induire une diminution de la libido (20)(21).

Ces traitements ayant pour objectif la stimulation des ovaires, ces derniers subissent une augmentation de volume sous l'effet des traitements. Il peut en résulter une pesanteur pelvienne et des dyspareunies, induisant alors un inconfort dans la vie sexuelle (20)(21).

Egalement, ces traitements peuvent induire une prise de poids qui perturberait l'image corporelle que la femme a d'elle-même. Cela participerait à une diminution du désir sexuel de la femme (19), avec une perte de confiance en elle-même.



Cependant, la majorité des études réalisées sur ce sujet se limite à la période de l'AMP. Elles ne prennent parfois pas en compte le temps de prise en charge / l'ancienneté du diagnostic ni le type de parcours réalisé (IIU, FIV, ICSI), ne les considérant pas comme des variables à part entière. Elles comparent le plus souvent les couples infertiles aux couples fertiles, excluant par là-même les couples infertiles non engagés dans l'AMP.

Il est donc souvent difficile de distinguer les effets de l'infertilité et les effets du parcours d'AMP en lui-même (examens, traitements...)

Il paraissait donc intéressant de mener une étude prenant en compte l'état de la vie sexuelle avant toute prise en charge, de manière à pouvoir réaliser une comparaison avec le parcours d'AMP.

En outre, la plupart des études étaient réalisées en comparant des variables pour lesquelles il existerait des normes « sociétales », en dehors desquelles un ravissement ne saurait être atteint. Mais la sexualité demeure propre à chacun et le vécu personnel et intime de chaque situation ne saurait être remplacé par une estimation réalisée par un tiers.

C'est ainsi que s'est posée la question suivante :

« Comment les femmes se représentent-elles leur vécu de la sexualité avant et au cours d'un parcours d'AMP ? »



2 Seconde partie : Matériel et méthode

2.1 Hypothèses – Objectifs

Pour répondre à la question de recherche posée, les hypothèses avancées dans ce travail étaient les suivantes :

- Les femmes décrivent une différence dans le vécu de leur sexualité, avant et durant l'AMP.
- L'impact de l'AMP est ressenti de manière négative sur leur sexualité du fait des examens médicaux et des traitements réalisés.

L'objectif principal de cette étude était donc de saisir le regard que portaient les femmes sur leur sexualité au préalable et durant un parcours d'AMP.

Plus précisément l'objectif était l'identification de modifications dans les habitudes de la sexualité des femmes, que celles-ci interviennent sur leur ressenti dans la vie intime ou dans la manifestation de l'acte sexuel. Fort de la bibliographie présentée en partie précédente, il semblerait que les modifications péjoratives vis à vis de la sexualité des patientes soit induites par le fait d'une entrée en parcours de soin (particulièrement les prises en charges clinique et médicamenteuse). Un objectif secondaire était de savoir si cet aspect est identifié par les femmes en cours d'AMP.

Ensuite, si des modifications existent, elles pourraient porter sur d'autres aspects que celui de la prise en charge d'AMP ou son retentissement. C'est pourquoi un intérêt est également porté à ce que les femmes identifient comme facteurs responsables de ces changements.

2.2 Outil méthodologique

2.2.1 Choix de l'outil

Pour répondre à cette question centrée sur un vécu personnel et intime des patientes, l'étude réalisée était de nature qualitative.

Il a dans un premier temps été envisagé de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de patientes. Cependant, pour mener à bien ces entretiens des compétences en psychologie et sexologie étaient nécessaires. D'autre part, il a été envisagé que les patientes pourraient faire preuve de pudeur voire de réserve, pouvant induire un biais déclaratif et diminuer le nombre de participantes à l'étude. Cela représentait alors un frein à la réalisation de l'étude.

Pour ces raisons, il a été choisi de réaliser un auto-questionnaire anonyme comportant des questions à choix multiples et des questions ouvertes. Ce questionnaire a été réalisé à l'aide de plusieurs professionnels : Mme Caroline Le Roux directrice de ce mémoire en qualité de Sage-Femme, Sexologue et Psychologue clinicienne exerçant à Longjumeau.

Un avis a également été pris auprès de Madame Léa Karpel, psychologue au sein de l'hôpital Foch ayant travaillé dans le service d'AMP de l'hôpital Antoine Béclère de Clamart.

L'équipe d'AMP du Centre Hospitalier de Poissy Saint Germain en Laye (CHIPS) a été sollicitée pour avis. L'aide de Mme le Docteur Florence Boitrelle, exerçant en tant que praticien hospitalier au sein du service d'AMP clinique du CHIPS et possédant un D.I.U de sexologie a été déterminante dans la réalisation de ce questionnaire.

Ce dernier prend en compte le type de parcours d'AMP et la durée du parcours d'AMP. Ces critères ont été retenus par l'hypothèse qu'ils pouvaient influencer les réponses obtenues. Il était intéressant d'envisager une étude croisée des résultats avec ces variables (questionnaire en Annexe I).



De manière à réduire le biais de « faux négatifs », les questions abordant directement la sexualité étaient à choix multiples. Les items choisis pour proposition sont les troubles de la sexualité les plus fréquents en population féminine, sans oublier la possibilité qu'il n'y en ait eu aucun.

Dans le but d'obtenir une auto-évaluation optimale, les items abordés (fréquence RS, troubles sexualité, satisfaction relationnelle et satisfaction sexuelle globale) ont été empruntés au questionnaire mis au point par Rosen et al. Ce questionnaire consiste en une auto-évaluation multidimensionnelle permettant la détermination d'un indice de fonction sexuelle féminine (Annexe II). Ce questionnaire n'a pas été choisi pour cette étude car il ne permettait pas d'obtenir une représentation du vécu personnel des femmes mais d'obtenir un score en vue d'une évaluation scientifique de la satisfaction de la sexualité féminine. Ce n'était pas là le but de cette étude.

D'autre part, même s'il aurait été intéressant de pouvoir comparer ce questionnaire scientifique apportant une vision plus objective au questionnaire réalisé pour ce mémoire, cela aurait été impossible pour des raisons techniques. En effet, les contraintes de durée d'étude imposées rendaient cette comparaison de grande ampleur impossible car le questionnaire scientifique envisageait uniquement la sexualité sur les quatre dernières semaines de manière à réduire le biais de souvenir. Il aurait donc fallu le distribuer avant le début du parcours d'AMP (avant le premier rendez-vous médical) et après quelques semaines en AMP (examens médicaux et traitements). Cela aurait nécessité une durée d'étude supérieure à celle dont nous disposions.

Cette étude a été réalisée auprès de trois centres d'AMP de la région parisienne afin de limiter le biais lié à la population locale et d'obtenir un nombre de réponses suffisant. Les centres ayant participé à l'étude sont l'hôpital Antoine Béclère de Clamart, le groupe hospitalier Cochin-Port Royal de Paris et le centre hospitalier de Poissy-Saint Germain en Laye.



