



Sexualité et infertilité

Jeanine OHL

16 octobre 2018

Le contexte

- Maîtrise de la contraception:
 - permet la dissociation reproduction- plaisir
 - donne l'illusion de la conception à volonté
 - induit la notion d'urgence dès l'arrêt de la contraception
- Notre environnement:
 - notre société de performance alimente la notion d'urgence
 - induit une baisse de fécondité (contexte toxique, contexte social)
- Plus d'un couple sur 10 consulte pour infertilité
 - délai imposé par la nature à leur programme de vie -> souffrance morale permanente

Le contexte

- La sexualité est rarement évoquée en cs d'infertilité:
 - médecin pressé (recueil de données et de résultats, stratégie thérapeutique...). L'interrogatoire se borne à préciser la fréquence des RS
 - course contre le temps déjà engagée (âge, réserve ovarienne...)
- Les difficultés sexuelles engendrées par l'infertilité sont pourtant fréquentes: 75% des fe et 70% des ho

Gamet ML, sexologies, 2008

- primaires, secondaires, passagères ou durables
- cause ou conséquence de l'infertilité
- diminuent ou s'amplifient au fil des traitements, des échecs

Evaluation des difficultés sexuelles:

- Questionnaire Cmco adressé aux couples suivis en AMP, recueilli anonymement
- 2008: n=114 ♀ + 101 ♂ Ohl J, Gyn Obst & Fertil
- 2013: n=256 ♀ + 229 ♂, multicentrique (CMCO, Bordeaux)
- Diminution de la fréquence des RS lors de la prise en charge en AMP:
 - 2-3x/semaine avant l'AMP -> 1x/semaine *
- Détérioration des RS augmente avec la durée de l'AMP
15% < 3ans vs 25% >3ans *

L'infertilité: une crise d'identité

- Perte de l'enfant rêvé- Sidération
- Sentiment d'inutilité
- Manque d'estime de soi



“je suis incapable de faire ce que les autres font si facilement , je ne suis pas un (e) vrai (e) homme (femme)”

- Sentiment de honte:
 - encore plus intense si infertilité inexpiquée
 - fantasmes du couple par rapport à la relation avec leurs parents et grand-parents “je ne suis pas à la hauteur, je ne peux pas m'identifier à mes parents” Repokari, Hum Reprod 2007
 - Stérilité= rupture de filiation biologique Nouri Genolhac, FFER, 2017

L'infertilité: une crise d'identité

- Sentiment de culpabilité:
 - vécu de punition en raison d'un antécédent d'IVG
 - parfois dévastatrice en cas de reproches du (de la) partenaire si origine de l'infertilité identifiée
 - culpabilité des ♀ (65%) > ♂ (x2, p=0,01) *
 - 18% des ♀ font des reproches à leur conjoint (x4, p<0,001) *
 - culpabilité > quand origine de l'infertilité mixte ou indéterminée *
- élévation du niveau d'anxiété: engendre la stérilité ou l'aggrave

L'infertilité: mécanismes de défense

- Chacun réagit selon sa personnalité:
 - activisme professionnel, sportif, associatif...
 - repli sur soi-même: fuir les allusions à cet enfant qui ne vient pas, fuir les enfants des autres...
 - véritable dépression
 - hyperprésence



Mécanismes de défense



- La sexualité devient reproductive
 - rapports obligés, programmés lors de l'ovulation (courbes de t° , tests d'ovulation)
 - plus de 30% des couples espacent les RS pour enrichir la qualité du sperme ou privilégient certaines positions *
 - la technicité remplace la spontanéité et le désir

L'infertilité fait effraction dans le couple

- Après passage de cette épreuve d'identité, modification de l'aménagement initial du couple:
 - recherche d'un nouvel équilibre dans la vie du couple
 - installation du non dit (ne pas parler pour épargner l'autre)
 - pourtant conjoint = interlocuteur privilégié pour parler de l'infertilité et des traitements (5x > soignant) *
 - Rapprochement, solidarité
- “Hormis à mon conjoint, je n'ai jamais parlé et ne parlerai jamais à personne de cette prise en charge que je ne souhaite pas afficher”
- Seulement 1 couple/10 pense avoir plus de désaccords conjugaux depuis le diagnostic d'infertilité *

