

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

# **Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale**

—

**Volume 2008  
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2008*

# Répercussions psycho-sexuelles de l'infertilité et de sa prise en charge

M. LACHOWSKY <sup>1</sup>, B. LETOMBE <sup>2</sup>  
(Paris, Lille)

## INTRODUCTION

En France, un couple sur 7 est en situation d'infertilité et un sur dix a recours à l'AMP.

Les couples ressentent de plus en plus mal l'infertilité selon les enquêtes de fécondité de l'INED, où l'on voit une multiplication par deux de la proportion des femmes > 35 ans qui déclarent avoir déjà rencontré un problème de fertilité (40 % depuis que l'AMP existe / 20 % avant !) [2].

De nos jours, les couples comme les médecins s'orientent très (trop ?) vite vers une médicalisation. Le praticien de l'AMP n'a peut-être pas perdu de son caractère d' « apprenti-sorcier », mais tout est banalisé, et le désir d'enfant est vécu dans une urgence particulière, parfois justifiée par l'âge de la femme, mais souvent liée à cette impatience propre à notre société qui demande une satisfaction immédiate de ses désirs.

1 - Consultante en Gynécologie Psychosomatique - Maternité A. de Crépy - CHU Bichat -  
46 rue Henri-Huchard - 75018 Paris

2 - Service d'Orthogénie et Médecine du Couple - Hôpital Jeanne de Flandre -  
CHRU Lille - Avenue Eugène Avinée - 59037 Lille

La plupart des couples ont une vision idyllique de cette AMP dont les médias leur promettent la réussite. Ils n'ont pas la notion du taux de succès relativement faible et de la lourde déception qui peut s'en suivre. S'ils ont, par ouï-dire, une idée de la pénibilité du parcours qui les attend, se rendent-ils compte des répercussions possibles sur leur vie socioprofessionnelle et plus encore, sur leur intimité et leur couple ?

Par contre, pour ceux qui y ont eu recours, le terme de « parcours du combattant » est facilement utilisé. La prise en charge médicale est décrite comme s'effectuant « à la chaîne » très administrative, faisant fi de l'aspect personnel et intime de leur projet, laissant trop peu de place à l'écoute... faute de temps pour le médecin toujours surchargé. L'enquête de l'INED cite à plusieurs reprises le terme de « médecine vétérinaire » [2].

S'il semble évident que la nécessité même d'une interférence médicale sur la conception d'un enfant puisse avoir une répercussion psycho-sexuelle, le retentissement sur la sexualité au stade du projet d'enfant l'est moins et demande réflexion. Et pourtant...

## A - PROJET D'ENFANT ET MODIFICATIONS DE LA SEXUALITÉ

Aujourd'hui encore la reconnaissance sociale d'un couple se concrétise pour la majorité d'entre eux par un projet d'enfant.

Or, dès le désir de grossesse exprimé, la fonction sexuelle, base habituelle de la reproduction, entre en jeu, et si retard à la procréation il y a, la relation sexuelle du couple risque d'en être altérée, ou à tout le moins mise en question.

La quête d'enfant, ou plutôt l'absence de résultat, retentit immanquablement sur la sexualité du couple qui, ponctuée alors de rapports calculés obligatoires perd du même coup ce caractère ludique et non programmé, essentiel ne serait-ce qu'à l'éclosion du désir. Et pourtant, on a plutôt tendance à sous-estimer l'influence de la vie sexuelle sur la fertilité...et vice-versa !

Avant tout, quelques notions bien connues, mais l'on ne s'y attardera pas ici car ce n'est pas notre sujet : la dysfonction sexuelle peut en effet être responsable de l'infertilité de façon évidente comme :

- un vaginisme (selon JEFFCOATE, 5 % des femmes consultant pour infertilité ont un hymen intact) ou une impuissance,

- souvent les deux... alors que le couple ne consulte « que » pour infertilité ;
- une anéjaculation.

