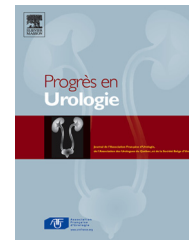




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Dysfonctions sexuelles et infertilité[☆]

Sexual dysfunctions and infertility

E. Huyghe^a, M. Bonal^b, M. Daudin^c, S. Droupy^{d,*}

^a Service d'urologie, hôpital de Rangueil 1, avenue du Professeur-Jean-Poulhès, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b 10, rue des Arts, 31000 Toulouse, France

^c Cecos Midi-Pyrénées, hôpital La Grave, place Lange, 31052 Toulouse, France

^d Service d'urologie andrologie, CHU Carémeau, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

Reçu le 12 février 2013 ; accepté le 12 février 2013

MOTS CLÉS

Dysfonctions sexuelles ;
Infertilité ;
Couple ;
Aide médicale à la procréation

Résumé

Objectifs. — La sexualité est un élément fondamental de la vie de l'individu et du couple particulièrement sensible à la crise que constitue une infertilité. L'objectif de cette revue est de décrire les troubles sexuels qui peuvent être impliqués dans des difficultés de couple pour concevoir ainsi que les dysfonctions sexuelles que peut engendrer la prise en charge d'aide médicale à la procréation (AMP).

Matériel et méthodes. — Nous avons réalisé une revue de la littérature à partir de la Medline Database et retenu 27 des articles.

Résultats. — Les troubles sexuels sont fréquents chez les couples infertiles. Parfois primaires, ils doivent faire l'objet d'une prise en charge préalable à la démarche d'AMP. Le plus souvent secondaires (dysfonction érectile, troubles de la libido, baisse d'activité sexuelle, atteinte de l'imaginaire amoureux...), ils doivent faire l'objet d'une information et être recherchés tout au long du processus diagnostique et thérapeutique. Une prise en charge multidisciplinaire intégrant une approche sexologique adaptée aux particularités du couple est indispensable et peut se prolonger au-delà de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

Conclusions. — Lors de la prise en charge pour une infertilité de couple, il est important d'ouvrir la discussion systématiquement sur les questions liées la sexualité et d'évaluer la signification et la sévérité des troubles sexuels. Enfin, dans certains cas il est nécessaire d'aider les patients à reconstruire leur sexualité comme une source de plaisir à l'issue de la période d'AMP.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article fait partie intégrante du Rapport « Médecine sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephane.droupy@chu-nimes.fr (S. Droupy).

KEYWORDS

Sexual dysfunctions;
 Infertility;
 Couple;
 Assisted reproduction

Summary

Objectives. – Sexuality is a fundamental part of the life of the individual and the couple particularly sensitive to the crisis that is infertility. The objective of this review is to describe sexual disorders that may be involved in infertility as well as sexual dysfunctions that can appear during medically assisted reproduction.

Material and methods. – We performed a literature reviewed from Medline Database and selected 27 articles.

Results. – Sexual problems are common in infertile couples. Sometimes primary they need to be assessed before the process of assisted reproduction. Mostly secondary (erectile dysfunction, hypoactive sexual desire, decreased sexual activity...), they must be explained and be sought throughout the diagnostic and therapeutic process. A multidisciplinary approach integrating sexological adapted to the specific torque is required and may extend beyond the birth or adoption of the child.

Conclusions. – In the treatment for infertility it is important to systematically open discussion on issues of sexuality, and to evaluate the significance and severity of sexual dysfunction. Finally, in some cases it is necessary to help patients rebuild their sexuality as a source of pleasure to the end of the period of assisted reproduction.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Sexualité et infertilité sont liées pour plusieurs raisons : la sexualité est un élément fondamental de la vie de l'individu et du couple particulièrement sensible à la crise que constitue une infertilité. Deuxièmement, les dysfonctions sexuelles peuvent préexister à l'infertilité et s'aggraver au cours de la prise en charge ou même parfois être responsables de l'infertilité. Enfin, les troubles sexuels peuvent être secondaires à l'infertilité et à sa prise en charge. Dans notre société, la maternité et la paternité demeurent des modèles de « normalité » et de réalisation personnelle. Bien que les couples utilisent une contraception pendant la plus grande partie de leur vie génitale, le choix de ne pas avoir d'enfant dans sa vie de couple reste rare bien que de plus en plus fréquent puisque 4% choisissent cette option aujourd'hui. De nombreux couples, parmi ceux qui ne sont pas parents involontairement, ont sous-estimé la diminution de la fécondité liée à l'âge. À partir de 35 ans, 20% de couples resteront sans enfant, 12% à 30 ans tandis qu'à 20 ans la proportion est de 4%. La diffusion de l'information sur les méthodes d'assistance médicale à la procréation (AMP) entretient l'idée qu'il est possible d'attendre sans risque. Les femmes accouchaient en moyenne à l'âge de 30 ans en 2010 et 55% des naissances avaient lieu hors mariage (données INSEE).

