



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON

Impact de l'Assistance Médicale à la Procréation sur le
couple et sa sexualité

Mémoire présenté par Fanny Machetto

Née le 24 septembre 1994

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2018



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON

Impact de l'Assistance Médicale à la Procréation sur le
couple et sa sexualité

Mémoire présenté par Fanny Machetto

Née le 24 septembre 1994

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2018

REMERCIEMENTS

A l'issue de ce travail, je tiens à remercier :

Madame Hélène CHORIER, psychologue du service de médecine de la reproduction de l'HFME, experte de ce mémoire, et Mme Caroline GRANGIE-VACHET, sage-femme enseignante à la Faculté de Médecine et Maïeutique Charles Mérieux.

Professeur Bruno SALLE, chef de service de médecine de la reproduction de l'HFME et Professeur Jacqueline LORNAGE, chef de service du laboratoire pour m'avoir accueilli et permis de réaliser mon étude dans leur service.

Mme Anne LE ROUX sage-femme cadre du service de médecine de la reproduction pour ses conseils et son accueil dans le service.

Florence BADIN, Sophie DUMONT, Elsa KAPOUYAN, Caroline PEILLIER, Marie-Pierre PEYRIERE et Maria RONGIER PEREZ, sages-femmes du service de médecine de la reproduction de l'HFME pour m'avoir accueilli, aidé et de m'avoir fait partager leur goût pour leur métier.

Dr Medhi BENCHAIIB, médecin du service de médecine de la reproduction et du laboratoire pour ses conseils précieux pour l'analyse de mes statistiques.

Mme Patricia GIRAUD, sage-femme enseignante à la Faculté de Médecine et Maïeutique Charles Mérieux, pour son implication auprès de la promotion 2018.

Mes correcteurs pour leur patience et leur soutien sans faille jusqu'au rendu de ce travail.

Et celles qui auront su être présentes pour me guider et me conseiller, pour ce mémoire comme pour le reste.

Mais surtout, je souhaite sincèrement remercier les patients ayant répondu à mon questionnaire, ainsi que les couples m'ayant reçu en entretien. Ils auront été la motivation de ce mémoire et ce jusqu'à la fin de sa rédaction.

GLOSSAIRE

AMP : Assistance médicale à la procréation

ASC : Avec le sperme du conjoint

ASD : Avec le sperme d'un donneur

CECOS : Centre d'Etude et de Conservation des œufs humains et du sperme

DHEA : Déhydroépiandrostérone ou prastérone

FIV : Fécondation in vitro

HFME : Hôpital femme mère enfant

IA : Insémination artificielle

ICSI : Intra cytoplasmic sperm injection ou injection intra cytoplasmique du spermatozoïde

PMA : Procréation médicalement assistée

TEC : Transfert d'embryon(s) congelé(s)

TPC : Test post coïtal ou test de Hühner

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. CADRE CONCEPTUEL ET PROBLEMATIQUE	2
1.1. L'AMP en France	2
1.1.1. Définition et cadre légal	2
1.1.2. Les différentes techniques d'AMP et chiffres nationaux	3
1.2. Du désir d'enfant au parcours d'AMP.....	5
1.2.1. Le désir d'enfant.....	5
1.2.2. L'annonce de l'infertilité	6
1.2.3. L'AMP, un parcours du combattant et une remise en cause psychologique.	7
1.3. La sexualité au cœur du processus	8
1.3.1. Le lien sexuel du couple : devoir reproducteur ou droit au plaisir ?.....	8
1.3.2. Mise à nu de la virilité/féminité individuelle ?.....	9
1.3.3. Examens médicaux et dépersonnalisation du corps	10
1.4. Problématique.....	12
2. ETUDE	13
2.1. Méthodologie	13
2.1.1. Objectifs de l'étude et hypothèses	13
2.1.2. Matériel et méthode	13
2.2. Présentation des résultats du questionnaire	18
2.2.1. Description de la population.....	18
2.2.2. Libido, qualité des rapports et satisfaction sexuelle	20
2.2.3. Fréquence des rapports et des orgasmes impact	21
2.2.4. Impact général ressenti de l'AMP sur la sexualité du couple.....	23
2.2.5. Question ouverte	24
2.2.6. Suivi psychologique	26
2.3. Présentation des résultats des entretiens	26
2.3.1. Présentation des couples rencontrés.....	26
2.3.2. Récit du processus d'AMP	27
2.3.3. Aides et difficultés.....	28
2.3.4. Emotions et sentiments	33
2.3.5. Impact sur la sexualité	35
3. ANALYSE ET DISCUSSION	37
3.1. Analyse des résultats.....	37
3.1.1. L'AMP et la sexualité	37

3.1.2.	L'AMP et le vécu du couple	40
3.2.	Propositions.....	42
3.2.1.	Mise en place d'un entretien psychologique systématique.....	42
3.2.2.	Mise en place de groupes de parole	43
3.2.3.	Accompagnement vers des médecines parallèles	44
3.3.	Forces, limites et biais de l'étude	45
3.3.1.	Biais et limites.....	45
3.3.2.	Forces	45
CONCLUSION		46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		47
ANNEXES		

INTRODUCTION

Le 25 juillet 1978 les journalistes du monde entier se réunissent en Grande Bretagne où vient de naître Louise Brown, le premier enfant du monde à être né suite à une fécondation in vitro (FIV). La France suivra moins de 4 ans plus tard avec la naissance de son premier « bébé éprouvette », Amandine née le 24 février 1982 (1). Et bien que l'Insémination Artificielle (IA) ait été utilisée depuis la fin du XIIIème (2), ces grossesses par FIV ont ouvert la voie à la démocratisation d'un nouveau mode de procréation : la Procréation Médicalement Assistée (PMA).

Aujourd'hui, à l'aube des 40ans de Louise Brown, l'assistance médicale à la procréation (AMP) s'est généralisée et dans le monde, plus de 5 millions d'enfants sont nés suite à une FIV. En France près de 150 000 tentatives d'AMP ont lieu chaque année, et selon une étude chaque classe élémentaire française comporterait maintenant un à deux enfants issus de l'AMP (3)(4).