Notions évidentes peut-être mais qu'il faut savoir rechercher, quand bien même elles ne seraient pas exprimées au premier abord. La demande de nombre de prises en charge médicalisées trouve sans aucun doute son étiologie dans ces difficultés sexologiques plus ou moins consciemment omises...

Par contre et c'est ce dont nous traiterons : l'infertilité peut être à l'origine de dysfonctions du couple, de son intimité, donc de sa vie sexuelle... et cette proposition est aussi vraie si on l'inverse !

Au cours de cette histoire à épisodes, souvent longue et riche en rebondissements, de ce fameux « parcours du combattant », trois étapes au moins se détachent : en effet, nombreuses sont les études qui ont montré combien le délai d'obtention d'une grossesse spontanée, puis le diagnostic d'hypofertilité, et enfin sa médicalisation retentissent négativement sur la sexualité.

En dehors des dysfonctions évidentes citées plus haut (qu'il ne faut pas négliger), on voit très vite survenir des difficultés sexuelles insidieuses, ne serait-ce que du fait de modifications de la sexualité, accommodements destinés à optimiser la fonction reproductrice en fonction de connaissances physiologiques et sexologiques les plus floues, inattendues, voire extravagantes !

L'histoire débute en général par des modifications précoces du rythme des rapports sexuels en réponse à quelques paramètres souvent évoqués mais aussi souvent mal intégrés, notamment : la date d'ovulation supposée et la fréquence des rapports.

L'enquête de M. Briex sur le site Gyneweb du début d'année 2007 (du 15 au 27/02/07), qui reprend les réponses de 910 internautes, avec enfant ou avec grossesse en cours, qui ont pour 86 % d'entre eux 20 à 40 ans, l'a bien mis en évidence.

Même si cette population globalement plus instruite, plus informée, ne peut bien sûr pas être considérée comme un échantillon représentatif, elle correspond bien à celle de nos consultations.

Ainsi, il notait par exemple que si les rapports sexuels étaient d'environ 4 rapports sexuels par mois, dans son enquête :

- 1/4 de la population a tenté de déterminer la date d'ovulation,
- 15 % ont programmé le rapport sexuel et,
- 15 % ont augmenté la fréquence des rapports.

À noter que dans l'optique de la programmation, il y a quand même encore plus de 20 % des couples qui utilisent une courbe de température... (rien de plus érotique au petit matin), et que plus de la moitié des couples s'appuie sur un élément technique (sensation d'ovulation, mais surtout tests urinaires en tout genre soutenu par un lobbying commercial forcené !), et qu'ainsi le rapport sexuel n'est plus, quand le désir de grossesse émerge, que l'application d'une technique procréatrice à mettre en œuvre au bon moment !

Dans cette enquête, 36 % des couples reconnaissent l'impact de ces impératifs sur leur sexualité et donc sur leur vie de couple, mais 70 % d'entre eux pensent agir utilement et augmenter leurs chances de grossesse en ayant davantage de rapports au moment présumé de l'ovulation. Combien de couples y perdent leur qualité de vie sexuelle, combien d'hommes y perdent leur capacité érectile, combien se vivent comme étalon et non plus comme amants, combien de femmes y laissent leur libido, combien de couples côtoient l'implosion, voilà pourtant ce que nous entendons tous dans le secret du colloque singulier ou pluriel...

Il semble donc évident que les couples, confrontés à la haute technicité moderne, aient du mal à s'en remettre à leur simple ressenti et à être passifs en vivant simplement leur sexualité habituelle. Certains se sentiraient presque coupables de ne pas tenir compte de cette « sagesse des nations » qu'Internet, loin de dissiper, propagerait plutôt.

Mais ces calculs et cet activisme sont-ils vraiment EFFICACES ?

On peut en effet se poser des questions sur l'efficacité en termes de reproduction mais aussi sur les effets défavorables, non seulement sur la sexualité du couple, mais sur la fertilité de cette organisation avec « timing sexuel », puisque de larges études ont montré qu'il n'y a environ que 30 % des femmes qui sont vraiment en période fertile entre le 10<sup>e</sup> et le 17<sup>e</sup> jour, et que donc les rapports sexuels calculés risquent d'être bien souvent hors de la période ovulatoire.