L'infécondité est définie par l'OMS comme l'incapacité à obtenir une grossesse malgré une activité sexuelle régulière durant plus d'un an sans méthode contraceptive. Elle constitue une souffrance pour les couples en désir d'enfant qui interfère avec la vie sexuelle. La médicalisation du processus de reproduction et l'exploration clinique du couple infertile peuvent avoir une incidence négative sur l'intimité profonde du couple et sa vie sexuelle. Les techniques d'AMP permettent à un couple de mettre au monde un enfant sans avoir de rapports sexuels mais en faisant intervenir un ou des tiers. Il y a donc pour ces couples une dissociation possible entre reproduction et sexualité. A contrario, certains

troubles sexuels de l'homme ou de la femme peuvent être à l'origine de l'infertilité. La sexualité doit donc faire partie des préoccupations des cliniciens lors de la prise en charge des couples infertiles.

S'il est exact que certains cas d'infertilité sont secondaires, au moins en partie, à des troubles sexuels, ils sont plus souvent la conséquence que la cause de l'infertilité [1].

Les problèmes psychosexuels responsables d'infertilité**L'homme**

Les dysfonctions sexuelles masculines ne sont responsables d'infertilité de couple que dans 5% des cas environ [2], en revanche, l'infertilité et sa prise en charge peuvent être associées à l'apparition de dysfonctions sexuelles masculines.

Les malformations congénitales

Le micropénis défini, selon les auteurs, comme un pénis ne dépassant pas 7,5 à 9 cm en érection, peut diminuer la capacité d'insémination.

La courbure congénitale, par hypoplasie d'un des deux corps caverneux ou chorde ventrale peut rendre impossible la pénétration.

L'hypospadias peut compromettre la procréation, en cas de forme pénoscrotal. Les hypospadias opérés porteurs de diverticules ou de sténoses liées à l'urétroplastie peuvent également être une cause de dyséjaculation.

Les épispadias et formes complexes associées à l'extrophie vésicale.

Les anomalies morphologiques acquises

Les courbures du pénis en érection de la maladie de Lapeyronie et des séquelles de traumatismes du pénis peuvent

retentir sur la fertilité du couple en compromettant la qualité du dépôt du sperme au niveau de la région cervicale utérine.

Dysfonction érectile

La prévalence de la dysfonction érectile est deux fois plus importante dans la population des hommes infertiles (15 à 22%) comparée aux hommes du même âge (7 à 9%) [3]. Une dysfonction érectile (DE) sévère peut être une cause d'infertilité masculine mais elle est rare chez les hommes jeunes et doit faire l'objet d'une prise en charge globale car elle peut être le signe d'un refus de paternité ou de troubles psychologiques graves. Parmi les hommes infertiles, 15 à 20% présentent des signes de dépression modérée ou sévère [4].

La permanence de la DE, définie par une persistance du trouble indépendamment des circonstances et des partenaires, est un signe de gravité.

Dans ce contexte, les facteurs psychogènes sont à rechercher au même titre que les facteurs organiques :

- facteurs individuels : névroses, angoisse de performance, ignorance de la sexualité, syndrome dépressif, facteurs de personnalité, facteurs liés à l'identité de genre, phobies et peurs, et comorbidités organiques (diabète, HTA, dyslipidémie, hypogonadisme) ;
- facteurs relationnels : conflit entre conjoints, attitude résignée et culpabilité de l'un des partenaires, attitude(s) agressive(s) et revendicative(s), relation(s) extraconjugale(s), syndrome de veuvage, rupture ;
- facteurs culturels et sociaux : situation(s) ou condition(s) de vie rendant l'expression de la sexualité difficile ou la paternité génératrice d'angoisse (chômage, risque de déshonneur, assimilation fertilité/érection, différence d'âge).