Nouri Genolhac, FFER, 2017

Répercussions sexuelles chez l'homme

- L'infertilité restait dans le domaine de l'impensable, assurance narcissique garantie par la sexualité!
- La stérilité est inavouable, à l'entourage, surtout au père...
- Se sent responsable de la déception voir de l'aggressivité de sa femme:
 - dévalorisation de soi, blessure narcissique
- S'identifie aux composants de son sperme. Se compare aux valeurs des hommes "normaux"
- En cas de résultat déficient, sensation de conjoint "mal choisi", concurrence avec un "rival imaginaire"

Répercussions sexuelles chez l'homme

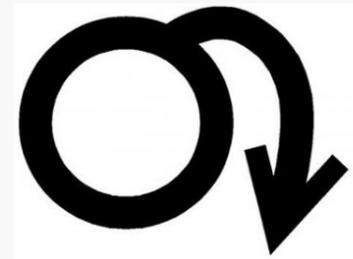
- Inhibé par la *nécessité* du rapport à tout prix:
 - souvent à l'initiative de sa ♀ ,
 - alors qu'elle n'a pas *envie* de lui
- Se sent agressé par les contraintes des prélèvements
 - délai d'abstinence
 - recueil de sperme par masturbation dans une pièce exigüe
 - -> peur de l'échec de prélèvement Read, BMJ 2004

Répercussions sexuelles chez l'homme

- Troubles de l'érection (ex: annonce d'une azoospermie)
=> touche 25% des ♂ lorsqu'ils doivent être performants

*

- Troubles de l'éjaculation, souvent transitoires
 - amalgame culturel ancestral entre virilité, sexualité et fécondité, sentiment de castration



- Diminution du désir sexuel
 - dès le diagnostic d'infertilité, quelle que soit son étiologie

Ramenzanzadeh, Fertil Steril 2006

- Fuite dans le travail, le sport, les relations extraconjugales

Répercussions sexuelles chez la femme

- Obsession d'être mère: sexualité subordonnée à la procréation
 - Rythme des RS déterminé par le calendrier pour 29% des ♂ et 39% des ♀ ($p < 0,05$) *
 - rapports privilégiés en période ovulatoire
 - RS moins fréquents, moins de préliminaires
- Mimoun, Des maux pour le dire, 2003, Coeffin-Driol, Gynecol Obstet Fertil 2004
- 50% des ♀ (20% des ♂, $p < 0,001$) trouvent des excuses pour éviter les RS . Surtout si infertilité d'origine féminine*
 - $\frac{1}{4}$ des ♀ recherchent plus la grossesse que les RS (2 x plus que les ho, $p < 0,001$)



Répercussions sexuelles chez la femme

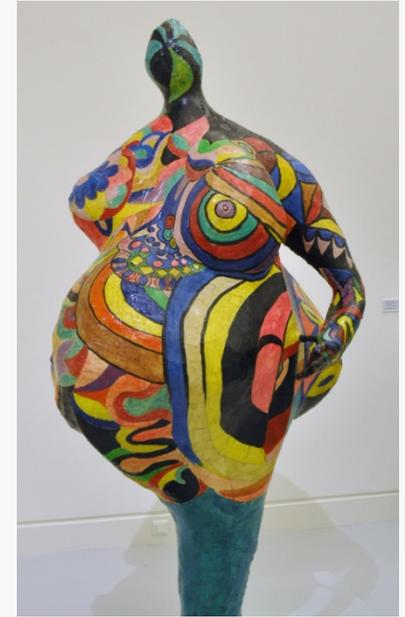
- Paradoxe: RS de plus en plus recherchés (à la bonne période) alors que de moins en moins envie
- Désir inhibé par la recherche obsédante de l'enfant. Cette inhibition est dépassée pour atteindre l'objectif
- Troubles du désir plus fréquents (46% vs 30% des ♂, $p < 0,001$) *
- Demande plus forte de tendresse (48% vs 24% des ♂, $p < 0,001$) *
- 16% des ♀ ont une baisse du plaisir avec le diagnostic d'infertilité (3 x ♂, $p < 0,001$) *
- Installation d'une dyspareunie, d'un vaginisme par anticipation négative
- Dépression 23%