À nous de ne pas oublier qu'avant même d'entrer dans nos cabinets, ce couple en désir d'enfants a déjà spontanément une approche technique, mécanique de la procréation. À nous, en conséquence, de les aider à se libérer de ces croyances et de l'activisme délétère qu'elles entraînent.

Or, la prescription de nos examens et de nos traitements ne les rassure nullement et, sans doute de façon tout à fait insidieuse les confortons-nous dans d'autres modifications de leur sexualité ? Peut-être même pérennisons-nous le problème, en créant de nouvelles obligations, de nouveaux impératifs ?

Voilà qui est loin d'être anodin, quand on sait que l'anxiété et le stress sont susceptibles d'induire des stérilités psychogènes, ces diagnostics dits encore « énigmatiques » recouvriraient en effet 15 à 20 % des couples infertiles...

## B - LA STÉRILITÉ EST À L'ORIGINE DES DIFFICULTÉS SEXUELLES

Il existe un travail d'analyse de la littérature consacrée à l'impact psychosocial de l'infertilité et de son traitement en AMP sur la vie de couple.

- Certains travaux explorent la vie sexuelle des couples infertiles.
- D'autres sont surtout focalisés sur la relation de couple.

L'infertilité a des répercussions sur l'initiative sexuelle, le plaisir et l'estime de soi [3].

Par ailleurs, l'issue de certaines infertilités liées au stress n'est - par définition - guère prévisible, trop multifactorielles d'une part et trop dépendantes des mécanismes d'adaptation individuels d'autre part. Enfin, la survenue de la grossesse livre bien rarement la clé et ne signifie pas toujours la « guérison » du couple [4].

Coeffin-Driol et Giami ont publié une excellente revue des articles entre 1989 et 1999, analysant cet impact psycho-social de l'infertilité et de son traitement [5].

Si l'on peut étudier les répercussions du diagnostic d'infertilité et de sa prise en charge en fonction de la chronologie, c'est-à-dire d'abord la période d'investigation des causes de l'infertilité, puis la révélation de l'infertilité, et enfin les traitements, on peut également voir les choses sous l'angle des répercussions masculines, puis féminines.

Quand le désir de grossesse existe, rien n'est plus menaçant qu'une programmation imposée comme nous l'avons vu plus haut par la courbe de température ou un test d'ovulation. Le rapport sexuel est alors privé de son contexte ludique, et il apparaît comme un travail contraignant, un simple moyen de réaliser un objectif dépourvu de tout érotisme, ce qui peut conduire souvent à une anorgasmie féminine, d'autant que les femmes ressentent le défaut de maternité comme une blessure narcissique, une atteinte à leur identité féminine ou pire, cela conduit à une inhibition du désir sexuel, voire un sentiment de dépression.

Dans le comportement sexuel, il existe également un changement avec une inversion des rôles traditionnels en usage et en couple, à savoir une femme qui prend l'initiative de rapports, et un rythme de rapports imposé, avec une activité sexuelle parfois frénétique au moment de l'ovulation, et l'on voit alors s'installer un paradoxe, à savoir un accroissement de l'activité sexuelle qui coïncide en fait avec une inhibition de plus en plus intense du désir sexuel, avec souvent, une réaction dépressive à l'arrivée des menstruations. L'homme est loin d'être à l'abri, avec dans notre culture latine, la liaison virilité et fertilité qui sont volontiers confondues. Un homme dans l'impossibilité de procréer se voit comme « incapable », avec le sentiment d'une virilité dévalorisée aux yeux des autres comme à ses propres yeux, l'infécondité étant alors vécue comme impuissance.