Troubles de l'éjaculation

L'éjaculation prématurée

L'éjaculation prématurée ne gêne pas la fécondation à la condition qu'il y ait régulièrement pénétration et éjaculation intravaginale. L'éjaculation anteporlas permanente peut être une cause d'infertilité masculine. Parmi les hommes consultant pour infertilité de couple, 50 à 66% disent éjaculer plus rapidement qu'ils ne le souhaiteraient et 50% des femmes se disent frustrées par la rapidité de l'éjaculation de leur partenaire. Si l'éjaculation prématurée altère la qualité de la relation entre les deux partenaires mesurée par le score SEAR, il ne semble pas que ce paramètre soit associé à une augmentation des troubles sexuels chez les partenaires mesurés par le score FSFI [5]. La forte prévalence de l'éjaculation prématurée est donc plus vraisemblablement une conséquence qu'une cause de l'infertilité et certainement le signe d'une communication suboptimale en matière de sexualité dans les couples infertiles.

L'anéjaculation et l'éjaculation rétrograde totale

Les anéjaculations d'origine psychologiques sont les plus fréquentes touchant 90% des hommes à un moment de la prise en charge de l'infertilité. Le plus souvent il s'agit d'une anéjaculation occasionnelle liée à la programmation des rapports sexuels au moment de l'ovulation ou lors du recueil de sperme pour AMP. Dans certains cas,

l'anéjaculation peut être en rapport direct avec le projet d'enfant soit par un refus de parentalité parfois justifié par une situation précaire psychologique, affective, sociale ou financière, soit secondaire au choc psychologique lié à la découverte d'une cause masculine de l'infertilité (anéjaculation lors des recueils par exemple). Dans d'autres cas un lien avec une éducation rigoureuse inhibant l'expression de la sexualité est décrit. Un sentiment de crainte et/ou de dégoût associé à l'acte d'éjaculer, une personnalité rigide qui a tendance à rationaliser et intellectualiser les émotions, un sentiment d'interdiction de prendre du plaisir, des fantasmes inavoués, anxiogènes et/ou terrifiants, sont autant d'éléments à rechercher.

Des causes médicales (diabète, alpha-bloquants) et/ou chirurgicales (chirurgie du col vésical, curage ganglionnaire rétropéritonéal) peuvent être responsables d'éjaculation rétrograde ou d'anéjaculation. L'éjaculation rétrograde partielle est un cadre nosologique assez méconnu qui peut diminuer le nombre de spermatozoïdes féconds dans le sperme. Elle peut être évoquée en cas d'hypospermie (diminution du volume d'éjaculat en-dessous de 2 mL). Le diagnostic est fait par la recherche de spermatozoïdes dans les urines après l'orgasme.

La femme

Les dysfonctions sexuelles de la femme sont une cause primaire rare d'infertilité. Les affections qui rendent la pénétration vaginale impossible ou douloureuse, les troubles du désir et la nécessité d'employer des lubrifiants spermatoxiques peuvent altérer la capacité d'un couple à concevoir. En revanche, la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les femmes au sein des couples infertiles est plus importante que dans la population générale. Dans les populations de femmes infertiles (âgées de 30 à 35 ans en moyenne), la mesure par le score FSFI dénombre 26% à 40% de femmes à risque de dysfonction sexuelle. La prévalence de ces troubles est donc de 15 à 20% supérieure à la population générale. Les composantes de la réponse sexuelle les plus touchées sont le désir, l'excitabilité, l'orgasme et la satisfaction. L'altération de la réponse sexuelle de la femme est corrélée à la qualité de la réponse érectile de l'homme et à la satisfaction vis-à-vis de la sexualité des deux partenaires mais ne semble pas liée à la durée de l'infertilité [4,6].

Les dyspareunies et le vaginisme

Fréquentes dans l'endométriose, les dyspareunies, par la réduction de la fréquence des rapports et l'adaptation des pratiques qu'elles entraînent, peuvent participer à une réduction de la capacité à concevoir parfois altérée par les lésions endométriosiques.

