

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N°: 47

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

par

Marie-Pierre VIGNAUD

Née le 22/09/1979 à Saint-Junien

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2010

**À PROPOS DE L'ACCOMPAGNEMENT
PSYCHOLOGIQUE DES COUPLES INFERTILES AU CENTRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT DU CHU DE NANTES :
ATTENTES DES PATIENTS ET POSITIONNEMENT
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

**Étude prospective réalisée en 2009 auprès de 127
patients et 43 médecins de Loire-Atlantique.**

Président :

Monsieur le Professeur Paul BARRIERE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Dalila ALLAOUA MIANNAY

Table des matières

ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	9
<i>I - L'INFERTILITE</i>	<i>11</i>
A. GENERALITES	12
B. EPIDEMIOLOGIE	13
1. Quelques chiffres	13
2. L'Observatoire Epidémiologique de la Fertilité en France	13
<i>II. FACTEURS DE RISQUE ET CAUSES D'INFERTILITE</i>	<i>15</i>
A. L'INFERTILITE D'ORIGINE FEMININE	16
1. Les facteurs de risque.....	16
2. Les causes d'infertilité	19
B. L'INFERTILITE D'ORIGINE MASCULINE	22
1. Les facteurs de risque.....	22
2. Les causes d'infertilité	24
C. L'INFERTILITE LIEE A LA SEXUALITE DU COUPLE	25
1. Les rapports sexuels.....	25
2. Les troubles des rapports sexuels.....	25
D. L'INFERTILITE IDIOPATHIQUE	27
<i>III. L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION.....</i>	<i>28</i>
A. GENERALITES	29
1. Définition	29
2. Historique	29
3. L'AMP et la religion.....	30

B.	ASPECTS LEGISLATIFS.....	32
1.	L'AMP et la Sécurité Sociale.....	32
2.	L'AMP et les lois de bioéthique.....	33
C.	L'OFFRE DE SOINS AU CENTRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT AU CHU DE NANTES	35
1.	Le centre d'AMP du centre de la mère et de l'enfant à Nantes	36
2.	La première consultation.....	38
3.	Le bilan para-clinique de première intention du couple infertile	38
4.	Les différentes techniques proposées par le centre d'AMP.....	40
5.	Complications de l'AMP	47
D.	EPIDEMIOLOGIE	50
1.	FIVNAT	50
2.	L'Agence de la biomédecine.....	51
3.	Quelques chiffres	51
IV.	ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET AMP.....	53
A.	APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE NORMALE	54
1.	Une fécondité bien maîtrisée	54
2.	A propos de l'enfant	54
3.	Désir, projet et besoin d'enfant.....	56
4.	Devenir parents	58
B.	DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES SUR L'INFERTILITE ...	59
1.	Souffrance morale et infertilité.....	59
2.	Les facteurs de risque psychiques de l'infertilité	60
C.	APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DU COUPLE EN COURS DE TRAITEMENT	62
1.	Vécu du couple infertile.....	63

2. Impact de l'infertilité et des traitements sur la relation de couple et sur la vie sexuelle	66
3. Impact de l'infertilité et des traitements sur la vie sociale et professionnelle	68
V. ETUDES PROSPECTIVES.....	71
A. OBJECTIFS	72
B. ETUDE RESENTI DU COUPLE INFERTILE.....	73
1. Matériel et méthodes	73
2. Les résultats.....	75
C. ETUDE RESENTI ET POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE	89
1. Matériels et méthodes	89
2. Résultats.....	91
VI. CRITIQUES ET LIMITES	108
A. ETUDE PATIENTS	109
1. A propos du questionnaire.....	109
2. Les biais	110
B. ETUDE MEDECINS	112
1. A propos du questionnaire.....	112
2. Les biais	113
VII. ANALYSE ET DISCUSSION	114
A. LES POPULATIONS.....	115
1. La population de l'étude « patients »	115
2. La population de l'étude « médecins »	117
B. LA CONSULTATION D'INFERTILITE	118
1. L'initiateur de la consultation spécialisée	119

2. L'information sur la prise en charge en AMP	119
3. L'information sur le suivi psychologique	120
C. LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE	120
1. Les facteurs influençant le recours à un soutien psychologique	120
2. Les différents modes de soutien psychologique	124
D. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE AU SEIN DU CENTRE D'AMP DE NANTES	126
1. Abstentions	127
2. Eléments satisfaisants	127
3. Eléments à améliorer	127
E. L'INTEGRATION D'UN PSYCHOLOGUE AU SEIN DU SERVICE D'AMP : ATTENTES DES PATIENTS ET POSITIONNEMENT DES MEDECINS	130
1. Attentes des patients	130
2. Positionnement des professionnels de santé	132
F. PROPOSITIONS	134
1. Modalités d'exercice du psychologue	134
2. La consultation en binôme	134
3. La relation médecin-malade	135
CONCLUSION	136
BIBLIOGRAPHIE	138
ANNEXES	148

ABBREVIATIONS

AMH : Hormone anti müllérienne

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ATCD : Antécédent

CECOS : Centre d'étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Catégorie Socio Professionnelle

DNC : Délai Nécessaire pour Concevoir

DPI : Diagnostic Pré Implantatoire

FCS : Fausse Couche Spontanée

FIV : Fécondation In Vitro

FIVD : Fécondation In Vitro avec Donneur

FSH : Follicle Stimulating Hormone

GnRH : Gonadotrophin Releasing Hormone

GEU : Grossesse Extra Utérine

HCG : Human Chorionique Gonadotrophin

IAC : Insémination Avec Conjoint

IAD : Insémination Avec Donneur

IIU : Insémination Intra-Utérine

ICSI : Intra Cytoplasmic Sperm Injection

INSERM : Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IVS : Institut de Veille Sanitaire

LH : Hormone lutéinisante

MG : Médecin Généraliste

OATS : Oligo Asténo Térato Spermie

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TEC : Transfert d'Embryons Congelés

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Donner la vie est un désir enfoui en chacun de nous depuis la plus petite enfance. Pour certains, l'envie est bien là mais l'enfant ne vient pas. Cette situation engendre souvent une souffrance morale et, parfois, est même à l'origine d'une véritable crise existentielle. Même si ce trouble n'entraîne, à priori, pas de risque vital et est rarement considéré comme une maladie, force est de constater que la personne infertile ne répond pas aux critères de santé décrits par l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).* »

La situation d'infertilité et la souffrance induite vont amener le couple plus ou moins rapidement à consulter un spécialiste. C'est le début d'un long parcours. Nous avons voulu nous intéresser à tous ces couples qui franchissent les portes du service d'AMP de Nantes mais aussi aux médecins qui les reçoivent. L'infertilité comporte une double dimension somato-psychique. C'est d'ailleurs ce qui rend cette prise en charge complexe. Le but de notre étude, est, premièrement, de recueillir le ressenti des couples mais aussi des professionnels de santé afin d'évaluer l'accompagnement psychologique proposé au centre de la mère et de l'enfant. Dans un second temps, nous verrons si l'intégration d'un psychologue au sein de l'équipe d'AMP est envisageable et dans quelle mesure elle est susceptible d'améliorer la prise en charge globale du patient mais aussi la pratique des médecins.

Il convient d'abord de définir le contexte en expliquant ce qu'est l'infertilité. Nous présenterons dans un second temps le centre d'AMP de Nantes en évoquant ses particularités et les traitements qu'il propose. Nous nous concentrerons ensuite sur les aspects psychopathologiques de l'infertilité et du couple en cours de traitement. Puis, nous décrirons nos deux études. Enfin, nous analyserons nos résultats et nous essaierons de faire des propositions qui pourraient à l'avenir, servir de base à une réflexion.

I - L'INFERTILITE

A. GENERALITES

La **fertilité** est la capacité pour un couple de concevoir un ou plusieurs enfants (2). On observe, au sein de la population, une grande disparité dans les degrés de fertilité. Les degrés de fertilité représentent en fait le pourcentage de chance de procréer à chaque cycle pour les couples ; c'est ce qu'on appelle aussi la **fécondabilité** (2). Elle est de 25% en moyenne au départ chez un couple puis diminue ensuite pour devenir quasiment nulle après 5 ans d'essai. Ces chiffres ne sont évidemment que des statistiques et dépendent de l'âge de la femme ainsi que de la sexualité du couple.

Ainsi, le **délai nécessaire pour la conception (DNC)** (3), qui est le temps qui s'écoule entre l'arrêt de tout moyen contraceptif et l'obtention d'une grossesse chez un couple, s'étale dans la population de la manière suivante :

- Pour 10% des couples, le délai est de seulement 2 cycles.
- Pour l'ensemble de la population, le délai se situe aux alentours de 4 cycles.
- Lorsque le délai est plus long, on parle d'hypofertilité modérée à sévère.
- Au-delà de 2 ans, ce délai est considéré comme pathologique et on parle d'infertilité.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), un couple est considéré comme infécond si aucune grossesse n'est obtenue après 2 ans de rapports sexuels non protégés, délai à partir duquel des investigations sont légitimes. Cependant, il paraît justifié de débiter les explorations après 1 an de rapports non protégés, le délai pouvant être raccourci si la femme a plus de 35 ans ou s'il existe une pathologie de l'appareil génital connue ou suspectée chez l'homme ou la femme.

L'**infertilité** est donc l'incapacité de concevoir (3). Il existe deux types d'infertilité. L'infertilité est dite primaire lorsqu'aucune grossesse ne s'est encore déclarée dans le couple. Elle est dite secondaire, lorsqu'une ou plusieurs grossesses ont déjà eu lieu même si aucune grossesse n'est allée à terme.

Bien souvent, le langage commun et médical utilisent de façon égale « infertilité » et « stérilité ». Cependant, ces deux termes aux sonorités différentes n'ont pas le même impact sur le psychisme ; il paraît donc important d'utiliser chaque mot à bon escient vis-à-vis du patient.

La **stérilité** est l'incapacité totale de concevoir pour un homme, une femme ou un couple, due à des troubles fonctionnels ou des lésions organiques (2). Parfois, aucune explication satisfaisante n'est retrouvée ; on parle alors de stérilité idiopathique. Actuellement, le terme « stérilité » doit être utilisé dans les cas où l'incapacité de concevoir est définitive. Avant de prouver ce caractère définitif, il vaut mieux utiliser le terme « infertilité ».

B. EPIDEMIOLOGIE

1. Quelques chiffres

L'infertilité représente un réel problème de santé. En témoignent les rapports de la Direction Générale de la Santé (4) qui estiment que :

- 4% des femmes de 18 à 45 ans présentent des problèmes importants d'infertilité, ne parvenant pas à obtenir de grossesse après plus de 3 ans de tentatives
- 2 à 6% des couples restent sans enfant alors qu'ils en désirent un
- 15% des femmes consultent au moins une fois dans leur vie pour des problèmes d'infertilité.

La prévalence de l'infertilité (nombre de couples inféconds apparus au cours d'une année, rapporté au nombre total de couples en âge de procréer) est d'environ 14,1%, ce qui signifie qu'1 couple sur 6 est amené à consulter un médecin pour un problème d'infertilité (3).

2. L'Observatoire Epidémiologique de la Fertilité en France

Les facteurs influençant la fertilité sont partiellement connus et peu quantifiés. Pour essayer d'y remédier, l'INSERM, l'IVS, et l'Université de Copenhague ont mis en place en 2006 un « Observatoire Epidémiologique de la Fertilité en France » dont le but est de recruter et de suivre dans le temps des couples ayant des rapports sexuels non protégés jusqu'à la survenue d'une grossesse éventuelle. Cette étude est originale puisqu'elle permet d'inclure tous les couples, qu'ils obtiennent ou non une grossesse, qu'ils soient suivis ou non par un service d'AMP. Une première étude, réalisée auprès d'une cohorte de

1200 femmes de 18 à 44 ans et de leur partenaire, a permis de confirmer l'effet néfaste du tabac sur la fertilité ; en effet « *le délai nécessaire à l'obtention d'une grossesse pour la moitié des couples, est ainsi doublé chez les fumeurs, par rapport aux couples dans lesquels la femme ne fumait pas durant la période de recherche de grossesse* ». Les chercheurs espèrent ainsi découvrir d'autres facteurs environnementaux impliqués dans l'infertilité (5).

II. FACTEURS DE RISQUE ET CAUSES D'INFERTILITE

A l'issue du bilan étiologique d'infertilité, il est retrouvé une cause purement féminine dans 33% des cas, une cause uniquement masculine dans 21% des cas, une cause mixte dans 39% des cas et dans 7% des cas, aucune cause n'est retrouvée (on parle alors d'infertilité idiopathique ou inexpliquée)(6).

A. L'INFERTILITE D'ORIGINE FEMININE

1. Les facteurs de risque

a) L'âge

Pour la femme, l'âge joue un rôle majeur car plus la femme avance en âge, plus les chances de grossesses diminuent et, inversement, plus le taux de fausses couches augmente (7). En effet, la fertilité, maximale à l'âge de 25 ans, commence à diminuer lentement à partir de 30 ans, s'accéléralant à partir de 35 ans pour devenir quasi nulle à partir de 45 ans.

b) Les infections génitales

L'infection à chlamydia trachomatis est une infection sexuellement transmissible. C'est sans doute la plus fréquente et la plus contagieuse des infections génitales chez la femme (8). Elle peut induire une salpingite (inflammation de la trompe) qui se traduit par un œdème, une vasodilatation et un afflux de leucocytes luttant contre l'infection. On observe secondairement une fibrose qui va être responsable d'une obstruction partielle ou totale d'une ou des deux trompes. Cette dernière empêche ainsi la rencontre des ovocytes et des spermatozoïdes.

c) Les antécédents chirurgicaux

Les antécédents chirurgicaux gynécologiques sont également un facteur de risque car toute intervention peut avoir des répercussions sur le fonctionnement de l'appareil génital (9). Une kystectomie, par exemple, peut endommager l'ovaire, diminuer le pool des ovocytes disponibles et donc entraîner une hypofertilité.

d) Alcool, tabac et cannabis

Le tabac est, depuis une vingtaine d'années, montré du doigt comme agent délétère sur la fertilité (10). Cet impact négatif est retrouvé aussi bien en reproduction naturelle qu'en AMP. Chez la femme, on observe que le tabac diminue le taux de grossesse, augmente le nombre de fausses couches et altère la réserve ovarienne (11). Cet effet est dose-dépendant ; on note ainsi une diminution de la fertilité allant de 10 à 20% selon la consommation de tabac (5). En FIV, les femmes fumeuses ont 2 à 3 fois moins de chances d'obtenir une grossesse que les non-fumeuses.

Les effets du cannabis sur l'organisme sont difficiles à étudier du fait de la prise concomitante de plusieurs substances mais il entraînerait chez la baisse une diminution des taux de FSH et LH agissant ainsi sur le cycle menstruel. Ces effets seraient réversibles et disparaîtraient après interruption de la drogue.

Tout comme le tabac, l'alcool semble avoir un effet néfaste sur la fertilité des femmes. Une étude réalisée au Danemark (12) montre que la fertilité diminue chez les femmes qui consomment au moins 5 verres d'alcool par semaine, quel que soit l'alcool. Les mécanismes d'action ne sont pas bien connus mais étant donné les effets néfastes de l'alcool sur la grossesse, on ne peut qu'inciter les femmes à réduire leur consommation d'alcool en préconceptionnel.

e) Le poids

Les déséquilibres alimentaires quantitatifs tels qu'obésité et maigreur excessive conduisent à des troubles de la fertilité. Il existe dans les cas dans les 2 cas un problème de poids, de masse grasse corporelle et d'aménorrhée.

Les états d'infertilité sont plus fréquemment retrouvés chez des femmes dont le poids est faible mais surtout avec une masse grasse faible. Il existe donc un seuil critique du poids et de la masse grasse nécessaire au maintien d'une fonction de reproduction normale. Une hypothèse physiopathologique montre du doigt la leptine qui agirait au niveau de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien sur la sécrétion et la libération pulsatile de LH-RH. Lorsque la quantité de tissu adipeux est faible (cas de l'anorexie mentale), le taux plasmatique de leptine est faible provoquant ainsi à l'extrême un arrêt de fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien et donc une aménorrhée et une anovulation. Ceci permet de soulager l'organisme, déjà en état de privation, d'une éventuelle grossesse, non essentielle à la survie immédiate. Un état nutritionnel insuffisant limite d'une part les capacités d'ovulation mais aussi une augmentation des avortements spontanés précoces, des accouchements prématurés et des risques malformatifs (13).

L'obésité est un vrai problème de santé publique en France engendrant de nombreuses complications aussi bien sociales que médicales. L'infertilité en fait partie. L'obésité androïde (rapport taille/hanche supérieur à 0,85) entraîne une hypofertilité, vraisemblablement en rapport avec un syndrome métabolique (14). Le mécanisme évoqué est l'insulino-résistance avec hyperinsulinisme, responsable d'un hyperandrogénisme et d'une hyperoestrogénie. Les femmes présentant une obésité androïde ont plus souvent une perturbation des cycles que les femmes ayant une obésité gynoïde, allongeant donc le délai de conception (14). Cependant, le poids corporel accroît assurément le risque d'infertilité anovulatoire ; ce dernier est multiplié par 3 chez les femmes ayant un $IMC > 27 \text{ Kg/m}^2$ (15). Des études ont montré qu'une variation de poids de 5 à 10% chez les femmes obèses souffrant de SOPK suffirait à rétablir le fonctionnement ovarien dans les 6 mois suivant la perte pondérale (16). Une prise en charge nutritionnelle est donc une mesure simple et constitue la première étape avant toute tentative d'AMP. De plus, les femmes obèses ont trois fois plus de chance de faire une fausse couche spontanée surtout dans le premier trimestre de la grossesse, le risque étant d'autant plus significatif que l'IMC est élevé (7). Par ailleurs, une étude menée par Levens en 2008 (17) sur les femmes en AMP, a montré une corrélation entre l'IMC de la femme et les fausses couches. En effet, plus l'IMC est élevé, plus le taux d'implantation et de grossesse diminue. L'hypothèse évoquée est d'une part des ovocytes de moins bonne qualité, et d'autre part, une altération de l'endomètre (14). L'obésité rend plus difficile l'obtention d'une grossesse mais a aussi des répercussions sur le déroulement de la grossesse. On observe plus de complications obstétricales telles l'hypertension artérielle gravidique et la prééclampsie, le diabète gestationnel et le taux de césarienne qui est plus élevé en cas d'obésité.

2. Les causes d'infertilité

a) Les troubles de l'ovulation

C'est la cause la plus fréquente d'infertilité (environ 1/3 des infertilités féminines). Le dysfonctionnement ovarien est être plus ou moins important selon les cas : on parle de dysovulation quand l'ovulation se produit de manière irrégulière et d'anovulation si l'ovulation est absente.

Le trouble ovulatoire peut avoir une origine :

- « basse » dont la cause est ovarienne,
- « haute » dont la cause est un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

(a) Les troubles ovulatoires d'origine « basse »

Le **syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)** est la maladie endocrinienne la plus fréquente de la femme jeune (16). Elle est responsable de troubles métaboliques, cardiovasculaires, néoplasiques et reproductifs. Elle est à l'origine de plus de 70% des infertilités par anovulation. La symptomatologie est variable mais on retrouve au moins deux des trois critères suivants (9):

- Une anovulation se manifestant par une aménorrhée ou oligoaménorrhée,
- Une hyperandrogénie clinique (acné, hirsutisme) et/ou hyperandrogénie biologique,
- La présence d'au moins un ovaire polykystique à l'échographie.

A noter que les femmes atteintes de SOPK sont majoritairement en excès pondéral.

La **ménopause précoce** ; elle correspond à une insuffisance ovarienne prématurée et se traduit par un trouble des cycles ou une aménorrhée. La réserve ovarienne peut être évaluée par une échographie pelvienne en début de cycle mais aussi par le dosage de l'hormone antimüllérienne ou AMH, sécrétée par les follicules antraux. Le taux d'AMH est corrélé à la réserve folliculaire : une valeur inférieure à la valeur de référence témoigne d'un épuisement de cette réserve. Ce dosage pourrait donc être un marqueur prédictif du taux de succès lors des tentatives d'AMP (18). Il a l'avantage de pouvoir être réalisé à n'importe

quel moment du cycle, mais l'inconvénient de ne pas être remboursé par l'Assurance Maladie.

(b) Les troubles ovulatoires d'origine « haute »

Les troubles ovulatoires d'origine « haute » sont représentés par les troubles fonctionnels et les troubles organiques (7).

On inclut dans les troubles fonctionnels :

- les troubles psychologiques (en particulier l'anorexie mentale),
- l'hyperprolactinémie,
- les pathologies surrénaliennes et thyroïdiennes,
- l'obésité et la maigreur.

Les troubles organiques, eux, sont beaucoup plus rares. Les principales étiologies retrouvées sont les tumeurs hypophysaires.

b) Les anomalies des voies génitales

Lors du rapport sexuel, les spermatozoïdes sont déposés dans le vagin, ils doivent ensuite franchir le col de l'utérus. Pour se faire, ils s'aident d'une substance normalement sécrétée par l'endocol, la glaire cervicale, dont la composition varie au cours du cycle menstruel. Si cette dernière est absente ou de mauvaise qualité, l'ascension des spermatozoïdes vers l'utérus est alors impossible. Les infections chroniques, l'exposition au distilbène, les biopsies du col peuvent altérer la qualité de la glaire cervicale.

Dans l'utérus, d'autres obstacles peuvent se présenter. En effet, on peut retrouver des synéchies (accolement des parois utérines), des malformations utérines (utérus bicorne, aplasie utérine, utérus cloisonné, utérus communiquant) ou des fibromes.

La destination finale des spermatozoïdes est l'ampoule tubaire où la fécondation a lieu. Il est donc nécessaire que les trompes soient perméables. Les principales causes d'imperméabilité tubaire sont les infections sexuelles transmissibles (principalement les salpingites à chlamydia trachomatis), la

chirurgie pelvienne source d'adhérences, les malformations tubaires, les manœuvres endo-utérines, les antécédents de GEU.

c) L'endométriose

L'endométriose est définie comme la présence de tissu endométrial hors de la cavité utérine. Elle atteint essentiellement le péritoine et les organes pelviens mais peut aussi toucher les organes extra-pelviens. L'endométriose peut engendrer des douleurs pelviennes et des hémorragies mais elle reste souvent asymptomatique. Elle touche de préférence la femme jeune et se trouve fréquemment associée à l'infertilité. La fréquence de l'endométriose dans la population générale est évaluée à 10% et elle est retrouvée chez 30 à 40% des femmes consultant pour infertilité (7). Les lésions endométriosiques peuvent former des obstacles mécaniques, elles sécrètent de plus des facteurs biologiques ayant des effets néfastes sur la fertilité comme par exemple la destruction des spermatozoïdes et des réactions inflammatoires sur l'embryon. On classe l'endométriose en différents stades selon la nature et l'étendue des lésions, ce qui permet ensuite d'adapter au mieux les traitements.

d) Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les troubles du comportement alimentaire englobent l'anorexie mentale et la boulimie. Ces deux pathologies rentrent dans la catégorie des conduites addictives et sont fréquemment liées. Elles concernent préférentiellement les femmes à la période de l'adolescence. La boulimie est plus fréquente, touchant 3% des adolescentes, alors qu'1% des adolescentes est anorexique.

Le tableau clinique de l'**anorexie** regroupe 3 symptômes : anorexie, amaigrissement et aménorrhée (19). L'amaigrissement dépasse rapidement 10% du poids et peut atteindre 30 à 50% du poids initial (20). La perte de poids est consciente et volontaire ; elle provoque des dysfonctionnements organiques pouvant aller jusqu'au décès. La jeune femme est dans le contrôle permanent des aliments, hyperactive et manipulatrice (cache ou jette la nourriture, se fait vomir). Elle a le désir de tout maîtriser que ce soit la nourriture, les études, ses émotions ou ses relations interpersonnelles. L'aménorrhée, elle, est la conséquence d'une insuffisance gonadotrope hypothalamique (21). Elle est, la plupart du temps secondaire, car des cycles antérieurs ont déjà eu lieu.

La **boulimie** se définit par un rapport pathologique à la nourriture, se manifestant par des ingestions massives d'aliments. La nourriture est considérée

comme une « drogue ». Elle évolue souvent par crises. Le début est souvent brutal, avec une sensation de malaise, de vide avec une grande anxiété que seule l'ingestion alimentaire peut calmer. Cette crise s'accompagne d'un sentiment de culpabilité et de honte. Elle dure jusqu'à ce que le corps n'en puisse plus (19). Là, aussi on retrouve la notion de contrôle, car, pour compenser l'excès de calories, la jeune femme boulimique peut avoir recours à des actes divers tels que les vomissements, l'utilisation de laxatifs et/ou diurétiques, l'exercice physique intense, et peut s'imposer une conduite de type anorexique afin de ne pas grossir. Les causes de la boulimie sont multiples et complexes. Le mécanisme physiopathologique évoqué serait un dérèglement de sécrétion d'un neuromédiateur, la sérotonine, provoquant une augmentation de la prise alimentaire (21, 22). La boulimie entraîne la plupart du temps une prise de poids voire une obésité, elle-même responsable de troubles ovulatoires et donc d'hypofertilité.

Que ce soit dans le cadre de l'anorexie ou de la boulimie, la prescription de la pilule permet de masquer l'aménorrhée, redonnant à la jeune fille un semblant de règles. Cependant, le problème n'est pas réglé pour autant et réapparaît au grand jour lors d'un désir d'enfant. Ces jeunes femmes font alors appel à l'AMP. Les traitements dont elles bénéficient ne sont que des traitements « palliatifs » axés sur la procréation. Le traitement curatif se trouve ailleurs et bien moins accessible que des injections ou des comprimés.

B. L'INFERTILITE D'ORIGINE MASCULINE

1. Les facteurs de risque

a) Les médicaments

Les traitements anticancéreux tels que la chimiothérapie et la radiothérapie (23) diminuent la fertilité.

D'autres médicaments comme les bêtabloquants (23) utilisés dans l'hypertension peuvent diminuer la libido et altérer la qualité du sperme.

b) La profession

La profession exercée peut modifier la capacité à concevoir. Certaines professions exposant à de fortes chaleurs sont dites à risque. En effet, chez l'homme la température des testicules est en moyenne de 2 à 4° C inférieure à la température du reste du corps. Une augmentation trop importante de la température va donc altérer la spermatogénèse. Ainsi des professions comme boulanger, cuisinier, chauffeur routier, soudeur sont des métiers menaçant la fertilité masculine.

L'utilisation de produits chimiques comme les pesticides dans l'agriculture ou les éthers de glycol utilisés dans l'industrie et particulièrement dans les imprimeries, l'industrie automobile et les entreprises de peinture, constituent un réel facteur de risque d'infertilité puisqu'ils entraînent une diminution de la quantité de spermatozoïdes dans le sperme (9).

c) Alcool et tabac

La consommation excessive d'alcool diminue le taux de testostérone dans le sang ainsi que la production de spermatozoïdes. D'autre part, l'alcool agit sur la circulation sanguine pouvant ainsi entraîner une dysfonction érectile voire une impuissance (9).

Les études réalisées sur l'impact du tabac sur la fertilité masculine sont assez contradictoires mais il en ressort tout de même que la nicotine semble influencer la mobilité des spermatozoïdes ; plus le taux de nicotine augmente, plus le mouvement des spermatozoïdes est ralenti. Au-delà de cette altération de la fertilité masculine, le tabagisme a des répercussions sur la descendance de ces

fumeurs. Le stress oxydatif semble être une des causes principales d'altération de la qualité des spermatozoïdes, entraînant une fragmentation de leur ADN (24).

2. Les causes d'infertilité

Dans de nombreux cas d'infertilité, les spermatozoïdes sont présents dans l'éjaculat mais en quantité insuffisante (oligospermie), ou présentent une mobilité réduite (asthénospermie), ou enfin présentent des malformations (tératospermie). En général, toutes ces anomalies sont combinées et on parle alors d'oligo-asthéo-térato-spermie ou OATS.

Parfois, l'éjaculat ne contient pas de spermatozoïdes ; il s'agit alors d'une azoospermie. Il existe deux possibilités :

- Les spermatozoïdes ne sont pas produits par les testicules : on parle d'azoospermie sécrétoire.
- Les spermatozoïdes sont produits au niveau des testicules mais il y a un problème dans l'acheminement des spermatozoïdes dans le tractus génital masculin, ces derniers n'atteignant pas le sperme : il s'agit alors d'une azoospermie excrétoire.

Les étiologies des OATS et des azoospermies sont les suivantes (7):

- Des Infections bactériennes comme l'infection à chlamydiae (IST),
- Des infections virales comme les oreillons (même si la maladie est ancienne)
- La varicocèle, les cryptorchidies où la température testiculaire est augmentée,
- Une atrophie testiculaire unilatérale due à une torsion testiculaire ou un traumatisme,
- La présence d'anticorps anti-spermatozoïdes,
- Des pathologies congénitales comme la délétion du chromosome Y et le syndrome de Klinefelter (présence d'un chromosome X supplémentaire chez l'homme provoquant une azoospermie sécrétoire),
- Des troubles hormonaux de l'axe hypothalamo-hypophysaire liés à des tumeurs hypophysaires (rare).

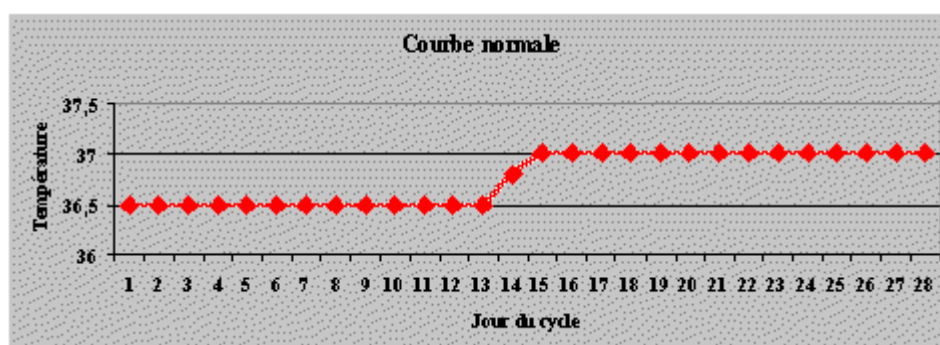
C. L'INFERTILITE LIEE A LA SEXUALITE DU COUPLE

1. Les rapports sexuels

Une condition paraissant évidente à l'obtention d'une grossesse est la nécessité pour le couple d'avoir des rapports sexuels, ces derniers devant être suffisants et complets. Plus les rapports sexuels sont fréquents, plus les chances d'avoir une grossesse sont importantes. En témoigne le tableau ci-dessous qui montre l'influence de la fréquence des rapports sexuels sur la fécondabilité.

Fréquence des rapports	Fécondabilité
1/semaine	15%
1 tous les 3 jours	31%
1/ jour	68%

Un autre élément à prendre en considération est la période du cycle. La plus favorable se situe au moment de l'ovulation. La courbe ménothermique permet de confirmer la présence d'une ovulation. Cette dernière s'accompagne d'une élévation de la température corporelle de 0,4 à 0,5 °C, ce qui signifie que le moment optimal se situe juste avant cette phase.



2. Les troubles des rapports sexuels

Les rapports sexuels peuvent être perturbés, voire rendus impossibles par des éléments d'ordre physique et/ou des éléments d'ordre psychologique (7).

a) *Troubles physiques*

Chez l'homme, les différents troubles répertoriés sont :

- Certaines anomalies de la verge dont la maladie de La Peyronie,
- Les dysfonctions érectiles avec des étiologies diverses (neurologiques, vasculaires, métaboliques, hormonales, toxiques et iatrogènes)
- Les troubles de l'éjaculation (causes neurologiques, urologiques et toxiques).

Chez la femme, le vaginisme (contracture involontaire des muscles périnéaux empêchant toute pénétration vaginale), est le plus souvent d'origine psychologique, beaucoup plus rarement secondaire à des lésions locales ou des traumatismes.

b) *Troubles psychologiques*

Chez l'homme, une dépression, des difficultés conjugales, l'anxiété sont susceptibles de diminuer voire même d'anéantir toute libido et de provoquer ainsi des troubles physiques comme une dysfonction érectile ou des troubles de l'éjaculation.

Chez la femme, le vaginisme primitif peut être lié :

- à la personnalité (névroses phobiques, anxieuses ou obsessionnelles, homosexualité latente),
- à un stress post-traumatique (viol, inceste),
- à une conjugopathie.