Pourtant, bien que chaque année, toujours plus de couples font appel à la médecine pour obtenir une grossesse, l'AMP reste un processus loin d'être anodin, qui touche ce qu'il y a de plus intime : la sexualité. Comment les couples vivent-ils l'intrusion de ce processus médical dans leur intimité, leur désir d'enfant et leur sexualité ?

Ce mémoire a pour but d'étudier l'impact que peut avoir l'AMP sur le couple et sa sexualité, ainsi que d'essayer d'en comprendre les causes.

Ainsi, dans une première partie, après avoir exposé quelques définitions et données statistiques, une recherche bibliographique sur les mises en jeux psychologiques de l'AMP sera présentée, permettant de comprendre la question soulevée par cette étude. Une deuxième partie présentera l'étude qui a été réalisée, ses tenants et ses aboutissants. Enfin, dans un dernier temps, l'analyse des résultats obtenues sera présenté, ainsi qu'une comparaison avec la littérature à ce sujet.

1. CADRE CONCEPTUEL ET PROBLEMATIQUE

1.1. L'AMP en France

1.1.1. Définition et cadre légal

Selon le Code de la Santé Publique, article L2141-1 « L'Assistance Médicale à la Procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle » (5).

Notons que, selon l'article L 2141-2 (6), l'AMP est accessible aux couples hétérosexuels, dont les deux membres sont « vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesures d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentants. » Elle est proposée aux couples afin de remédier à une infertilité pathologique médicalement diagnostiquée ou afin d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie grave. A l'aube de 2018, elle n'est donc pas accessible aux femmes seules ou aux couples homosexuels, bien que la loi du 17 mai 2013 légalisant le mariage aux couples de même sexe (7) et l'avis du CCNE du 15 juin 2017 (8) ouvre le débat quant à ces deux dernières modalités d'accès en France.

Dans l'arrêté du 12 janvier 1999, relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation, la loi ne précise pas d'âge maximum pour l'accès à l'AMP, le couple doit seulement être « en âge de procréer » (4)(9). C'est l'assurance maladie qui détermine l'âge maximum de remboursement de la femme à 43ans, sans limite d'âge pour l'homme.

Ainsi, pour les couples rentrant dans le cadre légal, l'assurance maladie prend en charge à 100% toutes les procédures d'investigation, 6 inséminations artificielles et 4 FIV par couple. Après 43ans, ou au-delà des 6 IA ou 4 FIV, si l'AMP reste encore possible la loi permet la poursuite des tentatives mais celles-ci ne seront plus remboursées.

Il est important de noter que la stimulation féminine simple, c'est à dire l'injection d'hormones stimulant la production folliculaire et le déclenchement de l'ovulation n'est pas considérée comme faisant partie d'un processus d'AMP. Elle est néanmoins réglementée par la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique (10).

1.1.2. Les différentes techniques d'AMP et chiffres nationaux

Selon le rapport annuel de 2016 de l'Agence de la Biomédecine (4), 24 839 enfants sont nés en 2015 grâce à l'AMP, soit 3,1% des enfants nés en France cette année-là. Ce nombre est en augmentation passant de 2,6% en 2009 à 3,1% en 2014. Cette nouvelle méthode de procréation touche de plus en plus de couples chaque année, avec en 145 255 tentatives en 2015, toutes méthodes confondues.

Cette même année, 5% des enfants nés grâce à l'AMP sont issus de dons (3,9% de dons de spermatozoïdes, 1% de dons d'ovocytes, 0,1% d'accueil d'embryons congelés). A noter que le double don de gamètes est interdit en France par l'article L2141-3 (11).

Le diagnostic conduisant les couples à l'AMP est dans 38% des cas une infertilité mixte, elle est d'origine purement féminine pour 34% et purement masculine pour 20%. Enfin, parfois peut arriver que la cause reste impossible à identifier, c'est le cas chez 8 % des couples (3).

Suite au diagnostic, les techniques d'AMP utilisées sont (3) (12):

- Les inséminations artificielles intra-utérines (IA) : après stimulation ovarienne et déclenchement de l'ovulation, le sperme est injecté à l'aide d'un fin cathéter à travers le col de l'utérus. En 2015, cette technique représentait 37% des tentatives d'AMP avec 54 008 IA. Dans 6% des cas le couple faisait appel à un donneur de sperme (4).
- Les Fécondations in vitro (FIV) : en cas de FIV, après stimulation ovarienne et déclenchement de l'ovulation, les follicules sont ponctionnés afin d'en récupérer les ovocytes. En 2015, 61 341 ponctions ont été réalisées auxquels il faut ajouter 540 en vue de dons (4).

Par la suite, deux méthodes de fécondations qui peuvent être utilisées :

- La FIV simple où les ovocytes et le sperme sont mis en simple contact.
- La FIV avec ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) où un spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte par un technicien. En 2015, les ICSI représentaient 67% des tentatives de FIV (4).

Les embryons sont ensuite mis en incubateur 2 à 6 jours, en attendant d'être inséminés directement dans le col de l'utérus de la patiente. Généralement, 1 à 2 embryons sont inséminés, avec un maximum de 3 selon l'arrêté du 12 janvier 1999 (9).

Dans 3% des FIV les couples faisaient appel à un donneur ou une donneuse (4).

- Le transfert d'embryons congelés (TEC) : Si lors d'une FIV le nombre d'embryons est trop important, il est possible de les « congeler » ou de les « vitrifier ». Ceux-ci pourront alors être inséminés ultérieurement après une préparation hormonale de l'endomètre chez la patiente. Actuellement en France, le nombre de TEC augmente, notamment pour prévenir les grossesses multiples, représentant 21,7% des tentatives d'AMP en 2015, soit 5398 TEC. (4)

S'ils le désirent et s'ils ne souhaitent plus d'autre enfant, il est possible pour les couples de donner leurs embryons congelés. Ils sont alors inséminés à une autre patiente, on parle dans ce cas « d'accueil d'embryon ». Ce don reste pour le moment très peu utilisé avec seulement 145 accueils réalisés en 2015.