À la différence de la femme, l'homme ne peut assumer sa fonction de reproduction sans le minimum d'excitation nécessaire à l'érection et à l'éjaculation. Les réactions sont alors diverses. Certains sont encore plus obsédés de la température et du calendrier que leurs épouses, et maintiennent stoïquement une activité sexuelle. D'autres, au contraire, connaissent une angoisse de performance avec inhibition de l'érection et de l'éjaculation, surtout par ailleurs en période fertile (conduite d'éviction).

À cet égard, le test de Hühner peut être considéré comme un véritable « attentat à l'intimité » du couple, et se révéler particulièrement inhibant, l'homme ne pouvant « assumer » sur commande alors qu'il sait que le résultat de sa prestation sera évaluée par un clinicien qui s'introduit en tiers dans sa vie sexuelle. Par contre, s'il est de bonne qualité, le faire valoir aux yeux du couple est un moyen de valoriser cette fameuse puissance !

## 1) Infertilité et sexualité masculine

### *a) La menace sur l'identité sexuelle masculine*

Un homme ébranlé par son infertilité peut être amené à douter de sa virilité.

Chez l'homme, et plus encore dans certaines cultures, la transmission biologique, transgénérationnelle de la vie et du nom est un élément fondateur de cette virilité.

L'infertilité marginalise, menaçant alors la masculinité et/ou l'estime de soi et affecte inéluctablement la sexualité masculine [6].

Il existe une relation bien plus forte chez l'homme entre anxiété et difficultés sexuelles liées à l'infertilité que chez la femme [7].

De façon parfois étonnante et paradoxale, sa virilité blessée peut le conduire à tenter de retrouver son identité masculine au travers de nombreuses aventures extra-conjugales.

N'oublions pas que notre vocabulaire de médecin, d'andrologue, de biologiste, en ce qui concerne notamment les résultats de spermogramme, est souvent difficile à décrypter et à entendre pour nos patients, dévalorisant et donc « dévirilisant ».

L'homme en vient à s'identifier aux composants de son sperme. Des défauts du sperme sont souvent exposés sans complaisance : « sperme pauvre, insuffisant, spermatozoïdes paresseux, malformés, incapables de traverser la glaire ». Le discours médical impose la métonymie à chaque consultation et à chaque commentaire d'examen. La partie témoigne du tout et l'individu s'identifie à ses organes et à ses sécrétions.

Et pire encore, cela ne tarde pas non plus à toucher l'épouse qui va jusque'à souligner alors les insuffisances de son mari.

Dans l'étude de Glover, un homme sur 4 se perçoit comme étant « moins qu'un homme » [8].

### ***b) Les troubles sexuels associés à l'infertilité***

Bien sûr, le diagnostic d'infertilité peut avoir une action directe sur la sexualité masculine.

Une étude récente met bien en évidence une baisse de désir sexuel et de satisfaction sexuelle, dès le diagnostic d'infertilité posé, quelle qu'en soit la cause [9].

Les hommes alors se sentent coupables, honteux. Ainsi, à l'annonce d'une azoospermie, on voit s'installer une dysfonction érectile transitoire chez des patients qui n'avaient aucun trouble préalable, c'est l'impuissance psychogène. Ainsi la dysfonction érectile et la dégradation de la libido masculine vont encore renforcer l'incapacité du couple à se reproduire (véritable cercle vicieux !).

Les troubles sexuels peuvent être associés aux investigations et examens médicaux.

Il est incontestable que l'interrogatoire policier est une véritable intrusion dans l'intimité du couple. L'évaluation des diverses causes éventuelles avec le morcellement du corps de l'un et de l'autre par les divers examens préconisés modifie la perception par chacun de son propre

corps exploré, soupçonné, accusé, voire marqué du sceau de l'invalidité, mais aussi du corps de l'autre, ce qui n'est pas moins délétère...

Chez l'homme, les attentes du médecin et de l'épouse dans le cadre du TPC par exemple vont susciter une « anxiété de performance reproductive », engendrant souvent des pannes sexuelles qui entravent alors le traitement ou au contraire, une recherche d'activité sexuelle accrue pour tenter de déjouer la menace qui pèse sur leur virilité.