D. L'INFERTILITE IDIOPATHIQUE

L'infertilité idiopathique (ou inexpliquée) est définie par l'absence de grossesse au bout de 2 ans de rapports sexuels réguliers sans contraception et sans étiologie retrouvée aux examens pratiqués. Le terme « idiopathique » est préférable à l'expression « sans cause » car il y a évidemment une cause à l'absence de grossesse ; soit cette cause n'est pas identifiable du fait du caractère incomplet des investigations engagées, soit inconnue dans l'état actuel des connaissances de la science (7). La définition et la fréquence de l'infertilité ne font l'objet d'aucun consensus mais elle apparaît plus comme un diagnostic d'exclusion, et il semble que cette notion englobe certaines situations où la fécondabilité des couples est diminuée par rapport à ce qu'elle devrait être en l'absence d'infertilité.

Pour le psychanalyste Daniel Lemler, « *Chaque stérilité inexpliquée est susceptible de trouver une explication subjective singulière* ». En effet, selon lui, l'infertilité doit être considérée comme un symptôme à part entière « *La stérilité peut apparaître comme un problème essentiellement organique, biologique, voire génétique, ou encore tout au plus fonctionnel. Et pourtant, même là, la part du psychisme est loin d'être négligeable. Disons que nous aurons à situer la stérilité entre 2 positions extrêmes : d'une part, l'azoospermie par exemple, de l'autre, l'absence de rapports sexuels. Encore faut-il avoir présent à l'esprit que même un trouble organique s'inscrit dans une économie psychique, a fortiori quand il s'agit de quelque chose qui touche au domaine de la sexualité et de la procréation.* » Il semble alors que les liens entre psychologie et reproduction sont bien présents mais non univoques, les difficultés psychologiques pouvant être aussi bien la cause que la conséquence de l'infertilité (25).

III. L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

A. GENERALITES

1. Définition

Selon la loi de bioéthique du 7 août 2004, « L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine » (26).

Il existe deux grandes catégories de techniques en AMP :

- Celles qui consistent à favoriser la fécondation « in vivo » comme les inséminations artificielles
- Celles qui réalisent artificiellement la fécondation comme la FIV classique et l'ICSI

Ces différentes méthodes sont effectuées pour la majorité d'entre elles avec les gamètes du couple (sur 20 042 enfants nés en 2006 de l'AMP, seuls 1228 ont été conçus avec un don de gamètes).

Elles ne sont applicables qu'après la réalisation d'un bilan d'infertilité complet chez le couple concerné, sont légiférées par la loi de bioéthique de 2004 et par le Guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation (arrêté du 12 janvier 1999) (27).

2. Historique

L'histoire de l'AMP commence il y a presque 2000 ans. En effet, des ouvrages religieux tels que le Talmud, témoignent de la connaissance du principe de l'insémination artificielle au II^{ème} siècle. Plus tard, au XIV^{ème} siècle, l'insémination aurait été utilisée comme « arme chimique » par les tribus arabes

(le principe était d'inséminer de bonnes juments de la tribu adverse avec la semence de mauvais étalons !)(9).

C'est au début du XIXème siècle, dans un climat très hostile, que sont réalisées les premières inséminations artificielles humaines. En 1930, la mise en évidence des variations cycliques de la femme est un élément déclencheur de nouvelles avancées. Deux chercheurs anglais, Pincus et Saunders, démontrent en 1939 que des ovocytes humains sont capables de terminer leur maturation en culture. La première tentative de FIV a lieu quelques années plus tard, en 1944, sous l'égide de Rock et Menkin.

A partir des années 1950, les progrès sont rapides et importants. En 1969, Bob Edwards, biologiste anglais, réalise pour la première fois une fécondation dans une éprouvette. Quelques années plus tard en 1978, et après de nombreux échecs, Louise Brown, premier enfant issu d'une FIV, voit le jour en Angleterre.

En France, la technique de conservation du sperme arrive en 1973 et on voit apparaître les CECOS. Ces derniers sont chargés de recueillir le don de spermatozoïdes, don anonyme et gratuit. En 1981, le traitement par stimulation hormonale (visant à obtenir plusieurs ovocytes), permet ainsi d'augmenter les chances de succès de fécondation et de réimplantation. En 1982, le professeur René Frydman et le docteur Jacques Testard voient leurs efforts récompensés avec la naissance d'Amandine. Les années suivantes seront marquées par une meilleure surveillance des traitements hormonaux et une augmentation des taux de réussite. En 1992, une méthode révolutionnaire permettant de lutter contre l'infertilité masculine voit le jour grâce aux professeurs belges André Van Steirteghem et Paul Devroey : c'est l'injection directe du spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte ou ICSI. Il faudra attendre 2 ans en France pour assister à la naissance d'Audrey, premier bébé conçu grâce à une ICSI (9,28).

La fécondation in vitro, fruit d'une recherche laborieuse, est actuellement la technique d'AMP la plus aboutie et aide ainsi des milliers de couples à devenir parents. Cependant, face aux développements des techniques d'AMP et aux réflexions des professionnels de santé, les pouvoirs publics se sont vite rendus compte qu'il fallait encadrer l'AMP aussi bien dans le domaine législatif qu'éthique. Nous ne manquerons pas de nous y intéresser dans un prochain chapitre.

3. L'AMP et la religion

De tout temps, les découvertes scientifiques ont été des sources de conflits spirituels chez les croyants. Ceci est d'autant plus vrai pour l'AMP que les

progrès concernant les origines de la vie et qu'ils sont donc susceptibles de soulever des questions diverses et ardues comme par exemple l'influence que l'être humain peut avoir sur sa propre création ou la définition même de la vie. Afin d'aider les couples tiraillés par leur désir d'enfant et leur religion, le Dr Paul Atlan, gynécologue et psychiatre à l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart, a ouvert en 1996 une consultation unique qui est au carrefour de la médecine et de la religion. Il s'agit pour le médecin d'être une interface entre les patients et les autorités religieuses, permettant ainsi d'adapter les techniques médicales selon les recommandations des différentes confessions (29).

a) *Le Catholicisme*

C'est la religion qui a la position la plus claire puisqu'elle est opposée à toute technique d'AMP. En effet, pour la religion catholique, un enfant doit être uniquement le fruit de la relation sexuelle d'un couple marié. En cas d'infertilité, l'Eglise conseille donc l'adoption (30).

b) *Le Protestantisme*

Elle apparaît comme la religion la plus ouverte dans le domaine ; toutes les techniques sont acceptées et le recours à un donneur est possible. Cependant, l'AMP doit se faire au sein d'un couple hétérosexuel uniquement. La congélation d'embryons et le DPI sont admis. Il faut également noter que le protestantisme est la seule religion autorisant le don d'embryon à un couple stérile (30).

c) *L'Islam et le Judaïsme*

Ces deux confessions, bien que très éloignées, présentent des points communs :

- Chaque imam ou rabbin, a une interprétation personnelle des textes sacrés et donc la réponse apportée aux croyants peut varier d'un religieux à l'autre,
- L'embryon est reconnu comme être humain à un stade tardif du développement embryonnaire alors que le christianisme considère que l'embryon est humain dès la fécondation.

Ces deux religions sont donc permissives mais ont tout de même des différences :

- Pour l'Islam, les inséminations ou FIV ne peuvent être réalisées qu'au sein de couples mariés. Le recours à un donneur n'est pas possible. La congélation des embryons est autorisée, de même que le DPI s'il est à visée thérapeutique.
- La religion juive assimile la stérilité à une « malédiction » car elle empêche d'obéir à l'ordre « croissez et multipliez ». L'AMP permet donc aux croyants juifs de s'exécuter ! Cependant le recours à un donneur de sperme est inconcevable. D'une part, il est considéré comme un adultère, et d'autre part, comme c'est le père qui transmet l'identité, l'enfant serait considéré comme un usurpateur d'identité (30).

B. ASPECTS LEGISLATIFS

1. L'AMP et la Sécurité Sociale

L'AMP est régie par le code de la Sécurité Sociale et est donc soumise à des règles particulières.

Les techniques d'AMP sont très onéreuses : il faut compter environ 500 euros pour une tentative d'insémination et 3000 euros pour une tentative de FIV (31). Pour permettre à tous les couples d'accéder à l'AMP, il existe une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale dans le cadre du traitement de la stérilité (32). Par conséquent, dans le service public, les soins sont donc gratuits pour les assurés sociaux. Dans le secteur privé, par contre, une partie des coûts peut

rester à la charge des patients ou de leur mutuelle en cas de dépassement d'honoraires. Ainsi, avant toute tentative, deux formulaires doivent être adressés à la CPAM. Le premier document, rempli par le médecin, demande l'exonération du ticket modérateur dans le cadre de « l'article 322.3.12 en vue du diagnostic et des traitements de l'infécondité ». Cette requête doit permettre l'accord de la CPAM, et ce, pour une durée déterminée. Ce formulaire est indispensable pour ouvrir un protocole de soins. Le second document est une demande d'entente préalable qui doit également être remplie et signée par le médecin mais aussi complétée par le patient et adressée à la caisse. L'absence de réponse vaut accord. Il existe un nombre limité d'essais remboursés par la Sécurité Sociale. Ce nombre est de 6 tentatives pour les inséminations artificielles et de 4 pour les FIV et ICSI, à condition que la femme soit âgée de moins de 43 ans. Une tentative se définit comme une ponction ovocytaire suivie d'un transfert (31). Toute ponction supplémentaire est donc entièrement financée par le couple. De plus, les transports et arrêts maladie consécutifs aux traitements ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, ce qui impose aux couples une disponibilité maximale.

Il est important de noter que depuis juillet 2005, dans le cadre de la coordination du parcours de soins et de la loi de la réforme de l'Assurance Maladie, le médecin traitant est lui aussi habilité à remplir le protocole de soins (33).

2. L'AMP et les lois de bioéthique

La bioéthique est un domaine de réflexion apparu dans les années 1960 pour répondre aux interrogations concernant l'utilisation des nouvelles technologies et aux enjeux de pouvoir qu'elles mettent en avant. Elle fait intervenir de nombreuses disciplines (médecins, biologistes, juristes, philosophes, théologiens, sociologues...) et aurait donc une fonction de régulation éthique. Jean Bernard rejoint cette approche en écrivant « *la bioéthique, c'est d'abord une double rigueur, la rigueur glacée de la science, la rigueur rigide de la morale* » (34). Du fait de son développement rapide et de sa complexité, l'encadrement de l'AMP est vite devenu une évidence. L'AMP est ainsi légiférée par la loi de bioéthique de 2004 (elle-même une révision de loi de bioéthique de 1994), et également par le guide de bonnes pratiques.

a) Lois de bioéthique de 1994

Il existe 2 lois de bioéthique, la première (loi n°94-653) relative au respect du corps humain, et la deuxième (loi n°94-654) relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal (35). Cette dernière définit dans un premier temps l'AMP et les différentes règles auxquelles elle doit se soumettre :

- L'AMP est une pratique permettant de pallier à une infertilité ou peut également être proposée afin d'éviter la transmission d'une maladie grave à un enfant.
- L'AMP ne peut s'adresser qu'à des couples infertiles justifiant d'au moins 2 ans de vie commune, aux couples mariés, et consentant au transfert d'embryons et/ou à l'insémination.
- Une FIV ne peut être réalisée qu'avec au moins un des gamètes provenant du couple. Le couple peut demander la conservation d'embryons pour une grossesse ultérieure, et ce, dans un délai de 5 ans maximum. Les deux membres du couple sont consultés chaque année pour savoir s'ils maintiennent leur demande.

De manière exceptionnelle, un couple peut consentir à donner un embryon et à l'inverse un couple peut accueillir un embryon si les conditions prévues par la loi sont respectées. Il est à noter que le don d'embryon est un don anonyme et gratuit.

- L'AMP, hormis l'insémination artificielle, doit être réalisée par des praticiens agréés, exerçant eux-mêmes dans des centres autorisés à pratiquer les actes d'AMP. L'autorisation peut porter sur une ou plusieurs des activités d'AMP et elle est délivrée pour une durée de 5 ans par la Commission nationale de médecine et de biologie de reproduction et du diagnostic prénatal.
- Avant la mise en œuvre de l'AMP, l'équipe médicale du centre doit s'assurer de la motivation du couple, de la compréhension des explications délivrées concernant les différentes techniques. Elle doit laisser au couple un délai de réflexion d'1 mois, à la suite duquel le couple pourra signer un consentement écrit. Si l'intervention d'un donneur est nécessaire, le couple doit donner son consentement au juge ou au notaire.
- Le diagnostic prénatal a pour but de détecter in utero une affection grave. Ce diagnostic ne peut être réalisé que par un médecin agréé et s'il a été prouvé que l'un des deux parents est porteur d'une anomalie pouvant entraîner une maladie d'une particulière gravité.

b) Loi de bioéthique du 6 août 2004

Elle correspond à une révision de la loi de bioéthique de 1994 (26). Les modifications apportées à la loi de 1994 concernant l'AMP sont les suivantes :

- La stimulation ovarienne est elle aussi soumise à des règles de bonnes pratiques.
- Le décès, la séparation de corps, le dépôt d'une requête de divorce, la cessation de vie commune, la révocation du consentement par l'un des membres du couple interdisent toute insémination ou transfert d'embryon.
- La recherche sur l'embryon est autorisée si le couple y consent.
- La loi de bioéthique crée l'Agence de la biomédecine qui exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines. Un des objectifs de cette agence est donc d'encadrer l'AMP en veillant à l'application de la loi et d'élaborer des recommandations afin d'améliorer la prise en charge des patients. De ce fait, chaque centre agréé est tenu de présenter un rapport d'activité annuel à l'ARH et à l'Agence de la biomédecine. Il doit de plus tenir un registre relatif aux gamètes et aux embryons qu'il conserve.

C. L'OFFRE DE SOINS AU CENTRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT AU CHU DE NANTES

La Loire Atlantique accueille 6 centres autorisés à pratiquer l'AMP répartis entre le secteur privé et le secteur public (36).

Dans le secteur privé, les centres agréés sont :

- La clinique Brétéché Viaud (Nantes)
- La clinique Jules Verne (Nantes)
- La polyclinique de l'Atlantique (Saint-Herblain)
- La clinique urologique Nantes Atlantis (Saint-Herblain).

Dans le secteur public, les centres habilités sont :

- Le centre hospitalier de Saint-Nazaire
- Le centre d'AMP de l'Hôpital Mère-Enfant au centre hospitalier universitaire de Nantes.

Nous allons nous intéresser tout particulièrement à l'activité du centre d'AMP du CHU de Nantes.

1. Le centre d'AMP du centre de la mère et de l'enfant à Nantes

a) Généralités

Le centre d'AMP est sous la responsabilité du service de biologie et médecine de la reproduction, placé sous la direction du Dr Miguel Jean, avec comme chef de pôle le Professeur Paul Barrière. L'activité du service est dévolue à la prise en charge des couples infertiles à l'aide de techniques diverses et variées telles que l'insémination artificielle, la FIV et l'ICSI, le transfert d'embryons congelés et l'autoconservation. Au sein du service, on trouve un CECOS qui assure la gestion et conservation des dons de sperme. Le service prend également en charge les couples atteints d'hépatites, les patients porteurs du VIH, eux, sont accueillis par le centre de Rennes.

Le centre réalise environ 600 IAC, 250 IAD et 1000 tentatives de FIV (dont 65% d'ICSI), ce qui le place parmi les 10 centres les plus importants de l'hexagone et permet ainsi de donner la vie à 400 enfants chaque année (37).

b) La prise en charge au CHU de Nantes

La prise en charge des patients est assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant des cliniciens gynécologues et endocrinologues, des biologistes, des anesthésistes, des sages-femmes, des infirmières et des techniciennes de laboratoire. Le service, par ailleurs, travaille en étroite collaboration avec d'autres services du CHU tels que l'urologie et la gynécologie.

Dans la mesure du possible, les patients sont suivis par un médecin référent facilitant ainsi la relation médecin-patient et le suivi de la prise en charge. Chaque médecin est tenu de respecter un protocole bien précis, rédigé par l'équipe et tenant compte des recommandations de bonnes pratiques (38) concernant la consultation d'infertilité et la prise en charge des couples. Le service est certifié norme ISO 9001, le but étant d'assurer au patient une qualité des soins optimale.

Lors de la première consultation, souvent dense, le médecin informe aussi les patients d'une réunion sur la FIV qui a lieu une à deux fois par mois, obligatoire pour tous les couples. Elle est animée par le Dr Miguel Jean et une des sages-femmes ou infirmière de l'équipe. Elle a pour but de définir la FIV, d'en expliquer les différentes étapes mais aussi d'évoquer les potentielles difficultés psychologiques qui peuvent survenir au décours des traitements et éventuels échecs.

Lors de cette réunion, Miguel Jean informe les patients de l'existence de l'association AMPHORE. C'est une association loi 1901, créée en 2001 à l'initiative de professionnels de santé et de couples concernés par l'AMP. Cette association est basée à Nantes mais a depuis peu une antenne sur Rennes. Les actions d'AMPHORE sont de 4 ordres :

- Ecouter : une permanence téléphonique est à disposition des patients dans des créneaux horaires bien définis.
- Informer : l'association répond aux questions des intéressés soit par téléphone, soit en entretien, ou bien en organisant des soirées à thèmes animées des professionnels de santé.
- Partager : les membres de l'association peuvent recevoir les personnes en entretien individuel ou en couple. AMPHORE propose également des groupes de parole supervisés par le psychologue de l'association, afin de permettre aux couples en difficultés de se rencontrer et d'échanger.
- Accompagner les patients en situation d'infertilité, quelque soit le moment.

Des plaquettes informatives concernant AMPHORE sont aussi disponibles dans le service.

L'association est également présente sur la toile avec un site internet pratique et régulièrement remis à jour (39).

Un entretien est de plus systématiquement programmé avec l'infirmière ou une des sages-femmes du service, en complément de la réunion, afin de réexpliquer individuellement au couple les différentes étapes du traitement qui lui a été proposé et montrer les modalités d'injection des différents produits prescrits.

Un répondeur est à disposition des couples 24 heures sur 24 pour poser toutes les questions qu'ils souhaitent ; l'équipe s'engage à y répondre le plus rapidement possible

Claire Naudin, psychologue, intervient dans le service dans les procédures d'AMP avec donneur où les couples doivent être vus en entretien avant toute tentative. Elle a une vacation de 4 matinées par mois au centre d'AMP. Son

intervention est importante puisqu'elle va donner un éclairage différent sur la demande du couple, permettant ainsi d'avoir un champ de réflexion plus large et plus de recul sur la situation. Elle évalue lors de ce premier contact le degré de souffrance du couple afin de proposer si nécessaire un suivi psychologique. En dehors de cette obligation légale, il n'est pas proposé de consultation de psychologue au sein du service.

2. La première consultation

La 1^{ère} consultation est primordiale car elle permet d'une part de prendre contact avec le couple et d'écouter sa souffrance, et d'autre part, de recueillir des données médicales importantes.

L'interrogatoire permet de réunir des éléments basiques mais primordiaux tels que l'âge, le poids, les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux, ainsi que les antécédents gynéco-obstétricaux pour la femme et urologiques pour l'homme. Les examens complémentaires déjà effectués sont également notés. Mais le médecin s'immisce également dans l'intimité du couple. En effet, il lui est nécessaire d'explorer le désir d'enfant du couple et de s'intéresser à son mode de vie notamment en ce qui concerne sa sexualité.

Comme dans toute discipline, un examen clinique est indispensable que ce soit pour l'homme ou pour la femme. L'examen clinique est réalisé dans le service s'il n'a pas été fait auparavant.

Les données de l'interrogatoire et les renseignements cliniques vont, par la suite, permettre d'évoquer des hypothèses diagnostiques. Il faudra cependant que le couple subisse un certain nombre d'examens complémentaires.

3. Le bilan para-clinique de première intention du couple infertile

a) Les examens complémentaires chez la femme

Souvent, le premier examen est prescrit par le médecin généraliste ou le gynécologue qui suit habituellement la femme. Il s'agit de la courbe de

température ou **courbe ménothermique**, qui comme nous l'avons vu précédemment, permet de repérer l'ovulation dans le cycle. Il est classique de la faire sur 3 mois. Ceci est contraignant car la patiente doit prendre sa température tous les matins sans exception avant le lever.

Un **bilan hormonal**, réalisé entre le 2^{ème} et le 4^{ème} jour du cycle dose la FSH et la LH, l'œstradiol, la prolactine et la TSH. Il peut être complété par le dosage de la testostérone en cas de suspicion d'un SOPK. Les sérologies HIV après accord de la patiente, ainsi que celles de la syphilis, des hépatites B et C, de la rubéole et de la toxoplasmose sont demandées de même que le groupe rhésus.

Un bilan radiologique est également demandé. L'**échographie pelvienne** réalisée en début de cycle, permet de vérifier l'intégrité de l'appareil génital féminin mais aussi d'évaluer la réserve ovarienne. L'**hystérosalpingographie** faite dans la première partie du cycle, permet de localiser d'éventuelles malformations utérines mais apprécie surtout la perméabilité des trompes.

b) Les examens complémentaires chez l'homme

On demandera également à l'homme un **bilan hormonal** comprenant FSH, testostérone et prolactine ainsi que toute la batterie de sérologies.

Le **spermocytogramme** étudie le sperme : l'analyse va porter sur la couleur, la viscosité, le volume, le pH, le nombre, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes. Les paramètres du sperme sont variables : il faut donc 2 spermogrammes à 3 mois d'intervalle. Le spermogramme doit être effectué dans un laboratoire agréé. Le recueil, souvent peu réjouissant pour l'homme, est obtenu par masturbation après 3 jours d'abstinence.

Le **Test de Migration Survie** (TMS) est un test réalisé en cas d'anomalie du spermogramme (3). Il étudie la mobilité et la capacité de survie des spermatozoïdes après 24h. Il permet de poser l'indication de la technique d'AMP à proposer. Il est utilisé par la suite en AMP pour optimiser le sperme et choisir les spermatozoïdes les plus mobiles.

c) *Le test post-coïtal ou test de Hühner*

Ce test analyse la qualité de la glaire cervicale et évalue l'interaction sperme-glaire cervicale. Il doit être réalisé 8 à 12h après un rapport sexuel au moment de l'ovulation dans un laboratoire agréé.

4. Les différentes techniques proposées par le centre d'AMP

En fonction du type et de la durée d'infertilité, de l'âge de la femme et d'autres critères indispensables, le médecin propose un traitement adapté au couple.

a) *L'induction de l'ovulation*

(a) Définition

Elle a pour but de stimuler les ovaires afin de permettre la croissance d'un ou de plusieurs follicules jusqu'au stade de follicule mature contenant un ovocyte fécondable.

Il existe deux méthodes :

- L'ovulation monofolliculaire dont le but est d'obtenir la croissance et la maturation d'un seul ou de deux follicules au plus.
- L'ovulation polyfolliculaire cherche, au contraire, à produire un grand nombre d'ovocytes fécondables (7).

(b) Indications

L'ovulation monofolliculaire est réservée à des femmes jeunes (moins de 36ans) présentant des problèmes de dysovulation ou d'anovulation, comme dans le SOPK par exemple. Dans tous les cas, la durée d'infécondité doit être courte (< 3ans).

L'ovulation polyfolliculaire est strictement réservée à la fécondation in vitro ; nous en reparlerons donc plus tard.

(c) Technique

Plusieurs protocoles peuvent être utilisés.

➤ **Le monitoring et ses contraintes**

Entre le 8^{ème} et le 10^{ème} jour, la femme est convoquée pour une échographie endovaginale et un dosage hormonal (œstradiol) ; c'est ce que l'on appelle le monitoring écho-hormonal. Il peut être répété 48h plus tard si besoin. Le monitoring est une période contraignante pour les patientes. En effet, les échographies ont lieu uniquement le matin, entre 8h et 11h30 et les patientes sont reçues par ordre d'arrivée. Les prélèvements sanguins, eux, sont réalisés le matin de manière à avoir les résultats dès 14h, soit en ville, soit au CHU lorsque les patientes sont convoquées pour une échographie. L'équipe médicale et paramédicale se réunit quotidiennement pour étudier chaque dossier en cours, après réception des dosages hormonaux. Après le staff, les sages-femmes et l'infirmière ont pour mission de joindre chaque patiente pour la tenir informée des modifications éventuelles de son traitement et lui indiquent la conduite à tenir (adaptation des doses, date des prochains dosages et échographie).

➤ **Le déclenchement de l'ovulation**

Pour pouvoir déclencher l'ovulation, il faut des ovocytes et un taux d'œstradiol concordants.

Dans l'ovulation monofolliculaire, les couples doivent avoir un rapport sexuel le jour du déclenchement de l'ovulation.

b) L'insémination artificielle

(a) Définition

L'insémination artificielle consiste à introduire instrumentalement les spermatozoïdes dans la cavité utérine. Elle utilise le sperme du conjoint (insémination intraconjugale) ou d'un donneur (insémination avec donneur). Le but est de favoriser la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovocyte (7,8).

(b) Indications

L'insémination intra-utérine est réalisée en 1^{ère} intention chez un couple infertile depuis 2 ans.

Les indications principales pour l'IAC sont :

- Les altérations de la glaire cervicale ou du col (ATCD de côneisation),
- Les OATS modérées (TMS > 1,5 M/mL),
- Les troubles sexuels (troubles de l'éjaculation),
- Les échecs de stimulation simple,
- L'infertilité inexplicée.

L'insémination est également utilisée lorsqu'un des partenaires est atteint de l'hépatite C ou du VIH.

L'azoospermie est l'indication à la pratique de l'IAD.

La condition sine qua none pour cette technique est l'existence d'une perméabilité tubaire.

(c) Technique

Certains centres effectuent la stimulation en cycle spontané. Au centre d'AMP du CHU de Nantes, l'insémination est réalisée en association avec une

induction de l'ovulation monofolliculaire, et monitorée, afin de réduire le risque de grossesse multiple. Cette dernière semble donner de meilleurs résultats que la stimulation en cycle spontané. Le moment de l'insémination est un élément primordial de réussite. Les taux de succès les plus importants sont obtenus pour une insémination réalisée 36 à 40 h après le déclenchement artificiel de l'ovulation.

L'IIU a lieu le lendemain du déclenchement de l'ovulation, après une préparation du sperme in vitro afin d'en optimiser la qualité. Ce geste se déroule dans une salle de consultation habituelle.

Chaque tentative d'IAC est auparavant étudiée en staff afin de vérifier les critères d'inclusion. Après chaque tentative, le dossier est revu en équipe. Après 3 échecs, le centre d'AMP recontacte le couple par courrier et lui propose une nouvelle consultation pour faire le bilan.

c) La FIV conventionnelle

(a) Définition

La FIV conventionnelle consiste à réaliser en laboratoire les premières étapes du développement embryonnaire.

(b) Indications

La FIV est indiquée dans les cas suivants :

- L'infertilité féminine d'origine tubaire (impermeabilité tubaire),
- L'infertilité masculine (OATS avec $0,5 < TMS < 1$),
- En cas d'échec d'insémination intra-utérine,
- Les infertilités inexplicables avec bilan complet,
- En cas de nécessité de DPI (myopathie par exemple).

(c) *Technique*

Chaque tentative de FIV nécessite la succession de plusieurs étapes

(7,8, 9):

➤ **La stimulation ovarienne**

Lors de la stimulation ovarienne, le traitement est réalisé en deux temps :

- Une phase de blocage des ovaires : elle permet d'éviter une ovulation spontanée. Ce blocage est obtenu par l'administration d'un produit qui bloque la production de gonadotrophines par l'hypophyse (Décapeptyl).
- Une phase de stimulation : on injecte ensuite à la patiente de la FSH qui va permettre de stimuler les ovaires et de recruter plusieurs follicules.

Le monitoring écho-hormonal est l'outil indispensable pour adapter quotidiennement les doses, repérer le meilleur moment du déclenchement et éviter toute hyperstimulation ovarienne.

Le déclenchement de l'ovulation se fait lorsque les données hormonales et échographies concordent. L'injection d'HCG assure alors la maturation finale des ovocytes.

➤ **Le recueil des ovocytes**

La ponction a lieu environ 36 heures après l'injection d'HCG. Elle se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie locale ou générale, nécessitant une courte hospitalisation. La ponction se fait par voie transvaginale, sous contrôle échographique. Les follicules mûrs sont alors aspirés. Le liquide est alors examiné, les ovocytes comptés, et le couple informé le jour même.

➤ **La fécondation in vitro à proprement dite**

Elle a lieu au laboratoire, le même jour que la ponction ovocytaire et elle constitue l'étape biologique de la FIV. Elle consiste à mettre en contact les

spermatozoïdes et un ovocyte « in vitro ». Le laboratoire informe le couple par téléphone du résultat de la rencontre des gamètes au deuxième jour de la ponction folliculaire. Si la tentative échoue, une consultation de « débriefing » est proposée au couple.

➤ **Le transfert des embryons dans l'utérus**

Lorsque la fécondation a eu lieu in vitro, le transfert est effectué entre le 3^{ème} et le 6^{ème} jour. C'est un acte médical rapide et indolore. Le médecin introduit à travers le col utérin le cathéter contenant le ou les embryon(s) en suspension dans un milieu de culture.

Un dosage de d'HCG est réalisé quinze jours après le transfert. S'il est positif, il est alors renouvelé toutes les 48 heures dans le même laboratoire. Le diagnostic de grossesse est positif lorsque le taux d'HCG atteint 1000 UI (Unités Internationales). A partir de ce taux, il convient d'arrêter les dosages répétés.

Une échographie est ensuite programmée à 7 SA (Semaines d'Aménorrhée) afin de vérifier que l'implantation est bien intra-utérine, mais aussi déterminer l'activité cardiaque et confirmer le nombre d'embryons présents.

d) La FIV ICSI

(a) Définition

L'ICSI est une méthode où l'on injecte un spermatozoïde directement dans le cytoplasme de l'ovocyte, à l'aide d'une micro-pipette, court-circuitant donc les étapes de la fécondation.

(b) Indications

L'indication absolue de l'ICSI est la stérilité masculine, en particulier l'OATS majeure ($TMS < 0,5 \text{ M/mL}$) et l'azoospermie.

La principale indication relative est l'échec de la FIV classique pour stérilité masculine ou infertilité idiopathique (7).

L'ICSI peut d'emblée être préférable à la FIV classique lorsque sont associés des facteurs masculins et féminins tels qu'une mauvaise réponse à la stimulation ovarienne et des altérations spermatiques.

(c) Technique

L'ICSI comporte les mêmes étapes que la FIV conventionnelle pour la maturation folliculaire et la ponction folliculaire.

➤ **Recueil et préparation des gamètes**

Après ponction folliculaire, les ovocytes sont préparés. Ils sont mis en culture et conservés à 37°C. Seuls les ovocytes mûrs sont immédiatement micro-injectables. Les spermatozoïdes frais ou congelés proviennent soit d'un éjaculat ou d'un prélèvement chirurgical. Ils sont placés dans solution très visqueuse qui les immobilise. Un seul spermatozoïde mobile est chargé dans la micro-pipette, et ceci, après avoir cassé le flagelle afin d'empêcher toute possibilité de mouvement à l'intérieur du cytoplasme ovulaire.

➤ **Rencontre des gamètes**

La micro-injection est réalisée à l'aide d'un robot ; la micro-pipette est introduite dans le cytoplasme, en partie aspiré puis refoulé avec le spermatozoïde. La préparation est ensuite remise à l'étuve.

Le transfert embryonnaire s'effectue dans les mêmes conditions que pour la FIV classique.

5. Complications de l'AMP

En 2008, l'Agence de biomédecine a dénombré 207 événements indésirables dont 168 graves survenus dans l'ensemble des centres d'AMP. Les plus importants concernent l'hyperstimulation ovarienne, les accidents thromboemboliques, un décès chez une patiente atteinte de syndrome de Turner et des incidents en relation avec la matériovigilance (40).

a) Effets secondaires des médicaments utilisés en FIV et en IIU

(a) Décapeptyl[®], agent bloqueur de l'hypophyse

Les effets les plus fréquemment observés (41) sont :

- Des bouffées de chaleur
- Une sécheresse vaginale
- Une diminution de la libido
- Une dyspareunie
- Le développement de kystes ovariens
- Nervosité, troubles du sommeil, fatigue et somnolence.

(b) Agents de la stimulation ovarienne (Clomid[®], Puregon[®], Gonal-F[®], Ménopur[®])

Ils ont des effets secondaires communs tels que :

- Un risque élevé de développement de kystes ovariens
- Une hyperstimulation ovarienne
- L'aggravation d'une endométriose
- Un risque de grossesse multiple.

Le Clomid® a des effets dose-dépendant. Les conséquences les plus marquées sont les bouffées de chaleur et des gênes pelviennes à type de tension et gonflement du ventre. On note également plus rarement une prise de poids et des troubles du système nerveux central (vertiges, asthénie, céphalées, dépression et convulsion).