Après autorisation du Chef de Service, les questionnaires ont été distribués aux patientes par des membres du service et recueillis anonymement dans une bannette prévue à cet effet. À l'hôpital Antoine Béclère la distribution a été réalisée par les sages-femmes, à l'hôpital Cochin-Port Royal par l'infirmière et à l'hôpital de Poissy par les médecins.

Il a été choisi de les distribuer au moment de la surveillance de la stimulation hormonale, de manière à ce que les couples aient déjà eu des examens médicaux d'investigation, éventuellement un diagnostic et un traitement hormonal en cours. Il a été choisi de ne pas distribuer les questionnaires plus tard dans la prise en charge. Le but était de limiter le biais lié à la mémoire des patientes sur les questions portant sur l'antériorité à l'AMP et de ne pas induire un biais lié à la connaissance de l'issue de l'AMP. D'autre part, cette période permettait d'inclure tous les types de parcours d'AMP, de l'induction de l'ovulation (avec rapport sexuels programmés) à la FIV, l'ICSI en passant par l'insémination intra-utérine.

La distribution s'est étendue de la fin du mois de septembre à la fin du mois de décembre 2014, soit sur une période de 3 mois.

2.2.2 Population cible

La population ciblée pour répondre à la question centrale de cette étude était toutes les femmes en cours de prise en charge en AMP, quelque soit leur âge ou le type de parcours d'AMP. De part la législation en matière d'AMP en France, elles étaient de fait engagées dans une relation hétérosexuelle. Les femmes ayant déjà des enfants n'ont pas été exclues de l'étude.



Le recrutement s'est fait selon les caractéristiques suivantes :

- critères d'inclusion :
 - femmes suivant un parcours d'AMP
 - femmes ayant eu des rapports sexuels avec leur partenaire avant le parcours d'AMP
 - femmes ayant des rapports sexuels avec leur partenaire durant le parcours d'AMP
- critères de non inclusion :
 - femmes n'ayant plus de relation sexuelle avec le partenaire durant le parcours d'AMP
 - séparation du couple
- critères d'exclusion :
 - femmes mineures
 - femmes ne disposant pas des capacités linguistiques permettant de répondre au questionnaire
 - femmes n'ayant pas de relation sexuelle avec son partenaire avant le début du parcours d'AMP
 - femmes n'ayant pas encore réalisé les examens médicaux de diagnostic d'infertilité
 - femmes n'ayant pas commencé le traitement de stimulation hormonale
 - hommes

Il a été envisagé d'inclure au moins une centaine de questionnaires afin de pouvoir étudier la fréquence des modifications ressenties dans l'activité sexuelle des femmes. Étant envisagé que les réponses obtenues pouvaient être limitées dans leur contenu qualitatif, cela permettait également d'étudier la redondance des réponses aux questions ouvertes.

Le taux de retour des questionnaires était estimé de l'ordre de 30%. Il était prévu de distribuer au moins cent questionnaires par service participant à l'étude.

2.2.3 Variables retenues

La première partie du questionnaire contient des questions d'ordre général et des questions plus ciblées sur l'AMP comme l'ancienneté du parcours d'AMP, le type de parcours d'AMP suivi, le vécu global de l'AMP et son impact sur la vie conjugale. Ces variables ont été retenues dans le but de permettre d'analyser les données de manière croisée selon ces variables, qui n'ont pas toutes été utilisées dans les études précédemment citées.

Pour évaluer la sexualité des femmes les variables ont été choisies à l'aide du questionnaire mis au point par Rosen et al. permettant la détermination d'un indice de fonction sexuelle féminine. Pour permettre une analyse comparative avant-pendant l'AMP, les mêmes variables ont été utilisées.

La troisième partie du questionnaire comprend trois questions ouvertes permettant d'évaluer l'opinion qu'ont les femmes au sujet des modifications qui peuvent apparaître dans leur sexualité avec l'AMP.

2.2.4 Stratégie d'analyse

Un tableur sera utilisé pour permettre l'analyse comparative des données. Cette dernière sera axée sur les aspects qualitatifs et quantitatifs des données obtenues avec la participation de Mme Caroline Le Roux dont l'expertise en sexologie et en psychologie était nécessaire à la juste exploitation des données recueillies.



2.3 Considérations éthiques

Les questionnaires ont soit été remplis sur place (cas de l'hôpital de Cochin-Port Royal) par les patientes seules, soit emmenés par les patientes à leur domicile pour être ramenés à l'hôpital par la suite (cas de l'hôpital de Poissy et de l'hôpital Antoine Bécclère). Cela a permis de ne pas être délétère dans le couple de quelque manière que ce soit.

3 Troisième partie : Résultats et Discussion

3.1 Résultats

3.1.1 Description de la population étudiée

Sur 100 questionnaires distribués à l'hôpital Antoine Bécère, 36 questionnaires ont été récupérés dont 34 étaient exploitables. Sur 100 questionnaires distribués à l'hôpital Cochin, 66 ont été récupérés dont 63 étaient exploitables. Et sur les 200 questionnaires distribués à l'hôpital de Poissy, 40 ont été récupérés dont 33 étaient exploitables.

Au total, 12 questionnaires étaient inexploitables ; 9 étaient trop incomplets et un laissait penser qu'il puisse s'agir d'un homme qui ait rempli le questionnaire. Deux ont été exclus car les femmes n'avaient plus de rapport sexuel avec leur partenaire durant l'AMP.

Cent trente questionnaires étaient donc exploitables. Ils ont été numérotés et les réponses obtenues encodées dans un tableur de manière à permettre une analyse globale et non différenciable selon les établissements participants.

La population étudiée était constituée uniquement de femmes. La moyenne d'âge du groupe était de 34 ans. Elles étaient pour 82% en activité professionnelle. L'ancienneté du désir d'enfant était en moyenne de plus de 4 ans (4,2 ans).

Six de ces femmes (soit 4,6%) suivaient un parcours d'induction de l'ovulation par stimulation ovarienne. Dix neuf d'entre-elles (soit 14,6%) étaient engagées dans un parcours d'IIU, 60 (soit 46,2%) dans un parcours de FIV, et 45 (soit 34,6%) dans un parcours de FIV-ICSI.

3.1.2 Analyse de l'évolution du vécu de la sexualité

3.1.2.1 La fréquence des rapports sexuels

Concernant la fréquence des rapports sexuels, 126 réponses ont pu être analysées (quatre réponses étaient incomplètes). Avant l'AMP les femmes avaient en moyenne 8,6 rapports sexuels par mois. Pendant l'AMP cette fréquence moyenne était de 5,8 rapports sexuels par mois.

D'un autre point de vue : 74 femmes (58,7%) témoignent d'une diminution du nombre de rapports sexuels mensuels, 15 femmes (11,9%) d'une augmentation de ces derniers et 37 femmes (29,3%) d'une fréquence inchangée.

3.1.2.2 Les troubles de la sexualité

Cent vingt neuf questionnaires ont pu être analysés sur ce thème car un questionnaire était incomplet sur ce sujet.