Chevret-Measson, Prat Psychol, 1999

Lejeune, FFER 2017

Répercussions sexuelles chez la femme

- **SOPK**
- perturbations sexuelles en rapport avec un BMI élevé, un hirsutisme Hahn Hum Reprod 2006
- **Endométriose**
- une des grandes causes d'infertilité
- dyspareunie profonde
- évitement des rapports par anticipation douloureuse Coeffin-Driol, Gynecol Obstet Fertil 2004 (15% des ♀ *)
- lésions somatiques réelles + terrain psychique particulier en souffrance



Répercussions des traitements de l'AMP

- Importante source de contraintes mal vécues:
 - obligation de programmation des tests, des gestes
 - délai d'abstinence -> participe à raréfier les RS
- Les RS sont plus fréquents en dehors des périodes de traitement pour 46% des ♀ et 35% des ♂ (seuls 12% des couples ont des RS lors des traitements) *
- Diminution de la fréquence des RS influencée par la durée de prise en charge en AMP et l'âge > 30ans... A quoi bon?
 - 2-3/semaine avant l'AMP => 1/semaine après *
- masturbation -> troubles érection et/ou éjaculation

Répercussions des traitements de l'AMP

- Traitement hormonal:
 - prise de poids, douleurs pelviennes participent à la diminution du désir
- Le désir est plus important en dehors des périodes de traitement pour 26% des ♂ et 43% des ♀ ($p < 0,001$) *
- Le plaisir par contre semble peu affecté par la prise en charge en cas de sexualité satisfaisante avant

Mimoun, CFS, 1993

Ohl, GOF, 2008

Répercussions des traitements de l'AMP

- Présence constante des médecins, en position de témoin:
 - vécue comme une intrusion dans la vie sexuelle; “j’ai l’impression de faire un enfant avec quelqu’un d’autre”
 - viol médical
- 20% des ♀ et 15% des ♂ ont peur de ne pas être à la hauteur*
- 17% des ♀ et 13% des ♂ trouvent trop intrusive la PEC médicale *
- 73% des ♀ et 78% des ♂ n’ont jamais abordé leur sexualité avec un soignant depuis le diagnostic d’infertilité *
- L’information de l’entourage familial, amical ou professionnel:
 - vécue comme une indiscretion douloureuse, surtout si échec
 - cpt l’entourage reste l’interlocuteur privilégié > soignant

Et pourtant...

- L'AMP permet la séparation de la pulsion sexuelle et de la fonction de reproduction.... Comment concevoir sans RS...
- Soulagement pour certains, dispensés de l'obligation de rapports sexuels procréatifs
- L'AMP a lieu 2 ou 3 fois par an. Les autres mois sont "libres"
- Le couple se sait "stérile", il se sent libre de toute attente. Parfois une grossesse spontanée survient...
- L'obtention d'embryons en ICSI rassure l'homme oligospermique dans sa virilité
- *Fonction réparatrice de l'AMP sur la sexualité*

Boivin, Hum Reprod, 1998

Selon le type d'AMP

- En IIUc, en FIVc, en cas d'infertilité idiopathique, les couples s'imposent une abstinence prolongée pour améliorer le sperme, ciblent les dates des rapports.
- En IIUc les couples privilégient certaines positions lors du coït . Cette stratégie disparaîrait en IAD ou FIV.
- Les couples inscrits en IIUc et FIVc ont plus de troubles du désir et reconnaissent rechercher davantage la grossesse que le plaisir que ceux inscrits en IIUd ou DO.