Les principales réactions indésirables pour le Puregon®, Gonal-F® et Ménopur® sont des réactions allergiques (41).

(c) L'HCG urinaire et Ovitrelle®, déclencheurs de l'ovulation

Ces deux molécules ont un effet secondaire principal (41) qui est la réaction locale au point d'injection avec ecchymoses, rougeur, douleur et démangeaisons.

Pour l'Ovitrelle®, on note quelques effets indésirables supplémentaires :

- Céphalées, asthénie
- Nausées et vomissements
- Rarement irritabilité et dépression
- Très rarement une embolie pulmonaire.

b) Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (HSO)

Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne est une complication rare, mais possiblement grave (42), de la stimulation ovarienne qui s'observe dans la deuxième phase d'un cycle stimulé. Il se manifeste par une augmentation importante de la taille des ovaires et une rétention d'eau parfois très importante. Il existe des formes mineures (les plus fréquentes), des formes modérées et des formes sévères. Dans les formes mineures, on observe des douleurs et des tensions dans le ventre et le bas du dos. Dans les formes modérées, s'ajoutent

des troubles digestifs. Dans les formes sévères (rares), il peut se produire une chute de tension, une dyspnée et parfois même une insuffisance rénale.

Ce syndrome n'apparaît que si deux conditions sont réunies :

- Une stimulation par un agent inducteur de l'ovulation, principalement les gonadotrophines
- La présence d'HCG.

Le taux d'hyperstimulation modérée est de l'ordre de 3 à 6%, celui de l'HSO de 0,1 à 2%.

c) *Les complications de la ponction ovocytaire*

Les complications liées à la ponction ovocytaire sont assez rares (0,7 à 1,7%) et sont de 3 types (42):

- Les complications hémorragiques
- Les complications liées à la perforation d'un organe (possibilité de léser l'uretère ou l'intestin)
- Les complications infectieuses (infection vaginale, abcès de l'utérus ou de l'ovaire, péritonite en cas de lésion intestinale).

d) *FIV et torsions ovariennes*

Les ovaires atteignent parfois des volumes et poids importants à cause de la stimulation. De ce fait, ils peuvent se tordre sur leur pédicule. Comme les vaisseaux se tordent en même temps, le risque est la nécrose et donc la perte de l'ovaire. Heureusement, la plupart du temps, la torsion se résout spontanément en quelques heures.

Cette complication assez rare de la FIV (0,1%), se manifeste par de violentes douleurs abdominales, d'apparition brutale « en coup de poignard », irradiant dans le dos et dans l'aîne mais d'un seul côté.

e) FIV et GEU

La GEU est, comme son nom l'indique, une grossesse située en dehors de la cavité utérine. L'incidence des GEU dans la population générale représente 1 à 3% des grossesses.

Elle se situe préférentiellement au niveau de l'ampoule d'une des trompes. Les facteurs de risque principaux sont les salpingites, les antécédents de GEU (traitement par méthotrexate) et le tabac.

Elle se manifeste classiquement au premier trimestre de la grossesse par des douleurs abdominales latéralisées et des métrorragies mais peut aussi évoluer à bas bruit.

f) Les grossesses multiples

Il est clairement établi que la stimulation ovarienne augmente de façon importante le taux de grossesses multiples (1,5% dans la population générale contre 25% en AMP). Ces grossesses représentent un réel problème de santé publique puisqu'il fait encourir un risque maternel (toxémie gravidique, diabète, risque accru d'accouchement par césarienne) et fœtal (augmentation du risque de fausses couches et prématurité).

Pour limiter le nombre de grossesses multiples et leurs complications, des actes de prévention ont été mis en place. Dans les inséminations, cette prévention passe par un contrôle étroit de la stimulation, afin d'obtenir au maximum 3 follicules matures. En ce qui concerne la FIV, le nombre d'embryons transférés est limité.

D. EPIDEMIOLOGIE

1. FIVNAT

FIVNAT, association créée en 1986 par les pionniers de la Fécondation in Vitro, fut la première et la seule source épidémiologique pendant de nombreuses années. La plupart des centres français d'AMP ont rejoint cette structure. Cependant, aucune obligation légale n'imposait aux centres de transmettre leurs résultats. De plus, ces derniers étaient émis avec plusieurs années de retard (en 2006, publication des résultats d'activité de 2002) et se comptaient en nombre de cycles pour une même patiente, d'où la difficulté de connaître exactement le nombre de patientes ayant recours à l'AMP (43).

2. L'Agence de la biomédecine

Née de loi de bioéthique du 6 août 2004, l'Agence de la biomédecine est devenue la référence nationale sur l'activité des laboratoires et centres agréés (44). Elle a en effet repris en 2006 l'activité de recueil des données individuelles relatives aux tentatives de FIV auparavant assurée par FIVNAT et a créé en 2007 le registre national des FIV. Ce registre permet de recueillir de manière continue et exhaustive, des données nominatives concernant le couple, le déroulement de la tentative de FIV, le suivi de la grossesse et l'accouchement jusqu' à la naissance du ou des enfants. Il suit également le nombre d'embryons conservés en France et leur devenir. Le transfert des fichiers de données du centre d'AMP à l'Agence de Biomédecine est assurée par une application informatique appelée GAIA (Gestion et Analyses Informatisées de l'AMP).

3. Quelques chiffres

En France, 1 couple sur 10 suit des traitements pour remédier à son infertilité.

Le rapport d'activité de l'Agence de la biomédecine (40) comptabilise pour l'année 2007 :

- 67 438 cycles de fécondation in vitro (FIV et ICSI et TEC) dont 3% réalisées avec donneur
- 54 618 cycles d'insémination artificielle dont 9,8% réalisées avec donneur
- 154 822 embryons conservés, dont 62 % étaient encore en cours de projet parental.

En 2007, il y a eu 817 911 naissances en France dont 20 657 enfants issus d'une AMP (1285 enfants ont été conçus avec un don de gamètes), ce qui représente 2,5% des naissances. Sur ces 20 657 naissances, 14 487 ont été

rendues possibles grâce à la FIV et le transfert d'embryons congelés, et 6 170 grâce à l'insémination artificielle.

Il est important de noter que les résultats ne prennent pas en compte les stimulations ovariennes. Cependant, on peut remarquer que les chiffres ne cessent d'augmenter au fil des ans (17 623 naissances en 2004 contre 20 657 en 2007) ce qui montre bien le recours grandissant à la procréation médicale assistée.

IV. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET AMP

A. APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE NORMALE

1. Une fécondité bien maîtrisée

Depuis l'Antiquité, l'Homme a cherché à maîtriser la fécondation. L'usage de substances abortives est retrouvé dans de nombreuses civilisations et le recours à des méthodes ésotériques contre l'infertilité a toujours existé ; les couples infertiles faisaient des vœux, pèlerinage, offrandes et buvaient toutes sortes de potions concoctées par des guérisseurs. Au XVII^{ème} siècle, malgré tout, les grossesses étaient nombreuses et loin d'être toutes désirées. Le problème était alors le suivant : comment ne pas faire d'enfants (45) ? Petit à petit, les scientifiques progressent en matière de contraception et proposent des moyens contraceptifs de plus en plus efficaces. Dans les années 1970, l'arrivée de la pilule, la loi Simone Veil légalisant l'IVG et la création des planning familiaux vont contribuer à l'émancipation de la femme en lui donnant le choix de refuser ou d'interrompre une grossesse non désirée. Dorénavant, les enfants se programment ; en témoigne la revendication des mouvements féministes « *un enfant quand je veux, si je veux* ». Ils se font souvent plus tard à cause des études, des mariages plus tardifs et sont moins nombreux (46). Mais apparaît alors un paradoxe : il devient plus facile de maîtriser la contraception que la conception. Les femmes, cependant, après des années d'infécondité volontaire, ne peuvent attendre ; l'enfant doit être imminent.

2. A propos de l'enfant

a) Evolution de la place de l'enfant dans la société française

La place de l'enfant au sein de la société française n'a pas toujours été celle qu'on lui octroie en ce XXI^{ème} siècle. L'image de l'enfant a en effet subi de nombreuses transformations au fil des siècles. A la fin du moyen âge, on s'intéresse peu à l'enfant et la représentation que l'on s'en fait est très

pessimiste ; l'enfant est considéré comme un être non encore développé, privé de raison, dans l'incapacité d'accéder à la raison et à l'amour de Dieu. En témoigne les écrits de Saint-Augustin qui définit l'enfance comme l' « *état le plus vil et le plus abject de la nature humaine après celui de la mort* ». Cependant, un courant très différent et marginal émerge dès le XV^{ème} siècle avec Jean Gerson qui valorise l'enfant.

Au XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles, les parents s'occupent peu de leurs enfants. En ville, la pratique de la mise en nourrice, souvent mortifère, est chose courante. Après cette période, l'enfant retourne dans sa famille mais n'acquiert pas de statut avant l'âge de 7 ans, ou âge de raison. Vers 13 ans, les enfants se doivent de participer aux travaux de leurs aînés ou de faire un apprentissage et doivent obéissance à leur père. Un contre-courant, reprenant les idées de Gerson, va voir le jour avec les jésuites qui prônent l'éducation des enfants, adaptée à chaque âge. Au XVIII^{ème} siècle, la révolution s'accélère et on voit maintenant l'enfant comme « un bien précieux qu'il faut s'efforcer de conserver dès la naissance et comme un être ayant ses droits et ses besoins propres » (47).

A partir du XIX^{ème} siècle, s'ouvre l'ère de l'enfant-roi au sein de la noblesse et de la bourgeoisie. Elle va se développer lentement et finira par toucher toutes les classes sociales. L'enfant est désormais un être désiré, choyé, centre d'attention extrême de la part des parents et de la société. Jacques Dayan et Corinne Trouvé confirment cette hypothèse en décrivant l'enfant comme « *un objet sociétal majeur, entretenu par les médias (...), conforté par l'université (psychologie et psychiatrie infantile), assuré par un arsenal législatif de plus en plus consistant* » (45).

b) Pourquoi fait-on des enfants aujourd'hui ?

(a) L'enfant : un signe de conformité sociale

Avoir un enfant est la conséquence d'un amour fort entre deux personnes, mais c'est aussi un signe de conformité sociale. C'est une sorte de passage obligé qui permet aux parents non seulement d'acquérir un statut au sein de la famille mais aussi au sein de la société. Les couples sans enfants sont souvent montrés du doigt et incompris car ils ne rentrent pas dans le cadre. Dans son dernier ouvrage, Elisabeth Badinter confirme cet état de fait « *Une femme (et à*

moindre degré un homme) ou un couple sans enfant paraissent toujours une anomalie qui appellent le questionnement. Quelle drôle d'idée de ne pas faire d'enfant et d'échapper à la norme ! » (48).

(b) L'enfant comme mémoire de soi

Si la reproduction était autrefois un instinct de survie de l'espèce et un devoir religieux, aujourd'hui, elle est la conséquence d'un individualisme et d'un hédonisme certains. « *L'enfant imaginé est l'objet par excellence* », c'est-à-dire qu'il est moins considéré comme un bébé concret que comme la réalisation du plus virulent des souhaits infantiles qui est de se retrouver soi-même le bébé vulnérable des premiers mois de la vie. L'enfant permet de perpétuer la famille, le nom et la transmission des valeurs ; « *Les enfants satisfont notre désir d'immortalité* » (49). L'enfant est aussi porteur de représentations inconscientes transmises à notre insu, ces représentations étant d'ailleurs à la base de la psychanalyse freudienne (50). Elles proviennent des parents, eux même porteurs de mémoire et de traces insignifiantes, témoins de leur vécu et aussi de celui de leurs aïeuls. Ces traces sont de deux ordres. Certaines sont littérales, ce sont en fait des *représentations de mots* (par exemple le prénom, qui peut rendre hommage à un être cher ou un personnage célèbre qui prendra une place certaine dans la construction de sa personnalité) et d'autres sont des *représentations d'évènements* tels que des blessures non cicatrisées, des deuils, ou des moments heureux oubliés. Contrairement aux premières, ces traces sont plus profondément enfouies dans l'inconscient des parents. Ainsi, l'enfant attendu est plus ou moins chargé de donner un sens à notre vie, de compenser nos failles, de réaliser nos projets et de réparer les blessures de notre enfance la plupart inconscientes mais non sans effet sur le destin de l'enfant. C'est donc une conjonction de désirs multiples et variés, plus ou moins conscients, qui nous « pousse » à faire des enfants.

3. Désir, projet et besoin d'enfant

a) Désir d'enfant

Le terme « désir d'enfant » est un terme ambigu qui renvoie à deux significations : une consciente et une inconsciente.

Le désir d'enfant est la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce, et dans sa fonction individuelle de transmettre l'histoire personnelle et familiale(51).

Mais le désir est aussi de l'ordre de l'inconscient. On le retrouve dès la petite enfance chez la petite fille. Il est la résultante de la combinaison de 3 éléments pouvant se raconter comme une charade : « ... *mon premier est le désir d'être comme ma mère du début de la vie, et mon second est un autre vœu, celui d'avoir, comme elle, un enfant du père ; quant à mon troisième, il est constitué par la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme. Mon tout est la conception et la naissance de cet enfant qui va me transformer de jeune femme en mère.* » (51).

L'homme a le désir d'être père comme son propre père et cherche à prouver sa virilité et sa puissance avant tout. C'est en effet le bon fonctionnement sexuel qui assure et conforte le narcissisme masculin.

b) *Projet d'enfant*

Le projet d'enfant est une idée consciente et planifiée par la contraception. Il est clairement nommé contrairement au désir d'enfant. Il est l'aboutissement d'une réflexion approfondie, basée sur des idéaux sociaux et familiaux. Ce souhait s'inscrit dans un projet de vie commun, reflet d'une évolution de la vie de couple. Il témoigne de l'acquisition d'une certaine maturité, permettant alors l'accès à la parentalité.

c) *Besoin d'enfant*

Le besoin d'enfant, souvent confondu avec le désir d'enfant, est une demande exigeante, voire même parfois agressive. Elle émane souvent de couples souffrant d'infertilité, où l'enfant qui ne vient pas est censé tout réparer, tout combler. La grossesse devient alors une obsession. Toute la vie psychique est articulée autour cet axe, les autres centres d'intérêts étant désinvestis. Le besoin d'enfant se réduit en fait à la grossesse, oubliant parfois l'enfant lui-même. On comprend alors pourquoi certaines femmes finissent par avorter ou développent un syndrome dépressif après l'accouchement (52,53).

4. Devenir parents

a) La construction d'une mère

Le parcours féminin vers la maternité est fait de plusieurs étapes mais tout élan du désir d'enfant commence par l'identification à la mère (52,53).

(a) L'identification à la mère

La première identification féminine se fait à la mère, qui apporte à son bébé chaleur, tendresse et dévouement. De ce fait, le bébé fille est en adoration devant cette mère protectrice. Puis, pendant la période de latence, la fille s'écarte de ce premier objet d'amour et se tourne alors vers le père dont elle désire un bébé. A la phase œdipienne de l'adolescence, la mère originaire de l'amour absolu s'évanouit et laisse place à une hostilité marquée envers la compagne du père (qui est la plupart du temps la même personne). La mère, à ce moment, laisse entrevoir une féminité séductrice enviée par l'adolescente. C'est cette deuxième identification qui permettra à la jeune fille, de conquérir un homme, qu'elle fera par la suite père. Néanmoins, pour que le désir d'enfant n'avorte pas à l'adolescence, il est nécessaire que la mère originelle (mère de la tendresse) ne soit pas totalement oubliée. A la fin de l'adolescence, l'amour sexuel pour un compagnon et le projet d'enfant qui en découle, lui permettront de retrouver les deux amours anciens que sont ses parents d'autrefois.

(b) La dette de vie

Monique Bydlowski, psychiatre et psychanalyste, parle de « dette de vie » envers sa propre mère (52). C'est une sorte de devoir de gratitude. En effet, la vie n'est pas un cadeau gratuit et la femme se doit de transmettre et de rembourser ce qui a été reçu. L'étape d'identification à la vulnérabilité maternelle est donc primordiale pour pouvoir recevoir l'enfant qui vient régler la dette, établissant ainsi un lien transgénérationnel entre la mère et la fille.

b) L'avènement de la paternité

La construction de la paternité obéit à un processus différent de celui de la femme. Au début de la vie, le lien d'amour et d'identification du garçon à la mère est tout aussi intense que celui de la fille. Dès la fin de la petite enfance, la question de la puissance sexuelle apparaît comme essentielle. Par la suite, le jeune homme va traverser le conflit œdipien, étape empreinte d'ambivalence où il y aura à la fois une identification au père et une rivalité avec lui, rivalité qui ne fera que renforcer le lien à la mère. Ce profond attachement à la mère de l'enfance persiste tout au long de la vie et se transforme progressivement en un état amoureux pour une autre femme qui lui ressemble. Cependant, comme dans tout processus, il existe des obstacles, insurmontables pour certains. Le garçon peut rester à l'identification de la mère primitive, entraînant une bisexualité psychique à prédominance féminine, voire une homosexualité latente, expliquant ainsi le non-désir d'enfant. Plus que de désir d'enfant d'ailleurs, il faut parler chez l'homme du désir d'être père, de fonder une famille et de s'identifier au père tout en étant dans la rivalité. Pour Freud, la paternité est un processus de pensée, contrairement à la maternité, qui elle, est une expérience à prédominance sensorielle (52,53).

B. DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES SUR L'INFERTILITE

1. Souffrance morale et infertilité

Malgré les progrès de la connaissance scientifique, l'infertilité reste encore de nos jours une question mystérieuse. Cependant, on ne peut pas nier la double dimension somato-psychique dans cette pathologie. Toute infertilité est source d'une souffrance morale. Elle peut être la conséquence de l'infertilité et de ses traitements comme nous le verrons plus loin. Mais elle peut aussi parfois en être la cause sous-tendue par un conflit que le patient ignore lui-même. Ainsi, se plaindre d'infertilité est une manière de formuler une souffrance psychique qui ne peut s'exprimer autrement que par le corps (52).

M. Bydlowsky, a décrit au cours de ses consultations des facteurs psychiques pouvant être responsable d'une infertilité (52).

2. Les facteurs de risque psychiques de l'infertilité

Ces facteurs de risque concernent les liens transgénérationnels, les relations père-fille, la relation à soi-même, les relations intraconjugales mais aussi les traumatismes.

a) Les liens transgénérationnels

Certaines personnes (hommes ou femmes) ne peuvent procréer car elles sont dans une angoisse de performance ; elles ont peur d'être moins bonnes que leurs parents dans l'éducation des enfants.

D'autres femmes, elles, sont infertiles par loyauté envers leur propre mère, qui leur interdit inconsciemment une grossesse. On peut citer par exemple, le cas d'une jeune femme, enfant unique, souffrant d'infertilité secondaire. Elle reproduit, sans le vouloir, le schéma de sa propre mère qui n'a eu qu'un seul enfant.

b) Les relations père-fille

On évoque des relations d'intimité père-fille trop fortes, notamment chez des aînées de famille nombreuse. L'installation du symptôme infertilité est le seul moyen pour la patiente de ne pas réaliser son fantasme incestueux inconscient d'avoir un enfant du père (52).

c) La maîtrise du corps

Chez certaines femmes, le problème est posé par le désir de maîtrise totale du corps. Ce souhait inconscient de gérer le fonctionnement du corps est mis en échec par toute grossesse, qui on le sait bien, bouleverse le corps de diverses façons . Ainsi, l'infertilité apparaît comme un mécanisme s'opposant à la perte du contrôle de soi. La question qui se pose alors est de savoir pourquoi ces femmes veulent être dans la maîtrise de leur corps. En nous penchant sur des pathologies comme l'anorexie et la boulimie, nous allons essayer de voir ce qui se cache derrière cette volonté de maîtrise totale.

L'anorexie est une pathologie difficile à cerner car elle touche le corps en tant qu'organe mais aussi le corps dans sa dimension symbolique. L'aménorrhée en est l'exemple le plus frappant. Elle signifie le refus de la séparation d'avec le corps de l'enfance, et donc l'accès à la génitalité, ainsi qu'à la mère. Elle incarne en même temps un fantasme de grossesse, puisque l'aménorrhée est à la fois un signe de stérilité et de grossesse. Il existe une ambivalence vis-à-vis des parents mais surtout de la mère ; la jeune anorexique est dépendante d'elle mais souhaite en même temps être autonome. Elle utilise alors des mécanismes défensifs afin de lutter contre cette dépendance. Ainsi, les vomissements, par exemple, peuvent être interprétés comme une tentative répétée d'un soulagement de la tension plutôt qu'une satisfaction, visant ainsi à « évacuer l'objet maternel vampirique » ou tout autre source de mal-être (54).

En ce qui concerne la boulimie, on observe un syndrome anxiodépressif lié à la peur de la séparation ainsi qu'un rapport adolescent-parents pathologique. La boulimie est un signal adressé à la mère manifestant son refus de passer à l'âge adulte. Par le remplissage, l'adolescente apaise son angoisse du vide, de l'abandon, ne pouvant l'exprimer autrement. La parole, libératrice des émotions et des conflits, est inexistante. Elle n'a pas sa place dans cette cellule familiale où l'adolescente répète une habitude instaurée par la mère qui est celle de répondre à son enfant par la nourriture quelque soit le problème. Par ailleurs, le refus de la séduction et de la sexualité s'exprime par le corps. Il est bien souvent déformé, imposant, mettant l'homme à distance et évitant donc toute relation intime (22).

Le point commun de ces femmes qui sont dans la maîtrise du corps est paradoxalement une fragilité narcissique elle-même renforcée par les perturbations liées à l'environnement et aux événements de vie.

d) Les relations intraconjugales

L'infertilité est portée par la dyade homme-femme. Dans certains couples, un des individus exerce une castration inconsciente sur son compagnon, le privant ainsi de son désir d'enfant. Le couple n'arrive pas à procréer à cause d'une relation de couple insatisfaisante. Mais il est sans doute plus simple de consulter en AMP pour un enfant qui ne vient pas, que d'évoquer ses problèmes conjugaux lors d'une thérapie devant un psychologue ou un sexologue. En effet, d'autres couples consultent pour infertilité mais leur plainte réelle est en fait une pauvreté et/ou une insatisfaction de leur sexualité (52). Demander un enfant est une manière de trouver un accord entre les 2 partenaires et de relancer la dynamique de couple.

e) Les traumatismes

Il semble parfois pour certaines femmes que si la grossesse ou la maternité survenait, elle aboutirait à une catastrophe. Elles ont en effet le souvenir d'événements dramatiques survenus chez des proches tels qu'un décès en post-partum, une hémorragie de la délivrance, ou encore une psychose puerpérale. Ces traumatismes provoquent une angoisse et l'infertilité est alors le seul barrage à cette éventualité (52).

On note également que les personnes victimes d'attouchements sexuels, d'incestes, ou qui ont été battus sont dans l'incapacité de devenir parents par peur de reproduire avec leurs enfants ce qu'ils ont subi dans l'enfance ou l'adolescence.

Enfin, certaines femmes, devenues mères alors qu'elles étaient encore mineures, peuvent avoir des difficultés pour obtenir une deuxième grossesse. Etre fille-mère est une situation difficile, rendue honteuse par la société et mal-acceptée par les parents. L'infertilité secondaire est alors une sorte de punition que ces femmes, devenues adultes, s'infligent à elles-mêmes afin de réparer leur faute.

C. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DU COUPLE EN COURS DE TRAITEMENT

Dès les débuts de l'AMP, de nombreux scientifiques se sont intéressés au vécu des couples infertiles et au retentissement de l'infertilité et des traitements

sur leur état psychologique. Les différentes études menées sur le sujet ont permis de montrer que l'annonce de l'infertilité et la prise en charge en AMP engendraient des perturbations sur le plan psychologique chez les patients, que ce soit des hommes ou des femmes, qu'ils soient ou non responsables de cette infertilité. Cependant, il apparaît que l'homme et la femme ne vivent pas cette expérience de la même manière ; nous allons donc nous pencher sur le ressenti respectif des deux membres du couple afin de dégager les spécificités de chacun et essayer d'en comprendre les causes. Nous parlerons également du retentissement de l'infertilité et des traitements sur la vie de couple ainsi que sur la vie sociale et professionnelle.

1. Vécu du couple infertile

a) L'annonce de l'infertilité

L'annonce du diagnostic d'infertilité est bien souvent un choc que l'on peut comparer à l'annonce d'une maladie grave, d'un décès. En effet, elle entraîne des réactions similaires telles qu'incrédulité, déni, colère, jalousie ou encore culpabilité. A plus ou moins long terme, le couple finira par accepter non sans douleur cet état de fait. Le deuil de la fertilité s'avère d'autant plus difficile que l'objet de la perte est impalpable, car il s'agit là de la perte d'un enfant fantasmé mais aussi de la perte de la maternité chez la femme et de la virilité chez l'homme. L'impact psychologique est différent selon le type et les causes de l'infertilité (55). En effet, une personne dont l'infertilité est la conséquence d'une maladie congénitale va pouvoir prendre plus de recul et se déculpabiliser en partie en se disant qu'au moins il ne sera pas responsable de la transmission de la maladie. Cependant, pour Harrison et al. (56), l'infertilité est l'une des situations les plus stressantes qu'un couple puisse rencontrer.

Alors que la femme semble pressée de rentrer dans le parcours de soins, l'homme semble plus attentiste. Il adopte parfois un comportement d'évitement, en se camouflant derrière une hyperactivité professionnelle ou sportive. Il peut aussi venir en consultation pour faire plaisir à sa femme.

Face à l'annonce de l'infertilité, les hommes et les femmes ne ressentent pas la même chose. Plusieurs études (57,58) ont montré que les femmes étaient plus affectées que les hommes par l'infertilité. Du côté de la femme, l'impossibilité d'accueillir un enfant est synonyme de perte d'identité féminine, et peut être ressentie par la femme comme « une annulation de sa personne ». En plus de la déception de ne pouvoir s'accomplir comme mère, se greffe une

souffrance encore plus profonde ; la douleur de l'incomplétude (52). Cette dernière correspondant au fait de ne pas pouvoir revivre la fusion mère-enfant expérimentée par la femme au début de sa vie lorsqu'elle était enfant. Pour l'homme, l'annonce de l'infertilité va atteindre sa virilité et son estime de soi, pouvant avoir des conséquences multiples telles que syndrome dépressif, culpabilité ou abandon de la partenaire. L'impossibilité de devenir père peut réactiver le conflit œdipien (59). Ceci peut expliquer les sentiments de culpabilité, d'impuissance, de questionnement sur la virilité. Il existe d'ailleurs ainsi très souvent une confusion entre infertilité et impuissance. Il ne faut pas oublier, la souffrance de ne pas donner un petit enfant à ses parents, de ne pas régler sa dette envers son père pour l'homme, et envers sa mère pour la femme (52).

La différence de vécu de l'homme et de la femme est liée à un ensemble de paramètres psychologiques mais aussi sociaux. En effet, elle est en partie liée à la représentation du rôle féminin dans la société, qui est un rôle avant tout maternel, et celui de l'homme, qui est lui avant tout synonyme de pouvoir et de puissance (60).

b) La prise en charge en AMP

(a) La relation médecin-malade

La consultation d'infertilité concerne le couple. La relation médecin-malade qui s'installe entre eux et le médecin est donc particulière. La femme et l'homme entretiennent chacun une relation différente avec le médecin d'AMP.

La femme va habituellement idéaliser le médecin, se mettant alors dans une position de soumission, proche de l'infantilisation.

L'homme, au contraire, va être dans une rivalité œdipienne qui ne fait que renforcer l'angoisse de castration déjà réactivée par l'annonce de l'infertilité. Il attend du médecin une certaine transparence ; des explications claires et précises sur les traitements et surtout sur les risques encourus. Il est en effet très inquiet de la santé de sa compagne. Cependant, bien souvent, du fait des

soins centrés sur la femme, l'homme peut se sentir exclu de la relation, alors qu'il souhaiterait être plus impliqué.

(b) Le patient face au parcours de soin

En AMP, quelque soit le type d'infertilité, c'est la femme qui est au centre des soins. Néanmoins, les examens complémentaires de même que les traitements sont source d'anxiété et de syndrome dépressif que ce soit chez l'un ou l'autre des partenaires. On observe 4 fois plus de syndromes dépressifs chez les femmes en début de traitement par rapport aux femmes sans problèmes de fertilité. Chez les hommes, l'anxiété du début de la prise en charge laisse place à un syndrome dépressif qui augmente avec le temps. Les femmes semblent ressentir de manière plus intense les affects dépressifs (60) et les expriment d'avantage. Par ailleurs, la mise à l'écart de l'homme de la relation médecin-patiente et les mécanismes défensifs mis en place pour lutter contre cette situation peuvent masquer un syndrome anxiodépressif.

Une étude britannique (61) réalisée en 1999 auprès de 2000 couples énumère les différents sentiments ressentis par les couples infertiles au cours de la prise en charge :

- Envie de pleurer pour 97% d'entre eux,
- Dépression/isolement pour 94%,
- Irritation pour 84%,
- Sentiment d'imperfection pour 72%,
- Culpabilité/honte pour 62%.

On note enfin que 20% des couples infertiles ont précisé avoir eu des idées suicidaires.

La raison pour laquelle la plupart des couples abandonnent la procédure de soin avant la 3^{ème} tentative est d'ordre émotionnel ou psychologique (anxiété et/ou dépression) (62).

En effet, la femme va subir toute une série d'examens, qui la plupart du temps, sont douloureux et portent atteinte à sa pudeur. On citera par exemple la difficulté de se mettre nue devant un inconnu lors de l'examen clinique et la position gynécologique, gênante pour la patiente. Sans parler des échographies pelviennes, répétées au cours de la tentative, réalisées par des opérateurs différents, qui sont des actes invasifs du fait de l'utilisation d'une sonde vaginale. Sans oublier les traitements hormonaux aux nombreux effets secondaires (par exemple, prise de poids ou troubles de l'humeur), qui engendrent des

complications potentiellement graves. Non seulement être infertile est une souffrance, mais il faut également souffrir pour être enceinte (63) !

La participation de l'homme à l'AMP paraît moindre mais elle est souvent mal vécue. Le recueil de sperme par masturbation peut être vécu un véritable défi car il est difficile de se concentrer sur une revue pornographique dans une petite salle de laboratoire, alors qu'un(e) technicien (e) vous attend derrière la porte ... Lors d'une tentative de FIV, l'homme doit donner son sperme au moment voulu, le jour de la ponction ovocytaire, conditionnant alors les chances de réussite de la FIV. La pression exercée sur l'homme est alors importante et on comprend donc aisément que certains hommes se trouvent dans l'incapacité d'y parvenir (64).

2. Impact de l'infertilité et des traitements sur la relation de couple et sur la vie sexuelle

a) Impact sur la relation de couple

Le degré de culpabilité est différent selon les causes d'infertilités et selon les couples. Dans les infertilités inexplicables, les femmes ont tendance à se culpabiliser d'avantage, risquant alors une détérioration psychosociale (57)

La personne dans le couple, identifiée comme la source du problème d'infertilité est plus à même de développer des troubles anxio-dépressifs que son partenaire (55).

Certains patients rendent leur conjoint responsables de la situation, d'autres se culpabilisent de ne pouvoir donner à leur compagnon cet enfant si cher à leurs yeux. On assiste alors à la perte de l'équilibre au sein du couple, ce qui le met potentiellement en danger.

L'homme, en général, se sent coupable des traitements subis par sa compagne, qu'il soit ou non responsable de l'infertilité. Il est aussi très inquiet de sa santé.

Les traitements sont une source de stress pour le couple. La FIV est à priori le traitement qui est le plus à risque en terme de dégradation mentale (). En cas d'échec, les tensions peuvent être importantes. Hommes et femmes

partagent la même souffrance mais ne l'expriment pas de la même manière. Là où la femme s'ouvre et énumère les motifs de son mal-être, l'homme se replie sur lui-même, paraissant hermétique du point de vue de sa compagne. Ce repli n'est autre qu'un moyen de défense face une incapacité à apporter une réponse et / ou un réconfort à sa partenaire. Il se sent incompetent et inutile, se réfugiant dans le travail. La femme se sent alors abandonnée, incomprise. Non-dits et mauvaise communication peuvent mettre le couple en difficulté.

Certains vont essayer de s'entraider. Ce n'est pas forcément salubre car cette situation va transformer la relation de couple en un rapport soignant-patient.