Avant l'AMP 87 femmes de l'échantillon (67,4%) ne présentaient aucun trouble de la sexualité. Cinquante six d'entre elles témoignaient n'en avoir toujours aucun pendant le parcours d'AMP, tandis que 31 en développaient au moins un.

Sur les 42 femmes de l'échantillon (32,6%) qui présentaient déjà un ou plusieurs trouble(s) de la sexualité avant l'AMP, 18 témoignaient toujours des mêmes troubles durant l'AMP, cinq présentaient des troubles différents, neuf en avaient moins, trois n'en présentaient plus aucun tandis que sept en présentaient d'avantage.

Les troubles les plus fréquemment ressentis avant l'AMP étaient le manque de libido, le manque de lubrification et les dyspareunies. Durant l'AMP le nombre de femmes présentant un manque de libido était plus que triplé (figure 1), le nombre de femmes présentant un manque d'excitation et des orgasmes irréguliers était doublé. Les échantillons des autres troubles de la sexualité étaient stables.

Il ressort également de cette partie du questionnaire que deux femmes déclaraient ressentir de la peur au moment des rapports sexuels pendant leur parcours d'AMP alors qu'elle n'en témoignaient pas précédemment.

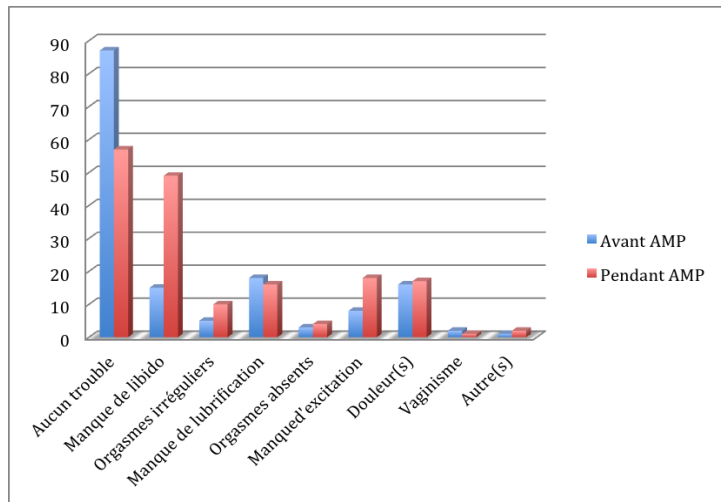


Figure 1 : Évolution de la répartition des troubles de la sexualité avec l'AMP

3.1.2.3 La satisfaction des femmes

La satisfaction de la proximité affective avec le conjoint pendant les rapports sexuels et la satisfaction sexuelle globale ont été auto-évaluées par les femmes sous forme de notes attribuées sur une échelle de 0 à 10.

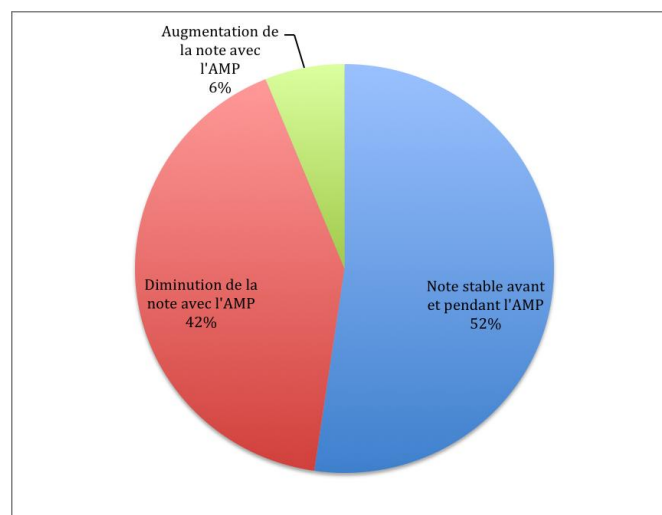


Figure 2 : Évolution de la satisfaction de la proximité affective

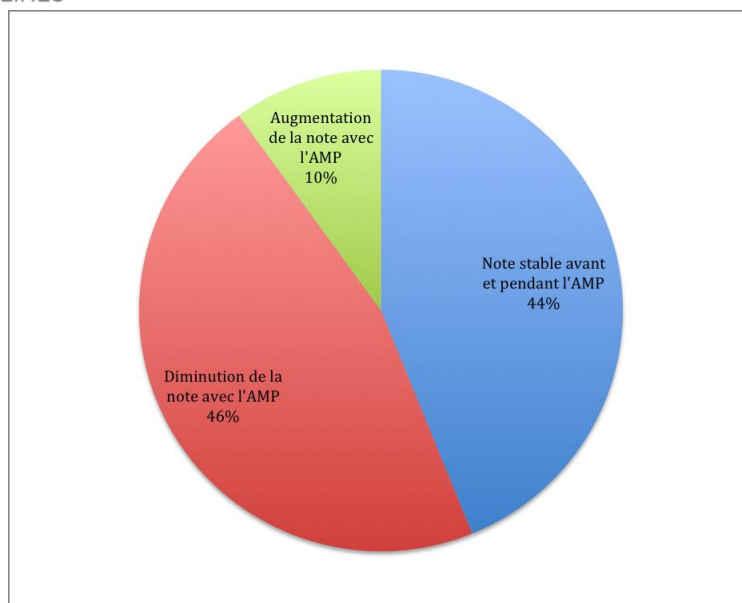


Figure 3 : Évolution de la satisfaction sexuelle globale

Parmi les 54 femmes témoignant d'une diminution de satisfaction de la proximité affective avec leur conjoint durant les rapports sexuels, deux d'entre-elles précisaient se sentir moins proche de lui et mettre plus de distance entre eux. L'une d'elles manifestait plus d'égoïsme dans leurs rapports sexuels et l'une d'elles ne prenait pas le temps d'avoir une approche affective dans les rapports sexuels. Egalement, deux d'entre-elles ressentaient moins d'affection, de tendresse ou d'envie.

Parmi les femmes exprimant une augmentation de cette même satisfaction, l'une d'elles témoignait d'orgasmes non partagés.

D'autre part, les femmes déclarant une diminution de la satisfaction sexuelle globale avec l'AMP témoignaient :

- d'une programmation des rapports sexuels pour trois d'entre-elles
- d'une diminution du plaisir avec un but uniquement procréatif pour l'une d'elles
- d'une diminution de leur libido pour quatre d'entre-elles

- de douleurs liées au(x) traitement(s) pour l'une d'elles
- d'un manque de lubrification pour l'une d'elles.

Une des femmes ayant manifesté une augmentation de la satisfaction sexuelle globale avec l'AMP exprimait ne plus ressentir de pression vis à vis du but procréatif des rapports sexuels.

L'analyse croisée de la satisfaction sexuelle globale et de l'ancienneté du début du parcours d'AMP n'a pas permis de montrer un impact significatif de la durée du parcours d'AMP sur la satisfaction des femmes vis à vis de leur sexualité.