La plupart des examens planifiés, évalués, quantifiés et comparés à ceux d'autres hommes, à une norme, peuvent être considérés comme une véritable expérience traumatique [10].

Bien sûr, le rapport à tout prix en période ovulatoire, suggéré ou non par le médecin, ne laissant aucune place à la spontanéité, met la virilité « à rude épreuve » [11]. Il en est de même pour l'éjaculation sur commande pour études du spermogramme ou pour FIV.

Ainsi, le contexte d'infertilité est souvent révélateur d'une vulnérabilité psycho-sexuelle préexistante, mais plus ou moins en équilibre jusque-là. Le contexte difficile de l'obligation de résultat dans un contexte dénué d'érotisme, vécu comme une preuve de déficit ou bien comme une tâche à effectuer, va ainsi révéler des carences sous-jacentes.

La prise en charge en AMP peut aussi être vécue comme salvatrice, si elle « dédouane » l'homme et ses spermatozoïdes de toute responsabilité. En transférant celle-ci désormais à la femme, elle peut alors permettre de retrouver une érection et une éjaculation (+/- AME).

## 2) Infertilité et sexualité féminine

### a) La désorganisation de la vie sexuelle des femmes infertiles

La femme, elle, est habituée depuis la contraception à dissocier sexualité et procréation. Elle supporte sans doute mieux que l'homme la responsabilité éventuelle de l'infertilité et le parcours difficile qui peut en découler. Peut-être aussi parce que depuis la nuit des temps l'infécondité lui était toujours imputée, témoin les répudiations qui jalonnent l'Histoire comme les histoires.

Dès le désir de grossesse, la sexualité féminine est rapidement subordonnée à la procréation. Elle devient un moyen et non une fin en soi. Progressivement et paradoxalement, la femme cherche à avoir de plus en plus de rapports sexuels alors qu'elle en a de moins en moins envie.

Elle devient rapidement dyspareunIQUE, voire anorgasmique, et les relations sexuelles féminines peuvent en être rapidement dégradées.

Enfin, souvent les femmes infertiles recherchent plutôt une symbiose avec leur partenaire qui est souvent idéalisée, et demande plus de tendresse non génitale que les autres, ce que la littérature anglo-saxonne - même médicale - qualifie de relations romantiques...

b) Bien entendu, comme chez l'homme, le fait de ne pouvoir concevoir génère des interrogations relatives à l'identité sexuelle féminine et au rôle maternel dans la sphère sociale.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, plusieurs études concluent que l'expérience même de l'infertilité est vécue de façon plus stressante par les femmes [12].

Dépressions, anxiété, problèmes de santé sont plus fréquemment retrouvés chez les femmes infertiles que chez les hommes [13, 14].

Elles sont plus vulnérables que les hommes et sujettes à des baisses d'estime de soi et à des troubles de santé mentale [15].

Cette vulnérabilité est alors attribuée à leur intense désir de maternité [16].

Enfin, les femmes présentant une infertilité inexplicquée sont plus anxieuses et plus déçues d'elles-mêmes que celles dont la cause de l'infertilité est identifiée [17]. Pouvoir de l'étiquette, comme dans toute maladie ou symptôme, car ce qui est nommé fait déjà un peu moins peur [18].

c) Enfin, quand il y a AMP, c'est la femme qui subit le traitement et ses effets secondaires. La femme peut avoir du mal à accepter les modifications corporelles (poids, mastodynies), les douleurs pelviennes (hyperstimulation ovarienne) et vivre mal le stress engendré par les thérapeutiques et l'issue...peur après ponction, peur après transfert embryonnaire).

Il semble évident que pour ces femmes qui vivent alors leur sexualité sur un mode douloureux, la fréquence des RS chute, d'autant plus que le partenaire se sent parfois coupable de n'être que « témoin assistant ».