La psychothérapie de soutien semble alors indispensable pour que l'homme et la femme cheminent chacun de leur côté, permettant alors de préserver l'espace du « couple ».

b) Impact sur la vie sexuelle

Chez l'homme, l'annonce des résultats du spermogramme est une étape difficile. Les termes utilisés pour définir la qualité du sperme sont perçus pour beaucoup d'hommes comme dévalorisant, portant atteinte à leur identité sexuelle masculine ainsi qu'à leur estime de soi. Dans les infertilités masculines où le sperme est fortement altéré, l'homme finit par s'identifier aux composants de son sperme. L'homme perçoit son infertilité comme un fait honteux. Une étude de Glover et al. (65) montre que, chez dans cette population, un homme sur quatre se considère comme étant « moins qu'un homme ».

L'infertilité a un retentissement sur la sexualité du couple, avec notamment l'existence de difficultés sexuelles telles que l'impuissance. L'annonce de l'infertilité peut provoquer chez l'homme des troubles d'ordre sexuel, souvent transitoires et en général mal vécus. Une étude de Berger (66) décrit effectivement une dysfonction érectile transitoire chez 2/3 des hommes, apparue suite à un diagnostic d'azoospermie.

On remarque également une modification du comportement sexuel avec une diminution de la libido et un désinvestissement de la sexualité conjugale. Ces observations sont palpables aussi bien chez l'homme que chez la femme. D'après Ahami et Czyba (67), « Plus ou moins rapidement se manifeste un désinvestissement progressif qui ne laisse au mieux, persister qu'un intérêt pour les seins. L'homme infertile se déclare plus volontiers attiré par le « tout » de la femme que par ses diverses parties, et plus volontiers attiré par n'importe quelle femme qui ne serait pas la sienne. (...) force est de constater que le désir sexuel

a disparu ou bien a régressé à un stade archaïque où les attributs maternels (les seins) occupent toute la scène ». Cependant, il est important de préciser que certains auteurs nuancent le retentissement de l'infertilité sur la sexualité masculine ; l'étude de Reder (68) montre que même s'il y a une diminution du désir sexuel,

Les femmes disent avoir des relations sexuelles moins fréquentes et ressentir moins de désir sexuel. La sexualité est ainsi subordonnée à la procréation. Elle devient un moyen et non une fin en soi. Progressivement et paradoxalement, la femme recherche de plus en plus le rapport sexuel alors qu'elle en a de moins en moins envie. Ainsi la sexualité féminine semble plus dégradée que celle de son compagnon ; en témoigne l'étude de Slade, Emery et Lieberman où la femme obtient des scores plus élevés au GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) suggérant un plus haut niveau de difficulté au niveau des rapports, de la communication, de la satisfaction générale et de la sensualité (69).

La baisse des rapports sexuels est liée à deux phénomènes : d'une part l'infertilité, et d'autre part les traitements. Chez les femmes, la stimulation ovarienne va augmenter la taille des ovaires, ce qui peut occasionner des douleurs pelviennes limitant ainsi son activité sexuelle. Par ailleurs, le corps médical tient un discours paradoxal vis-à-vis des rapports sexuels ; d'un côté il conseille au couple d'avoir une vie sexuelle la plus normale possible et d'un autre côté il lui demande, d'avoir des rapports « au bon moment ». Il est difficile pour le couple de faire la part des choses. Certains examens comme le test de Hühner doivent être faits au moment de l'ovulation. Dans le cadre de la stimulation ovarienne simple, les rapports sexuels ont lieu lors du déclenchement de l'ovulation. Les rapports sexuels ne sont alors plus spontanés, c'est-à-dire déclenchés par le désir, mais programmés et mécaniques, ayant pour seul objet la naissance d'un enfant. Plusieurs études décrivent en effet une raréfaction des rapports hors période ovulatoire, ces derniers étant déclarés inutiles. Petit à petit, il se crée une « désorganisation » de la vie sexuelle au sein du couple, qui dans les cas extrêmes peut conduire à un adultère ou une séparation.

3. Impact de l'infertilité et des traitements sur la vie sociale et professionnelle

a) Impact sur la vie professionnelle

Chez la femme, la stimulation ovarienne est particulièrement contraignante du fait du monitoring (prise de sang et échographies répétées). Les rendez-vous sont nombreux et peuvent être modifiés à tout moment, selon les résultats. Le problème est que ces absences ne sont pas « couvertes » par un arrêt de travail. Par conséquent, la femme doit s'arranger avec son employeur pour être disponible. Ces absences répétées peuvent induire un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'employeur et d'insatisfaction par rapport à leur propre conscience professionnelle.

Parfois, la femme n'a d'autre choix que d'annoncer son infertilité à son employeur et à ses collègues. Cette situation la met en difficulté car cela la renvoie à son propre échec et renforce le sentiment de culpabilité et son mal-être.

Certains traitements et leurs effets secondaires sont difficiles à supporter, d'où la nécessité d'un arrêt de travail, et donc de nouveaux motifs d'absence au travail, pénalisant l'entreprise mais aussi la carrière de la patiente qui peut se voir « mise au placard ». L'arrêt de travail peut être néfaste dans la mesure où bien souvent la patiente se retrouve seule, en face à face avec elle-même. Elle a donc plus tendance à se fixer sur son problème d'infertilité, ce qui peut augmenter le risque de développer une pathologie anxio-dépressive.

Par ailleurs, le syndrome dépressif, résultant de l'infertilité, peut se caractériser par divers symptômes, tels que l'aboulie, la déconcentration, le ralentissement psychomoteur, la baisse de l'estime de soi, etc.... amenant une baisse de la productivité, d'éventuelles fautes professionnelles, voire une incapacité totale à assumer ses fonctions.

b) Impact sur la vie sociale

L'infertilité souvent méconnue de l'entourage du couple demeure un sujet tabou. D'une part, peu de couples osent aborder cette question avec leur famille ou leur entourage. Les femmes éprouvent parfois des difficultés à en parler avec leur mère et les hommes avec leur père. En témoigne l'étude de Georges David qui montre que dans 20% des cas seulement, l'entourage familial et amical est informé de l'origine masculine de l'infertilité (70). D'autre part, des stéréotypes et préjugés existent dans l'entourage : « c'est dans la tête », « tu y pense trop », « on peut vivre sans enfant ». Chacun y va de son interprétation, exprimée de façon plus ou moins adroite, avec parfois des mots blessants, renforçant ainsi le sentiment d'incompréhension et de malaise.

De plus, la femme infertile aura tendance à regarder la vie à travers le manque. Elle aura ainsi du mal à côtoyer les femmes enceintes et les enfants, à passer dans les rayons pour bébés. Cette situation peut devenir insupportable obligeant la femme à une conduite d'évitement.

De même pour le couple infertile, les sorties entre amis, les réunions de famille et en particulier Noël, sont des moments difficiles à vivre. Non seulement, il est difficile pour eux de participer à un bonheur familial mais il est encore plus pénible d'être questionné sur leur projet d'enfant qui n'aboutit pas.

Tous ces éléments vont amener progressivement le couple infertile à se replier sur lui-même, prenant alors de la distance avec la famille et les amis. A l'extrême, les individus peuvent se couper de toute vie sociale.

V. ETUDES PROSPECTIVES

A. OBJECTIFS

Le parcours de soins en AMP est, comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, un parcours de soins laborieux. Il y a tout d'abord l'annonce de cette infertilité qui anéantit le couple. Vient ensuite le moment du « pourquoi nous », puis celui de l'acceptation du diagnostic, étape déterminante pour le devenir du couple. C'est ensuite le moment d'envisager un ou plusieurs traitements ; le couple s'engage alors dans une période semée d'embûches, riche en émotions et questionnements de toutes sortes. Personne ne choisit cette situation et surtout aucun couple n'a envisagé au départ d'avoir recours à l'AMP, discipline d'abord complexe et intrigante aussi bien pour le patient que pour le professionnel de santé.

La prise en charge des patients infertiles n'est pas identique au sein de l'Hexagone. Le centre d'AMP du CHU de Nantes répond à une charte de qualité où la notion de prise en charge globale apparaît, ce qui sous-entend un accompagnement psychologique du couple en cours de traitement. Or, à l'heure actuelle, seuls les couples ayant recours à un donneur rencontrent un psychologue.

Jeune femme médecin généraliste, j'ai à plusieurs reprises été interpellée par la souffrance de patientes en situation d'infertilité. C'est ce qui m'a amené à m'intéresser à l'AMP et aux couples qui en bénéficient. Nous avons donc souhaité étudier le ressenti des hommes et des femmes sur leur vécu de l'infertilité et de l'AMP. Par cette enquête, nous avons également voulu savoir si la prise en charge était satisfaisante et si la présence d'un psychologue au sein du service même d'AMP pouvait optimiser l'accompagnement psychologique proposé dans le service. D'autre part, et, dans le souci d'avoir une idée plus globale de la question, nous avons de même sollicité l'avis des médecins généralistes et des gynécologues de la Loire-Atlantique.

B. ETUDE RESENTI DU COUPLE INFERTILE

1. Matériel et méthodes

a) Population

L'étude a porté sur des couples en désir d'enfant et consultant pour des problèmes d'infertilité.

Pour des raisons pratiques et un recrutement simplifié, l'étude fut centralisée au centre d'AMP du CHU de Nantes.

Afin d'éviter les biais de sélection et recruter un échantillon le plus représentatif possible, nous avons inclus tous les couples, quelque soit le traitement proposé et la durée de prise en charge dans le service.

b) Recueil des données

(a) Organisation du recueil

L'étude est basée sur un questionnaire anonyme, distribué par les sages-femmes du service d'AMP du CHU de Nantes, lors de prélèvements sanguins et échographies de contrôle de stimulation ovarienne. L'enquête s'est déroulée de mars à juin 2009.

Chaque couple recevait une enveloppe comprenant une lettre d'information expliquant l'objet de l'étude et deux questionnaires de couleur différente (un rose destiné à la femme, et un bleu destiné à l'homme, numérotés avec le même nombre afin d'appareiller les couples). Il leur était précisé de répondre individuellement au questionnaire.

Les couples pouvaient répondre en salle d'attente et rendre le questionnaire de suite, ou le remplir à domicile ; ils avaient alors le choix de le

ramener à la prochaine consultation ou de le renvoyer par la poste puisqu'une enveloppe timbrée leur avait été fournie.

(b) Questionnaire

Le questionnaire est présenté en annexe 1.

Les questions 1 et 2 concernent les données épidémiologiques des patients que sont l'âge et la profession.

Les questions 3 à 8 s'intéressent à la prise en charge médicale de l'infertilité avec en particulier la durée de désir d'enfant et de prise en charge par le service d'AMP, les antécédents éventuels de grossesse et de naissance, le traitement en cours.

Les questions 9 à 12 évaluent l'accompagnement psychologique des patients. On demandait en tout premier lieu si les patients bénéficiaient d'un soutien psychologique et dans quelles conditions puis s'ils avaient été informés de la possibilité d'un suivi en cas de besoin, s'ils étaient satisfaits de la prise en charge psychologique et enfin ce qu'ils pensaient de la présence d'un psychologue au sein du service.

Le questionnaire est principalement composé de QCM et questions fermées, seules les deux dernières questions sont des questions ouvertes, permettant ainsi aux patients de s'exprimer librement.

c) Enregistrement des données

Les données ont été enregistrées sous le logiciel Epi Info puis transférées sur le logiciel Excel.

Les réponses correspondent soit à un mot ou une expression proposé dans l'intitulé (par exemple pour les questions 1 et 2), soit à un nombre (question 5, question ouverte, où l'on demande une durée de prise en charge).

Parfois, dans une même question, il était possible de répondre plusieurs items à la fois (exemple de la question 9c où on demande à quel type de soutien les patients ont eu recours).

De même, pour faciliter l'analyse des données, la réponse « NON » a été cotée 0 et la réponse « OUI » a été cotée 1.

Les abstentions sont représentées par des cellules vides dans le tableau Excel.

d) *Analyse des résultats*

Cette enquête est une étude prospective et descriptive.

2. Les résultats

a) *Participation globale des patients*

300 questionnaires ont été édités et remis au centre d'infertilité du CHU de Nantes afin d'être distribués aux patients. 280 ont réellement été distribués.

Sur ces 280 questionnaires, on recense :

- 127 questionnaires retournés, remplis par les patients.
- « une perte » de 133 questionnaires qui n'ont jamais été renvoyés.
- 14 questionnaires remplis par 7 couples où il n'y avait pas de distinction de réponses entre la femme et l'homme.
- 6 questionnaires (2 remplis par des femmes et 4 remplis par des hommes) dont les réponses contenaient des aberrations.

Les questionnaires remplis incomplètement ont tout de même été inclus dans le recueil des données.

Le taux de participation est donc de 45, 4%.

A l'exception d'un couple où seule la femme a répondu, les 2 membres du couple ont participé à l'étude.

L'ensemble des résultats est présenté en annexe 2.

b) La population

➤ Répartition par sexe

La population étudiée est représentée par 50,4% de femmes et 49,6% d'hommes.

➤ Répartition en fonction de l'âge

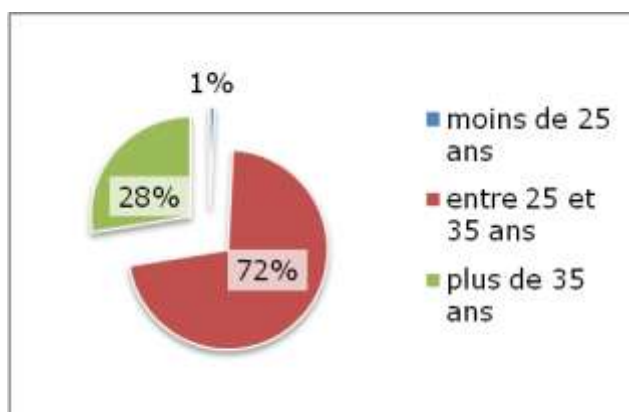


Figure 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge

On observe la distribution suivante :

- 72% de la population a entre 25 et 35 ans,
- 28% a plus de 35 ans.
- 1% a moins de 25 ans (il s'agit d'une femme).

➤ Répartition en fonction de la catégorie socio-professionnelle

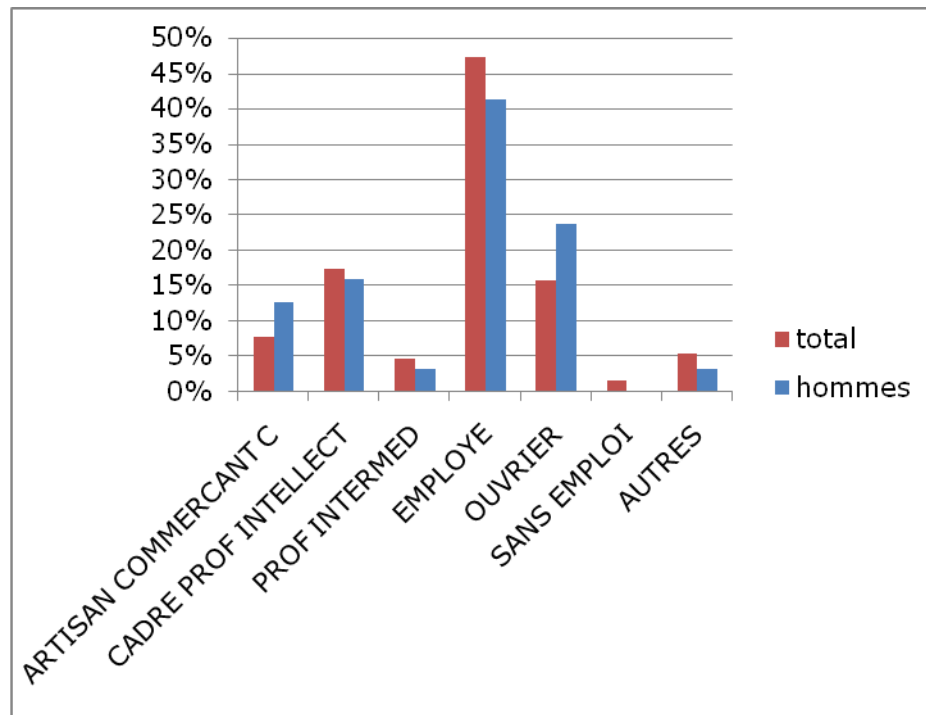


Figure 2 : Répartition de la population en fonction de la CSP

Dans la population étudiée, la catégorie des employés représente 47% de la population. Vient ensuite celle des ouvriers (16%) et des cadres et professions intellectuelles supérieures (17%). Les artisans sont peu nombreux (8%), de même que les professions intermédiaires (5%) et les personnes sans emploi (2%).

On note qu'aucun homme n'est sans emploi et que, aussi bien chez l'homme que chez la femme, il n'y a pas d'agriculteur dans l'échantillon étudié.

➤ La durée d'infertilité

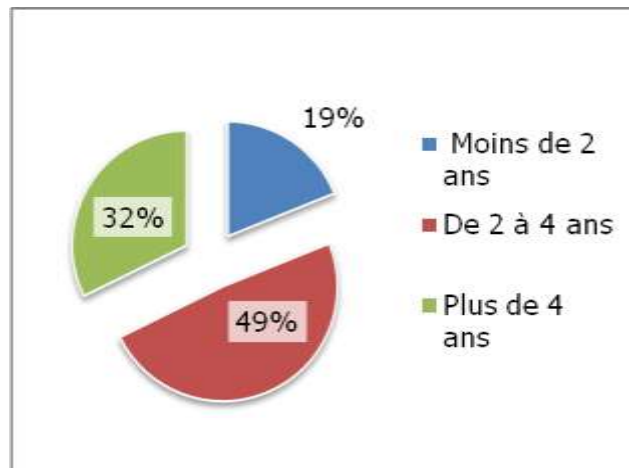


Figure 3 : Durée d'infertilité

On remarque que dans notre étude, 49% de la population essaie d'avoir un enfant depuis plus de 2 ans, 32% depuis plus de 4 ans et 19% depuis moins de 2 ans.

➤ Le type d'infertilité

47% des femmes interrogées n'ont jamais eu de grossesse ; elles souffrent donc d'infertilité primaire.

11% de la population féminine ont déjà eu une grossesse spontanée; il s'agit là d'une infertilité secondaire.

Enfin, 35% des patientes ont obtenu une grossesse mais avec l'aide de traitement. Dans cet échantillon :

- 64% d'entre elles ont bénéficié d'une FIV conventionnelle ou d'une FIV ICSI,
- 27% ont eu une stimulation ovarienne,
- 9% ont été traitées par IAC,
- Et 27% ont eu recours à un donneur.

En moyenne, les femmes ont fait 3,5 tentatives pour avoir leur enfant ; à noter qu'on trouve des disparités importantes avec 5 femmes qui n'ont fait qu'une tentative et 3 qui en ont fait 7.

On remarque de plus que 41% ont eu un accident (GEU ou FCS) avec une moyenne de 2 évènements par femme.

➤ La durée de prise en charge en AMP

En moyenne, les couples sont pris en charge par le centre d'AMP depuis 28 mois.

➤ Le médecin généraliste

Toutes les personnes participant à l'étude, hormis un homme, déclarent avoir un médecin généraliste.

➤ La consultation spécialisée

La majorité des patients (51% d'entre eux) ont été adressés par le gynécologue. On observe ensuite que, par ordre décroissant :

- 20% des patients dont 22% d'hommes ont répondu « moi-même »
- 18% de l'échantillon ont répondu « le médecin généraliste »
- 6% ont répondu « sur les conseils d'un ami, de la famille »
- 2% des personnes interrogées ne se sont pas prononcées. Il faut noter que ces 2% de l'échantillon ne sont composés que d'hommes.

➤ Le traitement actuel

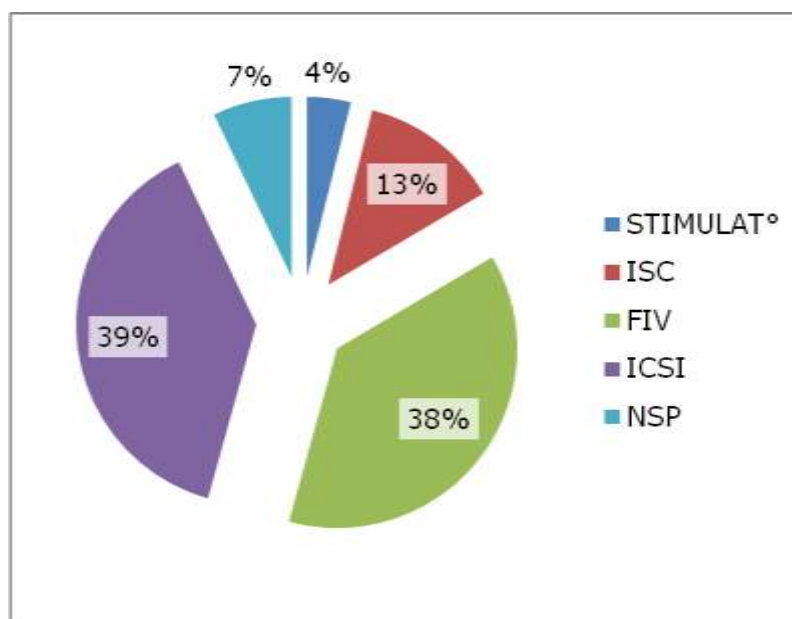


Figure 4 : Traitements actuellement suivis par les patients

Actuellement, la grande majorité des patients (77%) sont traités par FIV classique ou ICSI. On retrouve ensuite 13% de patients traités par insémination et seulement 4% par induction de l'ovulation seule.

Les réponses sont cependant relativement homogènes entre les femmes et les hommes même si encore une fois, le taux de non réponse est plus important chez les hommes (13%) que chez les femmes (2%).

On observe que plus de 50% des couples ont effectué entre 1 et 3 tentatives. On observe une décroissance linéaire en fonction du nombre de tentatives ; plus le nombre de tentatives est important moins le pourcentage est élevé.

Les couples ont déjà effectué en moyenne 2,7 tentatives.

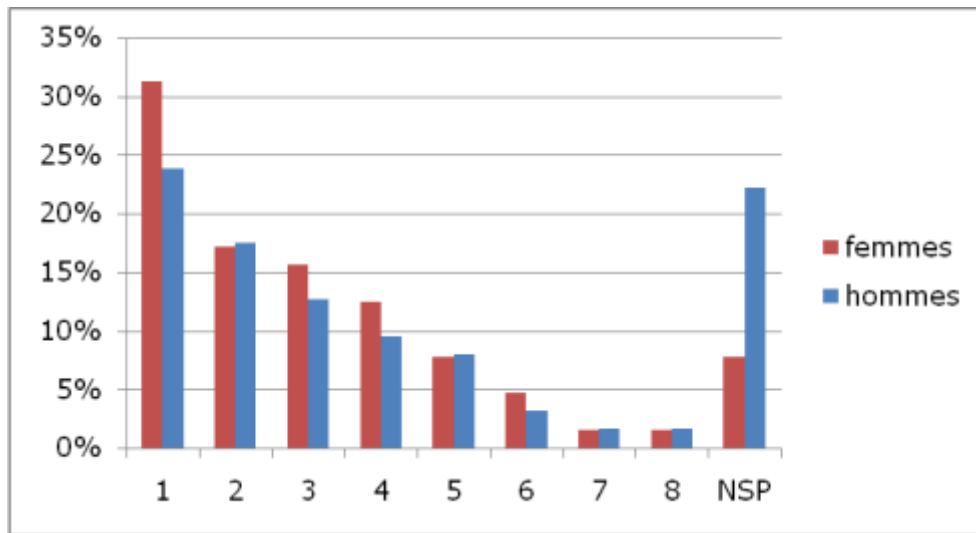


Figure 4 : Nombre de tentatives

On remarque de manière générale que les réponses hommes/femmes sont homogènes.

c) *Recours à un suivi psychologique et modalités de ce suivi*

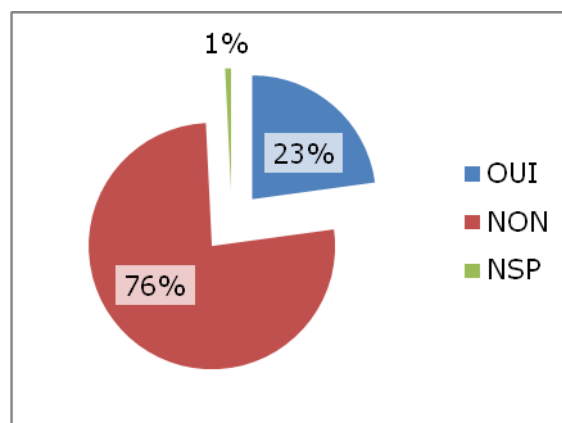


Figure 5: Antécédent de suivi psychologique

En ce qui concerne le suivi psychologique, 23% des patients déclarent avoir déjà bénéficié d'un suivi psychologique.

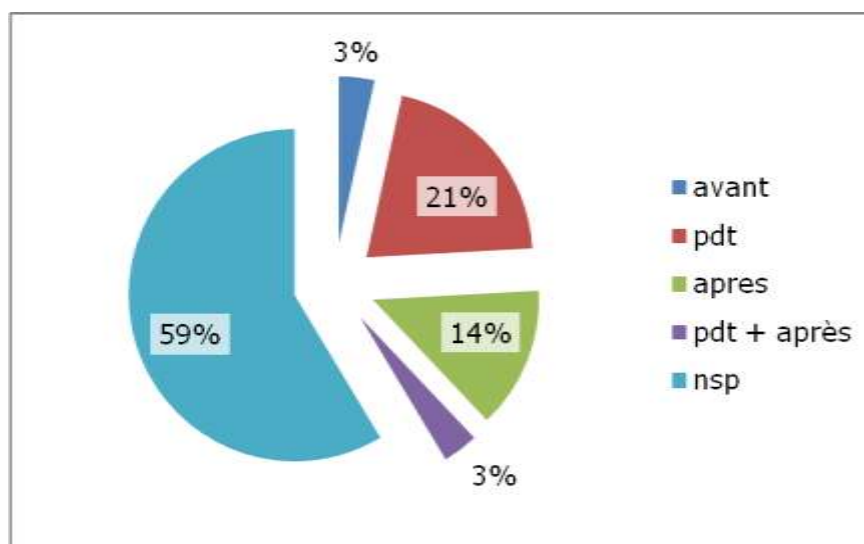


Figure 6: Moment de la prise en charge psychologique

Parmi les personnes ayant bénéficié d'un suivi psychologique :

- 59% n'ont pas précisé le moment où ils ont eu besoin de ce soutien
- 21% disent avoir bénéficié de suivi pendant la prise en charge
- 14% déclarent avoir eu un suivi après la prise en charge
- 3% ont eu un suivi avant la prise en charge
- 3% ont eu un suivi pendant et après la prise en charge.

Il faut noter qu'une seule femme dit avoir bénéficié d'un soutien avant la prise en charge.

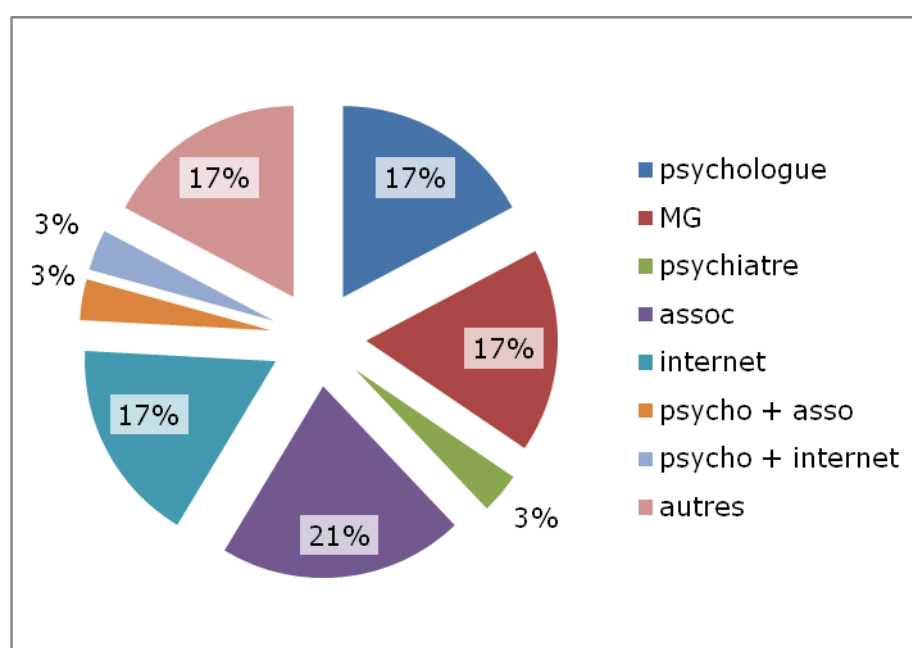


Figure 7: Type de soutien psychologique

Presque tous les patients (sauf un homme et une femme) disent avoir recours à un seul type de soutien psychologique. Le soutien le plus utilisé est celui de l'association pour 21% des patients. Certains patients expliquent que l'association AMPHORE (16) est pour eux « un lieu d'écoute » et d'échange car ils peuvent rencontrer « des gens comme eux » et ainsi « partager ce difficile parcours ».

Les patients choisissent à 17%, comme soutien psychologique, aussi bien un psychologue, leur MG qu'internet ou d'autres méthodes. La catégorie « autre » regroupe des types de soutien aussi variés les uns que les autres tels que « la religion », « la famille », « les amis », « la sophrologie », les médecines douces (« acupuncture, ostéopathie, naturopathie »).

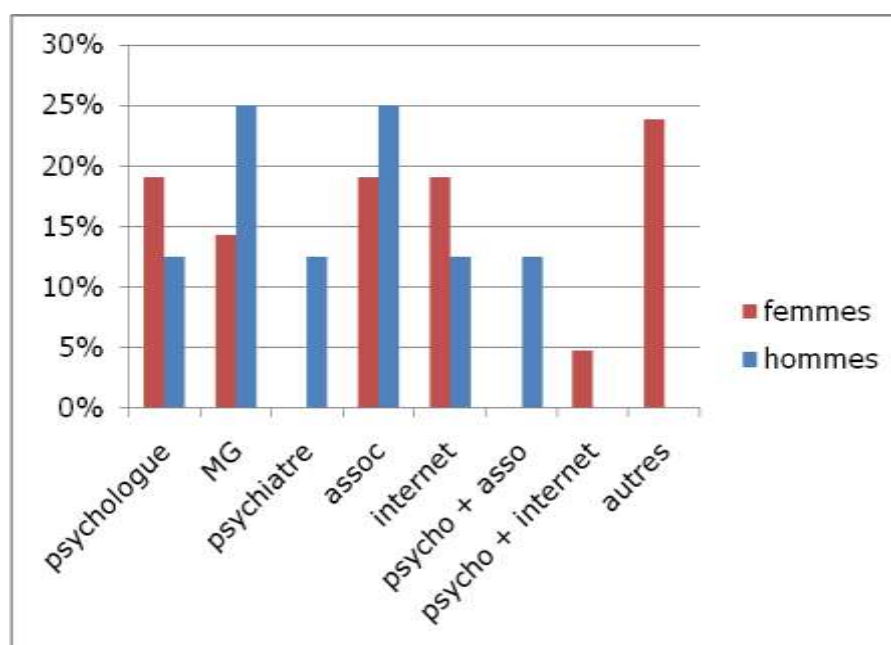


Figure 8 : Type de soutien selon le sexe

On note par contre une différence selon le sexe. Les femmes sont plus nombreuses à utiliser les méthodes « autres » (24%) ; viennent ensuite à égalité le psychologue, l'association AMPHORE et internet (19%), puis le MG (14%). Aucune d'entre elles n'a eu recours à un psychiatre. Les hommes sont plus enclins à se rendre à l'association AMPHORE ou à consulter leur MG (25% chacun). Il semble qu'ils n'aient pas recours aux médecines douces.

Dans la population générale, le psychiatre n'est consulté que de manière très marginale (un homme sur 29 personnes).

Il est important de noter que là encore, et surtout chez les hommes, l'échantillon est faible.

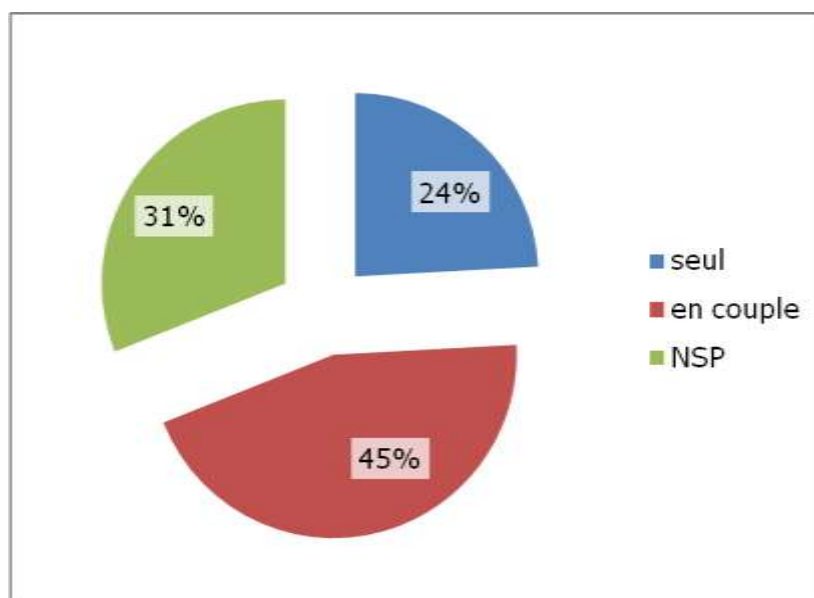


Figure 9 : Modalités de la démarche de suivi psychologique

Les patients ont plus recours à un soutien en couple (45% des personnes ayant un suivi psychologique) qu'individuel (24%).