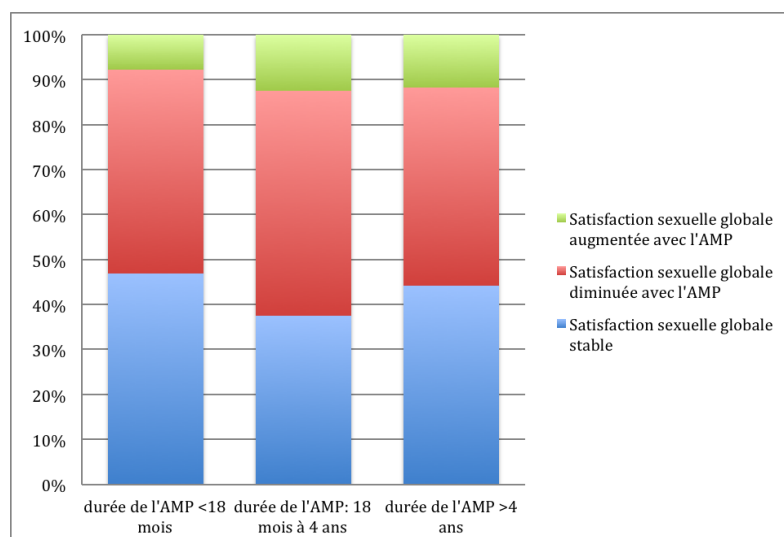


Figure 4 : Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction de durée du parcours d'AMP

L'analyse de la satisfaction sexuelle globale en fonction du type de parcours d'AMP n'a également pas permis de mettre en évidence un lien entre le type de parcours suivi et l'évolution de la satisfaction sexuelle.

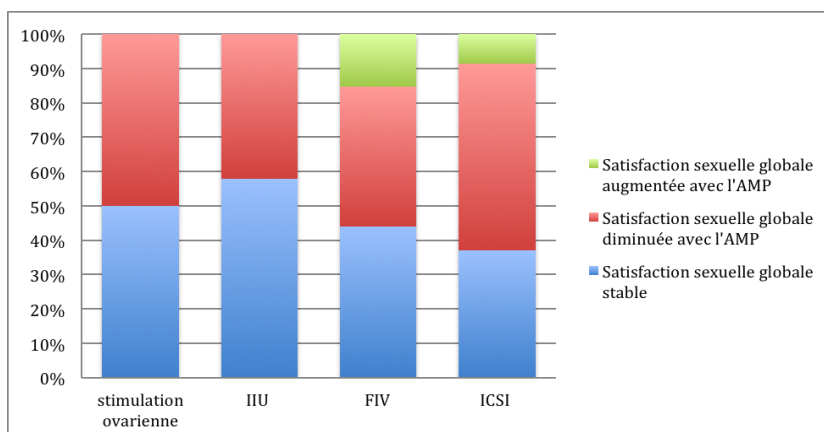


Figure 5 : Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction du type de parcours

L'analyse de l'évolution de la satisfaction sexuelle en fonction du vécu de l'AMP a montré qu'il existait plus souvent une diminution de la satisfaction sexuelle globale en cas de fatigue physique et de manque de motivation au travail.

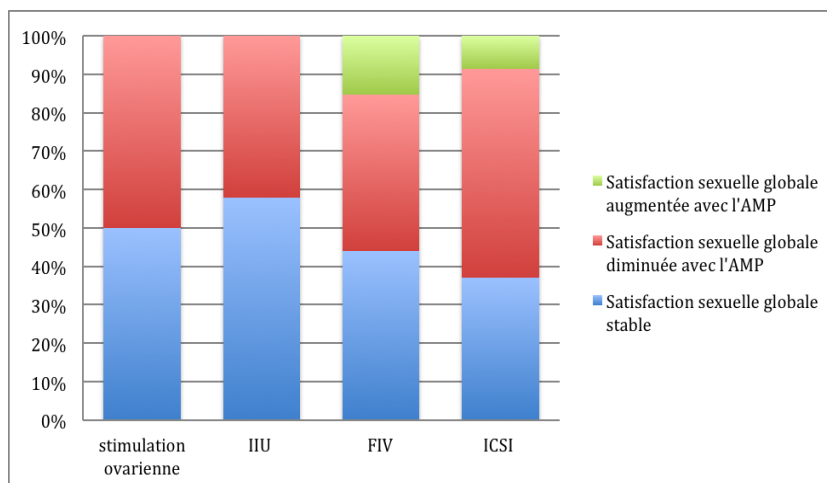


Figure 6 : Évolution de la satisfaction sexuelle en fonction du vécu de l'AMP

3.1.2.4 Regard porté par les femmes sur l'évolution de leur sexualité avec l'AMP

Cent vingt neuf questionnaires ont pu être analysés pour ce thème (un questionnaire ne présentait pas de réponse à la question à laquelle nous nous rapportons).

Soixante douze femmes (55,8%) pensaient que leur sexualité était différente depuis le début de leur parcours d'AMP. Le plus souvent elles précisait connaître : un manque de libido, une subordination de la sexualité au désir de grossesse avec un désintérêt pour la vie sexuelle devenue mécanique / programmée, des difficultés psychologiques telles que stress, fatigue, baisse de moral, doutes, peurs, culpabilité, humeurs changeantes, frustrations.

Moins fréquemment des dyspareunies ont été rapportées ainsi qu'une diminution de la fréquence des rapports sexuels ou une irrégularité dans la fréquence voire même une suppression totale des rapports sexuels.

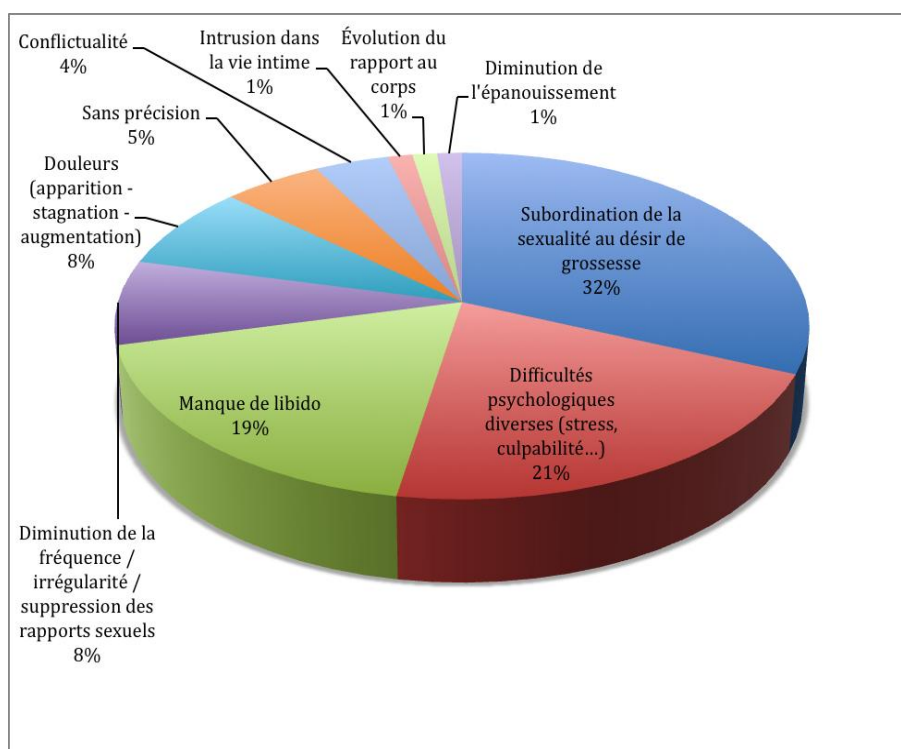


Figure 7 : Répartition des modifications de la sexualité à l'impact délétère



Plus rarement encore, ces modifications dans leur sexualité étaient bienfaites ou salutaires : pour deux d'entre-elles les rapports sexuels avaient lieu dans un but uniquement érotique, l'une d'elles avait moins de douleurs (d'endométriose), et l'une d'elles notait plus d'attentions dans la sexualité avec son partenaire.