Ohl, GOF, 2008



Lorsque l'infertilité se prolonge

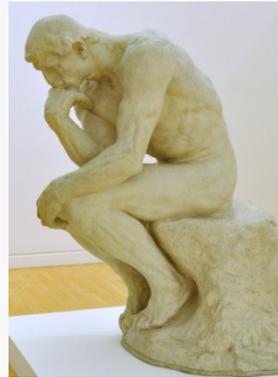
- Détérioration progressive de la relation de couple, séparation
 - le partenaire fertile se sent coincé entre son désir d'enfant et l'impossibilité de le réaliser avec son conjoint Dyer, Hum Reprod 2002
 - cependant pas plus de divorces...
- Rapprochement des deux partenaires du couple
 - soudure du couple en excès: surprotection du partenaire infertile considéré comme "malade", surtout si ICSI Ohl, GOF, 2008
 - après 7 ans, la prise en charge médicale est vécue comme moins intrusive, l'AMP est moins éprouvante. L'harmonie sexuelle se réinstalle Ohl, GOF, 2008
 - 24% des couples suivis depuis + de 3 ans considèrent que l'infertilité les a rapprochés (vs 13% < 3ans) *

En consultation pour infertilité

- Aborder le sujet de la sexualité (pas slt la fréquence des RS)
- Les couples apprécient qu'on s'intéresse aussi à leurs difficultés sexuelles Gamet, Sexologies 2008; Ohl, GOF 2008, 70% de participation
- Face à l'infertilité la douleur de la femme est bruyante, celle de l'homme est plus cachée Nouri Genolhac, FFER, 2017
- Les ♂ parlent plus difficilement d'infertilité que les ♀ (p<0,001) Chevret-Measson, Prat Psychol, 1999; Mimoun, traité de GO,1999
 - 17% des ♂ vs 32% des ♀ ont envie d'aborder la sexualité avec un soignant (p<0,001) *
 - cette différence s'estompe lors des cs et lors de l'AMP

En consultation pour infertilité

- **Connaître** l'influence de certaines situations médicales plus à risque de souffrance:
 - infertilité > 4ans Gamet 2008; Ohl 2008
 - âge du couple qui avance
 - implication de l' ♂ dans l'origine de l'infertilité Gamet 2008; Ohl 2008
 - type d'AMP
 - quand on parle trop de son couple ou trop de son partenaire, c'est qu'on a peine à parler de soi...
- **Savoir** que le médecin est idéalisé (rend la grossesse possible)
- Peut occuper la place du père/mère tout puissant
- Ou être objet de haine par projection des sentiments de persécution



- **Dédramatiser** la souffrance sexuelle des 2 membres du couple sans la minimiser
 - écouter, expliquer, peut permettre une meilleure acceptation
 - demander aux patients leur idée du problème pour rassurer, démystifier, corriger les idées éronnées
 - conseiller de faire des breaks (malgré leur résistance)
 - déculpabiliser, c'est normal d'avoir des difficultés dans ces situations
- Dès le début, **conseiller** aux couples de continuer à vivre, de rendre aux rapports leur fonction récréative
 - l'humain: la seule espèce animale à ne pas avoir d'automatisme de reproduction
 - le côté récréatif a du sens
 - le but de la sexualité n'est pas la seule procréation

En consultation pour infertilité

- **Faire entendre** la souffrance de l'homme à la femme qui la dénie parfois

Lejeune, FFER, 2017

- **Décoder l'aggressivité**

- **Proposer** ou conseiller une aide psychologique

- l'offre doit susciter la demande (peu formulée spontanément)

Nouri Genolhac, FFER, 2017

- La majorité (60%) souhaite que les difficultés sexuelles soit abordées en cs mais moins de 25% souhaitent un soutien *
- Seuls 18% des ♂ et 25% des ♀ souhaitent bénéficier d'un soutien psychologique pour les difficultés d'ordre sexuel *
- Soutien demandé parfois plutôt pour faire face aux échecs