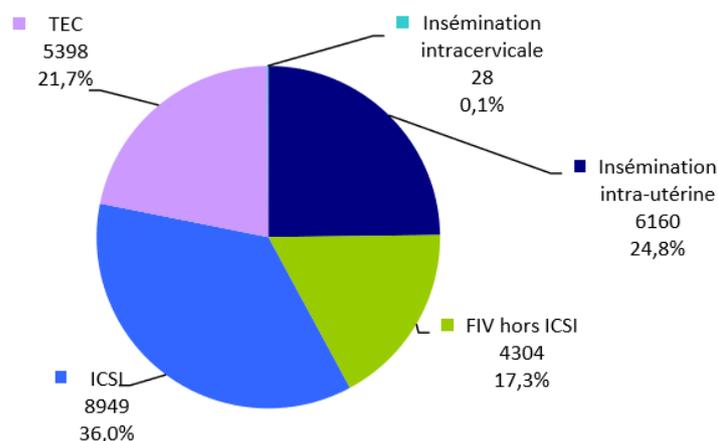


Figure 1 - Part des enfants nés après AMP en 2015 selon les techniques d'AMP quelle que soit l'origine des gamètes et des embryons (n = 24 839) (4)

Pourtant, derrière cette quantité de chiffres vertigineuse et de ces statistiques impersonnelles se cachent des milliers de couples, qui mettent entre les mains des professionnels de santé un des projets les plus importants de leur vie : l'attente d'un enfant. Pour cela, il semble important de s'intéresser aux enjeux psychologiques soulevés par un tel processus.

1.2. Du désir d'enfant au parcours d'AMP

1.2.1. Le désir d'enfant

Le désir d'enfant a longtemps été considéré comme inné et instinctif (13), le projet de grossesse est même considéré chez la femme comme une étape du développement à part entière, un besoin primaire et pulsionnel (14). Abdel-Baki A et Poulin M-J vont jusqu'à évoquer chez la mère un désir insatiable d'enfant (15). De plus, l'idée que l'individu n'existe socialement qu'après être devenu parent est fortement incrusté avant le XXIème siècle et crée un véritable « devoir d'enfant » considéré comme une « norme sociale » (16) (17). J. Arène va jusqu'à dénoncer l'idée de « d'infertilité sociale » chez les couples homosexuels, notamment évoqué lors des débats contre le mariage pour tous (18).

Pourtant, le nombre de bouleversements que connaît aujourd'hui notre société a conduit à un changement du schéma familial traditionnel. Ainsi, les femmes ne sont plus mères au foyer, elles font des études et travaillent au même titre que les hommes. A l'entrée de l'âge adulte, elles s'émancipent et ne sont plus « disponibles » comme par le passé pour la grossesse et s'occuper des enfants. Cela a pour conséquence qu'aujourd'hui, l'enfant n'est plus l'aboutissement inévitable de la vie du couple (19). La décision d'avoir un enfant est désormais bien plus basée sur un désir commun que sur une obligation sociétale. Grâce à l'avènement de la contraception et de l'IVG, la femme moderne doit se confronter au choix de vouloir ou non un enfant (18)(17). Cette évolution sociétale mène à la naissance d'«enfants du désir », sans précédent dans l'histoire de la famille (19). Selon J. Arènes « nous entrons aujourd'hui, pour ce qui concerne l'enfant, dans ce temps du désir », par opposition à une époque où il était quasiment impératif d'avoir des enfants (18). Ainsi, le taux de natalité diminue, passant de 20,6‰ en 1950 à 11,7‰ en 2015. Mais c'est surtout l'âge moyen des femmes, lors de la naissance de leur premier enfant, qui augmente de 28,9ans en 1995 à 30,4ans en 2016 (20).

Selon B. Goussault et B. Jacob « Le projet d'enfant est un projet de couple qui souhaite un prolongement de lui-même » (16). Mais qu'en est-il quand l'enfant ne vient pas ?

1.2.2. L'annonce de l'infertilité

L'avènement du contrôle des naissances par la contraception prépare implicitement les couples à « choisir » la date de la survenue de la grossesse. Selon L. Roegiers « Le droit négatif de limiter les naissances s'est mué en droit positif d'avoir un enfant quand je veux » (19). Cela permet alors au couple d'attendre de partager un véritable désir d'enfant. En revanche, ce nouveau contrôle possible, rend la situation d'échec plus brutale, car le couple ne l'admet pas (21). Habitué à une maîtrise totale de leur vie et de leur corps, quand l'enfant ne vient pas, c'est ce contrôle qui leur échappe. Aujourd'hui, 15 à 20% des couples cherchant à mettre au monde un enfant n'y parviennent pas après un an d'essais (3). Cette découverte provoque un réel effondrement des projets communs et entrave leur projection dans l'avenir, constitutif de leur identité même de couple. De plus, l'impossibilité de transmettre ce que leurs propres parents leur ont transmis et de créer à leur tour une famille, engendre « l'idée d'une difficulté à devenir adulte ». L'annonce de l'infertilité est vécue comme un vrai choc, d'autant plus qu'elle ne se découvre pas en un jour. Des mois, voire des années de tentatives entraînent une véritable tension autour de ce désir d'enfant. C'est un long processus, fait d'attentes, d'espoirs et de déceptions (16).