D'autre part, 57 femmes (44,2%) pensaient que leur sexualité n'était pas différente depuis le début de l'AMP. En reprenant chaque item d'auto-évaluation de la sexualité des femmes utilisé dans le questionnaire (fréquence, trouble de la sexualité, satisfaction de la proximité affective avec le partenaire, satisfaction sexuelle globale) il a été mis en évidence que seules 18 d'entre-elles ne témoignaient effectivement d'aucune modification dans leur sexualité. Cela ne représentait finalement que 13,8% des femmes de l'échantillon global.

Au contraire, trois d'entre-elles estimaient que leur sexualité était différente depuis l'AMP alors qu'elles n'avaient témoigné d'aucun changement dans les aspects abordés par le questionnaire. Deux de ces trois femmes déclaraient n'avoir de rapports sexuels pendant l'AMP que dans un but procréatif.

3.1.2.5 Sentiments des femmes faces aux modifications de leur sexualité avec l'AMP

Cinquante neuf des 72 femmes qui pensaient que leur sexualité était différente depuis le début de l'AMP ont formulé leurs sentiments face à cette situation.

Treize femmes ont exprimé des sentiments positifs sur l'évolution de leur sexualité avec l'AMP : cinq étaient optimistes du fait du caractère temporaire de la situation, six déclaraient être « bien », deux déclaraient être sereines, une déclarait être motivée.

Quatre femmes déclaraient « faire avec » mais attendre la fin de la prise en charge avec hâte.

Quarante deux ont exprimé des sentiments négatifs sur l'évolution de leur sexualité avec l'AMP.

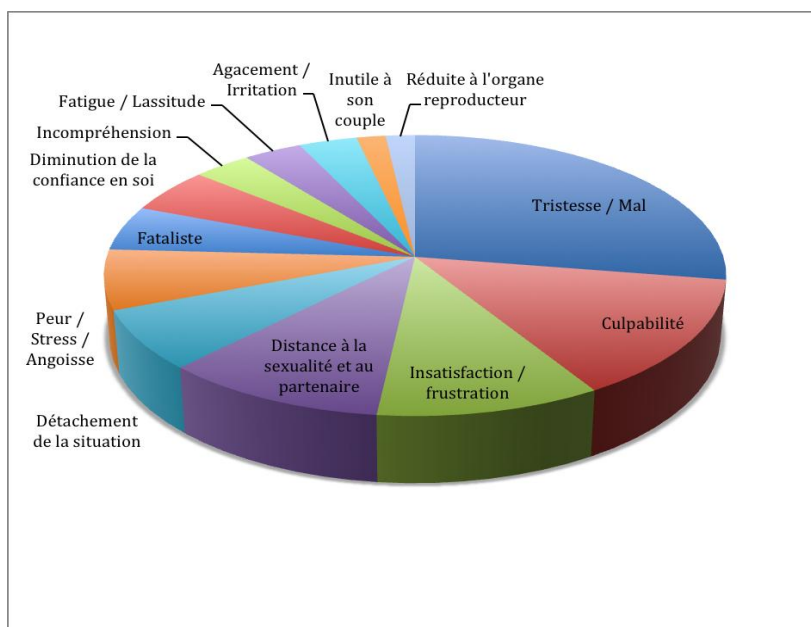


Figure 8 : Répartition des différents sentiments négatifs exprimés

3.1.3 Analyse du lien de causalité mis en évidence par les femmes

Les femmes déclarant se sentir « bien » dans leur sexualité depuis l'AMP relient cet effet positif à la suppression de la pression morale du but procréatif des rapports sexuels depuis qu'elles sont en parcours d'AMP (deux d'entre-elles). Également un lien a été fait pour deux d'entre-elles avec une chirurgie d'endométriose.

Les femmes qui exprimaient des sentiments négatifs face aux modifications de leur sexualité avec l'AMP pensaient le plus souvent que la cause résidait dans le(s) traitement(s) hormonal(aux) ou dans l'attente du bébé (créant du stress).

Ont moins souvent été évoquées : la programmation des rapports sexuels avec la subordination de la sexualité au désir de grossesse, l'infertilité elle-même, les examens médicaux, la fatigue, le partenaire, l'angoisse de l'échec, la médicalisation ou dépossession du corps, l'intrusion du corps médical dans l'intimité ou encore la vie familiale ou personnelle.

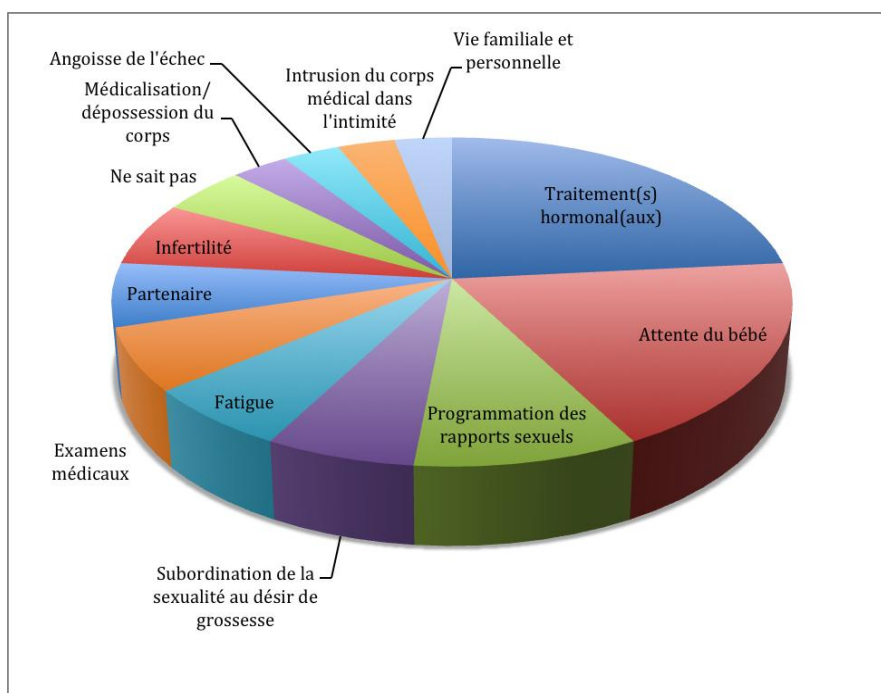


Figure 9 : Liens de causalité aux sentiments négatifs

3.2 Discussion

3.2.1 Principaux résultats

Au total, 86,2% des femmes (n=112) ont éprouvé des modifications dans leur sexualité, confirmant par là-même la première hypothèse de départ. Pour plus de la moitié d'entre-elles (66%) cela s'est notamment exprimé par une diminution de la fréquence moyenne des rapports sexuels. Cette diminution était de l'ordre de 33%.