Le vaginisme est défini (DSM-IV) comme « une contraction involontaire, répétée, persistante, des muscles périméaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, un doigt, un tampon ou un spéculum. Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher ce spasme musculaire. La contraction peut aller de légère, responsable d'un simple resserrement avec gêne, à sévère, empêchant totalement la pénétration ».

Le vaginisme est le plus souvent primaire. Une éducation réprimant la sexualité peut être à l'origine d'un rejet par la femme de l'image de son sexe qu'elle associe à des sentiments de honte, de dégoût ou de culpabilité.

Une première expérience douloureuse ou mal vécue, des abus sexuels dans l'enfance ou des agressions sexuelles de toute nature peuvent également être en cause.

Il existe très fréquemment une méconnaissance du schéma corporel. Elle n'a jamais regardé avec une glace sa vulve, jamais mis un doigt dans le vagin et n'utilise pas de tampons périodiques. Une information sexuelle et une sexothérapie sont à proposer.

Dans le cadre de l'infertilité, un vaginisme peut être lié à des conflits inconscients ou à une ambivalence vis-à-vis de la venue d'un futur enfant relevant d'une psychothérapie analytique.

Ainsi, les rapports sexuels douloureux par l'interaction de nombreux facteurs incluant la douleur génitale, les réactions comportementales et émotionnelles à la pénétration, aux caresses, au désir et à l'excitation, dans un contexte d'infection, d'endométriose, de maladie inflammatoire, d'anomalie morphologique ou de la statique pelvienne éventuelle parfois associés à des phénomènes douloureux chroniques auto-entretenus par l'inflammation neurogène peuvent modifier la capacité d'un couple à concevoir [7,8].

Le couple

Facteurs sexuels d'infertilité

Sexualité espacée

Les couples séparés pour des raisons professionnelles peuvent réduire leur fécondabilité dans la mesure où ils ont peu de rapports sexuels pendant la période féconde. La fréquence des rapports est un facteur d'infertilité, qui peut s'exprimer s'il existe d'autres cofacteurs d'infertilité [9]. D'autres situations peuvent être responsables d'un espacement, voire d'un arrêt temporaire des rapports sexuels : deuils, maladie, chirurgie lourdes, cancers, maladies invalidantes, apparition de handicap, etc.

Le mariage non consommé

Certains couples consultent pour infertilité n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec pénétration. En règle générale, il s'agit de couples âgés de plus de 30 ans présentant des difficultés sexuelles depuis le début de leur relation. Les femmes expriment le plus souvent une peur de la pénétration voire un vaginisme, et le partenaire a adopté une attitude passive, non intrusive, voire bienveillante. Avec le temps, certains hommes développent des troubles sexuels. Ces couples vivent souvent en harmonie, avec une relation proche de la fraternité.

La naissance d'un enfant est perçue comme une normalisation possible d'un couple dont l'un et l'autre connaissent la fragilité.

Cependant, la démarche d'AMP est souvent initiée tardivement et les femmes ont fréquemment plus de 35 ans.

Le vécu sexuel des couples infertiles

La prise en charge d'une infertilité de couple est une période traumatisante pour l'homme et la femme qui se traduit fréquemment par des syndromes dépressifs. Trente-deux pour cent des femmes (19% modérés et 13% sévères) et 23% des hommes (11% modérés et 12% sévères) présentent des signes de dépression. Les troubles du désir sexuel sont fréquents dans le couple et des dysfonctions sexuelles secondaires, le plus souvent, à la découverte de l'infertilité et à sa prise en charge peuvent toucher l'homme et la femme parfois de façon concomitante (dysfonction érectile, éjaculation prématurée, problèmes d'excitabilité et de dysorgasmie). La confiance en soi et en ses capacités sexuelles est également altérée [3,4].

Au début de la démarche de consultation pour infertilité

L'impossibilité d'avoir un enfant provoque inévitablement une blessure narcissique chez les couples qui souhaitent enfanter.

Lorsqu'un couple consulte pour infertilité, il a déjà traversé une période plus ou moins longue d'attente, d'inquiétudes, d'espoir et de déception.

Cette attente est d'autant plus difficile à assumer, que nous vivons dans un siècle d'instantanéité, dans un monde qui prône la satisfaction rapide des désirs et où les moyens techniques occupent le devant de la scène. Beaucoup de couples imaginent pouvoir maîtriser la conception comme ils ont pu contrôler la contraception.