La femme se donne « corps et âme » au parcours thérapeutique, si ce dernier s'avère long, il y a fort à craindre pour le couple sauf s'il réussit à garder une sexualité minimale autre que coitale, une sexualité de plaisir, rien que pour le plaisir !

Sans oublier les rancœurs éventuelles plus ou moins exprimées ou conscientes quand tout ce parcours est vécu du fait d'une hypofertilité masculine (ICSI), ou quand le jour de la ponction ovocytaire le mari ne peut obtenir d'éjaculat, quand il ne peut « fournir ». Et voilà encore la blessure des mots...

### 3) Infertilité et sexualité du couple

La plupart des auteurs, nous l'avions évoqué plus haut, constatent que les couples infertiles avant même un diagnostic d'infertilité ont vécu une période difficile de doute avec appauvrissement de leur sexualité.

En effet, le désir de grossesse conduit à une sexualité « moyen » et non « fin », ainsi, si l'un des partenaires conserve une demande vécue comme excessive, c'est-à-dire non ciblée, de rapports sexuels, l'autre peut y répondre au mieux par la colère ou le ressentiment, au pire par l'indisponibilité ou le refus.

La démarche visant à privilégier le rapport sexuel en période ovulatoire a des effets désastreux sur la sexualité du couple, dans la mesure où elle enclenche inévitablement le double processus de la dégradation du désir masculin dont l'objet n'est plus plaisir, et de mutation du désir féminin de plus en plus clairement orienté vers l'obtention de la grossesse.

Ainsi, la sexualité hors période ovulatoire se raréfie, ces rapports étant déclarés « inutiles », et malheureusement ce phénomène est souvent amplifié par les prescriptions médicales qui viennent légitimer cette dérive avec des injonctions « abusives ».

Il est donc tout à fait important, en ce qui nous concerne, d'insister sur l'inefficacité de la méthode dite du rapport efficace, et d'insister sur son action délétère sur la sexualité du couple. Attention encore aux mots utilisés, aux blessures qu'ils infligent, « mauvais sperme », « mauvaise ovulation », « glaire et sperme incompatibles », « glaire hostile », col en baïonnette, utérus bicorne, etc... Attention aussi à ce que ces futurs parents croient y déceler quant à la normalité de leurs enfants (spermatozoïdes microcéphales, anomalies de la tête...).

L'étude de Breenan (306 hommes et 295 femmes) en parcours d'AMP montre bien une différence de vécu hommes/femmes : 24 %

des femmes et 7 % des hommes avouent une anxiété modérée à sévère. Par contre sur le plan sexuel, ce sont les hommes qui signalent davantage de grosses difficultés sexuelles en rapport avec l'infertilité (21 % / 17 %) [7].

Cette étude montre aussi que l'anxiété « subjective » (nervosité, impossibilité de se détendre) et l'anxiété « autonome » (bouffées de chaleur, sueurs, nausées) sont significativement reliées aux difficultés sexuelles de l'infertilité chez l'homme comme chez la femme, alors que l'anxiété « neurophysiologique » (mains tremblantes, vertiges) et les symptômes de panique (tachycardie, sensation d'étouffement) ne le seraient pas [7].

A contrario, lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation, ne négligeons pas le risque d'arrêt de toute vie sexuelle, le couple se déclarant alors tout à fait soulagé d'être dispensé de ce qui était devenu une véritable corvée.... Peut-être n'y a-t-il là rien de dangereux, et l'économie interne de ce couple peut s'en trouver améliorée. À nous aussi de remettre les choses au point quand certains couples vont jusqu'à éviter les rapports sexuels en milieu de cycle pour même se protéger d'éventuelles déceptions, de frustration, de colère ou de dépression parce que ce rapport pouvant éventuellement mener à la conception, rappelle aux deux partenaires l'infertilité de leur couple.

Pour d'autres couples, si la médecine se charge du projet et du désir de grossesse, cela peut leur permettre de donner à nouveau libre cours au projet et au plaisir sexuel, et de retrouver leur vie d'avant...