Infertilité par absence de sexualité fécondante

Lejeune, FFER, 2017

- 5% des causes d'infertilité
- absence de pénétration - absence d'éjaculation
- Vaginisme, dyspareunie
- troubles du désir, phobie des rapports sexuels...
- Souvent fort contexte judéo-chrétien
 - c'est une vierge qui est mère
 - souvent absence de masturbation, refoulement de la sexualité, on ne s'autorise pas l'auto-érotisme
- Traiter la cause ou la conséquence? Ni facile ni anodin. La FIV, traitement palliatif non spécifique, peut être une réponse
- Plus rare: la demande d'enfant est une demande déguisée de PEC du problème sexuel



Conclusions

- Conserver la relation de couple telle qu'elle était avant l'AMP
- Différencier la procréation de la performance, dédramatiser
- Difficulté du soignant à susciter les questions, par peur d'y répondre ou simplement par manque de temps.
Importance de l'écoute
- L'offre ne crée pas la demande
- Quelle est la demande?

Merci de votre attention



Mme M K 33 ans et Mr M A 46 ans

- Janvier 2015: Désir d'enfant depuis 2 ans
 - Mr à un nombre de spz normaux à 0 ou 1% par ailleurs Ok
 - A vu urologue qui l'envoie en génétique
 - Mr n'est pas là ce jour mais Mme me dit que Mr a des éjaculations retardées voire pas du tout

Mme M K 33 ans et Mr M A 46 ans

- Juillet 2018: Mme revenue seule.
 - Mr présente une anéjaculation quasi constante. Survenue de la grossesse = "un coup de chance« (un enfant né en 2016)! Mr ne fume pas. Travaille la nuit. Aucune prise médicamenteuse, pas de consommation d'alcool.
 - Ejaculat en milieu hospitalier semble fonctionner... Masturbation à la maison? A revoir avec le patient lui-même en cs sexo. Inscrire le couple ensuite en AMP en fonction de cette cs.

Mme M K 33 ans et Mr M A 46 ans

- Août 2018: Mr consulte seul comme demandé
 - Mr avait consulté un sexologue qui ne l'a pas aidé
 - Mr arrive à éjaculer, certes difficilement, au laboratoire mais pas lors du coït
 - Mr s'entend bien avec sa femme, sa femme lui plaît, le désir d'enfant est partagé....
 - Sperme normal à 25 millions le 27/07
 - Discussion: il est dommage de lancer la lourdeur d'une FIV pour anéjaculation mais le couple sera malgré tout pris en charge et non pas laissé sur la touche...

Mme M K 33 ans et Mr M A 46 ans

- Août 2018: Mr consulte seul comme demandé
 - Il veut bien tenter des autoinséminations à la seringue. Va en parler à Mme. Faire des échos à mi cycle pour cibler l'ovulation. On lance la FIV cependant
- En fin de consultation il raconte:
 - son père a eu 22 enfants, 11 avec chacune de ses 2 femmes.
 - père est décédé il y a 3 ans. Il n'était pas présent lors du décès et n'est pas en paix avec cela. Il est le seul des 22 à vivre en France.
 - l'anéjaculation paraît +/- concommittente du décès...
- « Quelle image gardez-vous de votre père? »
 - positive à 50%, négative à 50%
 - conseil de parler aussi à la psychologue

Mme W 42 ans, Mr W 50 ans

- Couple recomposé, cs juillet 2014, Dr B, pour désir de grossesse de 2 ans
- Mr a 2 grands enfants - a fait un SPG, N: 10 M/ml, mob 35%, FN: 10%
- Mme, origine africaine, n'a pas fait de bilan
- A fait 2 FCS en 2005 et 2008

Mr W

- 09/02/15 Cs sexo, seul (puisque c'est lui qui est en cause), à la demande de Mme, pour problèmes d'éjaculation. Lui en fait n'a pas de plainte. Il vient demander un médicament
- Il a eu d'autres partenaires avant sa femme avec éjaculation inconstante déjà mais personne ne se plaignait, il n'y avait pas de désir d'enfant
- Son excitation monte mais diminue avant l'éjaculation
- Il n'a aucun problème à éjaculer lors de la masturbation