Deux patientes déclarent avoir consulté de leur propre initiative, 1 patiente dit avoir été adressée par son MG et une autre dit avoir été adressée par le centre d'AMP.

d) Information sur la possibilité d'un suivi psychologique

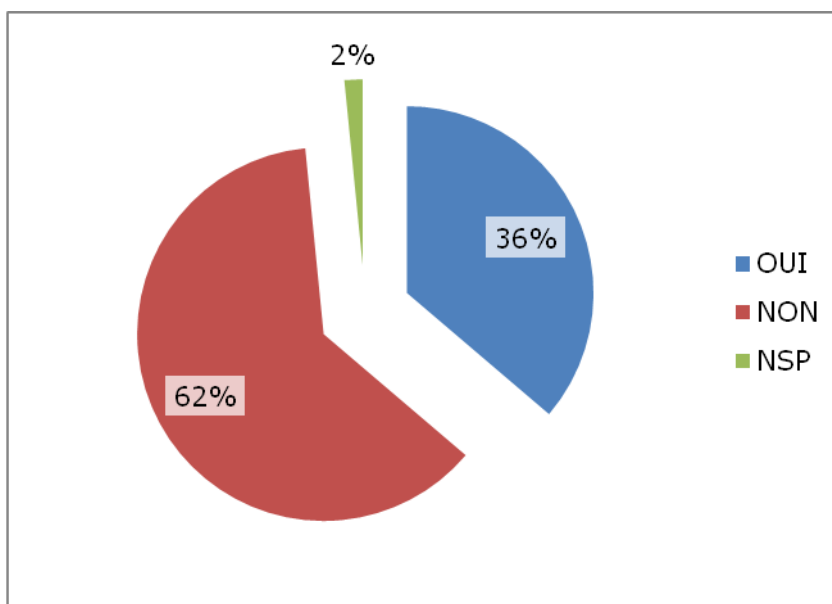


Figure 10 : Information sur le suivi psychologique

On remarque que 62% des patients interrogés ne sont pas au courant de la possibilité d'un suivi psychologique.

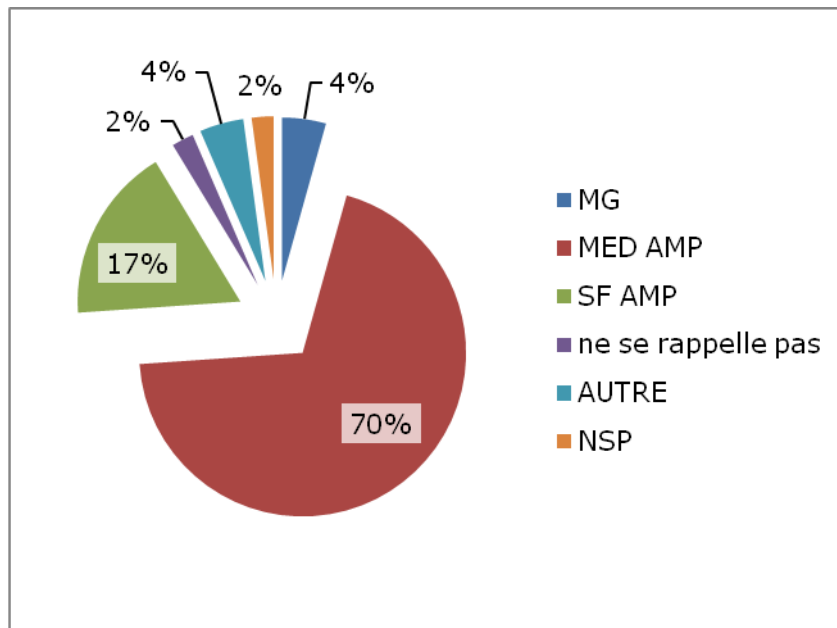


Figure 11 : Qui informe les patients ?

On remarque que c'est le médecin d'AMP qui, selon 70% des patients, délivre l'information sur le suivi psychologique. On note cependant le rôle important de l'entretien avec la sage-femme ; en effet, pour 17% des patients interrogés, c'est elle qui délivre l'information.

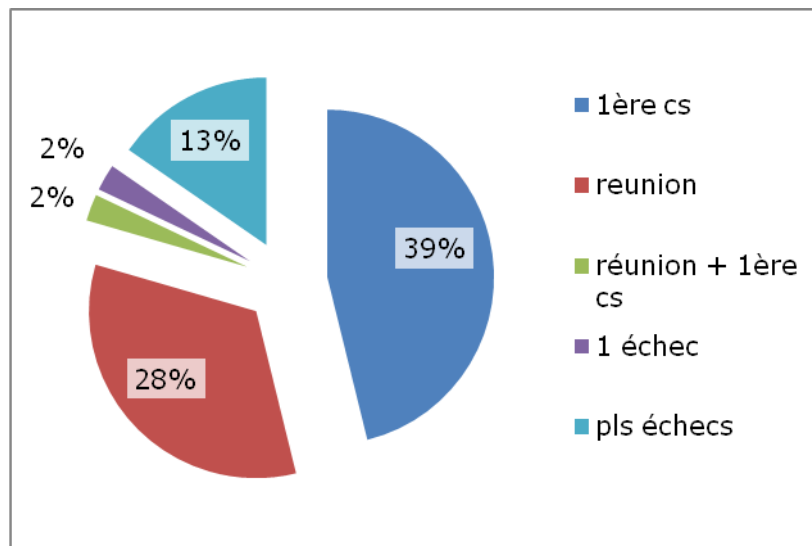


Figure 12: Quand l'information est-elle délivrée ?

On note l'importance de la 1^{ère} consultation en matière d'information sur le suivi psychologique car c'est l'item qui a été le plus cité par les patients (39% d'entre eux). Vient ensuite la réunion qui pour 28% des patients pendant laquelle la souffrance psychologique est évoquée ainsi que les moyens pour l'apaiser.

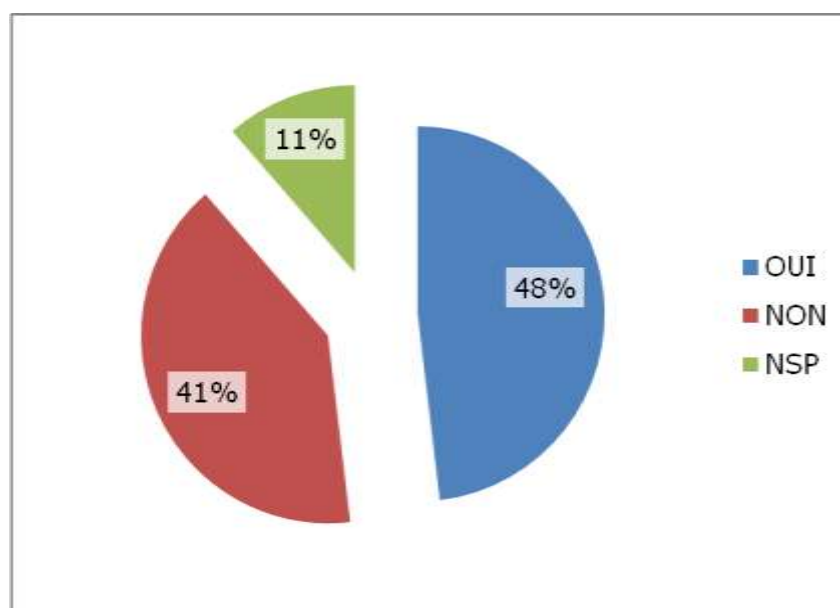


Figure 13 : Désir d'information

48% des personnes interrogées auraient souhaité avoir l'information sur le suivi psychologique.

e) Evaluation de la prise en charge psychologique dans le service

➤ Les chiffres

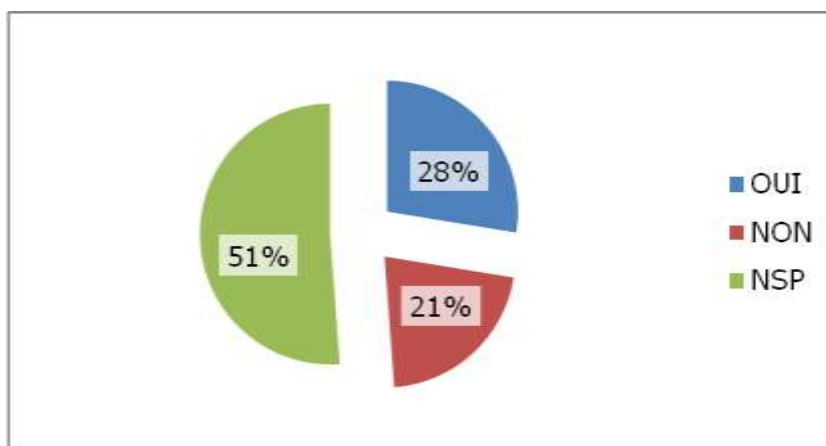


Figure 14 : Satisfaction de la prise en charge

La plupart des gens ne se prononcent pas (51%) et 28% des patients semblent satisfaits de la prise en charge psychologique au centre d'AMP du CHU de Nantes.

f) Intérêt d'un psychologue dans le service

➤ Les chiffres

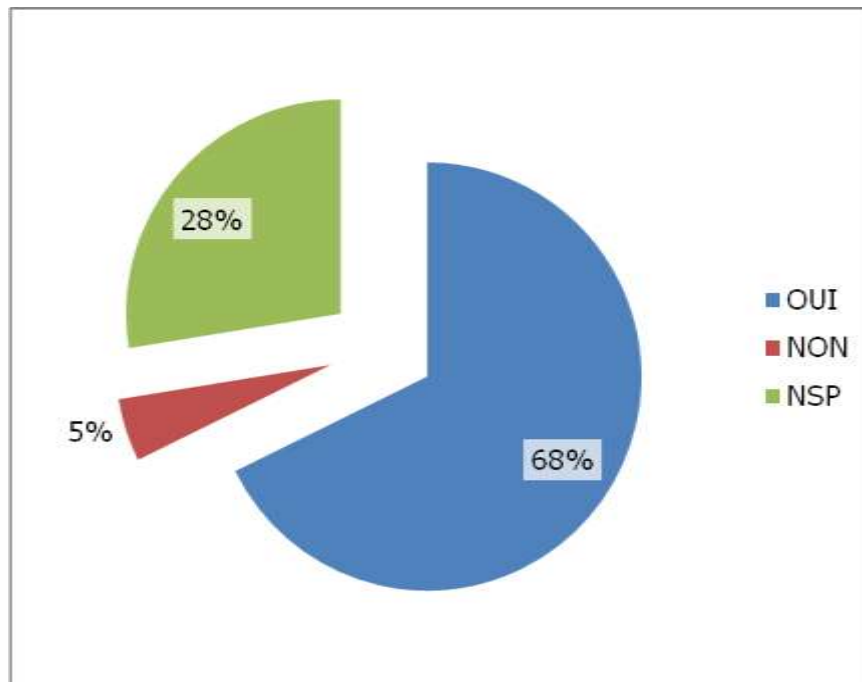


Figure 15 : Intérêt d'un psychologue dans le service

Une grande majorité des personnes consultées (68%) semble favorable à la présence d'un psychologue dans le service d'AMP.

On note que les femmes sont beaucoup plus favorables que les hommes à la présence d'un psychologue dans le service.

Comme assez souvent dans cette étude, les hommes sont plus réticents à se prononcer.

C. ETUDE RESENTI ET POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE

1. Matériels et méthodes

a) Population

Cette étude a été réalisée auprès de médecins spécialistes (gynécologues, endocrinologues, médecins de la reproduction, biologiste de la reproduction) et des médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique.

Pour des raisons pratiques, nous avons contacté 50 médecins spécialistes qui sont des correspondants, ou travaillant au sein même du centre d'AMP du CHU de Nantes. Les spécialistes sont aussi bien des médecins libéraux que des médecins hospitaliers. Comme nous ne disposions pas de listing pour les médecins généralistes, nous avons dû les tirer au sort à l'aide d'une fonction appropriée du logiciel Microsoft Excel et de la liste des médecins généralistes libéraux fournie par l'URML. Les médecins généralistes interrogés sont tous des médecins libéraux installés.

b) Recueil des données

(a) Organisation du recueil

L'étude était basée sur un questionnaire anonyme destiné aux médecins spécialistes concernés par l'infertilité et aux médecins généralistes. Le questionnaire étaient le même pour tous. Les questionnaires ont été envoyés par La Poste et l'étude s'est déroulée de juillet à septembre 2009.

Chaque médecin recevait une enveloppe comprenant une lettre d'information expliquant l'objet de l'étude et un questionnaire. Une enveloppe timbrée était fournie pour le retour du questionnaire.

(b) Questionnaire

Le questionnaire est présenté en annexe 2.

Les questions 1 à 4 concernent les données épidémiologiques des médecins concernant la spécialité exercée, le sexe, l'âge et la durée d'exercice.

Les questions 5 et 6 portent sur la population suivie par les médecins.

Les questions 7 à 9 évaluent l'accompagnement psychologique réalisé par les professionnels de santé.

Les questions 10 et 11 s'intéressent au positionnement des professionnels de santé quant à la prise en charge actuelle du service d'AMP du CHU de Nantes et quant à la présence d'un psychologue au sein de l'équipe.

Le questionnaire est principalement composé de QCM et de questions fermées, seules les questions 10 et 11 sont des questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer.

c) Enregistrement des données

Les données ont été enregistrées sur Epi Info puis transférées sur le logiciel Excel.

En ce qui concerne les questions fermées, on a attribué le chiffre 1 à « OUI » et 0 à « NON ».

Les réponses correspondent soit à un mot ou une expression proposée dans l'intitulé soit à une réponse libre.

En l'absence de réponse, la cellule est laissée vide.

d) Analyse des résultats

Cette étude est une étude prospective et descriptive.

2. Résultats

a) Participation globale des professionnels de santé

100 questionnaires ont été édités et envoyés aux différents professionnels de santé de Loire-Atlantique. 50 questionnaires ont été envoyés aux spécialistes de l'infertilité (gynécologues, médecins de la reproduction, endocrinologues) et 50 autres aux médecins généralistes.

Sur les 100 questionnaires envoyés, 43 ont été retournés au centre d'AMP de Nantes dont 14 provenant de médecins généralistes et 29 de spécialistes.

Le taux de participation global (spécialistes de l'infertilité et médecins généralistes) est donc de 43%.

Le taux de participation des médecins spécialistes est de 58%.

Le taux de participation des médecins généralistes est de 28%.

b) La population

➤ Répartition selon la spécialité exercée

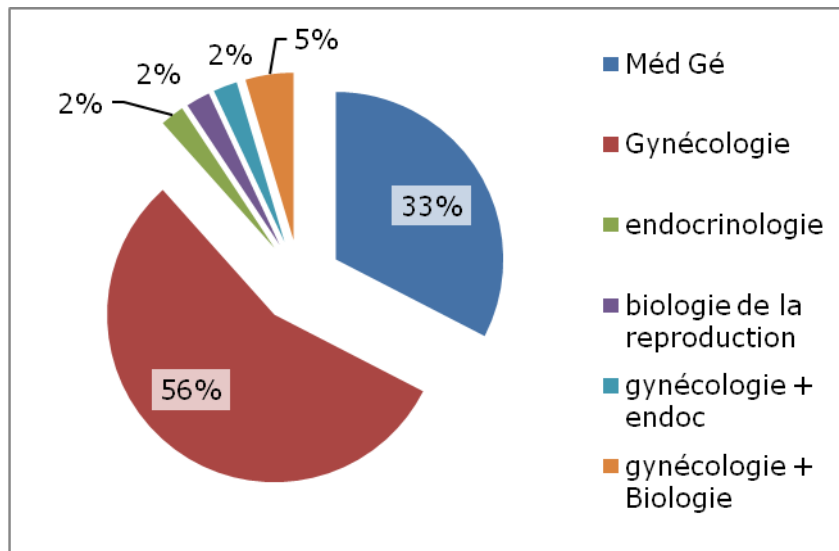


Figure 16 : Spécialité exercée

On observe que 67% des médecins sont des spécialistes de l'infertilité et 33% des médecins généralistes.

La répartition des spécialistes s'effectuent de la manière suivante :

- 56% sont gynécologues,
- 5% exercent à la fois la gynécologie et la biologie de la reproduction,
- 2% sont endocrinologues
- 2% exercent la gynécologie et l'endocrinologie
- 2% sont biologistes de la reproduction.

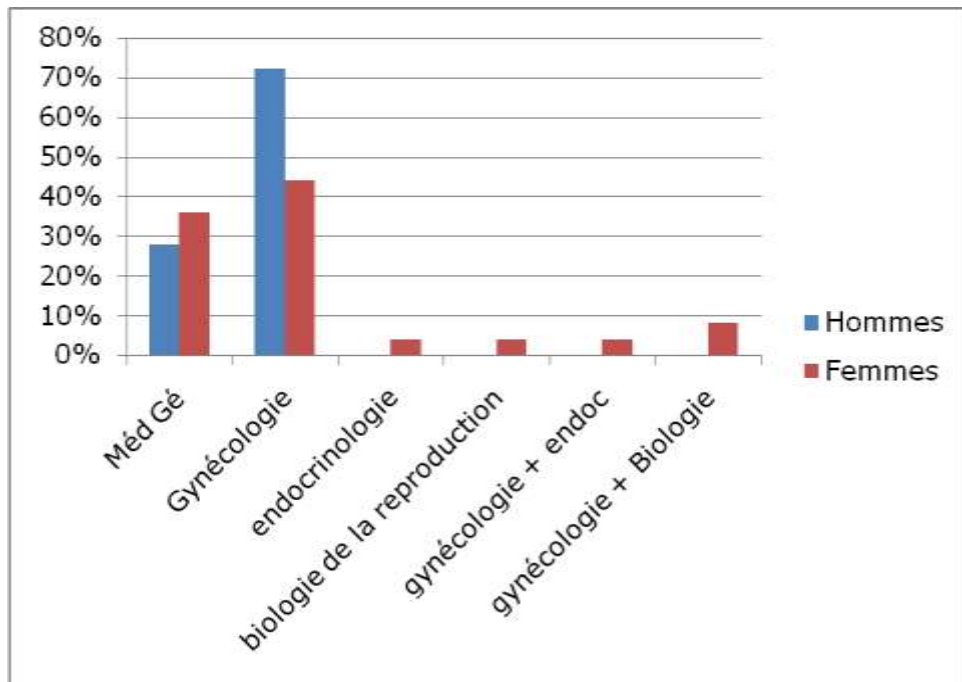


Figure 17 : Répartition des spécialités selon le sexe

En médecine générale, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes. Par contre, les spécialistes de l'infertilité sont aussi bien représentés par les hommes que par les femmes. On remarque par ailleurs que les spécialités autres que la gynécologie (endocrinologie, biologie de la reproduction) sont exercées exclusivement par les femmes.

➤ Répartition selon le sexe

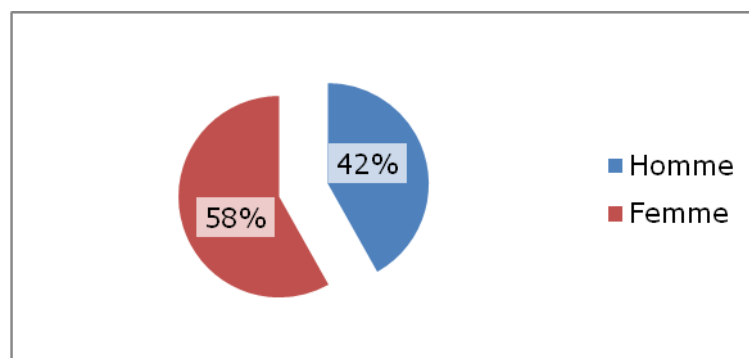


Figure 18 : Répartition de la population selon le sexe

Le taux de participation des femmes est de 58% contre 42% pour les hommes.

➤ Répartition selon l'âge

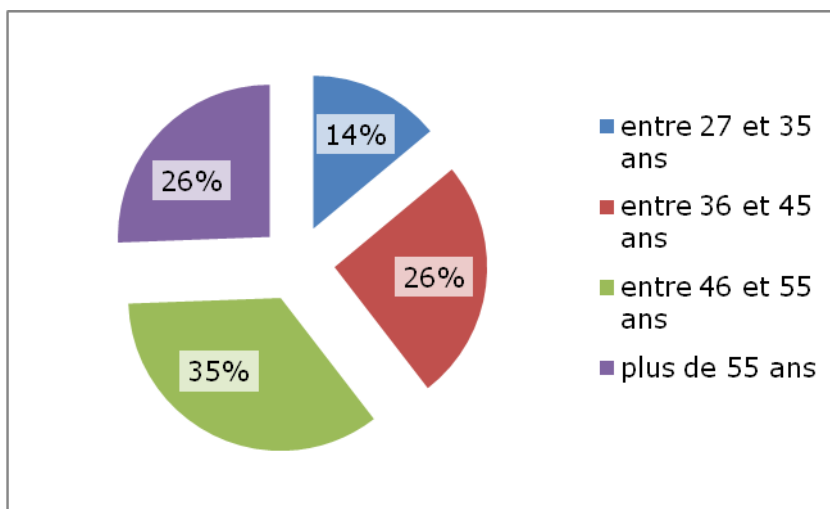


Figure 19: Age des professionnels de santé

Les médecins âgés de plus de 46 ans sont les plus nombreux (61%), viennent ensuite les médecins ayant un âge compris entre 36 et 45 ans. Les jeunes médecins sont peu nombreux ; ils représentent en effet 14% de la population étudiée.

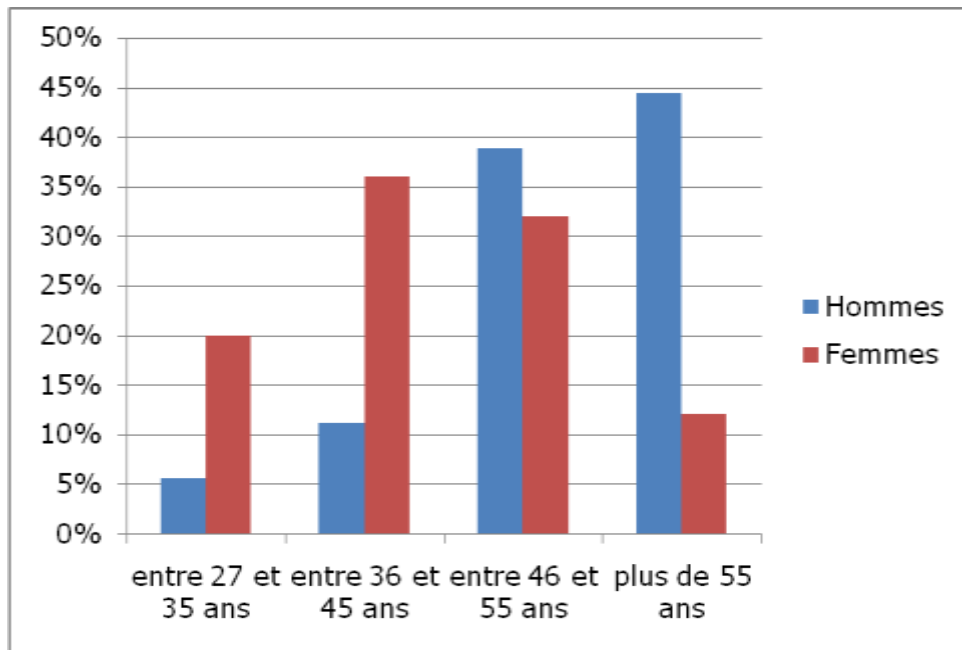


Figure 20 : Répartition des professionnels de santé en fonction de l'âge et du sexe

On remarque que 86% des médecins hommes ont plus de 46 ans. Les femmes sont plus jeunes : 56% d'entre elles ont moins de 46 ans.

➤ La durée d'exercice

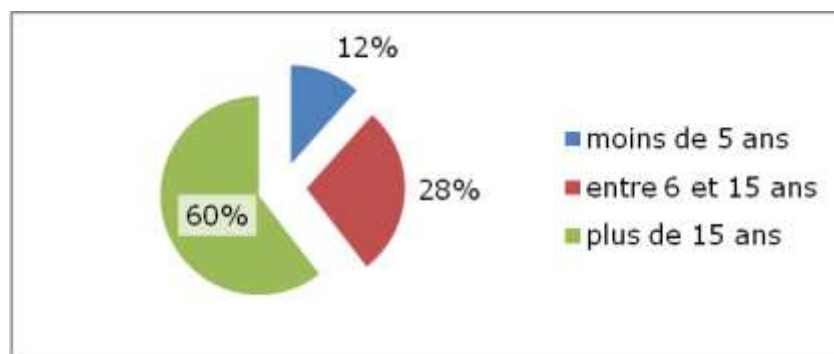


Figure 21 : Durée d'exercice des médecins

En ce qui concerne la durée d'exercice des différents médecins :

- 60% d'entre eux exercent depuis plus de 15 ans
- 28% d'entre eux ont une durée d'exercice qui varie entre 6 et 15 ans
- 12% d'entre eux exercent depuis moins de 5 ans.

➤ Le type de patients suivis

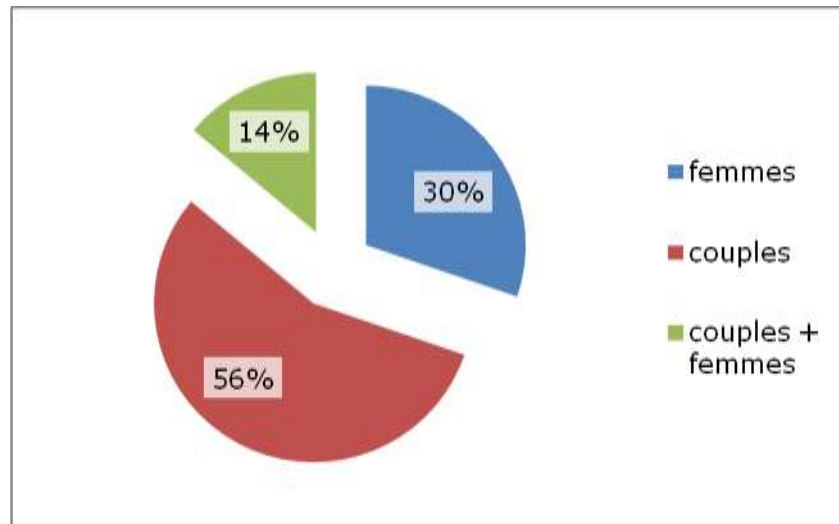


Figure 22 : Type de patients suivis

Dans le cadre de l'infertilité, les médecins suivent plutôt des couples (56% des gens interrogés) et ne suivent jamais d'hommes seuls.

➤ La part de la consultation d'infertilité dans l'exercice des différents professionnels de santé

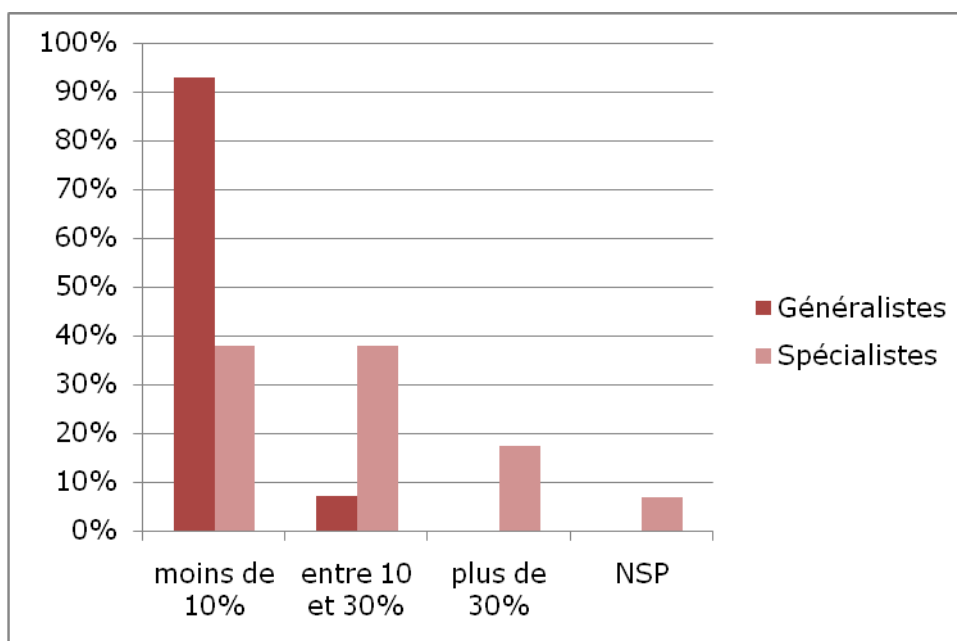


Figure 23 : Part de la consultation d'infertilité en fonction de la spécialité

Selon la spécialité exercée, on constate des disparités importantes en ce qui concerne la part que l'infertilité représente dans l'exercice des médecins. En effet, pour 93% des médecins généralistes, l'infertilité représente moins de 10% de leur activité globale. On remarque par ailleurs une différence au sein même des spécialistes. 38% des spécialistes recensent moins de 10% de consultations pour infertilité, 38% notent entre 10 et 30% de consultations et 17% d'entre eux voient plus de 30% de couples infertiles.

c) L'information du couple infertile

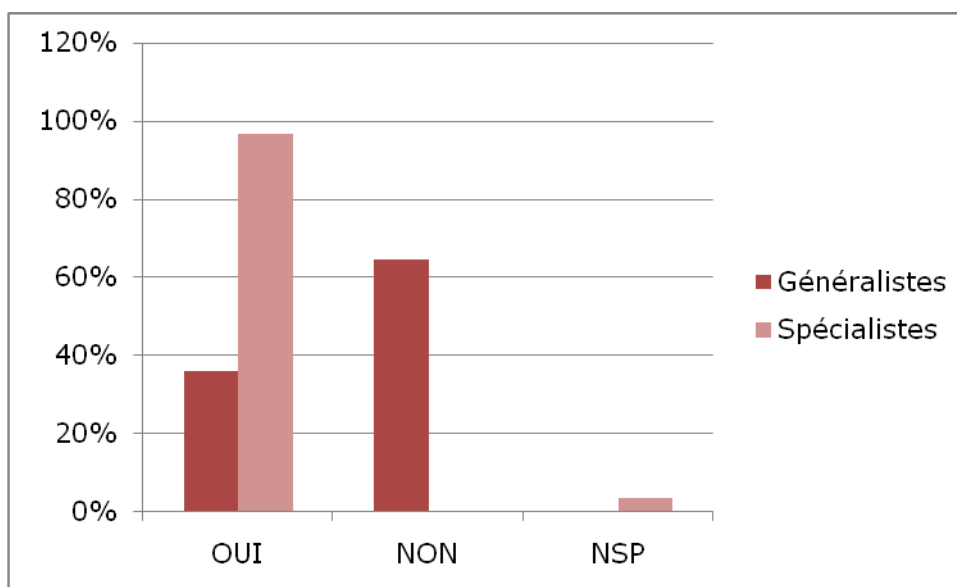


Figure 24 : Information de la prise en charge en AMP selon la spécialité

Devant la difficulté et la longueur des traitements, il semble important d'informer les couples sur le déroulement de la prise en charge. Ainsi 97% des spécialistes déclarent informer leurs patients contre seulement 36% des médecins généralistes.