La durée du temps d'infertilité peut aussi avoir un impact sur le climat conjugal et la satisfaction sexuelle. Pour certains, les choses se dégradent après 3 ans [19], pour d'autres seulement après 6 ans [1] !

Par ailleurs, l'engagement des couples à s'obstiner dans une prise en charge, malgré les échecs, peut augmenter la cohésion conjugale, le partage des épreuves et des déceptions renforçant les sentiments [20].

En conclusion, donc n'oublions pas ce que représente la quête d'enfant et sa prise en charge par nous, spécialistes. Un diagnostic d'infertilité masculine ou féminine peut conduire à une perte d'estime de soi, perte d'identité masculine ou féminine, perte de confiance en soi, avec une dévalorisation personnelle et sociale que certains de nos patients vont jusqu'à qualifier de marginalisation. Jusqu'à leur vie sexuelle, toutes leurs capacités leur semblent disqualifiées aux yeux des autres, et qui pis est, sujets de discussion et de pression familiale.

Car il nous faut garder à l'esprit que sur le plan social et culturel, un couple est une famille en devenir, il est supposé à une certaine

étape de son existence donner les preuves de sa capacité à devenir parent. Ainsi, l'infertilité peut être vécue comme une honte ou une culpabilité et, malgré la demande et le consentement plus ou moins éclairés, la prise en charge médicale reste une violation de l'intimité du couple qui peut être particulièrement mal vécue.

Comment et où pouvons-nous agir ? En tentant de mieux connaître les couples : leur sexualité avant et maintenant, les modifications éventuelles au fil du temps et de nos interventions, le vécu de chacun, son envie de s'exprimer ou ses doutes. Modifications au niveau de leur rythme et de leur spontanéité sexuelle, mais aussi au niveau de leur tolérance aux échecs, autant d'éléments à prendre en compte, de réponses souvent sans questions, de silences évocateurs, de temps passé mais loin d'être perdu. Il faudra :

- ouvrir des pistes pour les aider à faire la part des choses entre sexualité, virilité et féminité et fonction procréatrice, notamment en démystifiant toutes les idées reçues... ou presque toutes ;
- déculpabiliser ;
- reconnaître et nommer, à travers un langage adapté à chacun, les troubles sexuels, notamment dans la prise en charge en AMP, pour proposer une prise en charge psychologique, voire psycho-sexuelle quand les difficultés sont repérées ;
- traiter ou adresser pour traitement une dysfonction érectile, une éjaculation précoce, une anorgasmie : cela fait partie de la prise en charge et n'est nullement anecdotique même, et surtout si l'AMP s'avère nécessaire à l'obtention d'une grossesse.

En outre, pourquoi se priver de proposer éventuellement une prise en charge médicamenteuse, par exemple dans le cadre de la dysfonction érectile (AME). Il ne s'agit pas forcément d'obtenir des spermatozoïdes, mais il est capital de permettre au couple une sexualité épanouie ou la plus satisfaisante possible, seul moyen pour lui de se réparer face à cette blessure de ne pouvoir concevoir sans aide extérieure.

Et si la sexualité, et le plaisir qu'elle crée lors de l'orgasme par l'émission d'endorphines dans le cerveau féminin, avait une action bénéfique sur l'issue de l'AMP (action facilitatrice sur la nidation embryonnaire) ?

Enfin, en abordant les problèmes d'infertilité, le médecin ne doit jamais oublier qu'il négocie un problème qui se situe au cœur de la relation conjugale et qu'il risque de menacer l'équilibre, la stabilité

émotionnelle et l'identité sexuée de l'un ou l'autre conjoint. N'est-ce pas le seul cas de « rupture du secret médical » où les défaillances de l'un ou de l'autre compromettant le projet d'enfant sont énoncées en dehors d'un colloque singulier et partagées avec l'autre ? Là encore attention à la manière d'annoncer le ou les problèmes, il n'est pas inutile de rappeler que l'infertilité est une maladie du couple, ou même un état, et de veiller à évacuer l'idée de faute ou de honte. Savoir prendre en considération le retentissement du parcours proposé sur le plan conjugal et sexuel au moins autant que la probabilité de succès de l'AMP permet au couple de se sentir exister en tant que tel, et pas seulement en tant qu'éventuels succès ou échecs statistiques. Mais il est vrai que pour certains, cet intérêt pourra être vécu comme une ingérence dans leur intimité, intolérable donc dangereuse.