Selon une étude, 50 % des femmes et 15 % des hommes décrivent ce processus comme l'épreuve la plus déstabilisante de leur vie (22). Mais pourquoi une telle différence entre les sexes ? Bien longtemps et dans de nombreuses sociétés, la responsabilité de l'infertilité du couple fut considérée comme seulement féminine (21)(23)(24)(25)(26). F. Héritier soulève l'hypothèse « d'une volonté de contrôle de la reproduction de la part de ceux qui ne disposent pas de ce pouvoir si particulier », soit du sexe masculin (25). Et bien qu'il soit désormais clairement établi que l'infertilité est l'affaire de l'homme autant que de la femme, une différenciation sociale reste distincte quant à l'infertilité selon le sexe (27). Aujourd'hui encore, la femme est la première à subir les examens, l'infertilité masculine étant envisagée qu'en deuxième recours (26). De ce fait, la médiatisation de l'infertilité va très souvent dans le sens d'une « psychologisation et d'une responsabilisation de la stérilité de la femme » alors qu'il implique des causes extérieures et environnementales à la stérilité de l'homme (21).

Par conséquent, le processus de « deuil de grossesse » dite « naturelle » n'est pas vécu de la même manière chez les deux membres du couple. Elle reste néanmoins violente pour chacun et crée aisément un sentiment de culpabilité de la part de celui qui est diagnostiqué comme « infertile ». S. Bourdet-Loubère et A-V. Mazoyer parlent de ce sentiment comme d'un « crime d'infertilité » envers le conjoint ou la famille à qui on ne

peut offrir cet enfant qui est pourtant « dû » (28). L'annonce est décrite par les couples comme un choc violent, une « gifle » qui « assomme » (26). Pour aller plus loin, l'infertilité peut être vécue par certains comme une malédiction (24)(25).

1.2.3. L'AMP, un parcours du combattant et une remise en cause psychologique

Le désir d'enfant, valorisé par la communauté et dont l'évidence semble incontestable, lorsqu'il est entravé par l'infertilité, attend de la société un droit à une « assistance à la procréation » (18)(27). L'AMP n'est plus attendue comme traitement d'un dysfonctionnement du corps, mais comme un service permettant de satisfaire le désir du couple ne pouvant pas avoir d'enfant naturellement. Selon J. Arènes « Elle devient alors opératrice sociale, au service d'une chirurgie plastique des formes familiales » (18). Ainsi, l'AMP n'est plus qu'un simple moyen de compenser ce que la nature n'arrive pas à faire seule, elle devient un nouveau modèle procréatif (29) et favorise l'essor d'une parentalité dite « moderne » (28).

Ce modèle engendre également de nouvelles questions : « Qu'est ce qui fera de moi le parent de cet enfant ? » (28). Une nouvelle fois la question du désir d'enfant s'impose (23) et une remise en cause de la grossesse et de la parentalité s'opère chez le couple au moment où il décide de passer par un processus d'AMP. Ce questionnement provient de l'extérieur par la prise de conscience imposée par les consultations et examens médicaux, mais aussi de l'intérieur, car il débute généralement au moment de la découverte de l'infertilité et crée des questions anxieuses « Pourquoi ne puis-je pas avoir d'enfant seul(e) ? ». (23)

Avoir recours à l'AMP est une expérience marquante, voire traumatisante, elle peut être vécue comme un véritable « parcours du combattant » (16)(30)(26). Elle rythme la vie du couple pendant des mois, voire des années. L'emploi du temps s'adapte en fonction des traitements et c'est tous les aspects de la vie qui s'en trouvent modifiés (30). De plus, le corps est également malmené. Les examens sont nombreux, anxiogènes et pénibles physiquement. Les traitements hormonaux donnent, par exemple, des effets secondaires très inconfortables pour les patientes (douleurs, gonflements). Dans son étude, E. De La Rochebrochard soulève que 49,9% des patientes d'AMP considère que la ponction ovocytaire est la partie la plus pénible du processus, puis viennent les injections (24,3%), les prises de sang (14,9%) et enfin les examens radiologiques (5,5%) (30).

De plus, la longueur du processus est difficile à supporter par les patients. Pourtant la temporalité est un aspect très important chez les couples en parcours d'AMP (30). En effet, l'AMP est une course contre l'horloge biologique de la femme auquel le couple participe. La grossesse se doit d'arriver avant le 43^{ème} anniversaire de la femme, au risque de se voir refuser une nouvelle tentative.

Enfin l'AMP est un parcours très anxiogène, il est décrit comme l'un des aspects les plus difficiles à supporter par les patients. En effet le stress est le premier sentiment décrit par les couples, suivis de peu par l'espoir (31). Les sentiments se mêlent, et les échecs à chaque cycle menstruel sont très compliqués à vivre et sont sources d'une vraie détresse psychologique, notamment lors des premières tentatives de FIV. (32)

En conclusion, ce parcours surprend les couples qui ne s'attendent pas à un investissement physique et psychologique aussi important, pour des chances de réussites relativement faibles (30). Mais alors, pourquoi les couples dont l'AMP est vécue comme un vrai traumatisme, ne choisissent-ils pas la solution de l'adoption ? Selon E. Weil, pour ces couples, c'est la grossesse qui fabrique l'enfant par toute la psyché qui lui est transmise pendant cette période. « L'enfant, c'est celui qui est fabriqué par le sperme du père, nourri par le ventre de la mère, l'amour et le désir des parents » (23).

1.3. La sexualité au cœur du processus

1.3.1. Le lien sexuel du couple : devoir reproducteur ou droit au plaisir ?

Une des facultés caractéristiques de l'humain est de différencier l'acte sexuel de l'acte procréatif, l'Homme est ainsi une des seules espèces à avoir des rapports sexuels simplement pour éprouver et procurer du plaisir. Pourtant, pendant longtemps et notamment au XIX^{ème} siècle, la société occidentale et la religion ne considéraient l'acte sexuel au sein du couple que comme un moyen de procréation (33). Par cela, seul le rapport sexuel au pouvoir reproducteur, c'est-à-dire la pénétration vaginale après le mariage était préconisé (34)(33). La relation sexuelle du couple s'apparentait à « un sanctuaire et un autel où se déroule l'acte sacré de la reproduction » (35). Il était conseillé au mari d'avoir avec son épouse un minimum de relations sexuelles « hygiéniques » sans recherche de plaisir ou d'érotisme, les plaisirs de la chair étant réservés aux maîtresses. « Il ne fallait pas confondre celle que l'on épousait et celle avec laquelle on avait des relations sexuelles satisfaisantes » (36). La femme respectable ne recherchait pas le

plaisir sexuel, elle s'épanouissait simplement par son statut de mère et non d'amante. Un plaisir sexuel trop important pouvant la rendre hystérique.