Pendant la période durant laquelle le couple tente d'obtenir une grossesse naturellement sans y parvenir, les relations sexuelles peuvent perdre toute spontanéité. Les rapports sexuels sont moins fréquents, avec moins de préliminaires, et sont organisés préférentiellement en période ovulatoire [10]. Certaines patientes vont jusqu'à calculer l'espacement des rapports sexuels pour que la qualité du sperme de leur conjoint soit optimale lors du pic d'ovulation.

L'homme et la femme deviennent «géniteurs» et la relation amoureuse s'organise vers un objectif procréatif, affectant la spontanéité de la relation du couple. Les rapports sexuels procèdent alors de moins en moins du désir érotique et de plus en plus du désir de grossesse. La femme qui doute de ses capacités procréatives va subordonner sa sexualité à son désir de grossesse. L'homme qui doute de sa fertilité (qu'il assimile parfois ou craint que l'on assimile à sa virilité) est prêt à ajuster sa sexualité pour une meilleure efficacité afin d'obtenir l'enfant, qui représente sa réassurance personnelle et la preuve sociale de sa puissance sexuelle.

On peut assister à une augmentation de la fréquence des rapports sexuels dans les périodes favorables à la conception avec deux à trois rapports par jour chez 51% des couples interrogés [11]. La sexualité est alors dissociée de tout désir sexuel et réduite à une éjaculation intravaginale générant parfois des difficultés sexuelles [7]. L'inhibition du désir sexuel, chez les couples centrés sur le désir de grossesse, représente la dysfonction sexuelle la plus fréquente. Des recherches ont permis de montrer un désinvestissement de la libido de l'homme pour la femme, il a une modification

de la perception des signaux érotiques émis par les différentes parties du corps féminin. Il présente progressivement un désintérêt qui ne laisse au mieux persister qu'un intérêt pour les seins. Le désir sexuel a disparu, ou a régressé à un stade archaïque où les seins (attributs maternels) occupent toute la scène.

Pendant le bilan de stérilité

L'évaluation médicale d'une infertilité de couple est un moment de remise en question profonde pour les trois entités du couple (homme, femme, couple). Le diagnostic d'une anomalie organique est une source de perturbation narcissique et d'inquiétude chez des adultes jeunes en bonne santé ce d'autant que le diagnostic met en cause l'individu dans sa nature génétique et dans sa capacité à transmettre la vie. Des sentiments de culpabilité seront presque toujours présents et l'équilibre conjugal peut s'en trouver modifié.

En cas de cause masculine des attitudes de maternage sont fréquentes. Une certaine ambivalence face au désir d'enfant peut ainsi apparaître et le couple se retrouve alors en dysharmonie face au projet d'enfant.

Une discussion à propos du vécu sexuel doit être ouverte lors de l'information donnée au couple à propos des différents examens qui seront prescrits. Les conditions de ces examens doivent être expliquées pour en limiter la portée psychologique et le caractère intrusif dans l'intimité sexuelle du couple.

La réalisation de courbes de température : est souvent vécue comme infantilissante pour la femme, et constitue une façon bien peu romantique de commencer la journée.

Le test post-coïtal de Hühner, au cours duquel le médecin s'immisce dans l'intimité du couple en vérifiant la « qualité » du rapport sexuel quelques heures après, peut être à l'origine de dysfonctions sexuelles chez l'homme et chez la femme.

Les examens spermologiques (spermogramme, spermocytogramme, test de migration survie, spermoculture) nécessitent la pratique de la masturbation au sein du laboratoire. Le vécu est extrêmement variable selon les hommes et en fonction de leur éducation, de leur culture ou religion certains en sont incapables. Granet parle d'antisexualité, de sexualité mortifiée et la honte est souvent présente [12].

Le respect d'un délai d'abstinence est imposé à l'homme dans la prescription des différents examens de sperme ou dans les prélèvements de sperme en vue de techniques d'AMP. Les hommes vivent mal la verbalisation du délai d'abstinence au personnel qui les installe.