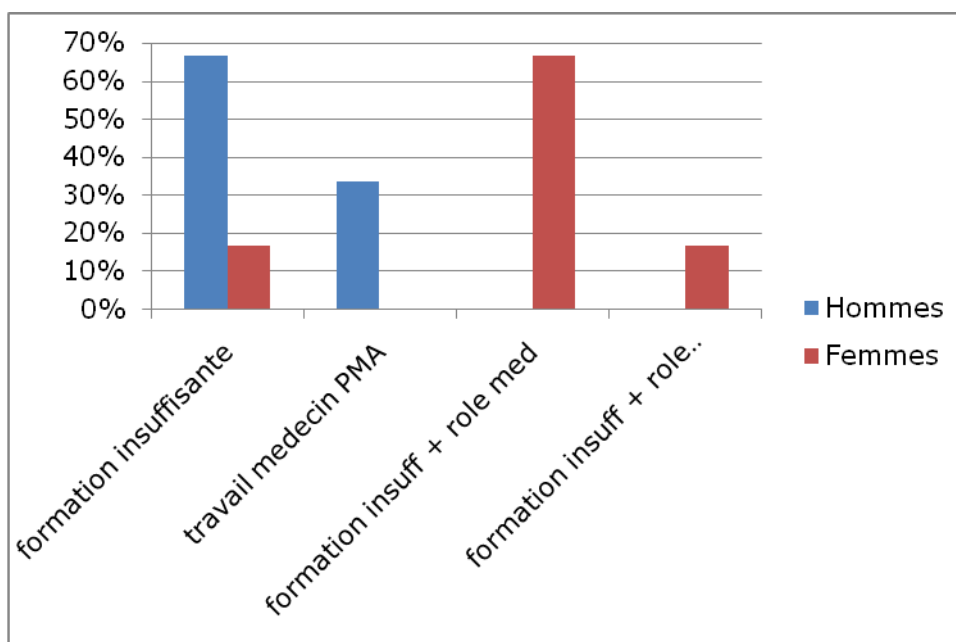


Figure 25: Causes de la non-information des patients

Les médecins généralistes semblent les seuls à ne pas informer leurs patients sur la prise en charge en AMP. Les praticiens masculins évoquent une formation insuffisante à leurs yeux (67%) et 33% pensent que ce rôle revient au médecin du centre d'AMP.

Pour les plupart des femmes (84%), les causes sont multifactorielles. 67% d'entre elles pensent que la formation est insuffisante et qu'il incombe au médecin d'AMP d'expliquer la prise en charge. Les 17% restants estiment, en plus de ce qui a été évoqué précédemment, manquer de temps.

➤ L'information du couple infertile sur le suivi psychologique

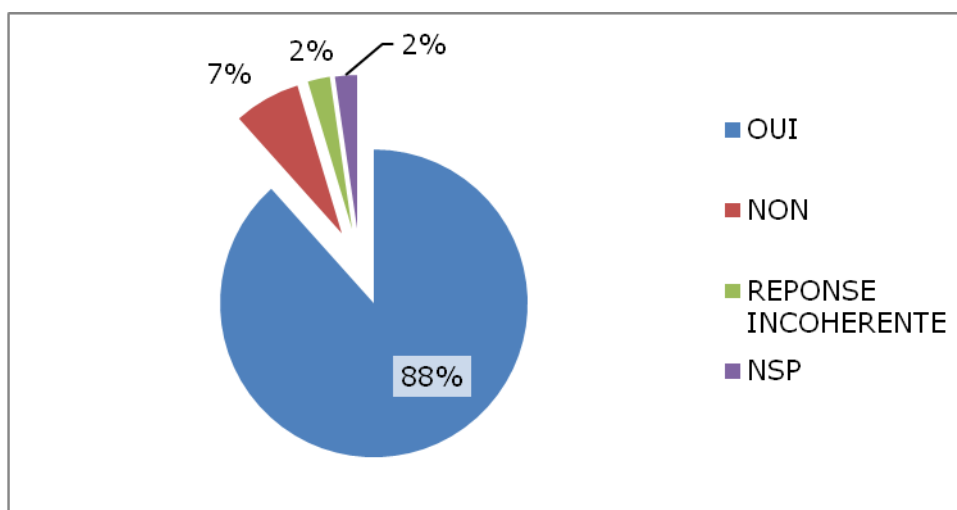


Figure 26 : Information sur le suivi psychologique

88% des médecins (93% des MG et 86% des spécialistes) informent les couples infertiles de la possibilité d'un suivi psychologique.

Seulement 3 médecins sur les 43 ayant répondu au questionnaire disent ne pas donner cette information. Un médecin généraliste homme a expliqué qu'il ne se sentait pas à l'aise dans ce domaine et un médecin spécialiste homme a déclaré qu'il manquait de temps. La seule femme du groupe ne s'est pas prononcée.

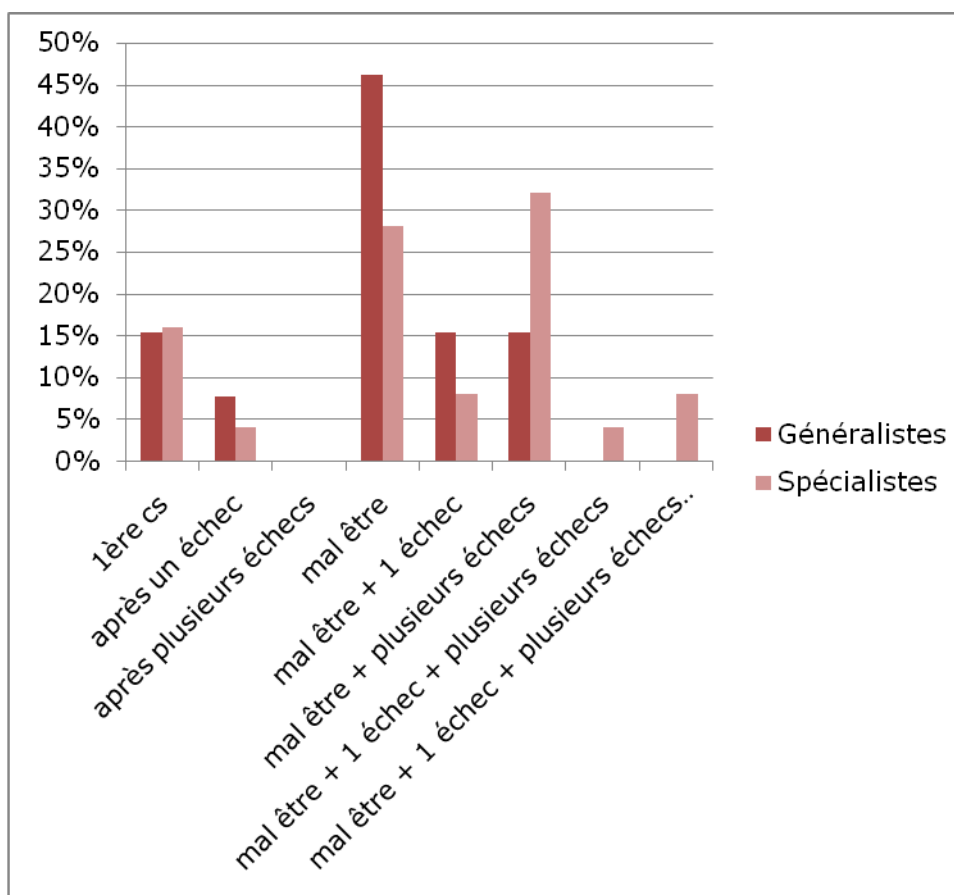


Figure 27 : Quand l'information est-elle délivrée ?

L'information concernant le suivi psychologique peut être donnée à différentes occasions.

16% des spécialistes et des spécialistes informent les couples lors de la 1^{ère} consultation.

Généralistes et spécialistes n'ont à priori pas la même approche en ce qui concerne le moment approprié pour présenter le suivi psychologique aux patients. 46% des médecins généralistes en parlent quand ils perçoivent un mal-être dans le couple ou chez l'un des partenaires. 32% des médecins spécialistes évoquent quant à eux le suivi en cas d'échecs thérapeutiques répétés et seulement dans 28% des cas lorsqu'ils perçoivent un mal être.

d) La prise en charge du couple infertile par le professionnel de santé

Nous avons vu précédemment que la plupart des médecins informent leurs patients de la possibilité d'un suivi psychologique s'ils ressentent chez eux un besoin. Mais que font-ils lorsqu'ils détectent un mal-être ?

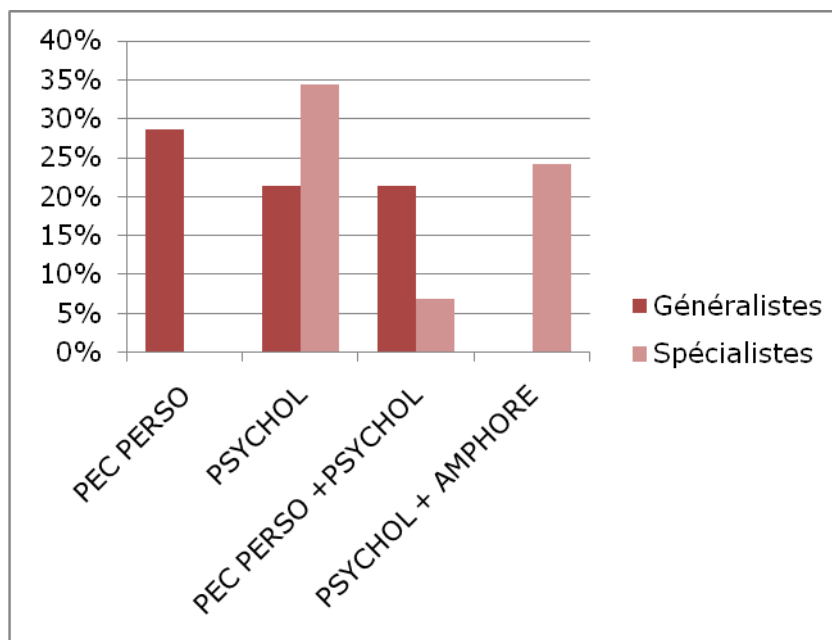


Figure 27 : Démarche thérapeutique en fonction de la spécialité

Les médecins généralistes auront tendance à prendre en charge personnellement leurs patients, quitte à y associer un psychologue, tandis que les spécialistes laisseront cette tâche à un psychologue, parfois en collaboration avec l'association AMPHORE.

Aucun médecin généraliste n'a évoqué AMPHORE.

e) La prise en charge du couple infertile par le centre d'AMP du CHU de Nantes

➤ Les chiffres

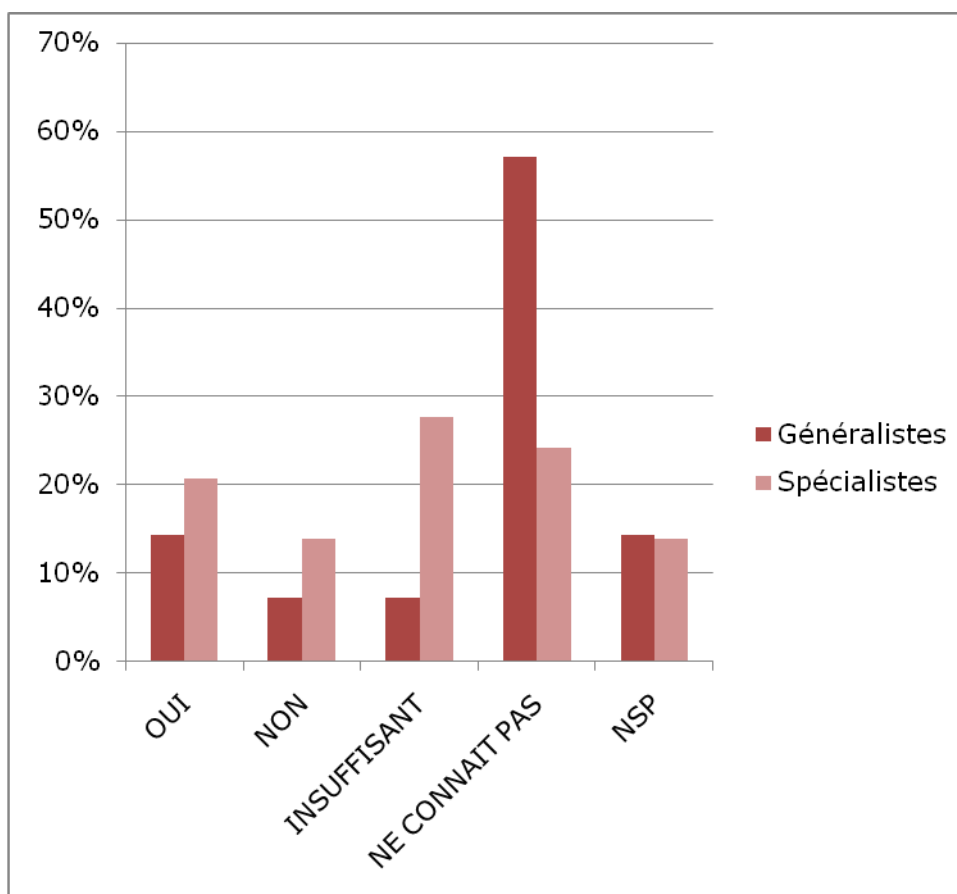


Figure 28 : Satisfaction de la prise en charge selon la spécialité

Les médecins qu'ils soient médecins généralistes ou médecins spécialistes ne semblent pas très satisfaits de la prise en charge psychologique actuelle ; seulement 22% émettent un avis positif.

De plus, on note une grande proportion de médecins spécialistes (28% contre 7% de médecins généralistes), qui pensent que l'accompagnement psychologique est insuffisant.

Ce qui est remarquable chez les médecins généralistes, c'est leur méconnaissance du service et de la prise en charge de l'infertilité ; 29% des médecins généralistes répondent « ne connaît pas » contre seulement 3% des spécialistes.

Le taux de non réponse est similaire chez les généralistes et les spécialistes (14%).

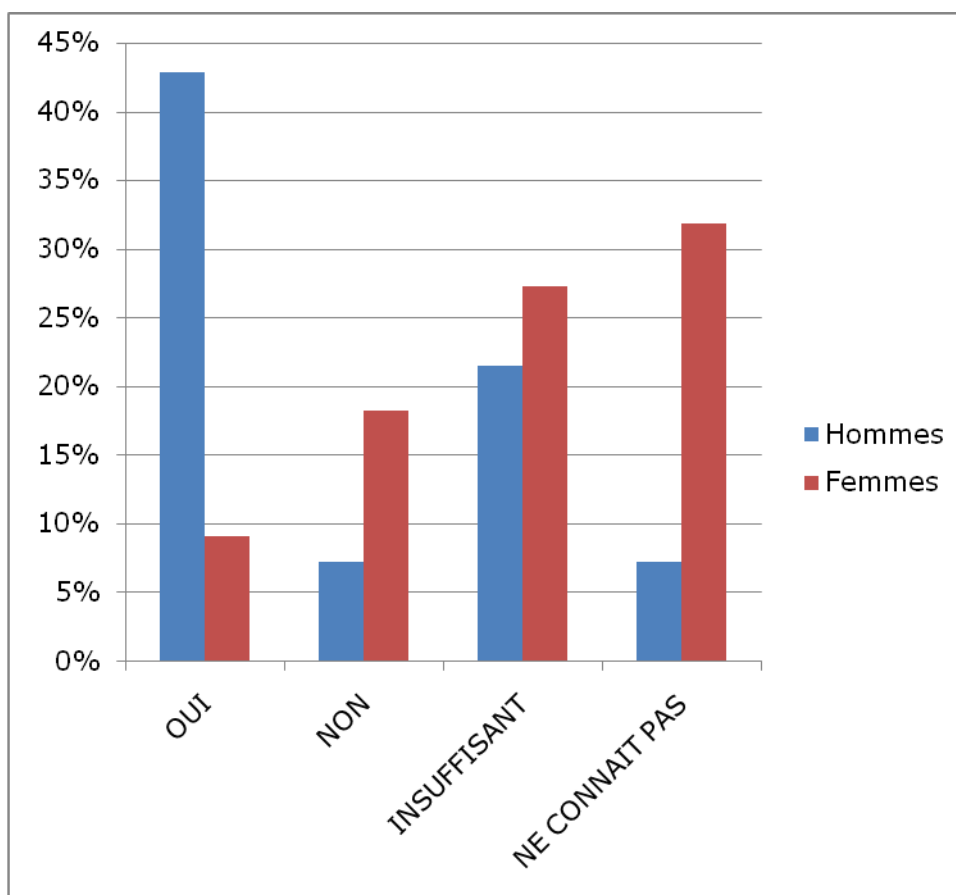


Figure 29 : Satisfaction de la prise en charge selon le sexe

Globalement, les femmes sont beaucoup moins satisfaites de la prise en charge que les hommes ; seulement 9% des femmes semblent satisfaites contre 43% des hommes.

f) La présence d'un psychologue au sein du service d'AMP du CHU de Nantes

➤ Les chiffres

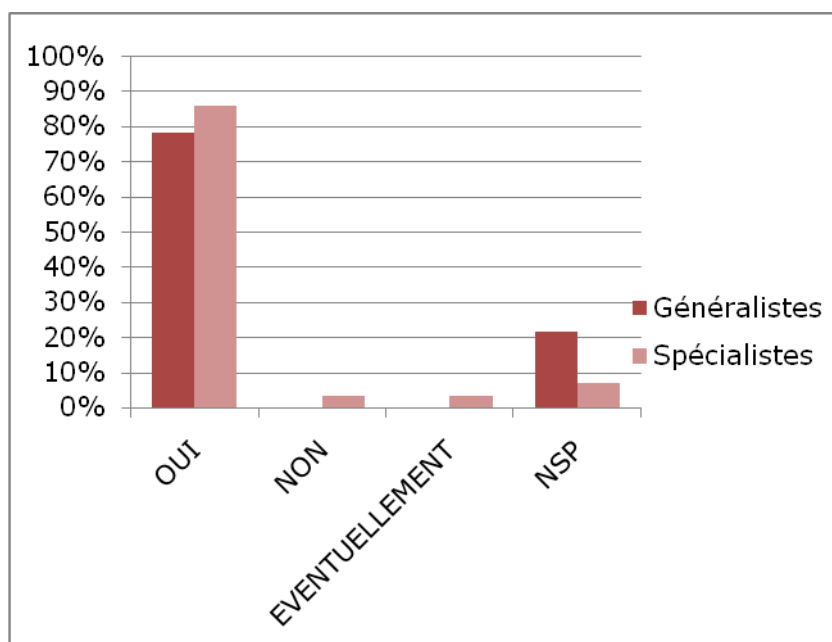


Figure 30: Positionnement des professionnels de santé
sur la présence d'un psychologue

Les médecins généralistes (79%), et, encore plus les spécialistes de l'infertilité (86%), sont favorables à la présence d'un psychologue au sein du service d'AMP.

Les spécialistes sont plus enclins à donner leur avis sur cette question : seulement 7% ne se prononcent pas contre 21% de leurs confrères généralistes.

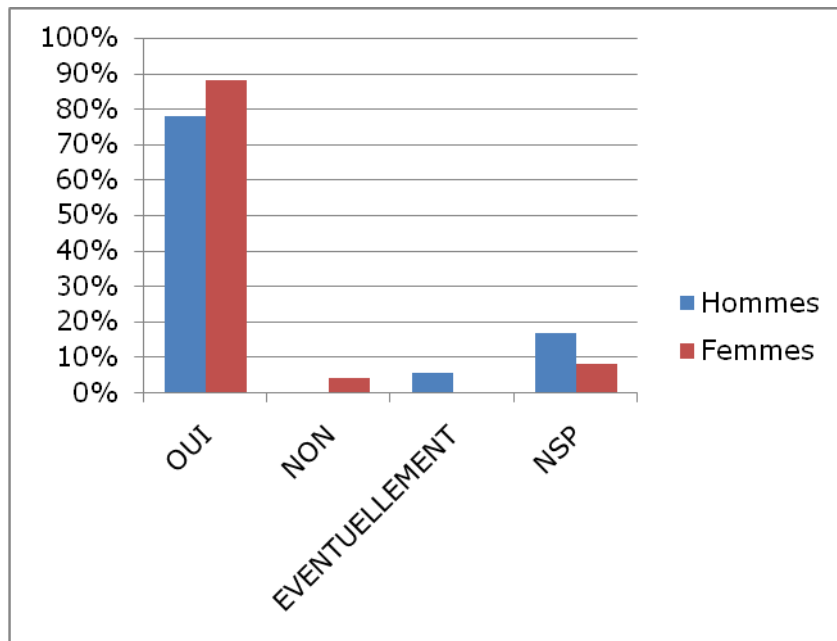


Figure 31 : Positionnement des hommes et des femmes
sur la présence d'un psychologue

On remarque que les femmes répondent de manière plus catégorique que les hommes sur la présence d'un psychologue au sein du service. En effet, on voit que 6% des hommes répondent « EVENTUELLEMENT », et que, de plus, 17% des hommes ne se prononcent pas (contre 8% des femmes).

VI. CRITIQUES ET LIMITES

A. ETUDE PATIENTS

L'objectif de la thèse était de savoir si l'accompagnement psychologique des couples infertiles était satisfaisant. Nous souhaitions nous intéresser en particulier à la différence des points de vue entre hommes et femmes. La réalisation d'un questionnaire semblait être un moyen simple pour connaître ces patients sur le plan épidémiologique et recueillir leur avis. L'entretien individuel aurait certainement permis d'accéder à plus de données mais cela aurait demandé beaucoup plus de temps. La réalisation de cette étude au sein d'un centre hospitalo-universitaire spécialisé dans l'infertilité permettait un recrutement rapide et optimum d'un grand nombre de patients. Comme pour toute étude, des limites et biais peuvent apparaître.

1. A propos du questionnaire

a) Longueur et contenu du questionnaire

Le questionnaire comporte 6 pages recto. Il est constitué de 12 questions dont certaines sont divisées elle-même en sous questions. Les questions les plus importantes pour notre étude (correspondant aux 2 dernières questions), attendaient des réponses libres. On observe que peu de patients y ont répondu. On peut penser que le questionnaire était peut-être un peu long et un peu complexe à cause des questions « à tiroir ».

b) Modalités de recueil

Les avantages de l'administration directe du questionnaire aux patients sont multiples :

- L'optimisation du rendement
- Un coût limité
- La préservation de l'anonymat.

En comparaison avec l'envoi du questionnaire au domicile des patients, ce mode de recueil évite la perte de temps nécessitée par la recherche des adresses des patients et le surcoût lié à l'affranchissement.

Cependant, ce mode de recueil expose à certaines limites :

- Difficulté de trouver le moment opportun de distribution du questionnaire
- Exposition à un nombre élevé de « perdus de vue »
- Qualité de délivrance du questionnaire par le personnel soignant du service

En effet, il était parfois difficile pour les patients de répondre au questionnaire en salle d'attente. Nous avons convenu avec les sages-femmes que la délivrance des questionnaires devait s'effectuer au moment de la prise de sang. Les couples pouvaient profiter de l'attente avant l'échographie pour remplir le questionnaire. Cependant, le temps d'attente était variable. On peut imaginer que ceux qui ont rempli le questionnaire sur place l'ont fait dans des conditions peu optimales (manque de temps, stress lié aux examens).

Par ailleurs, la possibilité de le remplir à domicile majore le risque de perte de données, les patients ne ramenant pas ou ne renvoyant pas le questionnaire. Dans l'étude, cette hypothèse se confirme car on observe un taux important de questionnaires non retournés (47,5%).

La façon de présenter l'étude peut modifier la compliance des patients. En effet, on peut penser qu'une explication claire et rapide de l'objectif et du bénéfice attendu de l'enquête, associé à une incitation positive de la personne délivrant le document, faciliteraient le remplissage. Cependant, cette démonstration n'est que théorique. En effet, plusieurs facteurs vont influencer la remise du questionnaire : des facteurs personnels (humeur, soucis...), des facteurs professionnels (surcharge de travail, urgences...) et méthodologiques (personnel non investi dans l'étude).

2. Les biais

a) Représentativité

Pour certaines questions, notamment celles en rapport avec la psychologie, le taux de non réponse est important, surtout chez les hommes. L'échantillon est donc très réduit ce qui peut fausser les résultats. De plus, la

population semble donc peu représentative de la population suivie au centre d'AMP de Nantes.

b) Absence de remise de questionnaire

Le questionnaire était remis aux patients lors du monitoring. La femme était obligatoirement présente, ce qui n'était pas forcément le cas de l'homme. Ainsi, la patiente a pu égarer le document ou oublier de le remettre à son conjoint.

c) Réponses identiques

En dépouillant les résultats, nous avons constaté qu'un certain nombre de questionnaires comportaient les mêmes réponses chez l'homme et la femme au sein d'un même couple. On peut se demander si la réponse donnée est une réponse commune ou la réponse d'une seule personne. Parfois même, nous avons carrément identifié la même écriture sur les 2 documents ; que penser de cette attitude ?

Pour éviter les « copies », nous aurions peut-être dû faire deux questionnaires différents ou proposer un entretien individuel...

d) Questionnaire inadapté aux hommes

Nous avons remarqué que plus de $\frac{3}{4}$ des hommes n'ont pas répondu à la question 4. On peut comprendre que ces derniers n'étaient pas forcément au courant des antécédents de leur compagne ou ne se sentaient pas concernés par le sujet. Le reste des patients a répondu de manière ambiguë et beaucoup de réponses étaient incohérentes. Par conséquent, nous n'avons pas pris en compte la réponse des hommes. Cette question est d'une part, assez longue, du fait des 7 sous-questions qui la composent, et d'autre part, peut être mal comprise du fait de la confusion possible entre grossesse et naissance. Elle aurait pu être allégée, rédigée différemment, ou bien à l'extrême supprimée du questionnaire

« hommes ». Ceci conforte l'hypothèse évoquée précédemment concernant la différenciation des questionnaires.

B. ETUDE MEDECINS

Au travers de cette étude, nous souhaitons nous intéresser à la pratique des médecins généralistes et des médecins spécialités, connaître leur avis au sujet de la prise en charge effectuée au CHU de Nantes et leur positionnement quant à l'intégration d'un psychologue dans l'équipe d'AMP. Le questionnaire nous a semblé être l'outil le plus adapté pour recueillir ces données. Un focus groupe aurait été un outil également très intéressant mais le problème était de pouvoir réunir tout le monde en même temps. Nous allons voir cependant que le questionnaire n'est pas parfait et que, comme dans toutes les études, nous sommes retrouvés face à certaines limites et biais.

1. A propos du questionnaire

a) Longueur et contenu du questionnaire

Le questionnaire comporte 3 pages recto. Il est constitué de 11 questions dont deux sont elles-mêmes composées de sous-questions. Les deux dernières questions sont des questions ouvertes demandant du temps pour y répondre. Le questionnaire paraît relativement long à remplir surtout pour des médecins qui sont bien souvent très pris par le temps.

b) Modalités de recueil des données

Le premier souci a été le choix de la population étudiée. Nous avons bien consulté autant de médecins généralistes que de médecins spécialistes de l'infertilité mais le recrutement était différent. En effet, les médecins spécialistes correspondaient à des médecins correspondants du centre de la mère et de l'enfant ou y travaillant. En ce qui concerne les médecins généralistes, le service

n'avait pas de listing, nous avons donc fait appel à une liste faite par l'URLM, mais ces médecins étaient donc tirés au sort parmi la population générale et non parmi les médecins en contact avec le centre. Ceci a pu avoir un impact négatif sur le taux de participation des médecins généralistes (28% contre 58% chez les spécialistes).

Les jeunes médecins généralistes sont peu représentés pour la simple et bonne raison que la majorité d'entre eux ne sont pas installés à cet âge. Or les questionnaires étaient adressés à des médecins installés. Par conséquent, ces jeunes médecins généralistes n'ont pas pu y répondre. Ceci a contribué à diminuer le taux de participation du groupe « entre 27 et 35 ans ».

De plus, les questionnaires ont été envoyés par La Poste, le courrier a donc pu s'égarer. Une autre hypothèse est que le médecin a mis de côté le questionnaire pensant le remplir plus tard, mais qu'en fait, il l'a oublié. Ces suppositions peuvent expliquer le taux de participation globale qui est inférieur à 50%. Un moyen d'éviter ces problèmes auraient été de proposer le questionnaire au médecin par téléphone, cependant, les médecins ont peu de temps libre et acceptent peu de répondre. De même, le déplacement au cabinet des médecins aurait permis d'une part de mieux les connaître et d'autre part d'insister sur les questions importantes. Malheureusement, cette solution n'a pas été retenue à cause du manque de temps.

2. Les biais

Il aurait été intéressant d'identifier les médecins travaillant au sein du centre de la mère et de l'enfant afin de voir si leur pratique était conforme aux recommandations mais aussi de s'intéresser à la critique qu'ils faisaient de leur propre pratique. On aurait eu alors une sorte d'autocritique qui aurait pu être une base sur laquelle le service aurait pu travailler dans le but d'améliorer la prise en charge.

Un autre biais est le taux de participation qui est moyen, et donc peu représentatif de la population que l'on souhaitait étudier. Peut-être aurait-il été intéressant d'appeler les médecins, afin de savoir s'ils avaient rempli le questionnaire, et dans le cas contraire, en connaître les raisons.

VII. ANALYSE ET DISCUSSION

A. LES POPULATIONS

1. La population de l'étude « patients »

➤ L'âge

Dans notre étude, 72% des personnes interrogées se situent dans la tranche d'âge des 25-35 ans. C'est en effet dans cette tranche d'âge que les couples (en particulier les femmes) envisagent une grossesse. Actuellement, l'âge moyen au premier enfant est de 30 ans (71).

28% de l'échantillon ont plus de 35 ans. Ce groupe représente des couples d'âge plus avancé, en quête d'un deuxième enfant ou toujours en échec d'une première grossesse. Il peut aussi s'agir d'une première grossesse dans le contexte d'une deuxième union (46).

La plus faible proportion de personnes âgées de plus de 35 ans peut trouver plusieurs explications:

- Certaines femmes auront réussi à avoir une grossesse
- Plus l'âge avance, plus les techniques d'AMP et la grossesse sont lourdes à assumer physiquement par les patientes
- L'AMP est réglementée et seul un certain nombre de tentatives sont possibles.

Une seule femme a moins de 25 ans. L'allongement du niveau d'études, les mariages plus tardifs (âge moyen de 31,6 ans pour les hommes et 29,7 pour les femmes), le recul du désir du premier enfant, les délais de prise en charge médicale lorsqu'une grossesse spontanée tarde et les délais nécessités par les investigations complémentaires expliquent qu'il est donc peu fréquent de rentrer dans un protocole d'AMP à un âge aussi jeune. On note cependant des exceptions telles que les couples qui ont des antécédents médicaux particuliers (cancers, patients atteints de maladie génétique, porteurs du VIH ou d'une hépatite).

➤ La catégorie socio-professionnelle

Chez les femmes, la CSP la plus représentée est la catégorie « employées » à 53%, vient ensuite la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » à 19%, et enfin à égalité les catégories « ouvrière » et « autres » représentant 8% de la population féminine étudiée.

Chez les hommes, la CSP dominante observée est celle des « employés » à 41% comme chez les femmes, puis la catégorie « ouvriers » à 24%, et enfin celle des « cadres et professions intellectuelles supérieures » représentant 16% de la population étudiée.

Si on compare ces résultats avec les résultats de l'INSEE de 2008 montrant la répartition des différentes CSP (72), on voit que dans notre échantillon les femmes employées sont beaucoup plus nombreuses que dans la population générale (53% dans notre étude et 24% dans la population générale). Il en est de même pour les cadres féminins qui sont surreprésentés par rapport à la population générale (19% pour notre échantillon et 8,7% pour la population générale) ainsi que pour les ouvrières (24% dans notre échantillon et 4,9% dans la population générale). En ce qui concerne les hommes, seule la catégorie des employées semble supérieure à ce que l'on retrouve dans la population générale, les ouvriers et cadres sont aussi nombreux que dans la population générale. L'échantillon étudié ne paraît pas très représentatif de la population générale, cependant nous avons un petit échantillon et il est par conséquent difficile de juger.

➤ Le médecin traitant

Toutes les personnes interrogées, à l'exception d'un homme, ont répondu qu'ils avaient un médecin généraliste. Cette réponse semble logique. En effet, depuis 2005, le patient est obligé de choisir un médecin traitant pour « rentrer dans le parcours de soins » (33) et dans la majorité des cas, le médecin traitant est le médecin généraliste.

➤ La durée d'infertilité

On peut remarquer que quasiment 50% de la population étudiée essaie d'avoir un enfant depuis au moins 2 ans. L'échantillon est donc cohérent avec la population suivie en AMP. En effet, en général, les couples sont adressés en AMP

après au moins deux ans de rapports sexuels non protégés infructueux. Les 19% dont la durée d'infertilité est inférieure à 2 ans peuvent représenter des patients avec un âge avancé ou qui ont un antécédent médical particulier.

➤ Le traitement en cours

Dans l'étude, les patients ont pour la grande majorité recours aux techniques de FIV (conventionnelle et ICSI), l'IAC est moins utilisée (13%) et la stimulation simple est marginale (4%). Elle est peu pratiquée au centre d'AMP car elle est souvent prescrite en 1^{ère} intention par le gynécologue de la patiente. Ainsi la population étudiée semble refléter celle du centre d'AMP.