Au contraire, Huyghe et al ont montré dans leur étude de 2013 (12) qu'il y avait une augmentation de la fréquence des rapports sexuels pendant les périodes les plus fécondes précédant le diagnostic d'infertilité. Cette augmentation de fréquence était accompagnée d'une inhibition du désir sexuel. Les données obtenues dans notre étude semblent mettre en évidence une inversion de tendance avec la prise en charge en AMP.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord le choc représenté par l'entrée en parcours d'AMP qui induit chez la femme une dépossession de son corps et de son pouvoir procréateur. Les répercussions psychologiques d'une telle expérience, évoquées dans la littérature, ont été retrouvées dans notre étude. Notamment la perte de confiance en soi, les signes de dépression et la fatigue. En conséquence, des troubles de la sexualité et notamment de la libido peuvent apparaître (12)(17).

Une seconde hypothèse consiste à expliquer ce phénomène comme une conséquence de la programmation des rapports sexuels. En effet, la désorganisation de la vie sexuelle du couple ainsi que la perte de spontanéité et donc de créativité, conduisent les deux protagonistes vers une réduction à leur organe reproducteur (7) (19). Les rapports sexuels tendent à être dépossédés de tout érotisme, apparaissant comme superflu. S'ensuit une baisse de libido et de la fréquence des rapports sexuels.



La dernière hypothèse consiste à prendre en compte la durée du parcours d'AMP pour expliquer ce phénomène. En effet, il est envisageable qu'un découragement s'opère dans le couple avec le temps qui passe. Même si notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de lien entre la durée du parcours d'AMP et l'évolution de la satisfaction sexuelle des femmes interrogées, il est possible que les troubles psychologiques observés lors de l'entrée en parcours d'AMP s'accroissent avec la durée du parcours. Les conséquences des troubles psychologiques sur la sexualité n'étant plus à démontrer, il est possible qu'il y ait un cap durant l'AMP au delà duquel le découragement du couple induit une baisse significative de la libido et donc de la fréquence des rapports sexuels.

Plus de la moitié de ces femmes a également témoigné d'une diminution de la satisfaction relationnelle (60,7%) et/ou sexuelle pure (50,9%).

D'autre part, le taux de manque de libido, de manque d'excitation et d'orgasmes irréguliers augmenterait avec l'AMP ; et près d'un tiers des femmes qui n'avaient pas de troubles de la sexualité avant l'AMP en ont développé au moins un.

L'hypothèse avancée pour expliquer ces résultats est l'indisponibilité psychologique des femmes à leur sexualité durant l'AMP.

Toutefois l'AMP ne semble pas aggraver les troubles de la sexualité préexistants, ce qui apporte une nouvelle approche par rapport à la littérature.

Il est intéressant de noter que le manque de lubrification et les douleurs étaient les plus fréquents avant l'AMP et seraient stables avec l'AMP.

Ces résultats sont en accord avec l'étude de Marci et al citée en introduction (16).

Les femmes décrivaient donc bien une différence dans le vécu de leur sexualité avant et durant l'AMP. Pourtant, seul 55,8% des femmes pensaient que leur sexualité était différente depuis l'AMP. Peut-être accordaient-elles moins d'importance à certains critères choisis par notre regard extérieur ? Ou bien ont-elles simplement sous-estimé les modifications qui se sont opérées dans leur sexualité depuis le début de leur parcours d'AMP ?



En outre, le(s) traitement(s) hormonal(aux), l'attente du bébé et la programmation des rapports sexuels seraient les principaux éléments mis en cause par les femmes de l'échantillon, tandis que les examens médicaux n'ont pas été souvent cités.

Les traitements hormonaux avaient déjà été mis en cause dans deux études en 2012 (20)(21) tandis que la programmation des rapports sexuels a également été mise en cause dans une étude datant de 2004 (19).

Il est également intéressant de noter que l'impact de l'AMP sur la sexualité des couples n'est pas toujours négatif. En effet, l'AMP permettrait parfois d'améliorer le vécu de la sexualité de ces femmes en les affranchissant de la pression morale du but procréatif des rapports sexuels. L'implication des traitements hormonaux dans la dégradation de la qualité de la vie sexuelle du couple devenant alors discutable.

La seconde hypothèse de départ ne peut alors pas être confirmée même si l'impact de l'AMP sur la sexualité des couples semble être plus souvent négatif que positif.

Aussi cette étude n'a pas permis de démontrer de lien entre la durée du parcours d'AMP et l'évolution de la satisfaction sexuelle des femmes. Également il n'a pas été mis en évidence de lien entre le type de parcours suivi et l'évolution de la satisfaction sexuelle. Ces résultats mènent à penser que le facteur causal serait plutôt l'entrée en parcours d'AMP, cela renvoyant à la question de leur infertilité.

Mais si la plupart des femmes de l'étude n'attribue pas la cause principale des modifications de leur sexualité à l'infertilité, elles l'associent à l'attente du bébé.

Pour aller plus loin que la publication d'Huygue et al en 2013 (12), il serait envisageable que la réponse à cette question réside dans leur impossibilité de se réaliser en tant que mère et ne soit finalement pas liée à la perte d'une fonction reproductrice des femmes qu'elles sont.

3.2.2 Points forts de l'étude

Cette étude permet la réalisation d'une comparaison fiable de la sexualité des femmes avant et pendant l'AMP de part la taille de l'échantillon de population.

La cohérence des résultats obtenus avec ceux de la littérature préexistante est en faveur d'une bonne validité interne de l'étude.

En outre, elle apporte un regard neuf sur le sujet de la sexualité en AMP en prenant en compte le type de parcours suivi, la durée du parcours et son vécu global, permettant d'aller au delà des études préexistant dans la littérature.

Elle permet également de mettre en parallèle l'évolution de la sexualité et le vécu de cette évolution. L'impact psychique des modifications de la sexualité en AMP est un point nouveau et précis soulevé par cette étude.

3.2.3 Limites et biais

3.2.3.1 Limites

La principale limite de cette étude réside dans la subjectivité des données obtenues et dans la variabilité des réponses formulées, elles-mêmes liées à la labilité de l'état psychologique des sujets interrogés.