Les modalités de recueil de sperme génèrent une forte angoisse en raison des conditions d'intimité et de confidentialité souvent absentes. La présence d'autres hommes dans la salle d'attente qui attendent leur tour, peut renvoyer à des angoisses par rapport à l'homosexualité. Il lui est demandé, par un personnel parfois mal à l'aise, de se masturber dans une pièce souvent inconfortable, médicalisée, peu chaleureuse, avec des revues spécialisées déjà utilisées par d'autres avant lui. Tout cela provoque un sentiment de sexualité mortifiée.

À l'annonce de la stérilité

L'annonce de la stérilité va modifier l'équilibre dans le couple que la cause soit portée par l'homme, la femme

ou les deux. Au-delà du projet commun d'enfant, c'est l'individu qui peut être remis en question dans sa normalité d'homme ou de femme lorsque la cause est génétique par exemple ou touche la structure ou la fonction des organes sexuels. L'homme peut percevoir l'azoospermie ou même l'asthénospermie comme une blessure narcissique par identification à ses spermatozoïdes, une anomalie génétique comme une remise en question de sa masculinité (Klinefelter) ou de son état de santé (mutation CFTR).

La stérilité est toujours une maladie grave pour le couple [8], aboutissant au mieux à une guérison avec renforcement du couple [13], au pire à une rupture.

Le sujet stérile est doublement atteint : par l'impossibilité de procréer et par la mise en cause de sa personne, de sa puissance, de sa capacité à transmettre [7]. La stérilité rompt la chaîne du temps qui relie les être humains à ceux qui les ont précédés et à ceux qui leur succéderont. La vie du couple stérile ouvre sur le néant. À ce péril existentiel vécu ensemble, selon la théorie de Menning [8], une majorité de couples répond par une augmentation de l'intimité conjugale et de la force intérieure. Cependant, même si les deux partenaires conservent une bonne entente au sein de leur couple et se soutiennent mutuellement, un grand nombre de couples vit une réduction du désir sexuel [14]. Ainsi, au fil du temps, et avec l'accumulation des déconvenues, un certain nombre de couples « s'effritent ».

Les hommes peuvent souffrir de symptômes de dépression qui vont se résoudre dans les six à huit mois qui suivent le diagnostic. Cette réaction peut durer si elle se greffe sur un terrain psychopathologique particulier. Ils éprouvent souvent un sentiment de culpabilité, et cherchent dans le passé la raison du châtement que constitue la stérilité [15].

Les compagnes d'hommes infertiles ont parfois une réaction de négation de l'état dépressif de l'homme. Dans les relations familiales et amicales, elle prend souvent à sa charge l'infertilité du couple. La femme se sentant frustrée du besoin, du désir de la maternité, qui est une aspiration fondamentale de sa féminité. Elle ressent que le diagnostic d'infertilité est vécu de manière moins dévastatrice par son partenaire [16], qui imagine mieux une vie sans enfant [1, 17]. En réponse, elle aura un ressenti agressif, intériorisé envers le partenaire. Les femmes stériles par ménopause précoce sont abasourdis et terrassées par le diagnostic. Avant que le don d'ovocytes ne devienne possible, elles étaient privées de tout espoir de grossesse. Les femmes infertiles font état de plaintes se rapprochant des symptômes dépressifs classiques. Elles ont des idées noires, elles présentent des troubles du sommeil, de l'anxiété. Elles ont une perte de confiance en elles, et peuvent se sentir humiliées. Elles sont à fort risque de dysfonctions sexuelles féminines [8]. Elles rapportent très souvent une diminution de la libido, de l'excitabilité, plus rarement des dyspareunies ou un vaginisme [18, 19]. Certaines femmes n'ont aucune activité sexuelle s'il n'y a pas de traitement. Cette sexualité devenue embarrassante fait place à un important besoin de tendresse [4]. Les femmes deviennent aussi plus demandeuses de soutien psychologique que leurs conjoints.

Une étude récente cas-témoin menée chez 206 couples polonais inféconds et 190 témoins fertiles a montré que les facteurs de risque d'insatisfaction maritale chez les couples infertiles sont : un âge supérieur à 30 ans, un niveau

d'éducation faible, une infertilité masculine et une durée d'infertilité de trois à six ans, et que les femmes sont plus atteintes que les hommes [20].

Pendant la prise en charge en aide médicale à la procréation

Les couples vivent leur prise en charge comme très réductrice de leur histoire d'amour. Ils sont réduits à leur organe reproducteur en panne, au mépris de leur identité personnelle et de la relation affective qui les lie à leur conjoint. Le discours médical tourne autour de la qualité de l'ovulation et des paramètres du spermogramme.