Par la suite, « l'idéal du mariage d'amour » et la place de la femme dans le couple et la société ont inversé le rapport qu'il y avait entre mariage et sexualité (37)(36). Selon l'INSEE, de 1970 à 2016 le taux de nuptialité est passée de 7,8‰ à 3,6‰, et en parallèle l'âge moyen du premier mariage de 24,7 ans pour les hommes et 22,6 ans pour les femmes à respectivement 37,8 et 35,3 (38). C'est donc lentement, dès la fin du XIXème, que l'épouse devient maîtresse et amante (36). Le mariage perd de son importance, la sexualité s'envisage en dehors de toute union et le choix du partenaire devient la norme. De plus, l'émancipation sexuelle de la fin du XXème siècle et l'avènement de la contraception, confirment l'essor d'une nouvelle sexualité « pour le plaisir », libérée des menaces reproductives (39)(28)(40). La sexualité de couple elle aussi évolue et se tourne désormais vers une vraie recherche de plaisir. Elle est alors au cœur de la relation conjugale si bien que P-L. Assoun évoque un « lien sexuel du couple » (41) et que selon M. Bozon l'état de la sexualité précise l'état de la relation de couple.

Pourtant, même après cette révolution sexuelle, l'idée que la relation sexuelle peut être source de procréation ne peut être ignorée, car elle fait partie « du sens total de la sexualité » (29). Le lien entre procréation et sexualité est d'autant plus fort chez le couple qu'il est sublimé par l'amour conjugal, lui-même donnant naissance au désir d'enfant. L'acte sexuel, comme preuve d'amour à son partenaire, potentialise un pouvoir commun de grossesse (42). Pour aller plus loin, selon L. Ravez, il existerait dans le couple un droit mutuel du corps de l'autre, source du « devoir conjugal » et de ce devoir doit pouvoir naître une dépendance (37).

La parentalité est fondée sur des représentations et fantasmes en lien avec la sexualité. Mais qu'en est-il quand le corps ne suit pas et que la sexualité devient infertile ? Quel est le vécu de ces couples, passant « d'une sexualité sans enfant à un enfant sans relation sexuelle » (28)?

1.3.2. Mise à nu de la virilité/féminité individuelle ?

Pour les couples entrant dans un parcours d'AMP, dès les premiers rendez-vous la question de la sexualité est posée afin de savoir si elle est la cause de l'infertilité : nombre de rapports, libido, impuissance, éjaculation précoce, vaginisme. L'intimité du couple est disséquée, mise à nu. Cette remise en question peut porter atteinte à l'image que le couple a de lui-même, au point même, qu'individuellement l'homme et la femme

puissent ressentir une remise en cause de leur virilité/féminité (26), « symboles de l'identité sexuelle et de l'intégrité physique des individus » (16). « L'équilibre narcissique » de chacun est remis en cause : « Si je ne peux avoir un enfant sans aide extérieure, qu'est ce qui fait de moi un homme/une femme ? » (24). De plus, en processus d'AMP, l'individu infertile se voit demander une aide extérieure, à un(e) médecin, qui apportera l'enfant qu'il ne peut offrir lui-même à son conjoint (26). Cette démarche remet en question la place même de l'homme ou de la femme dans le couple vis-à-vis de son partenaire.

Dans certaines sociétés, comme au Burkina Fasso, la femme infertile est considérée comme immature et ne possède que des droits d'enfant, alors qu'à l'inverse, la femme féconde est honorée et glorifiée (24)(25). Dans un tel contexte, la question s'impose : comment avoir une sexualité épanouie quand, infertile, sa propre féminité, son statut de femme est remis en question ? « Comment être femme sans être mère ? » (24).

De plus, chez l'homme, le pénis infertile est considéré comme « mort », impuissant (25). C'est par la grossesse de sa femme qu'un homme apporte la preuve qu'il accomplit son « devoir conjugal » auprès de sa compagne, la preuve de sa puissance sexuelle (43). De ce fait, l'infertilité provoque un sentiment d'impuissance : au sens littéraire et sexuel du terme (26). Remettant en cause ce qui fait la virilité de l'homme, l'infertilité est taboue, le conduisant à être tenté de ne pas en parler, de le cacher afin de se protéger des jugements de son entourage. Celle-ci fait alors ressurgir l'angoisse de la castration survenant « dans sa forme la plus biologique ». Les hommes témoignent d'un sentiment d'avoir « quelque chose en moins que les autres hommes ». De plus, lors d'un processus d'AMP la femme recevant les traitements, c'est elle qui devient actrice du couple, laissant l'homme à une place secondaire, peu valorisante (26).

1.3.3. Examens médicaux et dépersonnalisation du corps

Outre la blessure narcissique que provoque l'infertilité, l'AMP en elle-même est une épreuve en soit pour la sexualité. En effet, les examens médicaux sont très intrusifs dans la sexualité du couple, mais aussi dans la sexualité individuelle.

Depuis l'enfance, il est enseigné aux petites filles et aux petits garçons que leur sexe est intime et qu'il doit rester caché. Plus tard, la sexualité est décrite comme une activité secrète, qui ne doit se faire que dans une sphère privée, créant une « invisibilité ordinaire des actes sexuels ». La mention même de l'acte sexuel est taboue, et la sexualité ne se décrit que par métaphores (44).

Pourtant, dès les premiers entretiens, dès les premiers examens d'AMP, la sexualité du couple est dévoilée au « grand jour ».