Une limite secondaire réside dans l'impossibilité de pousser plus au delà les investigations d'ordre psychologique sur les différents thèmes abordés. L'utilisation conjointe d'une expertise psychologique et sexologique au cours d'entretiens individuels pourrait permettre de répondre plus en profondeur à la question de départ. Toutefois, la psyché est propre à chacun et aucune généralisation ne devrait être réalisée. Cette étude comporte donc elle-même une limite liée à son versant psychologique.

Même si la plupart des résultats obtenus semble cohérents au regard de la littérature, la taille de l'échantillon ayant répondu aux questions ouvertes représente une limite à la fiabilité des résultats obtenus et à l'extrapolation des données.

L'application des éléments observés se limite à une population uniquement féminine. Il serait intéressant d'évaluer le retentissement de l'AMP sur le vécu de la sexualité des hommes du couple, et encore plus de pouvoir comparer au sein d'un couple les réponses obtenues.

3.2.3.2 Biais

Cette étude comporte un biais de sélection de la population de l'échantillon. En effet, un biais de volontariat n'a pu être évité concernant la population répondeuse. Notamment il est envisageable que certaines femmes n'aient pas répondu aux questions ouvertes car elles ne souhaitent pas communiquer sur le sujet plus que par manque d'intérêt. Au contraire, la population répondeuse pourrait être plus revendicatrice et représenter une minorité de femmes en souffrance sans être représentative de la population générale des femmes en AMP.

Egalement, un biais d'admission a été induit en choisissant de ne recruter la population qu'au sein d'établissements hospitaliers. Il est possible d'envisager que si les patientes avaient également été recrutées au sein de cabinets libéraux, la population aurait compté plus de femmes suivant un parcours de stimulation ovarienne simple (possibilité d'effectuer les prises de sang en laboratoire de ville et les échographies de monitoring en cabinet).

Un biais de non réponse a également été observé ; en effet, la population de répondeurs diffère significativement de la population de non répondeurs pour deux des trois établissements concernés par l'étude : environ un tiers de répondeurs pour l'hôpital Antoine Béclère et environ un sixième de répondeurs pour l'hôpital de Poissy.

Ce biais peut trouver une explication dans le mode de distribution des questionnaires, différent selon les centres.

A Poissy, les questionnaires n'étaient pas remplis sur place et les femmes devaient penser à les ramener, contrairement aux deux autres centres. Il est aussi possible que l'explication se trouve dans le nombre d'études réalisées au centre d'AMP de Poissy qui est un centre hospitalier référent pour le département de maïeutique de l'UVSQ.

La non réponse ne signifiant pas pour autant un désintérêt pour le sujet abordé, il aurait été intéressant d'en connaître les motivations afin d'évaluer l'impact sur l'étude.

L'étude comporte en outre un biais de mémoire pour les questions concernant la sexualité des femmes avant l'AMP, augmentant par là-même l'impact de l'état psychologique des sujets au moment du remplissage du questionnaire sur les données obtenues.

Certaines questions ont probablement induit un biais de déclaration lié à l'orientation des réponses. Ou même un biais de l'enquêteur par la suggestion de réponses, notamment pour les questions numéro 8 et 10, dont la validité des résultats doit être modérée.

3.2.4 Implications et perspectives

L'ensemble des limites et biais de l'étude ne permet pas d'effectuer une généralisation des résultats obtenus à la population générale. Cette étude pourrait donc être un point de départ à plusieurs autres afin de limiter ces biais.

Il serait alors intéressant d'interroger les femmes sur la prise en charge qu'elles souhaiteraient se voir proposer afin de les aider face aux difficultés rencontrées dans leur sexualité avec l'AMP. Cette prise en charge pourrait permettre une prévention primaire de la dévaluation de la sexualité avec l'AMP.



L'étude ayant montré que la durée du parcours n'avait pas d'impact sur la satisfaction sexuelle globale, une intervention pourrait être envisagée dès le début du parcours d'AMP.

Elle pourrait se présenter sous la forme d'un accompagnement par un(e) psychologue sexologue plutôt que par un(e) psychologue clinicien(ne) puisque l'impact de l'AMP sur la sexualité n'est plus à démontrer.

Ou bien via la systématisation d'une prise en charge multidisciplinaire lors d'une consultation avec un médecin, un(e) psychologue et un(e) sexologue.

Il serait également possible d'envisager la mise en place de groupes de paroles.

La voix des hommes devrait être également entendue de manière à confronter leur vécu à celui des femmes et de permettre une approche globale du couple dans la prise en charge proposée.

Si la prise en charge en AMP ne permet pas toujours la diminution des dyspareunies, la mise en place de conseils sur l'utilisation systématique de lubrifiants pourrait permettre d'aider les patientes concernées.

Sans oublier de mener une étude évaluative de l'efficacité de ces interventions.

D'autre part, il peut être envisagé que les modifications de la sexualité des couples en AMP soit comme un rite de passage plus ou moins obligatoire pour avancer dans leur vie.

Il serait intéressant d'étudier la sexualité des couples et leur vécu après l'AMP de manière à observer s'il existe une tendance de retour à la sexualité d'avant, ou bien si l'AMP est le point de départ d'une évolution.

En outre, il est possible que cela est conditionné par l'aboutissement du projet de naissance.

Conclusion

Les modifications de la sexualité des femmes sont fréquentes au cours d'un parcours d'AMP.

Elles concernent plusieurs aspects de la sexualité: la fréquence des rapports sexuels (en moyenne en diminution), les troubles de la sexualité (avec au premier plan le manque de libido, le manque d'excitation et l'irrégularité des orgasmes), la satisfaction sexuelle et la satisfaction relationnelle au cours des rapports sexuels (le plus souvent en diminution).

En outre si l'impact de cette étude sur le vécu de l'AMP est limité par les biais de l'étude, il semblerait que le vécu des modifications de la sexualité en AMP soit plus souvent négatif que positif (tristesse, insatisfaction, culpabilité).

Les femmes attribueraient les modifications de leur sexualité aux hormones ou à l'attente du bébé comme la littérature préexistante le suggérait. Au contraire, cette étude vient nuancer l'impact des examens médicaux sur le vécu de l'évolution de la sexualité en AMP.

Elle vient également mettre en lumière la tendance des femmes à sous estimer dans leur esprit les modifications de leur sexualité.

Une question se pose alors: l'impact de ces modifications sur le vécu de leur sexualité serait-il plus limité que ce que notre regard extérieur nous laisse imaginer ?

Une étude complémentaire serait nécessaire pour approfondir cette question et aborder l'impact de la partie inconsciente de la psyché des femmes.