Cependant, la prise en charge en AMP concerne essentiellement la femme qui va être le centre d'intérêt de l'équipe de la reproduction, l'homme étant réduit au résultat de sa masturbation ou de ses paillettes. Le vécu de la prise en charge est plus difficile lorsque l'origine de l'infertilité est masculine ce d'autant que l'homme n'aura pas bénéficié d'une prise en charge andrologique spécifique [21,22].

Les femmes ont moins de rapports sexuels avec moins de préliminaires. Elles ressentent moins de désir sexuel, ont des troubles de l'excitabilité et une baisse de l'estime de soi et sont le plus souvent dans l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels pendant les périodes d'AMP [23].

L'homme peut se sentir exclu, d'autant plus que certaines femmes font un transfert sur le médecin qui les suit pour les inséminations. L'homme peut être tenté d'aller se réassurer ailleurs, investir d'autres domaines, voire essayer d'obtenir une grossesse par relation extraconjugale. Il est capital d'offrir à l'homme une place égale à celle de sa compagne dans la prise en charge. Les techniques d'AMP doivent être au service du couple.

Le couple pourra être confronté aux échecs des inséminations, des FIV, des transferts d'embryons. Chaque échec renvoie les deux partenaires à leur identité, à leur problématique.

Des non-dits s'installent parfois au sein du couple, chacun croyant ainsi protéger l'autre. L'un et l'autre peuvent se sentir redevables ou coupables, et en tout cas non désirables. Ces tensions dans le couple peuvent être à l'origine de dégradations des relations sexuelles [24].

Après une procréation médicalement assistée

Les conséquences sexuelles de l'infertilité semblent plus dépendantes de la sexualité antérieure, de la communication dans le couple et du vécu de l'AMP que de son issue en termes de naissance.

Étudiant le vécu des rapports sexuels à distance d'une prise en charge en AMP chez 41 femmes dont la FIV a été couronnée de succès et 16 patientes restées sans enfant après FIV, Leiblum et al. [25] n'observaient pas de différence entre les deux groupes.

Si le couple avait une fonctionnalité sexuelle fragile, l'infertilité peut aboutir à une détérioration progressive : diminution du désir, du plaisir, de la fréquence des rapports, sentiments d'éloignements, d'abandon, et des conflits peuvent naître.

Les études évaluant le « bénéfice conjugal » : un renforcement du couple grâce à l'épreuve traversée conjointement, de l'expérience de vie constituée par le vécu de l'infertilité de couple, concluent à un bénéfice chez près de deux tiers des femmes et la moitié des hommes. Il semble cependant que ce bénéfice conjugal ne soit pas corrélé directement aux paramètres de satisfaction sexuelle. Une altération de la relation conjugale est rapportée par 10% des hommes et 6% des femmes, avec comme facteur prédictif principal pour les hommes le fait d'avoir gardé secret le problème d'infertilité vis-à-vis de l'entourage [13].

Évaluation et prise en charge

La première étape de l'évaluation et de la prise en charge consiste à encourager les patients à exprimer leurs sentiments et à partager leurs difficultés en ce qui concerne la sexualité. De façon préventive, le clinicien doit informer le couple des difficultés et interférences prévisibles dans leur vie sexuelle liées à la prise en charge de l'infertilité. Cette information peut en elle-même avoir une valeur thérapeutique leur permettant un meilleur coping.

Un questionnaire (FertQol) a été mis au point pour permettre une évaluation standardisée et reproductible de la qualité de vie des patients infertiles en cours de traitement. Six questions évaluent la sexualité et les relations dans le couple. Des questionnaires plus spécifiques peuvent être utilisés (FSFI, IIEF).

L'utilisation de cet auto-questionnaire global permet de mettre en évidence un problème sexuel sans apparaître trop intrusif alors qu'une relation de confiance n'est pas établie et que la demande est autre.

Les questions à poser sont par exemple : « comment décririez-vous votre sexualité telle qu'elle était au début de votre relation? », Avez-vous noté certains problèmes depuis que votre problème de fertilité est apparu? », Comment ressentez-vous l'influence des examens et des traitements sur votre sexualité? », « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle? ».