Alors comment trouver le juste milieu ? Comme toujours, en considérant ceux et celles qui nous font confiance comme des personnes à part entière et non réduites à l'organe malade ou ici à la demande technique, en restant à la bonne distance - ni trop près, ni trop loin - pour trouver le bon dosage : avec une pincée de tact mais aussi de (discrète) indiscretion, osons, au XXI<sup>e</sup> siècle, parler et faire parler de sexualité !

### Résumé

*Depuis les années 80, « on sait faire des enfants sans faire l'amour » (L'événement, 1980) et depuis l'ère de la contraception, on peut faire l'amour sans risquer de grossesse. Alors, sexualité sans procréation, certes un rêve devenu réalité, mais procréation sans sexualité, une simple avancée technique ou plutôt une nouvelle donne à laquelle sont confrontés médecins et patients ?*

*Fertilité et sexualité restent toujours intriquées, et bien que la fonction sexuelle ne puisse être réduite à la fonction de reproduction, l'activité sexuelle implique toujours risques et chances de conception, et surtout désir, un désir aujourd'hui inscrit dans un projet programmé.*

*La faculté de procréer est intimement liée au sexe et au genre, à l'image de soi et à l'estime de soi. Les relations sexuelles sont aussi une manière d'exprimer ses sentiments, sa proximité, son intimité vers l'autre. Lors des traitements pour infertilité, l'intimité sexuelle est souvent mise à mal, ou vécue comme telle, d'où des difficultés individuelles, mais aussi conjugales [1].*

## Bibliographie

- [1] 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(5):1481-91.
- [2] De La Rochebrochard E. De la pilule au bébé-éprouvette. 2008 Les cahiers de l'Ined. 264.
- [3] Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril* 1999;72(1):54-62.
- [4] Boivin J, Schmidt L. Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertil Steril* 2005;83(6):1745-52.
- [5] Coeffin-Driol C, Giami A. [The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature]. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32(7-8):624-37.
- [6] Elliot S. The relationship between fertility issues and sexual problems in men. *Can J Hum Sex* 1998;7:295-302.
- [7] Brennan D, Petterson P, Christopher R. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril* 2007;88(4):911-4.
- [8] Glover L et al. Differences between doctor and patient estimates of outcome in male subfertility clinic attenders. *Br J Clin Psychol* 1996;35(Pt 4):531-42.
- [9] Ramezanzadeh F et al. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril* 2006;85(1):139-43.
- [10] Keye WR Jr. Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol* 1984;27(3):760-6.
- [11] Athea 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;51(6):1531-42.
- [12] Henning K, Strauss B. Psychological and psychosomatic aspects of involuntary childlessness state at the end of the 1990', in *Involuntary Childlessness*, B. Strauss, Editor. 2002, Hogrefe & Huber.
- [13] Abbey A, Halman LJ, Andrews FM. Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril* 1992;57(1):122-8.
- [14] Adashi EY et al. Public perception on infertility and its treatment: an international survey. The Bertarelli Foundation Scientific Board. *Hum Reprod* 2000;15(2):330-4.
- [15] Dhillon R, Cumming CE, Cumming DC. Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril* 2000;74(4):702-6.
- [16] Hjelmstedt A, Anderson L. Gender difference in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:42-8.
- [17] Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey. *Hum Reprod* 1999;14(1):255-61.
- [18] Wischmann T et al. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Hum Reprod* 2001;16(8):1753-61.
- [19] Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991;14(1):11-26.
- [20] Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process* 2003;42(1):59-70.