Bibliographie

1. Encyclopédie Larousse en ligne - sexualité [Internet]. [cited 2014 Jan 10]. Available from: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sexualite/91643>
2. Bataille G. l'Erotisme. Les Editions de Minuit. 1957. p. 17.
3. WHO | Gender and human rights [Internet]. WHO. [cited 2013 Nov 19]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
4. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cited 2014 Nov 24]. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
5. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. Contraception et IVG: les lois [Internet]. 2010. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html>
6. Elia D, Waynberg J. Guide pratique de la vie du couple. Edition Silipacchi. 1984. p. 1.
7. Pascoal PM, de Santa Bárbara Narciso I, Pereira NM. What is Sexual Satisfaction? Thematic Analysis of Lay People's Definitions. J Sex Res. 2014;
8. Agence de Biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2011 [Internet]. Available from: <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2012/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>
9. Agence de Biomédecine. Le guide de l'assistance médicale à la procréation.
10. Agence de Biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2012 [Internet]. Available from: <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>
11. Insee. Population - Bilan démographique au 1er janvier 2014 [Internet]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm
12. Huyghe E, Bonal M, Daudin M, Droupy S. [Sexual dysfunctions and infertility]. Progrès En Urol J Assoc Française Urol Société Française Urol. 2013 Jul;23(9):745–51.
13. Balistreri S, De Gennaro L. Psychosocial factor and male infertility: a review of empirical studies. 2003;(48):17–48.

14. Wischmann T, Thorn P. (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reprod Biomed Online*. 2013 Sep;27(3):236–43.
15. Olivennes F, Hazout A, Frydman R. *Assistance médicale à la procréation*. 3ème édition. Paris: Masson; 2006. 222 p.
16. Marci R, Graziano A, Piva I, Lo Monte G, Soave I, Giugliano E, et al. Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure? *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:140.
17. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Aspects psychologiques des couples infertiles. *Sexologies*. 2011 Oct;20(4):255–60.
18. Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Evaluation psychologique et sexologique des couples. 2010;19:48–52.
19. Coëffin-Driol C, Giami A. L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2004 Jul;32(7-8):624–37.
20. Salama S, Boitrelle F, Gauquelin A, Jaoul M, Albert M, Bailly M, et al. Sexualité et infertilité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2012 Dec;40(12):780–3.
21. Gauquelin A, Salama S. Sexualité et assistance médicale à la procréation, un lien étroit. *Vocat Sage-Femme*. 2012 Nov;11(99):12–3.



Annexes

Annexe I : Questionnaire de l'étude

Questionnaire « AMP et sexualité féminine ».

Etudiante Sage-Femme en Master 2 à l'Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la sexualité en AMP. Plus précisément, je m'intéresse à l'évolution de la sexualité des femmes avec l'AMP.

Pour cela je réalise une étude basée sur un questionnaire anonyme.

Votre participation ou non à ce questionnaire n'entravera en rien votre prise en charge dans le service d'AMP.

Pour mener à bien mon étude, votre participation à ce questionnaire est essentielle.

Je m'engage à utiliser les données recueillies **anonymement** et uniquement dans le but de mon étude.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

Si les résultats de mon étude vous intéressent, je m'engage à vous en fournir les résultats sur votre demande.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien accorder à mon étude.

Margaux Courant, étudiante sage-femme
memoire.esfm2@gmail.com

1. Quel âge avez-vous ?
2. Profession: En activité : Oui - Non
3. Depuis quand êtes-vous en couple avec votre partenaire actuel ?
4. Depuis quand vivez-vous ensemble ?
5. Depuis quand souhaitez-vous avoir un enfant ?
6. Actuellement, quel type de parcours d'AMP suivez-vous ?
 Stimulation ovarienne par Clomid® / Insémination artificielle /
 Fécondation In Vitro (FIV) / FIV avec Intra-Cytoplasmic-Sperm-Injection (ICSI)
7. Depuis quand avez-vous commencé votre parcours d'AMP ? Année 20 ..
8. Avez-vous des enfants ? : Oui - nombre : - Non
9. Votre vécu de l'AMP : personnellement, éprouvez-vous ?
 de la fatigue physique / de la fatigue morale / de la tristesse /
 une perte de confiance en vous / de l'angoisse / de la culpabilité
 un manque de motivation au travail - précisez :
 autre :



17. Sur une échelle de 0 à 10, situez votre satisfaction concernant votre proximité affective avec votre partenaire durant vos rapports sexuels :

pas du tout satisfaisante 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 parfaitement satisfaisante

Commentez :

.....
.....

18. Sur une échelle de 0 à 10, situez la satisfaction globale de votre vie sexuelle :

pas du tout satisfaisante 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 parfaitement satisfaisante

Commentez :

.....
.....

19. Pensez-vous que votre sexualité soit différente depuis que vous avez commencé le parcours d'AMP ?

Oui - précisez en quoi :

Non

20. Si votre sexualité a changé : comment vous sentez-vous face à ces modifications ?

.....
.....
.....

21. Si votre sexualité a changé : d'après vous, de quoi pensez-vous que ces modifications résultent ?

.....
.....
.....

Annexe II : Female Sexual Function Index (FSFI)¹

Question	Response Options
Q1: Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?	5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
Q2: Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
Q3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused (“turned on”) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
Q4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal (“turn on”) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
Q5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence
Q6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse? Response Options	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never

¹ Rosen et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26:191–208.



Question	Response Options
Q7: Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	0 - No sexual activity 5 - Almost always or always 4 - Most times (more than half the time) 3 - Sometimes (about half the time) 2 - A few times (less than half the time) 1 - Almost never or never
Q8: Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	0 - No sexual activity 1 - Extremely difficult or impossible 2 - Very difficult 3 - Difficult 4 - Slightly difficult 5 - Not difficult
Q9: Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?	0 - No sexual activity 5 - Almost always or always 4 - Most times (more than half the time) 3 - Sometimes (about half the time) 2 - A few times (less than half the time) 1 - Almost never or never
Q10: Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?	0 - No sexual activity 1 - Extremely difficult or impossible 2 - Very difficult 3 - Difficult 4 - Slightly difficult 5 - Not difficult
Q11: Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?	0 - No sexual activity 5 - Almost always or always 4 - Most times (more than half the time) 3 - Sometimes (about half the time) 2 - A few times (less than half the time) 1 - Almost never or never
Q12: Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?	0 - No sexual activity 1 - Extremely difficult or impossible 2 - Very difficult 3 - Difficult 4 - Slightly difficult 5 - Not difficult
Q13: Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?	0 - No sexual activity 5 - Very satisfied 4 - Moderately satisfied 3 - About equally satisfied and dissatisfied 2 - Moderately dissatisfied 1 - Very dissatisfied
Q14: Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?	0 - No sexual activity 5 - Very satisfied 4 - Moderately satisfied 3 - About equally satisfied and dissatisfied 2 - Moderately dissatisfied 1 - Very dissatisfied



Question

Response Options

Q15: Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

Q16: Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- 5 = Very satisfied
- 4 = Moderately satisfied
- 3 = About equally satisfied and dissatisfied
- 2 = Moderately dissatisfied
- 1 = Very dissatisfied

Q17: Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- 0 = Did not attempt intercourse
- 1 = Almost always or always
- 2 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 4 = A few times (less than half the time)
- 5 = Almost never or never

Q18: Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- 0 = Did not attempt intercourse
- 1 = Almost always or always
- 2 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 4 = A few times (less than half the time)
- 5 = Almost never or never

Q19: Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- 0 = Did not attempt intercourse
- 1 = Very high
- 2 = High
- 3 = Moderate
- 4 = Low
- 5 = Very low or none at all