Un dilemme éthique peut se poser lorsqu'un problème sexuel est responsable de l'infertilité mais que les patients souhaitent débuter une AMP sans tenter de résoudre leurs difficultés sexuelles [26].

Enfin, certains symptômes parfois associés à l'infertilité tels que les douleurs pelviennes chroniques peuvent persister à l'issue de l'AMP et nécessiter une prise en charge spécialisée [27].

Conclusion

Les troubles sexuels sont fréquents chez les couples pris en charge pour infertilité. Parfois primaires, ils doivent faire l'objet d'une prise en charge préalable à la démarche d'AMP. Le plus souvent secondaires, ils doivent faire l'objet d'une information et être recherchés tout au long du processus diagnostique et thérapeutique. Une prise en charge multidisciplinaire intégrant une approche sexologique adaptée aux particularités du couple est indispensable et peut se prolonger au-delà de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

En pratique, l'équipe d'AMP doit :

- Ouvrir la discussion systématiquement sur les questions liées la sexualité en tenant compte des différences homme–femme.
- Évaluer la signification et la sévérité des troubles sexuels. Établir si le trouble préexistait ou est secondaire à l'infertilité ou à ses traitements. Vérifier si la dysfonction est passagère ou permanente. Rechercher une cause organique et proposer un traitement adéquat.
- Évaluer les conséquences psychologiques de l'infertilité (dépression) et ses éventuels effets sur la sexualité et la qualité de vie. Rechercher une dysfonction primaire du couple ou individuelle qui nécessiterait une prise en charge (thérapie de couple, sexothérapie ou thérapie analytique) préalable à l'AMP.
- Aider les patients à reconstruire leur sexualité comme une source de plaisir à l'issue de la période d'AMP.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Balistreri S, De Gennaro L. Psychosocial factor and male infertility: a review of empirical studies. *Med Psychosom* 2003;48:17–48.
- [2] Rantala ML, Kokimies AI. Sexual behavior of infertile couples. *Int J fertil* 1998;33(1):26–30.
- [3] Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *J Urol* 2008;179(3):1056–9.
- [4] Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med* 2008;5(8):1907–14.
- [5] Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Mulhall JP. Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates. *J Sex Med* 2008;5(2):485–91.
- [6] Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertil Steril* 2010;94(6):2022–5.
- [7] Mimoun S. The multiple interactions between infertility and sexuality. *Contracept Fertil Sex* 1993;21:251–4.
- [8] Menning BE. The infertility couple: a plan for advocacy. *Child Welfare* 1975;54:454–60.
- [9] Kim S, Sundaram R, Buck Louis GM. Joint modeling of intercourse behavior and human fecundability using structural equation models. *Biostatistics* 2010;11(3):559–71.
- [10] Coeffin-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. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32:624–37.
- [11] Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *J Sexol* 2009;6:8.
- [12] Granet P. L'impossible place de l'homme au décours des PMA. Paris: Premières Assises de la SFGOP; 1990.
- [13] Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Educ Couns* 2005;59(3):244–51.
- [14] Ohl J, Reder F, Fernandez A, Bettahar-Lebugie K, Rongières C, Nisand I. Impact de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37:25–32.
- [15] Sandlow JI. Shattering the myths about male infertility. *Postgrad Med* 2000;107:235–9.
- [16] Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63:126–30.
- [17] Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997;45:1679–704.
- [18] Mimoun S. Psychologie masculine et AMP. *Traité de gynécologie-obstétrique*. Paris: Médecine Sciences Flammarion; 1999, 153–8.
- [19] Chevret-Measson M. Désir d'enfant et sexualité. *Prat Psychol* 1999;4:51–5.
- [20] Drosdzol A, Skrzypulec V. Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *J Sex Med* 2009;6(12):3335–46.
- [21] Connolly KJ, Edelman RJ, Cooke ID, Robson J. The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res* 1992;36:459–68.
- [22] Nachtigal RD, Becker G, Wozny M. The effects of gender diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril* 1992;57:113–21.
- [23] Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res* 2003;54:353–5.
- [24] Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull* 2006;53(4):390–417.
- [25] Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod* 1998;13:3569–74.
- [26] Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001;16(6):1301–4.
- [27] Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Impact of chronic pelvic pain on sexual functions and fertility. *Prog Urol* 2010;20(12):917–21.