2. La population de l'étude « médecins »

➤ L'âge

Les médecins âgés de plus de 46 ans sont les plus nombreux (61%), viennent ensuite les médecins ayant un âge compris entre 36 et 45 ans. Les jeunes médecins sont peu nombreux ; ils représentent en effet 14% de la population étudiée. L'âge moyen des médecins généralistes en Loire-Atlantique, en janvier 2009 est de 50 ans et 34% des médecins ont plus de 55 ans. Les médecins spécialistes sont plus jeunes avec une moyenne d'âge de 48 ans et on note que 30% d'entre eux ont plus de 55 ans. Ceci montre bien le caractère vieillissant de la population médicale (73).

➤ Le sexe

La répartition hommes/femmes en fonction de l'âge montre bien qu'il existe une féminisation de la profession médicale depuis quelques années. En effet, on note une prédominance masculine dans la population des 55 ans et plus, puis une homogénéisation des hommes et des femmes pour la tranche d'âge « entre 46 et 55ans » puis la balance s'inverse avec une prédominance féminine pour la tranche des « entre 36 ans et 45 ans » et celle des « entre 27 et 35 ans ».

En janvier 2009, la part des femmes chez les médecins généralistes est de 30% et elle est de 42,8% chez les médecins spécialistes. Elle est en constante augmentation depuis quelques années. Ceci confirme bien la féminisation de la profession (73).

➤ La spécialité exercée

La répartition du taux de participation en fonction du type d'exercice semble logique ; les spécialistes dont nous parlons sont en effet plus concernés par l'infertilité que les médecins généralistes qui, par définition, sont confrontés à un plus large spectre de disciplines.

➤ L'expérience professionnelle

Les professionnels de santé ayant répondu à l'enquête sont des personnes d'expérience car 60% d'entre eux exercent depuis plus de 15 ans.

➤ La pratique médicale

Les médecins suivent en majorité des couples. Les résultats semblent logiques car vouloir un enfant est la plupart du temps un projet commun entre l'homme et la femme.

Selon la spécialité exercée, on constate des disparités importantes en ce qui concerne la part que l'infertilité représente dans l'exercice des médecins. En effet, pour 93% des médecins généralistes, l'infertilité représente moins de 10% de leur activité globale. On remarque par ailleurs une différence au sein même des spécialistes. 38% des spécialistes recensent moins de 10% de consultations pour infertilité, 38% notent entre 10 et 30% de consultations et 17% d'entre eux voient plus de 30% de couples infertiles. Ces résultats reflètent bien le fait que plus on est spécialisé, plus le recrutement des patients est ciblé.

B. LA CONSULTATION D'INFERTILITE

1. L'initiateur de la consultation spécialisée

Plus de la moitié des femmes (58%) sont adressées par leur gynécologue. Ce résultat est logique car le gynécologue est par définition un médecin qui prend en charge la femme tout au long de sa vie et donc par extrapolation les problèmes de fertilité. Cependant, on pourrait s'attendre à un pourcentage plus important ; on peut penser que les femmes ne sont pas toutes suivies par un gynécologue. En fait, du fait de la diminution des gynécologues médicaux, beaucoup de patientes sont suivies par leur médecin généraliste.

On note que 18% de la population étudiée consulte son MG. C'est en effet le professionnel de santé de premier recours dans le parcours de soin.

Le fait que 20% des patients viennent aussi de leur propre initiative peut paraître étonnant car la médecine de la reproduction fait partie de « l'hyper spécialité » et donc à priori peu accessible à tout un chacun. Cependant, depuis quelques années, on assiste à une médiatisation importante de l'AMP que ce soit dans les magazines, sur internet ou à la télévision et les coordonnées des centres d'AMP sont plus faciles à obtenir qu'avant. Une autre hypothèse peut aussi être évoquée ; le patient, inquiet de cette situation, a pu en parler à son MG ou un gynécologue mais ce dernier n'a pas jugé nécessaire de l'adresser à un spécialiste, et comme la gynécologie est en accès libre, le patient a consulté de lui-même.

Les hommes sont plus nombreux à répondre « moi-même » (22% contre 17% pour les femmes). Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes consultent moins leur médecin traitant que les femmes et ont donc peu l'occasion de parler de ce problème avec un professionnel de santé.

2. L'information sur la prise en charge en AMP

Devant la difficulté et la longueur des traitements, il semble important d'informer les couples sur le déroulement de la prise en charge. Ainsi 97% des spécialistes déclarent informer leurs patients contre seulement 36% des médecins généralistes. Cette réponse n'est pas étonnante car la formation initiale en médecine sur la prise en charge globale de l'infertilité est quasiment nulle, et seuls les médecins accédant à un cursus de spécialité comme la gynécologie, l'endocrinologie, la sexologie ont cette formation. De nombreux médecins généralistes ont d'ailleurs évoqué le manque de formation dans les réponses libres.

3. L'information sur le suivi psychologique

Seuls 36% des patients disent avoir été informés de la possibilité d'un suivi psychologique ; ce pourcentage paraît faible. En effet dans le cadre de la prise en charge globale du patient, les couples doivent légalement être informés sur l'aspect médical et psychologique de l'AMP (27, 38). Cependant, 88% des médecins déclarent informer leurs patients de la possibilité d'un suivi psychologique ; il y a donc discordance entre les réponses des patients et celles des médecins. On peut penser qu'il peut exister un problème dans la transmission de l'information et/ou dans la réception du message. On peut comparer cette situation à l'annonce d'une maladie grave, où le patient submergé par les nombreuses nouvelles, ne retient qu'un certain nombre d'éléments à la fois. Peut-être serait-il intéressant de parler du suivi à plusieurs reprises au cours de la prise en charge.

Cette information semble importante pour les patients et surtout pour les femmes. En effet, 48% des personnes (dont 66% de femmes) n'ayant pas eu l'information auraient souhaité l'avoir.

C. LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE

1. Les facteurs influençant le recours à un soutien psychologique

➤ Le sexe

Dans notre étude, 23% des patients ont bénéficié d'un accompagnement psychologique. Les femmes sont 2,6 fois plus nombreuses que les hommes à avoir déjà eu recours à ce soutien. L'infertilité semble donc plus pourvoyeuse d'anxiété et de mal-être chez la femme que chez l'homme. Les études les plus rigoureuses sur le fonctionnement psychosocial des couples infertiles (55, 57, 58) ont mis en évidence que les patients, hommes ou femmes, sont plus perturbés que la population générale et que les femmes sont plus stressées que leur conjoint.

➤ L'âge

	femmes		hommes	
Age	Suivi = 1	Suivi = 0	Suivi = 1	Suivi = 0
moins de 25	0%	100%		
de 25 à 35	33%	67%	7%	93%
plus de 35	38%	62%	23%	77%

Chez les femmes comme chez les hommes, le besoin de suivi augmente avec l'âge. En effet, plus l'âge avance, moins les chances de procréer sont grandes (7), ce qui crée chez les patients des doutes et des questions entraînant un besoin de soutien psychologique. On note chez l'homme de plus de 35 ans, un accroissement net du recours au soutien psychologique alors qu'il est relativement peu augmenté chez la femme (33% chez les 25-35 ans et 38% chez les plus de 35 ans). Les femmes sont d'emblée plus inquiètes car elles savent que la fécondité chute avec l'âge. De plus, le succès des traitements (de la FIV notamment), est principalement lié à l'âge de la femme. La chute des taux de réussite s'amorce dès 35 ans (74).

➤ La durée d'infertilité

	femmes		hommes	
Durée infertilité	Suivi = 1	Suivi = 0	Suivi = 1	Suivi = 0
moins de 2	33%	67%	8%	92%
de 2 à 4	31%	69%	13%	88%
plus de 4	36%	64%	16%	84%

Chez la femme, la durée d'infertilité ne semble pas être un facteur déterminant en ce qui concerne le suivi psychologique ; en effet les femmes ayant un suivi sont quasiment aussi nombreuses dans les 3 groupes.

Chez l'homme, par contre, on se rend compte que les hommes qui ont un suivi et qui présentent une durée d'infertilité supérieure à 4 ans, sont 2 fois plus nombreux (16%) que les hommes qui ont un suivi et une durée d'infertilité inférieure à 2 ans (8%).

On peut en déduire que l'homme, au début, a une certaine « réserve » ou capacité à gérer le stress et les angoisses alors que la femme est inquiète plus précocement.

➤ La durée de prise en charge en AMP

	femmes		hommes	
Durée PMA	Suivi = 1	Suivi = 0	Suivi = 1	Suivi = 0
moins de 2	29%	71%	10%	90%
de 2 à 4	47%	53%	14%	86%
plus de 4	29%	71%	25%	75%

On observe une répartition particulière des femmes ayant un suivi selon la durée de prise en charge en AMP. Les femmes ayant recours à un suivi psychologique sont aussi nombreuses (29%) pour une durée de prise en charge inférieure à 2 ans que pour une durée supérieure à 4 ans. Par contre, on remarque un pourcentage beaucoup plus élevé chez les femmes qui sont prises en charge depuis plus de 2 ans et moins de 4 ans. Une hypothèse peut être évoquée : au début de la prise en charge, les femmes sont inquiètes mais sont concentrées sur les traitements et sont confiantes dans l'AMP, elles ont un état d'esprit plus positif et ont donc moins recours à un suivi que les femmes qui sont dans le parcours de soins depuis plus de 2 ans. En effet, à partir de ce moment là, les femmes qui ont déjà vécu différents traitements avec des échecs semblent se poser plus de questions, se remettent en cause ainsi que l'AMP et ont donc plus recours à un suivi (47% contre 29%). Par la suite, les femmes sont peut-être plus fatalistes, ont appris à gérer leurs doutes et angoisses face aux échecs, sont en train de cheminer vers un autre projet (adoption par exemple).

Pour les hommes, le besoin de soutien augmente avec la durée de la prise en charge en AMP. On peut penser qu'au départ l'homme est plutôt confiant mais

qu'au fur et à mesure des traitements qui échouent, il s'inquiète de plus en plus, d'où un besoin de suivi psychologique.

➤ Les traitements

Plus de 20% des personnes interrogées ont eu un soutien pendant la prise en charge d'AMP. Ceci reflète les hypothèses des différentes études dont celle d'Allard et al. (75) qui montrent que pendant cette période les patients sont plus fragiles (difficultés liées aux traitements, anxiété par rapport aux résultats). Le besoin de soutien paraît être aussi important pour la femme que pour l'homme à ce moment là.

	femmes		hommes	
Quel Ttt ?	Suivi = 1	Suivi = 0	Suivi = 1	Suivi = 0
Stim	0%	100%	0%	100%
IAC	29%	71%	0%	100%
FIV	33%	67%	10%	90%
ICSI	40%	60%	21%	79%

Les résultats nous montrent que plus les traitements sont lourds, plus les patients ont recours à un suivi psychologique. Ceci est particulièrement vrai pour les hommes. En effet, lorsque le traitement proposé au couple est une stimulation ou une IAC, aucun homme n'a recours à un suivi psychologique. Par contre, 33% des hommes ayant un suivi sont en cours de FIV et 40% sont en cours d'ICSI. Dans le cadre de l'ICSI, deux notions rentrent en ligne de compte ; d'une part la complexité de la technique et d'autre part le fait que l'indication principale de l'ICSI est l'infertilité masculine. Les patients qui sont traités par ICSI sont donc plus à même d'avoir recours à un suivi, à cause la plupart du temps, d'un fort sentiment d'impuissance et de dévalorisation du à l'infertilité, aux échecs de l'AMP mais aussi à cause de blessures cachées (76).

➤ Le nombre de tentatives

	femmes		hommes	
Nb Tentatives	Suivi = 1	Suivi = 0	Suivi = 1	Suivi = 0
0<t<3	31%	68%	8%	92%
4<t<6	33%	66%	37%	63%

Dans notre étude, le nombre de tentatives ne semble pas influencer le recours à un soutien pour la femme. On constate par contre chez l'homme que plus le nombre de tentatives est élevé, plus il aura tendance à se faire aider. L'étude de Goëb (62) nous montre d'ailleurs que si les couples arrêtent les procédures d'AMP parfois au bout de 3 cycles, c'est plus pour des raisons psychologiques que pour des raisons d'épuisement physique ou de refus médical. On peut donc penser que les tentatives ont un impact négatif sur l'état psychologique des patients.

➤ Les Fausses couches et GEU

	femmes	
FC / GEU ?	Suivi = 1	Suivi = 0
oui	50%	50%
non	31%	69%

Les « accidents » tels que FCS ou GEU sont des facteurs favorisant le besoin de suivi psychologique. On voit dans le cadre d'une FCS ou d'une GEU, 1 femme sur 2 a besoin d'un suivi psychologique.

Une FCS ou une GEU est un traumatisme physique avec un risque vital non négligeable en cas d'hémorragie (8), mais un traumatisme psychologique. De plus, on sait que le risque de répéter un « accident » augmente si la femme a déjà des antécédents de FCS ou de GEU ; ceci amplifie donc le stress de la patiente et entraîne un besoin de suivi.

2. Les différents modes de soutien psychologique

L'accompagnement psychologique peut prendre plusieurs formes et doit être adapté à chaque couple ou patient. Pour certains, un accueil chaleureux et rassurant du personnel soignant ainsi qu'une écoute bienveillante seront suffisants. Pour d'autres, rencontrer d'autres couples dans une association leur conviendra mieux. Une autre alternative sera l'entretien avec le médecin traitant ou encore la consultation avec le psychologue. Ces différents moyens de soutien ne sont pas complexes en soi, existent déjà pour certaines pathologies comme le cancer, mais sont pourtant peu utilisés.

Le médecin généraliste est le premier recours dans le parcours de soin. Une relation de confiance se crée donc avec le temps mais la confiance accordée au médecin traitant a des limites. En effet, quasiment 100% des personnes consultées dans l'étude déclarent avoir un médecin traitant alors que seulement 17% d'entre elles disent le consulter en cas de difficultés psychologiques. Pourtant, un travail de recherche mené dans le service d'AMP du CHU de Nantes (77), datant de 2006, interrogeant les patientes sur la place du médecin généraliste, montrait qu'elles leur accordaient toute leur confiance pour parler de leur ressenti durant ce parcours souvent long et pénible. Comment expliquer alors ce paradoxe entre ce qui est dit et ce qui est réellement vécu de la relation patient / médecin traitant ? On peut imaginer que le sujet de l'infertilité est plus ou moins tabou car il est lié à la sexualité. Les patientes attendent peut-être que ce soit le médecin qui fasse le premier pas. Mais il lui peut-être aussi de parler d'un sujet aussi intime avec son patient... D'autre part, les médecins généralistes interrogés dans notre étude disent manquer de temps pour aborder le sujet. Un autre point est également mis en exergue : la formation insuffisante en matière de prise en charge de l'infertilité et de sexualité, mais aussi en matière de psychologie. Il est vrai qu'au cours de la formation initiale du médecin généraliste, le temps qui leur est accordé est minime. Il en est de même pour la formation médicale continue où l'on aborde plus facilement des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle. Pourtant la sexualité et la procréation concernent chacun d'entre nous, à un moment ou à un autre de notre vie. Alors, est-ce réellement le manque de temps ou le sujet qui rend mal à l'aise ?

D'après les résultats de l'enquête, le psychologue est peu consulté par les patients (17%). Plusieurs freins à sa consultation sont à relever. Tout d'abord, les conditions pécuniaires. La séance peut s'avérer onéreuse pour certaines personnes et n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie. D'autre part, de nombreux courants de pensées sont représentés dans cette profession, ne facilitant pas la tâche au patient dans le choix du thérapeute. N'oublions pas enfin l'imaginaire populaire pour qui consulter un psychologue rime avec « désordre » mental.

A l'heure où la majorité de la population consulte internet, il n'est pas étonnant de constater que 17% des personnes interrogées dans notre étude aient recours à ce média. Il est important de souligner qu'internet est autant représenté que les médecins généralistes et les psychologues. C'est un formidable outil de communication puisque l'on peut l'utiliser chez soi à toute heure et de manière anonyme. Le soutien passe en fait par les forums de discussions sur certains sites tels que « Parents », « Doctissimo », « Les maternelles » où les gens partagent leur souffrance et se soutiennent les uns les autres. Il existe aussi des sites spéciaux sur l'infertilité où le patient peut trouver de nombreuses informations ainsi que des témoignages. Cependant, il faut savoir être critique et ne pas prendre pour argent comptant tout ce qui y est dit ou raconté, ce qui n'est pas le cas de tout les patients. Internet peut au contraire chez certaines personnes induire une angoisse supplémentaire. Mieux vaut parler de ses problèmes à des professionnels...

Vient ensuite l'association AMPHORE(39). C'est l'interlocuteur privilégié des couples infertiles (21% des personnes interrogées), devant les psychologues, internet et les médecins généralistes. Les patients connaissent cette association par le biais du centre d'AMP ; on parle d'AMPHORE lors de la réunion d'information et des plaquettes informatives sont disponibles. Par contre, aucun généraliste ne semble avoir recours à cette association. Est-ce un choix ou AMPHORE est-elle inconnue des médecins généralistes ? Cet organisme de soutien, association de loi 1901 animée à titre bénévole par des « spécialistes » de l'infertilité (gynécologues, biologistes de la reproduction, sages-femmes, psychologue,...) n'existerait pas sans une attente réelle des patients. Pourquoi alors ne pas tenter d'intégrer une entité de ce type au sein-même du service ? On remarque que seul manque un psychologue en AMP. Sa présence dans l'équipe soignante ne serait-elle pas l'impulsion nécessaire pour créer une structure interne semblable à l'association AMPHORE ?

D. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE AU SEIN DU CENTRE D'AMP DE NANTES

D'après les études menées auprès des patients et des médecins de Loire-Atlantique, il apparaît que la prise en charge psychologique du couple infertile ne soit pas optimale. En effet, seulement 28% des patients et 22% des médecins sont satisfaits et la moitié des patients n'a pas répondu à la question. 20% des patients et seulement 14% des médecins sont émettent un avis favorable. Nous allons maintenant évoquer les raisons qui ont orienté la réponse positive ou négative des individus.

1. Abstentions

D'une manière générale, il est nécessaire de préciser que de nombreux patients (51%), préférentiellement les hommes (60%), n'ont pas souhaité préciser leur réponse. On peut se demander s'il y avait une crainte particulière (le questionnaire était pourtant anonyme), une lassitude (le questionnaire était peut-être trop long ?), ou une pudeur de la part de ces individus...

Comme dans l'étude « patients », on remarque que peu de médecins hommes ont souhaité s'exprimer sur le sujet.

2. Eléments satisfaisants

Quelque soit la réponse, les patients sont en très grande majorité satisfaits de la prise en charge technique de l'AMP. Ils insistent d'ailleurs sur les compétences techniques des professionnels du centre d'AMP, qu'il s'agisse des médecins, des sages-femmes et des secrétaires, appréciant leur souci du détail dans leurs explications. Un homme s'exprime ainsi « Les médecins que nous avons vus expliquent très bien les problèmes, les solutions et la prise en charge. Ils se montrent optimistes tout en insistant sur la possibilité que cela ne fonctionne pas ».

Les individus satisfaits évoquent en plus la bienveillance de l'équipe d'AMP ; une femme précise d'ailleurs qu'il y a « un accueil chaleureux et un personnel souriant. Cela soutient. ». Une autre parle des sages-femmes « elles sont très à l'écoute et leur rôle est très complet. En plus d'être très professionnelles, elles sont super sympa ; heureusement qu'elles sont là pour nous ! ». On note également quelques réflexions concernant l'attitude empathique des médecins, notamment lors de l'annonce de résultats négatifs. Le fait que ce soit le médecin qui appelle lui-même est un signe fort ; ainsi le patient se sent considéré, reconnu, et cela, même dans le cas d'un échec thérapeutique.

3. Eléments à améliorer

Un patient sur 5 n'est apparemment pas satisfait de la prise en charge. En dépouillant les questionnaires, nous avons noté un grand nombre de réponses (>50%) du type « il n'y a pas de prise en charge psychologique proposée », « je ne suis pas au courant de cette prise en charge », et aussi « je n'ai jamais vu personne dans le service ».

14% des médecins ne paraissent pas satisfaits de la prise en charge. Globalement, les femmes sont beaucoup moins satisfaites de la prise en charge que les hommes ; seulement 9% des femmes semblent satisfaites contre 43% des hommes. L'écart de satisfaction peut être interprété par le fait que les hommes et les femmes semblent avoir une vision différente de la prise en charge psychologique. De plus, on note une grande proportion de médecins spécialistes (28% contre 7% de médecins généralistes), qui pensent que l'accompagnement psychologique est insuffisant ; on a là une autocritique des spécialistes envers leurs confrères et aussi envers eux-mêmes car certains d'entre eux travaillent au centre d'AMP.

Patients comme médecins s'accordent sur le fait que certains éléments sont à améliorer.

➤ Une prise en charge trop technique

De nombreux médecins évoquent l'hyper technicité de la prise en charge en AMP. Une femme médecin généraliste témoigne : « Le dernier couple suivi est souvent venu me voir pour des arrêts de travail notamment pour la femme, et m'a fait part qu'il ne se sentait pas soutenu et que le contact était trop médicalisé (on ne leur parlait que de dosage trop haut, trop bas, de follicules...) ». Certains spécialistes confirment ce fait « Nous manquons de temps pour accompagner les couples car nous avons trop de technique à expliquer ».

Une femme médecin généraliste s'étonne que des couples, et en particulier l'homme, arrivent dans son cabinet anéantis par l'AMP : « Je me souviens du dernier couple que j'ai suivi. L'homme paraissait désintégré ; il n'a jamais pu exprimer ses souffrances à l'équipe médicale, ce qui a été lourd de conséquences pour lui et son couple. Il se sentait coupable, n'osait pas en parler avec sa compagne, des non-dits se sont installés, créant des conflits conjugaux si importants que le couple était en instance de séparation... ». Ce témoignage est bien en accord avec la littérature (76).

Certaines femmes gynécologues évoquent l'absence de psychologue dédié au service d'AMP « il y a bien des psychologues à la maternité mais elles sont débordées... ».

De nombreux patients soulignent le manque de soutien à certains moments clés de la prise en charge en AMP tels que l'annonce de l'infertilité, l'attente des résultats après une tentative de FIV et l'échec thérapeutique. Cette doléance est également retrouvée dans l'étude de Place et al (78). Une femme témoigne : « Il est tenu compte de l'aspect psychologique à chaque rencontre et ce, de la part de tous les membres du service. En revanche, il y a un manque pendant les périodes d'attente. Entre ponction et J3, J5. Et après réimplantation. Je trouve que ces deux périodes sont extrêmement éprouvantes du point de vue psychologique ». Une autre patiente, parlant de son échec, confirme cet état de fait : « Certes, tous les professionnels sont accueillants et souriants, mais même les propos réconfortants ne soignent pas les blessures intérieures ».

Un patient, insatisfait, semble dire que pour lui, rien n'est fait dans le service en matière de soutien psychologique. Voici son commentaire : « la prise en charge psychologique est déléguée à une association ».

➤ Une relation médecin-malade malmenée

Pour beaucoup de patients, la qualité de la prise en charge passe d'abord par la reconnaissance du patient en tant que personne et par conséquent par la relation professionnel de santé-patient.

Des femmes se plaignent de n'être « qu'un numéro parmi d'autre » et de passer à la chaîne, ayant l'impression de « subir le soin ». Elles évoquent le manque de temps du personnel soignant comme cette femme par exemple : « Les sages-femmes débordées ne peuvent répondre à mes interrogations et apaiser mes angoisses car d'autres femmes pressées et inquiètes attendent derrière la porte. Je précise que les sages-femmes sont accueillantes mais leur charge de travail ne leur permet pas d'être complètement disponibles (et ce n'est d'ailleurs par leur rôle de mener un entretien d'aide psychologique) ». On note aussi que la multiplicité des interlocuteurs n'améliore pas le bien-être psychologique « Ne pas avoir d'interlocuteur dédié ne permet pas d'échange. A chaque jour un nouveau visage, à qui il faut réexpliquer son dossier, aborder de nouveau des sujets sensibles...remuer le couteau dans la plaie... ceci ne favorise pas les confidences ».

Deux patientes témoignent d'une relation médecin-malade perturbée. La première s'exprime ainsi « J'ai subi un comportement humiliant (aucun soutien, aucun sourire) de la part du Dr... Inhumain. Très dur. ». La deuxième, plus modérée nous livre son ressenti : « Parfois, les médecins manquent un peu de tact pour annoncer un échec ou l'arrêt d'un traitement. Psychologiquement c'est assez dur à vivre. On ne se rend pas forcément compte de l'impact que certains

mots peuvent avoir sur les gens ; de ce fait, prendre des gants pour annoncer ce genre de chose serait appréciable ».

Une femme gynécologue est troublée par le manque de tact de certains médecins et aux propos culpabilisants de certains « Il y a des phrases qui tuent... Une de mes patientes est arrivée en pleurs au cabinet en me disant qu'elle était nulle ; le médecin examinant ces dosages qui n'étaient pas ceux qu'il espérait lui a dit « Mais, qu'est-ce-que vous me faites ? »... ».

➤ Une formation insuffisante

La plupart des médecins généralistes évoquent une formation insuffisante en ce qui concerne l'infertilité. Par conséquent, ils estiment que n'ayant pas assez de connaissances dans le domaine, ils ne peuvent pas être dans une relation d'aide optimale.

Quelques spécialistes hommes disent que ce n'est pas leur rôle de prendre en charge la souffrance du couple infertile. De ce fait, ils préfèrent confier leurs patients à l'association AMPHORE « qui fait ça très bien ». Cette réflexion peut nous faire penser que l'association est suffisante à leurs yeux pour prendre en charge ces couples mais ils expriment en même temps leur difficulté à prendre en charge le patient de manière globale.

E. L'INTEGRATION D'UN PSYCHOLOGUE AU SEIN DU SERVICE D'AMP : ATTENTES DES PATIENTS ET POSITIONNEMENT DES MEDECINS

1. Attentes des patients

Nos deux études montrent combien les patients sont dans l'attente d'un psychologue dans le service d'AMP.

En effet, 68% des patients sont favorables à la présence d'un psychologue au sein du service d'AMP. En l'intégrant dans l'équipe d'AMP, sa consultation devient alors gratuite car prise en charge par l'hôpital. Un patient montre sa satisfaction à l'évocation d'une éventuelle consultation « consulter un psy serait

plus facile ; la démarche serait moins difficile à faire car ce serait au sein du service (on perdrait moins de temps) et ce serait plus accessible financièrement ». De plus, c'est une personne que l'on pourra croiser dans les couloirs du service, créant un premier contact du seul fait de sa présence rassurante. Il est donc probable que les patients auront plus tendance à aller vers un visage qu'ils connaissent déjà.

Ils pensent qu'il pourrait leur apporter une aide non négligeable dans les étapes anxiogènes de leur parcours de soin, tels que l'annonce du diagnostic, certains actes techniques vécus difficilement, et les échecs thérapeutiques. Pour certains, consulter un psychologue serait le moyen de soutenir les couples pendant les moments estimés les plus difficiles. Le moment le plus souvent évoqué est l'échec thérapeutique. Une femme en exprime les conséquences : « Je pense que cela serait un plus en cas d'échec. La crainte de ne pas pouvoir être parent grandit avec les échecs et ça pourrait être bien de pouvoir garder confiance en soi en en parlant à quelqu'un ». Pour un autre homme, voir un psychologue permettrait de « relativiser l'échec pour mieux rebondir après ». Les effets secondaires des traitements sont aussi retrouvés mais dans une moindre mesure : « un soutien psychologique pourrait aider à relativiser et prendre du recul pendant les traitements qui modifient notre corps et qui nous fragilisent psychologiquement ». Les femmes semblent aussi très stressées au moment de l'attente des résultats : « Un psychologue pendant la période d'attente du résultat pourrait m'être utile pour me décharger du stress ».

Pour d'autres, la consultation avec le psychologue serait un moment de lâcher prise où la personne pourrait vider son sac, exposer ses doutes et questions dont elle ne peut parler avec son entourage : « elle (la consultation) permettrait de combler le manque de dialogue avec la famille, les amis et les collègues à cause de la gêne des autres. La solitude relative du couple peut amener à se refermer et à se poser beaucoup trop de questions sans avoir les réponses ».

Enfin, il pourra être un guide permettant de faire le point : un homme écrit « la consultation peut être l'occasion de faire une psychothérapie de couple pour voir où on en est, chacun de notre côté, de notre désir d'enfant... ». Sans oublier l'aide au cheminement du deuil de l'enfant biologique permettant ainsi de passer à une autre étape, en envisageant l'adoption par exemple.

Certains patients ne ressentent pas le besoin de rencontrer un psychologue mais la plupart d'entre eux pensent qu'il serait intéressant d'en avoir un dans le service « au cas où ». Un patient, partageant cet avis, explique sa situation « J'ai pu prendre de la distance, mais ma femme, étant tous les jours en soins, est donc plus impliquée que moi, et je ne trouve pas toujours les mots justes pour l'aider. »

2. Positionnement des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont majoritairement en accord avec les patients quant à la nécessité de la présence d'un psychologue dans le service. Un gynécologue homme émet tout de même une réserve et nous met en garde contre la « psychiatrisation » de l'AMP : « Il faut être vigilant et voir à ne pas tout psychiatriser... »

Plusieurs raisons amènent à intégrer un psychologue dans l'équipe. Premièrement, avoir un psychologue dans une équipe qui prend en charge des couples infertiles est une recommandation évoquée dans le guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en AMP (27) « *Il (le couple demandeur) doit pouvoir également, sur sa demande ou celle des praticiens, rencontrer tout autre membre de l'équipe, y compris le médecin qualifié en psychiatrie ou le psychologue dont l'établissement s'assure le concours.* ». La phrase est ambiguë et on ne retrouve pas la notion d'obligation. Au cours de notre étude, cette question a d'ailleurs été soulevée par deux médecins spécialistes de la reproduction qui pensent qu'elle est médico-légale ; il faudrait approfondir la question...Le service d'AMP du CHU de Nantes, a de toute manière un psychologue dans ses murs. Cependant, comme nous l'avons déjà dit, elle ne peut recevoir que les couples en démarche d'AMP avec donneur. Il y a aussi des psychologues à la maternité mais elles sont débordées...

La fonction du psychologue est d'écouter la souffrance du patient et de transmettre son ressenti au reste de l'équipe médicale, ce qui permet alors d'adapter la conduite à tenir pour la suite du traitement. En plus de « rapporter » cette parole, le psychologue a, de par sa formation, un autre regard sur la demande du patient et du couple en prenant en compte des aspects psychopathologiques préexistants, non décelés par le médecin, pouvant mettre en échec les traitements. D'où l'importance de sa présence aux réunions pluridisciplinaires au cours desquelles il peut émettre une réserve à l'acceptation d'un dossier, déculpabilisant ainsi le médecin d'AMP et confortant la légitimité de ses choix. Pour Daniel Lemler, psychiatre et psychanalyste, le psychologue n'a pas un rôle décisionnel mais un rôle psychanalytique, c'est-à-dire un rôle d'écoute (78).

Dans certaines pathologies mentales comme l'anorexie mentale et la boulimie, la psychothérapie doit faire partie intégrante de la prise en charge de l'infertilité. L'enjeu majeur ne réside pas tant dans la procréation à proprement parler que dans la réussite de la grossesse, de la relation mère-enfant, et du développement psychomoteur de l'enfant à venir. L'évolution des TCA au cours

de la grossesse et en post-partum dépendent en grande partie de la précocité de la prise en charge psychologique. Au cours de ce travail de thèse, j'ai eu l'occasion de rencontrer le Dr Anne Chassevent, psychiatre addictologue. Dans le cadre du réseau « Sécurité Naissance- Naître ensemble », réseau de périnatalité des Pays de la Loire, elle assure une consultation hebdomadaire d'addictologie de liaison au sein de l'hôpital mère-enfant du CHU de Nantes. Elle s'étonne de ne suivre aucune femme anorexique prise en charge en AMP. Pourquoi ? Les patientes ont-elles déjà un suivi psychologique ? Les médecins d'AMP leur proposent-ils un suivi spécifique ? Lequel ? Les médecins sont-ils au courant de l'existence de cette consultation ?