Aujourd'hui beaucoup moins pratiqué, le test de Hühner ou TPC (test post coïtal) était autrefois très répandu. Il nécessitait au couple d'avoir un rapport avec éjaculation masculine à une heure donnée, permettant d'examiner l'interaction du sperme avec l'appareil génital féminin. Ainsi, le personnel médical est au courant que le couple a eu un rapport la veille, l'invisibilité est levée et les rapports deviennent affaire publique.

De plus, pour permettre l'étude du spermogramme un recueil de sperme est obligatoire, et malgré le fait que les protocoles évitent de mentionner la dimension érotique de la méthode, l'excitation sexuelle est pourtant incontournable (45). L'autoérotisme et la masturbation ont longtemps été stigmatisés voire interdites par la société occidentale. Pourtant lors de cet examen il est demandé à l'homme de se masturber, l'acte étant même « remboursé par la Sécurité Sociale » (45). On attend alors de l'homme qu'il puisse éprouver une excitation sexuelle sur commande, dans un lieu inadapté et avec un temps restreint. L'intimité doit être mise de côté pendant un temps. Lors d'une étude, A. Giami a révélé que le l'adjectif « glauque » était le plus fréquemment utilisé par les hommes pour décrire le recueil de sperme (45). Ainsi le prélèvement peut être si mal vécu par les hommes, que certains repousseraient l'examen et se sentiraient soulagés de devoir bénéficier d'un don de sperme et ainsi d'éviter le recueil (45)(26).

Pour ce qui est des examens gynécologiques, c'est son corps entier que la femme « délaisse » au corps médical : palpation des seins, touché vaginal, échographie endovaginale, sont autant d'examens avec une connotation sexuelle forte (46)(39). C'est d'ailleurs la « disponibilité » et l' « accessibilité » de l'appareil reproducteur féminin qui a permis l'avancé des recherches en médecine de la reproduction (27). De plus, comme le corps de la femme est celui qui accueille la fécondation et la gestation, c'est lui qui est le plus mis à contribution lors d'un parcours de PMA. C'est celui qui reçoit les traitements hormonaux, qui est épié quotidiennement afin de connaître le « moment idéal », mais aussi qui passe au bloc opératoire pour la ponction d'ovocyte et enfin qui est inséminé en fin de parcours (27).

En somme, le couple vit une véritable dépersonnalisation du corps, qui est considéré comme une « une machine à reproduire » et à fabriquer des gamètes. Dans un tel parcours, et malgré les efforts des soignants, il est difficile de totalement prendre en compte la pudeur ou les émotions des patients (30). De plus, la sexualité se programme, se calcul. Les actes sexuels qu'ils soient partagés ou solitaires sont prescrits par le corps médical.

1.4. Problématique

Le XXème siècle a été marqué par l'évolution du statut de la femme dans l'intimité du foyer familial, ainsi que par l'avènement de la contraception permettant un nouveau contrôle des naissances. Pour les couples, cela a eu pour conséquences une nouvelle façon d'envisager la grossesse. En effet, désormais le désir d'enfant est une question qui se pose et un réel choix qui se décide. Pourtant, dans cette nouvelle société du contrôle, lorsque l'enfant ne vient pas, c'est un choc brutal pour le couple. L'infertilité, imprévu et culpabilisatrice pousse les couples à la porte d'un monde qu'il n'avait pas prévu : l'AMP. C'est alors un parcours long, invasif et compliqué que le couple doit traverser, avec l'espoir qu'à la clé, une grossesse permettra la naissance d'un enfant.

Au centre de ce parcours : l'intimité du couple. La relation conjugale est mise à l'épreuve et la sexualité est au cœur du processus. L'infertilité remet en cause l'identité sexuelle de chacun, la médicalisation des rapports compromet la spontanéité et les examens sont invasifs, voir traumatisants.

Ainsi, aux vues de ces éléments, quel est l'impact réel de l'AMP sur la sexualité du couple ? Quel est le vécu du couple en parcours d'AMP ? Qu'est ce qui modifie ou au contraire préserve sa sexualité ?

2. ETUDE

2.1. Méthodologie

2.1.1. Objectifs de l'étude et hypothèses

L'objectif principal de l'étude était d'étudier si un processus d'AMP pouvait avoir un impact sur la sexualité du couple.

L'objectif secondaire était de comprendre le vécu du couple et d'identifier ce qui pouvait impacter sur sa sexualité lors du processus.

2.1.2. Matériel et méthode

L'étude a été réalisée dans le service de médecine de la reproduction à l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) de Lyon, l'un des plus grands centres d'AMP de France. L'HFME possède également un CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des œufs humains et du sperme).

2.1.2.1. Questionnaire

Type d'étude

Pour étudier l'impact de l'AMP sur la sexualité du couple une étude transversale paramétrique a été réalisée à l'aide de la distribution d'un questionnaire, afin de comparer de façon qualitative la sexualité avant et après le début du processus d'AMP.

Population

L'étude s'intéressait aux couples engagés dans un parcours d'AMP dans le service de médecine de la reproduction de l'HFME ayant déjà commencé l'étape des traitements par stimulation hormonale. Les couples ayant recours à une stimulation ovarienne simple ont

été inclus dans la population cible, bien que par définition la stimulation ne relève pas de l'AMP.

Les critères d'exclusion retenus étaient la présence chez l'un des deux membres du couple d'antécédents de troubles de la sexualité ou de troubles psychiques ou psychiatriques. En effet, de tels antécédents impactant à eux seuls la sexualité du couple, ils représentaient un biais trop important pour les inclure dans l'étude. Si un seul membre du couple répondait au questionnaire et que celui-ci ne présentait pas d'antécédent, il n'était alors pas exclu de l'étude.

Enfin, de par l'anonymat de la salle d'attente au moment de la distribution, deux types de patients se sont vus recevoir un questionnaire mais n'ont pas été comptabilisés dans la réception des données : les patientes en processus de conservations de gamètes avant un traitement pouvant nuire aux gamètes et les patientes en procédure de don d'ovocyte.