Mr W

- Mme pense que l'absence d'éjaculation (1x/2) est la cause de l'infertilité. De plus le sperme n'est pas bon...
- Explication sur le potentiel de la FIV et les facteurs limitants (féminins)
- Mme n'a jamais d'orgasme, n'a pas de lubrification...
- Mme veut une durée de pénétration courte car très rapidement se plaint de douleurs.... Entre autres
 - mauvaise communication entre les 2 conjoints, mauvaise synchronisation des besoins, absence de préliminaires
 - discussion sur l'effet potentiellement libérateur de la FIV pour Mme et déculpabilisation pour Mr... »je ne culpabilise pas «
 - Proposition de voir Mme aussi

Mme W

- 2/3/15 Cs sexo. Mme venue seule après cs de Mr
- N'a pas d'orgasme depuis longtemps. Elle ne se plaint pas c'est Mr qui l'a remarqué. Elle se sent « normale ». Mr a des problèmes d'éjaculation récurrents depuis toujours
- Mme attend une éjaculation chez son mari beaucoup plus qu'elle n'attend de régler son problème d'orgasme
- Mme révèle ce que Mr n'avait pas dit: il a été très marqué par la présence d'un frère handicapé mental schizophrène...
- Discussion sur les barrières que le couple a dressé, sur le pouvoir et les limites de l'AMP

Mme W

- Mai 2015: Couple vient pour explications, chez Dr B, après tentative- Explications sur faible recueil, sur risques PO avec myomes qui bouchent la vue. Si myomectomie, ça va faire perdre du temps ...
- Mme a entendu, s'est renseignée sur DO: explications sur DO en France et en Europe, pense aller dans 1 pays voisin.

Mr et Mme M 29 ans

- Cs Dr P 10/10/11 Vie commune 13 ans, désir grossesse 4 ans, n'ont pas eu de bilan encore. Mr cuisinier, Mme réception hôtel, travaillent tard le soir, rentrent fatigués. Peu de rapports.
- En fait pas d'éjaculation depuis 7 ans, "après que Mr ait dérapé" dit Mme.
- Conseille cs sexo, cs psychologue
- DHX et SPG pour commencer. Puis voir comment on avance en AMP

Mr et Mme

- Septembre 2012: couple orienté vers des IIU. Pas revenu en cs sexo
- Octobre 2013: passage en FIV après 4 échecs d'IIU
- Août 2015: Grossesse à la 2^e ICSI- AN petite fille qui va bien....

Mme HL 38 ans

- Décembre 2016: adressée par sa gynéco pour manque de libido
- by pass en mars 2015: 107 -> 60 kilos pour 1,64 m. pas satisfaite de sa silhouette: a perdu trop de seins et garde un bourrelet abdominal, même si elle relativise... A stoppé toute activité sportive, en particulier la natation, pour cette raison.
- Polysupplémentée. Pourtant le MT a trouvé une anémie et une carence en vitamine B. A vérifier.

Mme HL 38 ans

- Depuis le by-pass fait des tests de grossesse fréquents car angoissée à l'idée d'une malabsorption potentiel de son lutéran 10. Ne veut surtout plus de grossesse.
- A l'examen atrophie vaginale. Le luteran 10 semble suffisamment absorbé pour participer à la baisse de libido la difficulté à trouver du plaisir.
- Proposition de DIU. Retour au lutéran plus E2 en gel si des migraines devaient réapparaître.
- Pas de souci dans le couple mais préserver des moments d'intimité.

Mme HL 38 ans

- Janvier 2018: se sent métamorphosée depuis la pose du DIU- A retrouvé une libido parfaite-
- Va se faire opérer d'un bodylift début février-
- examen parfait
- suppléments vitaminiques bien prescrits par MT