Nos études ont mis en évidence, que ce soit chez les patients ou chez les professionnels de santé, une relation médecin-malade parfois altérée, avec des soignants parfois agressifs dans leur propos, une information qui apparemment n'est pas transmise ou alors mal reçue par le patient ; 62% des patients disent ne pas avoir reçu d'information sur l'accompagnement psychologique alors que 86% des spécialistes déclarent le faire. Le vécu des consultations fait apparaître que le patient a des attentes qui vont au-delà d'un simple message et d'un apport de connaissance ; il est en quête d'une relation entre lui et le soignant. Cette relation implique la rencontre entre 3 personnes (le médecin, la femme et son compagnon) venant de milieux différents. Ainsi émotions et inconscients des différents protagonistes vont donc s'immiscer dans la relation. Comme le patient, le médecin est avant tout un être humain, avec toute la subjectivité que cela implique. Cette subjectivité est source de complexité mais aussi de richesses. La relation médecin-malade, quelle qu'elle soit, va interférer en partie dans la prise en charge du couple et donc dans la réussite des tentatives. Il paraît donc important que le médecin s'interroge sur sa pratique et notamment sur la relation qu'il entretient avec son malade. Dans notre étude, de nombreuses femmes médecins paraissent attentives à la qualité de cette relation. L'une d'entre elle nous fait part de sa réflexion : « si le médecin est attentif et empathique avec le couple, les traitements et éventuels échecs sont moins difficiles à vivre. Les couples ont besoin d'être reconnus en temps que personnes et non en temps que patients ».

Parti de ce constat, Balint, psychiatre et psychanalyste du début du XXème siècle, a mis au point avec sa femme Enid Albu, un outil de formation des médecins à la relation médecin-malade (79). Cet outil est en fait un groupe réunissant quelques médecins, 1 à 2 fois par mois, supervisé par un psychanalyste (ou dans notre cas, le psychologue du service). Il s'agit de faire raconter à un médecin du groupe, le plus spontanément possible, un cas qui lui a posé problème ; ses pairs ainsi que le superviseur vont par associations d'idées, questionnements et interprétations essayer d'élucider les difficultés du médecin en se centrant sur la relation avec le patient. L'objectif est donc de sensibiliser le médecin au transfert et contre-transfert à posteriori, et de l'amener à acquérir des compétences psychothérapeutiques afin de modifier son comportement « ce

changement limité quoique considérable... qui lui permettra de mieux comprendre et aider ses patients ». Bien sûr, ce groupe demande d'une part un investissement collectif mais avant tout un investissement personnel et donc par conséquent du temps. Cependant il est difficile de trouver du temps. Mais le problème est peut-être ailleurs... Il est en effet difficile pour chacun d'entre nous de se remettre en question. Pour avoir déjà participé à un groupe Balint, je peux affirmer que les confrères et le superviseur ne sont pas toujours tendres, vous poussant parfois dans vos retranchements, vous remettant en cause, non pas vos compétences professionnelles mais votre être tout entier... On ne sort pas en général pas indemne de la séance mais c'est une expérience intense et riche qui permet d'avancer.

F. PROPOSITIONS

1. Modalités d'exercice du psychologue

Les patients ont émis des propositions quant aux modalités d'exercice de ce psychologue virtuel. Il faudrait tout d'abord que le psychologue soit « spécialisé en couples infertiles ». La consultation avec le psychologue ne serait pas obligatoire mais proposée à tous les couples « Il faudrait en informer les couples au début de la prise en charge, puis organiser une rencontre à leur demande en laissant aux couples un numéro de téléphone pour pouvoir joindre le psy ». On retrouve cette idée de proposition systématique chez les médecins. Quelques uns souhaiteraient qu'elle soit obligatoire avant toute prise en charge.

Le psychologue pourrait assurer une permanence téléphonique en plus d'entretiens individuels pour certains patients, tandis que pour d'autres, ce serait intéressant d'organiser un groupe de parole où les gens vont et viennent à leur guise « la thérapie de groupe est une bonne chose car elle permet d'échanger entre personnes vivant la même chose, et on se sent moins seuls devant cette épreuve ».

2. La consultation en binôme

Une autre approche pourrait être la consultation en binôme, décrite par Monique Bydlowsky (52). Cette consultation est menée par un somaticien assisté

d'un analyste. L'existence de ce tiers permet non seulement au médecin de prendre un temps de réflexion, de modérer son angoisse face à des découvertes qui dépassent son champ d'action mais « perturbe » en quelque sorte la relation médecin-malade classique. Ainsi, la parole du patient, reçue par deux individus à la fois, a plus de chance d'être entendue que dans la relation duelle. Ce type de consultation n'est intéressant que si le binôme a un projet commun, celui de diminuer la souffrance du patient, et seulement si le psychanalyste accepte d'être en retrait. Cette consultation n'est pas qu'une expérience mais existe bel et bien dans quelques centres en France. Cette consultation semble difficile à mettre en place tant au niveau de l'organisation du service que sur le plan humain et financier...

3. La relation médecin-malade

Des moyens plus simples pourraient apporter un accompagnement psychologique satisfaisant aux couples infertiles. Tout d'abord, accueillir le patient en tant qu'être humain ; ceci est à priori fait la plupart du temps mais il semble qu'il reste des efforts à faire.

Ensuite, le temps de la consultation est un moment privilégié pour le couple ; c'est le moment où l'homme et la femme peuvent s'exprimer, exposer leur ressenti, leurs doutes, leurs peurs. Mais la relation médecin-malade ne se crée pas au bout d'une heure ; il faut prendre son temps pour apprendre à connaître les consultants. Une patiente le confirme : « Je ne sais pas si un psy est une solution car reste cette barrière à franchir : aller voir un pro de l'écoute. Cependant un suivi plus personnalisé, plus d'écoute, être reconnu par le personnel soignant, apporterait sans nul doute plus de réconfort et de compassion pour la patiente qui se dévoilerait, se confierait plus facilement. » Le médecin est aussi sensé s'adapter à ses patients quelque soit leur niveau intellectuel, social, leur culture et leur religion. Il semble donc souhaitable, comme dans toute discipline médicale d'ailleurs, que la relation médecin-malade soit la meilleure possible. Un spécialiste insiste, comme d'ailleurs sur l'importance de l'interaction soignant-soigné : « La prise en charge doit être souple, essayant de s'adapter au couple ». Et ceci est sans doute ce qui est le plus dur à gérer pour un médecin... Il serait peut-être souhaitable que les médecins aient une formation plus axée sur les aspects psychologiques de la prise en charge et qu'ils n'hésitent pas à travailler avec leur réseau professionnel : endocrinologue, addictologue, sexologue... et pourquoi pas à un psychologue ?

CONCLUSION

Nous avons pu voir, au cours de ce travail, la complexité de la prise en charge de l'infertilité et notamment de l'accompagnement psychologique. Les patients souffrent de leur état d'infertilité, auquel s'ajoute parfois un vécu douloureux enfoui dans l'inconscient. Nous vivons de plus dans une société où avoir un enfant est un signe de conformité sociale, ce qui ne fait que renforcer le mal-être de ces couples. Il est compliqué de parler d'infertilité avec son entourage et parfois même avec son médecin traitant car l'infertilité touche l'intime et demeure un sujet tabou malgré sa médiatisation. Les patients, en particulier les femmes supportent avec difficulté les traitements et leurs potentielles complications, sans parler des échecs répétés. L'écoute, le soutien psychologique tout au long de ce « parcours du combattant » paraissent nécessaires. Ils ont pourtant peu recours à une aide extérieure. Les principaux soutiens utilisés sont l'association AMPHORE, le médecin traitant et Internet.

En face, se trouve le médecin qui fait tout son possible pour optimiser la prise en charge. Il a en effet la lourde responsabilité d'être techniquement irréprochable. En effet, en cas de tentative infructueuse, le médecin peut avoir tendance à s'imputer la faute. Mais il se doit aussi d'être attentif à l'état psychologique de ses patients. Il lui faut également s'adapter à chaque situation et la relation médecin-malade n'est pas toujours évidente à gérer. Le médecin peut aussi ressentir le besoin d'être épaulé, que ce soit par ses pairs, par l'équipe mais aussi parfois par des professionnels de l'écoute.

La présence d'un psychologue au sein de l'équipe d'AMP pourrait ainsi aider le patient mais aussi le professionnel de santé. Cette idée semble intéressante d'autant plus que les patients et les médecins interrogés dans cette étude y sont majoritairement favorables. De nombreux services français d'AMP intègrent déjà un psychologue au sein de leur équipe. Peut-être serait-il intéressant de les rencontrer et de mener une étude comparative entre les centres dotés d'une consultation de psychologue et ceux qui en sont dépourvus. Les résultats pourraient ainsi être confrontés à notre étude, permettant de vérifier ou d'infirmer notre hypothèse de départ.

BIBLIOGRAPHIE

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 états et entré en vigueur le 7 avril 1948.
Disponible sur : <http://www.who.int./about/definition/fr/print.html> (consulté le 24/05/2010)
2. Atilf, CNRS, Université Nancy 2, Université Henry Poincaré Nancy 1.
Le Trésor de la Langue Française Informatisé (en ligne)
Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm> (consulté le 04/01/2010)
3. LANSAC JACQUES, GUERIF FABRICE.
L'assistance médicale à la procréation.
PARIS : MASSON, 2005.
4. Ministère de la Santé. DGS/GTND0, mise à jour le 21/06/03.
« Fertilité-Infertilité » (en ligne).
Disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/72fertilite.pdf (consulté le 12/01/2010)
5. Observatoire Epidémiologique de la Fertilité en France (en ligne).
Disponible sur :
www.agence-nationale-recherche.fr/.../2009/...02slama.pdf (consulté le 12 /01/2010)
6. Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. Centre d'AMP. L'infertilité (en ligne).
Disponible sur :
http://www.chu-toulouse.fr/rubrique.php3?id_rubrique=379 (consulté le 12/01/2010)
7. ZORNY J-R., SAVALE M.
Stérilité du couple.
PARIS : MASSON, 2005.
8. COURBIERE-BALANSARD BLANDINE, CARCOPINO Xavier
Gynécologie-Obstétrique
PARIS : VERNAZOBRES-GREGO, 2004
9. JEAN MIGUEL, BUTRUILLE CHRISTOPHE.
Le guide de la fécondation in vitro.
PARIS : ALBIN MICHEL S.A., 2003.

10. DE MOUZON J. et al.
A prospective study of the relation between smoking and fertility.
Int J Epidemiol, 1988, 17, 378-384
11. SHARARA F., BEATSE S., LEONARDI M., NAVOT D., SCOTT R.
Cigarette smoking accelerates the development of diminished ovarian reserve as evidenced by the clomiphene citrate challenge test.
Fertil Steril, 1994, 62, 257-262.
12. BRIDERON J. MARIE, TOLSTRUP J. ET COLL.
Alcohol use as predictor for infertility in a representative population of Danish women
Acta Obstet Gynecol Scand 2003 ; 82 : 744-749
13. LEFEBVRE P., BRINGER J.
Impact des facteurs nutritionnels sur les troubles de l'ovulation.
Médecine de la Reproduction, 2005 ; vol 7, n°4 : 249-255.
14. LE GOFF S., LEDEE N., BADER G.
Obesity and reproduction : A literature review
Gyn. Obs. Fertil., 2008 ; 36 : 543-550
15. LENOBLE C., GUIBERT J., LEFEBVRE G., DOMMERGUES M.
Influence du poids sur les taux de succès en fécondation in vitro.
Gynecol. Obstet. Fertil 2008 ; 36 : 940-944.
16. TORRE A., FERNANDEZ H.
Polycystic ovary syndrome (PCOS)
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 2007 ; 36 : 423-446
17. LEVENS ED, SKARULIS MC.
Assessing the role of endometrial alteration among obese patients undergoing assisted reproduction.
Fertil Steril, 2008 ; 90 : 2 222-5.
18. COHEN-BACRIE P.
Place de l'hormone anti-Müllérienne dans l'exploration du couple infertile
Les Journées Techniques Avancées en Gynécologie, Obstétrique, PMA, Périnatalogie et Pédiatrie
Disponible sur : <http://www.lesjta.com/> (consulté le 20/02/2010)
19. GASMAN IVAN
Psychiatrie, Pédopsychiatrie et Apprentissage de l'exercice médical

- PARIS : VERNAZOBRES-GREGO, 2002
20. CHABY LUCIEN.
L'anorexie mentale : un symptôme qui se donne avoir.
IMPACT SANTE, 2007.
21. BRUGERE SANDRINE
Les troubles du comportement alimentaire : la place du gynécologue médical
IMPACT SANTE, 2010
22. MAGGIONI C.
Anorexie et boulimie, Chap 13, dans Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique
PARIS : FLAMMARION MEDECINE-SCIENCES, 1999
23. CHABY LUCIEN
L'infertilité masculine
PARIS : ELLIPSES, 2010
24. SEPANIAK et al.
Impact négatif du tabac sur la fertilité masculine : des spermatozoïdes à la descendance.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod, 2004 ; 33 : 384-390.
25. LEMLER D.
Les infertilités inexplicables existent-elles ?
Trente-troisièmes journées nationales.
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
PARIS, 2009.
26. Assemblée Nationale, Sénat.
Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la loi de bioéthique.
Journal officiel de la République Française n°182 du 7 août 2004, p14040.
Journal officiel de la République Française n°276 du 27 novembre 2004, p20151.
27. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation.
Journal Officiel de la République Française n° 50 du 28 février 1999, pp3061-3069.

28. Agence de la biomédecine
L'histoire de l'AMP
Disponible sur : <http://www.procreationmedicale.fr/histoire-de-amp/>
(consulté le 24/02/2010)
29. SAUBADER D.
« Un patient, c'est un tout »
L'EXPRESS, septembre 2204
30. Institut de médecine de la reproduction Marseille
Religion et AMP
Disponible sur : <http://imr-marseille.com/index.php?page=religion>
(consulté le 24/02/2010)
31. Ministère de la Santé et de la Solidarité
Arrêté du 25 janvier 2000 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
Arrêté du 25 janvier 2000 modifiant l'arrêté du 03.04.1985 fixant la nomenclature des actes de biologie médicale.
Journal Officiel de la République Française n° 21 du 26 janvier 2000, pp 1317-1319.
32. Code de la Sécurité Sociale
Article L322-3-12 relatif à la participation de l'assuré aux frais.
33. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
Arrêté du 03.02.2005 apportant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, texte n° 4.
Journal Officiel de la République Française n° 35 du 11 février 2005, p2275.
34. BERNARD J.
De la bioéthique à l'éthique.
PARIS, 1990.
35. Assemblée Nationale, Sénat.
Lois de Bioéthique n° 94-653 et 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don, à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.
36. Agence de la biomédecine
Disponible sur : <http://procreationmedicale.fr> (consulté le 26/02/2010)
37. Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Centre d'AMP

Disponible sur : <http://www.chu-nantes.fr/centre-d-assistance-medicale-a-la-procreation-amp--2399.kjsp?RH=GROUPESEDEMO&RF=9060> (consulté le 26/02/2010)

38.Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

39.Association AMPHORE.

Disponible sur : <http://www.amphore.fr> (consulté le 26/02/2010)

40.Agence de la biomédecine.

Rapport d'activité de l'Agence de la biomédecine 2008.

Disponible sur : <http://agence-biomedecine.fr/article/111> (consulté le 01/03/2010)

41.VIDAL

Le Dictionnaire.

PARIS : VIDAL, 2010.

42.MERVIEL P. et al.

Risques de la stimulation ovarienne et du prélèvement ovocytaire.

Gyneco Obst Fertil, 2009, 37 : 926-933.

43.Association FIVNAT.

Disponible sur :

<http://pagesperso-orange.fr/fivnat.fr> (consulté le 01/03/2010)

44.Agence de la biomédecine

Disponible sur : <http://agencebiomedecine.fr> (consulté le 01/03/2010)

45.DAYAN J., TROUVE C.

Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques.

Spirale, 2004, 32,27-32.

RAMONVILLE SAINT-AGNE : ERES, 2005

46.PLA A., BEAUMEL C.

Bilan démographique 2009.

INSEE PREMIERE, 2010, n° 1276.

47.LEBRUN FRANCOIS.

La place de l'enfant dans la société française depuis le XVIème siècle.

Persée, 1986, 44 : 247-257.

48.BADINTER E.

Le conflit, la femme et la mère.

PARIS : FLAMMARION, 2010.

49.PETIT LINE.

Désir d'enfant.

Spirale, 2004, 32,27-32.

RAMONVILLE SAINT-AGNE : ERES, 2005

50.FREUD S.

Ma vie et la psychanalyse

PARIS : GALLIMARD, 1949

51.BYDLOWSKI M.

Je rêve un enfant.

PARIS : ODILE JACOB, 2000

52.BYDLOWSKI M.

La dette de vie Itinéraire psychanalytique de la maternité.

PARIS : PUF, Le fil Rouge, 6^{ème} édition 2008.

53.BYDLOWSKI M.

Les enfants du désir.

PARIS : ODILE JACOB, 2008.

54.CORCOS M.

Les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence ; Féminité et fertilité : Playdoyer pour une prise en charge conjointe.

Les Journées Techniques Avancées en Gynécologie, Obstétrique, PMA, Périnatalogie et Pédiatrie

Disponible sur : <http://www.lesjta.com/> (consulté le 22/04/2010)

55.WRIGHT et al.

Diagnosis of infertility and psychosocial distress.

Psychosomatic Medecine

56.HARRISSON et al.

Stress and fertility : some modalities of investigations and treatment in couples with explained infertility.

Int. J. Fertil., 1986, 31 : 153-159.

57.WRIGHT J.

Psychosocial distress and fertility : Men and women respond differently.

Fertility and Sterility, 1991, 54 : 975-985

- 58.DANILUK JC.
Infertility : intrapersonal and interpersonal impact
Fertil Steril 1988, 49
- 59.ROGIERS L.
Les cigognes en crise.
BRUXELLES : DE BOECK UNIVERSITE, 1994.
- 60.LABORIE S.
Etude différentielle du « vécu » de la stérilité selon les sexes dans les services d'Aide Médicale à la Procréation.
Pratiques Psychologiques, 2000, 1 : 123-124.
- 61.KERR J. et al.
The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom : results of a survey performed in 1997.
Human Reprod., 1999, 14 : 934-938.
- 62.GOEB J-L. et al.
Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation.
Annales Médico Psychologiques, 2006, 164 : 781-788.
- 63.ALLAOUA MIANNAY D.
Retentissement de la grossesse spontanée et après aide médicale à la procréation sur la sexualité et la vie de couple ; Résultats préliminaires d'une étude prospective à propos de 22 couples sur les comportements sexuels en début de grossesse.
Mémoire : DU d'études biologiques psychologiques et sociales de la sexualité humaine ; Paris, 2007.
- 64.MIMOUN S.
Psychologie masculine et AMP, Chap 24, dans Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique
PARIS : FLAMMARION MEDECINE-SCIENCES, 1999
- 65.GLOVER et al.
Psychological distress before and immediately after attendance at a male sub-fertility clinic.
JR. Soc. Med, 1994, 11 : 21-24.
- 66.BERGER DM.
Impotence following the discovery of azoospermia.
Fertil Steril, 1980, 34 : 154-156.

- 67.CZYBA JC. et al.
Répercussions de la stérilité et de ses traitements sur la sexualité masculine. In : Buvat J., Hemabessiere J. editors.
Perturbations iatrogènes de la sexualité.
Paris : Doin ; 1987, p 89-94.
- 68.REDER F. et al.
Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation ?
J. Gyn. Obs. et Biol. De la Reprod., 2009, 38 : 377-388.
- 69.COEFFIN-DRIOL C.
L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature.
Gyn. Obs.& Fertil., 2004, 32 : 624-637.
- 70.DAVID G.
L'importance d'être père.
Revue Fr. des affaires sociales.
Pères et paternité : n° hors série ; 1988.
- 71.PISON G.
France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans.
Population et sociétés, Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques, mars 2010, n° 465.
- 72.INSEE
Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF02135®_id=0 (consulté le 10/04/2010)
- 73.ROMESTAING P.
Atlas de la démographie médicale en région Pays de Loire.
Situation au 1^{er} janvier 2009
Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre.
- 74.BELAISCH-ALLART J.
Déclin de la fertilité avec l'âge.
Disponible sur : <http://www.menopauseafem.com/doc/811.pdf> (consulté le 20/03/2010)

75.ALLARD et al.

Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro (FIV)
Gyn. Obs. & Fert., 2007, 35 : 1009-1014.

76.JAOUL M. et al.

Prise en charge psychologique des échecs de procréation, au masculin :
une blessure peut en cacher une autre.
Gyn. Obs. & Fert., 2009, 39 : 921-925.

77.LUNION ANGELIQUE.

Entre attente des couples et recommandations : quelle implication possible
pour le médecin généraliste dans la prise en charge de l'infertilité ? :
Enquête d'opinion auprès de 96 couples infertiles.
Thèse : Médecine Générale, Nantes, 2007.

78.LEMLER D.

Le rôle décisionnel du psy.
VIème journée annelle de la SMR, 2004.
<http://www.s-m-r.org/smr6journee> (consulté le 26/04/2010)

79.BALINT M.

Le médecin, son malade et la maladie.
PARIS : PAYOT& RIVAGES, 1996

ANNEXES

Annexe 1

Nantes, le 26 janvier 2009

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la prise en charge du couple infertile, nous réalisons actuellement une étude qui s'intéresse au ressenti du couple

lors de son parcours de soins dans le service de PMA (Procréation Médicale Assistée).

Nous vous proposons de répondre à un questionnaire de manière anonyme ; toutes les données recueillies resteront bien évidemment confidentielles et soumises au secret médical.

Cette étude fera l'objet d'une thèse de doctorat en médecine générale ; les résultats de l'enquête seront librement consultables dans le service.

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à cette étude.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez appeler le numéro suivant : 06 79 15 12 41
ou écrire à l'adresse suivante : marie-pierre.vignaud@wanadoo.fr

Dr Dalila ALLAOUA,
directrice de thèse.

Marie-Pierre VIGNAUD,
interne de médecine générale.

Questionnaire patient

1) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ Entre 25 et 35 ans
- ☐ Plus de 35 ans

2) Quelle est votre profession ?

- ☐ Agriculteur
- ☐ Artisan/commerçant/Chef d'entreprise
- ☐ Cadre et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Employé(e)
- ☐ Etudiant(e)
- ☐ Mère (ou père) au foyer
- ☐ Ouvrier(e)
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Sans profession
- ☐ Autre :

3) Depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ?

- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ 2 ans
- ☐ Entre 2 et 4 ans
- ☐ Plus de 4 ans

4) Avez-vous déjà eu une grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, avez-vous bénéficié de traitements ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, combien y a t-il eu de tentatives ?

Y a-t-il eu des fausses couches ou des grossesses extra-utérines ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, combien ?

5) Depuis combien de temps êtes-vous pris en charge par un centre de PMA ?

6) Avez-vous un médecin généraliste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7) Qui vous a amené à consulter un médecin spécialiste de l'infertilité ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Vous même
- Sur les conseils d'un ami, de la famille
- Autre :

8) Quel traitement suivez-vous actuellement?

- Stimulation
- Insémination avec sperme de conjoint
- Fécondation in vitro
- Fécondation in vitro ICSI

Combien avez-vous fait de tentatives ?

9) Avez-vous déjà eu recours à un suivi psychologique ?

- Oui
- Non

Si oui, à quel moment ?

- Avant la prise en charge de PMA
- Pendant la prise en charge de PMA
- Après la prise en charge de PMA

A quel(s) type(s) de soutien avez-vous eu recours ?

- Suivi avec un psychologue
- Suivi avec votre médecin généraliste
- Suivi avec un psychiatre
- Vous êtes allé(e) voir une association (veuillez préciser laquelle)
- Vous participez à des forums sur Internet
- Autre :.....

Si vous êtes allé(e) voir une association, qu'est-ce que cela vous a apporté ?

Avez-vous fait cette démarche :

- Seul(e)
- En couple
- De votre propre initiative
- Vous avez été adressé(e) par un professionnel de santé (veuillez préciser lequel)

10) Au cours de votre prise en charge, vous a-t-on parlé d'un suivi psychologique possible en cas de difficulté ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, qui vous a donné l'information?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin du centre de PMA
- ☐ Sage-femme du centre de PMA
- ☐ Secrétaire du centre de PMA
- ☐ Autre :

A quel moment ?

- ☐ Lors de la 1ère consultation
- ☐ Lors de la réunion d'information
- ☐ après un échec thérapeutique
- ☐ après plusieurs échecs thérapeutiques
- ☐ à un moment où vous n'alliez pas bien moralement
- ☐ Autre :

Si non, auriez-vous souhaité avoir cette information ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11) Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge psychologique proposée actuellement dans le service de P.M.A.? Merci de préciser votre réponse.

12) Que penseriez-vous de la présence d'un psychologue au sein de l'équipe de PMA ? Veuillez préciser votre réponse.

Annexe 2

Nantes, le 22 juin 2009

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la qualité des soins, nous réalisons actuellement une étude sur la prise en charge psychologique du couple infertile au sein du service d'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) du CHU de Nantes. Nous souhaiterions plus particulièrement connaître, à travers votre expérience, votre ressenti et votre pratique vis à vis de ces couples.

Nous vous proposons donc de répondre à un questionnaire de manière anonyme. Parallèlement, des couples sont interrogés sur leur vécu de l'AMP.

Cette étude fera, par la suite, l'objet d'une thèse de doctorat en médecine générale.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez appeler le 06 79 15 12 41 ou envoyer un mail à l'adresse suivante :

marie-pierre.vignaud@wanadoo.fr

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à cette étude.

Dr Dalila ALLAOUA,

Directrice de thèse.

Marie-Pierre VIGNAUD,

Interne de médecine générale.

Questionnaire

1) Quelle spécialité exercez-vous ?

- ☐ La médecine générale
- ☐ La gynécologie
- ☐ Vous êtes sage-femme
- ☐ L'endocrinologie
- ☐ La biologie de la reproduction
- ☐ Autre :.....

2) Vous êtes :

- ☐ une femme
- ☐ un homme

3) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- ☐ Entre 27 et 35 ans
- ☐ Entre 36 et 45 ans
- ☐ Entre 46 et 55 ans
- ☐ Plus de 55 ans

4) Depuis combien de temps exercez-vous ?

- ☐ Moins de 5 ans
- ☐ Entre 6 et 15 ans
- ☐ Plus de 15 ans

5) Dans le cadre de l'infertilité, suivez-vous plutôt :

- ☐ Des femmes
- ☐ Des hommes
- ☐ Des couples

6) Quel pourcentage de vos consultations l'infertilité représente-t-elle?

- Moins de 10 %
- Entre 10 et 30%
- Plus de 30 %

7) Lorsque vous accompagnez un couple infertile, expliquez-vous le déroulement de la prise en charge en PMA?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

- Vous n'avez pas reçu de formation suffisante dans le domaine de l'infertilité
- Vous pensez que c'est au médecin de la PMA de donner ces informations
- Vous ne disposez pas d'assez de temps lors de la consultation
- Autre :.....

8) De même, informez-vous vos patients de la possibilité d'un suivi psychologique ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle occasion ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Lors de la première consultation et, ce, de manière systématique
- Après un échec thérapeutique
- Après plusieurs échecs thérapeutiques
- Lorsque vous percevez un mal être dans le couple ou chez un des partenaires
- Autre :.....

Si non, pourquoi ?

- Vous ne vous sentez pas à l'aise dans ce domaine
- Vous manquez de temps
- Ce sujet ne vous intéresse pas
- Autre :.....

9) Lorsque vous pensez qu'un accompagnement psychologique est nécessaire pour le couple, que faites-vous ?

- Vous prenez vous-même le couple en charge
- Vous l'orientez vers son médecin généraliste
- Vous l'orientez vers un psychologue
- Vous l'orientez vers un psychiatre
- Vous l'orientez vers une association spécialisée dans le soutien des couples infertiles (veuillez préciser laquelle)

- Autre :.....

10) Pensez-vous que la prise en charge psychologique du couple infertile proposée actuellement dans le service de PMA soit satisfaisante ? Merci de préciser votre réponse.

11) Seriez-vous favorable à la présence d'un psychologue au sein du service de PMA ? Veuillez préciser votre réponse.

Annexe 3



informer **AMPhore** **écouter**

Pour mieux vivre
l'Assistance Médicale à la Procréation

Tél : 02 51 83 18 83
www.amphore.fr
amphore@amphore.fr

partager

accompagner



ASSOCIATION LOI DE 1901
Avec le soutien
du Comité Général
de Loire-Atlantique

AMPhore
PROCRÉATION ASSISTÉE



Pour vous, **AMPhore**, une équipe de professionnels de santé bénévoles propose :

une écoute personnalisée

- Permanence téléphonique du lundi au vendredi : de 11 h à 14 h et de 18 h à 20 h,
- et met à votre disposition :
- Un lieu d'écoute personnalisée pour répondre à vos questions et parler de vos doutes, de vos inquiétudes quelle que soit l'étape de votre parcours,

un lieu d'échange

- Dans des "groupes de parole" animés par un professionnel bénévole où les hommes et les femmes peuvent s'exprimer et partager leur vécu,
- Des soirées-débats ont lieu à la demande des couples et avec la participation de professionnels,

Nantes
Tél : 02 51 83 18 83

Rennes
Tél : 06 69 41 23 02



Internet : www.amphore.fr
E-mail : amphore@amphore.fr

Uniquement pour la correspondance :
46 b, boulevard du Val de Chézine
44800 SAINT-HERBLAIN

Adhésion annuelle à l'association
AMPhore : 35 euros.



Annexe 4



➤ Boissons <

- Qu'avez-vous l'habitude de boire (eau, sodas...) ?
- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?
- Et depuis la grossesse, comment a évolué votre consommation ?

➤ Aliments <

- Quelles sont vos habitudes alimentaires (poissons, viandes, fruits...) ?
- Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?
Si oui, à quelles occasions ?
- Vous arrive-t-il de vomir ?

- ➔ **CONTACTS**
- Addictologie de liaison
02 40 84 65 21
 - UGOMPS : 02 40 08 30 32

Ecoute Alcool
0811 91 30 30

➤ Tabac et cannabis <

- Fumez-vous du tabac ?
- Vous arrive-t-il de fumer du cannabis ou d'autres toxiques ?
- Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?

- ➔ **CONTACTS**
- Addictologie de liaison
02 40 84 65 21
 - UCT : 02 40 16 52 37
 - UGOMPS : 02 40 08 30 32

Tabac Info Service
0825 309 310
Ecoute Cannabis
0811 91 20 20

➤ Autres drogues Médicaments <

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : héroïne, cocaïne, ecstasy ?

- ➔ **CONTACTS**
- Addictologie de liaison :
02 40 84 65 21
 - UGOMPS : 02 40 08 30 32

Drogue Info Service
0800 23 13 13

Ressources dans la maternité : référents

Addictologie de liaison :

Dr Anne CHASSEVENT
Bip : 260 283 / Tél : 02 40 84 65 21

Tabacologie:

Unité de Coordination de Tabacologie : 02 40 16 52 37
GHR/ Cathy MONARD : 83 204

UGOMPS :

Dr Caroline GOSSELIN : 02 40 08 30 32

PROPOSITIONS DU SOIGNANT

- « Nous pouvons vous aider »
- « Je pense que c'est important pour vous et votre bébé »
- « Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler »
- « ...ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé »

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

NOM : VIGNAUD

PRÉNOM : MARIE-PIERRE

TITRE DE THÈSE :

À PROPOS DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DU COUPLE INFERTILE
AU CENTRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DU CHU DE NANTES : ATTENTES DES
PATIENTS ET POSITIONNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Étude prospective réalisée en 2009 auprès de 127 patients et 43 médecins de
Loire-Atlantique.

RÉSUMÉ

Transmettre la vie est l'un des désirs les plus profonds de chaque être humain. Cependant, l'enfant peut se faire attendre. Cette situation, pourvoyeuse de mal-être, va conduire le couple à consulter un spécialiste de l'infertilité. C'est alors le début d'un parcours de soin souvent long et difficile.

Nous avons voulu nous intéresser à ces couples consultant dans le service d'AMP de Nantes mais aussi aux médecins qui les reçoivent.

Notre étude a confirmé la souffrance des patients face aux moments clés de la prise en charge tels que l'annonce du diagnostic, les traitements et les échecs. Elle nous montre aussi la complexité de la prise en charge pour les médecins, qui doivent à la fois être performants techniquement mais aussi être à l'écoute du couple. Le médecin peut parfois avoir besoin d'être aidé par un professionnel de l'écoute afin de gérer au mieux la situation. Un accompagnement psychologique semble donc nécessaire. Les patients comme les médecins sont majoritairement favorables à l'ouverture d'une consultation de psychologue au sein du service d'AMP, sans pour autant qu'elle soit obligatoirement intégrée dans le parcours de soin.

MOTS-CLÉS

Infertilité, parcours de soin, AMP, souffrance, psychologue