Outils

Le questionnaire a été réalisé à l'aide des recherches bibliographiques permettant de soulever les points qui semblaient importants à étudier. En effet, une étude a démontré qu'il existait un manque important de questionnaires validés et standardisés dans le domaine de la sexualité (47).

Il a été prétesté sur cinq patients, ce qui a permis de le modifier afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de biais de compréhension.

Le questionnaire présentait 19 questions : dont 8 de fiches signalétiques, 10 relatives au sujet d'étude et 1 question ouverte permettant au patient d'émettre des remarques si celui-ci le souhaitait.

Pour commencer, 3 questions demandaient au patient d'évaluer, à l'aide d'une échelle de valeur, sa libido, la qualité et sa satisfaction face à ses relations sexuelles avec son conjoint avant et pendant le parcours d'AMP. Les questions portant sur des notions très personnelles et non comparables d'un individu à l'autre, le but était de mettre en avant une modification du ressenti du patient pendant le processus d'AMP et non pas de faire une moyenne générale des réponses.

Par la suite, 2 questions avaient pour but d'évaluer la modification chez le patient de la fréquence de ses orgasmes et des rapports sexuels avec son conjoint. Ensuite, une 3ème question permettait au patient d'évaluer, si selon lui, l'AMP avait eu un impact sur la sexualité de son couple.

Pour finir, 2 questions permettaient d'étudier le nombre de patients ayant bénéficiés d'un suivi psychologique lors du processus d'AMP et si cela leur avait semblé bénéfique. Il a également été étudié si un suivi psychologique leur avait été proposé lors d'une consultation d'AMP.

Le questionnaire était mixte et devait être rempli par chacun des deux membres du couple individuellement. Ainsi, ils étaient distribués par deux et appariés par un code commun.

Collecte des données

Afin de rencontrer de façon aléatoire les couples, quelle que soit la méthode d'AMP et leur nombre de tentatives, les questionnaires étaient distribués le matin dans le service de médecine de la reproduction de l'HFME lorsque les patientes en traitement réalisaient les échographies endovaginales (permettant de contrôler la taille de leurs follicules ou l'état de leur endomètre en cas de TEC). En effet quelle que soit le type d'AMP, la semaine précédant l'intervention, toutes les patientes réalisent obligatoirement au moins une échographie endovaginale et reviennent généralement plusieurs fois faire un contrôle à quelques jours d'intervalle.

Le questionnaire était remis aux deux membres du couple s'ils étaient présents, dans le cas contraire, la femme se voyait remettre deux questionnaires et était invitée à rapporter celui de son conjoint ultérieurement, lors d'un prochain contrôle échographique.

La distribution des questionnaires eût lieu du 15 octobre 2017 au 15 février 2018 sur une quinzaine de matinées. Ainsi, 300 questionnaires ont été distribués et 96 ont été collectés, soit un taux de réponses de 32%.

Traitement des données

Les données collectées ont été analysées à l'aide du site internet BiostaTGV (48).

Pour analyser les résultats des questions 9 à 11, un test de Mac Nemar a été utilisé. Il permettait de comparer la sexualité du patient et de son couple avant et après le début du processus d'AMP. Pour permettre l'analyse, l'échelle initialement proposée dans le questionnaire a été divisée en deux. Ainsi, une réponse comprise entre 0 et 5 correspondait respectivement à : une libido basse, une qualité des rapports sexuels faible et une satisfaction faible. Une réponse comprise entre 6 et 10 correspondait à : une libido forte, une qualité des rapports haute et une satisfaction haute.

De plus, plusieurs paramètres ont été analysés, cherchant à faire ressortir ce qui pouvait impacter ou non la sexualité du couple :

- Le sexe
- Le temps du parcours : plus ou moins de 2 ans d'AMP
- La parité : avec ou sans enfant
- La méthode d'AMP en cours : FIV ou d'IA (la stimulation n'étant pas analysable au vu du faible nombre de réponses de patients en traitement pour cette méthode)
- Le nombre de tentative d'AMP : première ou plusieurs tentatives

Le faible nombre de représentations dans l'échantillon n'a pas permis d'étudier certains paramètres qui auraient pourtant été intéressants, tel que le fait de bénéficier d'un suivi psychologique, de faire appel à un don de gamète ou en fonction du membre du couple qui a été diagnostiqué infertile.

Le seuil de significativité retenu a été une p value < 0,05.

2.1.2.2. *Entretien*

Type d'étude

Afin d'essayer de comprendre le vécu des couples ayant eu recours à une procédure d'AMP et ce qui peut impacter sur leur sexualité, deux entretiens semi-directifs ont été réalisés avec deux couples.

Population

La population ciblée était les couples ayant obtenu une grossesse après un processus d'AMP dans le service de médecine de la reproduction de l'HFME et ayant entamé le deuxième trimestre de grossesse. Cela permettait de rencontrer des couples ayant un vécu complet du parcours, permettant le recul nécessaire pour partager avec le plus d'impartialité leur histoire, éloignés du stress de l'échec et de la peur de la perte de la grossesse imputée au premier trimestre.

Les critères d'exclusion étaient la présence d'antécédents de troubles de la sexualité ou de troubles psychiques et psychiatriques. De plus, si les patientes présentaient pour la grossesse actuelle une pathologie ou des consultations particulières pouvant laisser penser à un vécu difficile, elles n'ont pas été contactées afin de préserver leur sérénité.

Outils

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, élaboré afin de permettre au couple de partager le plus librement possible son vécu. Les questions relatives aux points non abordés étaient posées par la suite.

L'entretien était prévu en trois temps : une première partie avec les deux membres du couple afin de partager leur histoire et leur vécu commun. Par la suite chacun des deux membres du couple passait un entretien individuel, afin de faire ressortir le vécu personnel du processus.

Collecte des données

Dans un premier temps, ont été étudiés, tous les dossiers des couples dont la femme avait obtenu des β hCG (marqueurs hormonaux du début de grossesse) positifs après une procédure d'AMP lors des mois d'avril à juillet 2017. Les couples étaient contactés par mail si : l'adresse mail était présente dans le dossier, la grossesse avait été diagnostiquée évolutive à la 6^{ème} semaine de grossesse et si la patiente présentait un dossier informatisé sur le logiciel Easily qui permettait de confirmer que la grossesse actuelle était toujours en cours et physiologique.

Ainsi 38 couples ont été contactés, par mail, au mois de novembre 2017 et relancés au mois de janvier 2018. 2 ont accepté l'entretien, soit un taux de réponses favorables de 5,3%. Les entretiens ont eu lieu au mois de novembre 2017 et février 2018.

Le choix du lieu d'entretien a été laissé aux couples, qui tous deux ont souhaité qu'il se déroule à leur domicile. Les échanges ont été enregistrés par dictaphone avec l'accord des participants après que la notion d'anonymat avait été rappelée avant le début de l'enregistrement.

Les entretiens duraient entre 1h07 et 52min.

Traitement des données

Dans un premier temps, les entretiens ont été entièrement retranscrits et analysés une première fois à la main. Par la suite, le logiciel Sonal a été utilisé pour faire ressortir les points récurrents des discours en utilisant une analyse chronométrique.

2.2. Présentation des résultats du questionnaire

2.2.1. Description de la population

Sur 96 réponses, 7 dont 2 couples, présentaient un des critères d'exclusion et n'ont donc pas été retenus.

Sur les 89 réponses restantes, 69,6% (n = 62) provenait de femmes et 30,4% (n = 27) d'hommes. L'âge moyen de la population était de 34,6 ans, 33,7 pour les femmes et 36,8 pour les hommes.

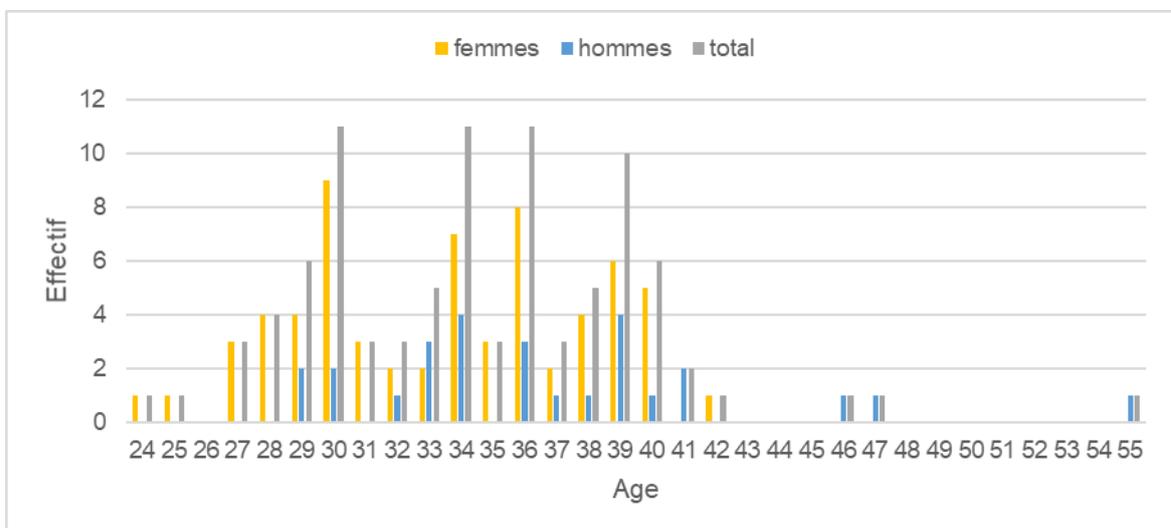


Figure 2 – Répartition de l'âge en fonction du sexe

Pour 51,7% des réponses les deux membres du couple ont répondu (23 couples), les 50,3% restant étant des femmes dont le conjoint n'a pas rendu de questionnaire.

76,4% (n = 68) des participants n'avait pas d'enfants, 15,7% (n = 14) avait déjà eu un/des enfant(s) avec leur conjoint actuel par une méthode d'AMP et 7,8% (n = 7) sans l'aide d'AMP.

Les diagnostics ayant conduits les participants à avoir recours à un processus d'AMP étaient : un trouble du spermogramme pour 36% (n = 32), un trouble ovulatoire ou un trouble hormonal féminin (dont le syndrome des ovaires polykystiques) pour 27% (n = 24), une malformation ou un dysfonctionnement de l'appareil génital féminin (dont l'endométriose) pour 12,3% (n = 11), une cause indéterminée pour 10,1% (n = 9), une cause mixte pour 8,9% (n = 8) et enfin une cause autre non précisée pour 5,6% (n = 5).

La méthode d'AMP utilisée était dans 70,8% (n = 63) des cas une FIV avec le sperme du conjoint, dans 11,2% des cas (n = 10) une insémination artificielle avec le sperme du conjoint, dans 7,9% des cas (n = 7) une FIV avec le sperme d'un donneur, dans 4,5% des cas (n = 4) une FIV avec don d'ovocyte, dans 4,5% des cas (n = 4) une stimulation simple et enfin dans 1,1% des cas (n = 1) une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur.

23% des participants (n = 21) étaient en processus d'AMP depuis moins de 1 an, 27% (n = 24) depuis 1 à 2 ans, 21,3% (n = 19) depuis 2 à 3 ans et enfin 28% (n = 25) depuis plus de 3 ans.

En moyenne les participants avaient fait 2,5 tentatives d'AMP et pour 46% d'entre eux (n = 41) c'était la première. En cas de précédente(s) grossesse(s) obtenue(s) par AMP, le nombre de tentatives demandées ne comptabilisait pas celles effectuées pour l'obtention de celle(s)-ci.

Tableau I – Caractéristique de l'échantillon

		%	n =
Sexe	Femme	69,6%	62
	Homme	30,4%	30,4
Appariement	Femme seule	50,3%	43
	Homme seul	0,0%	0
	Couple	51,7%	46
Parité	Pas d'enfant	76,4%	68
	Enfant avec AMP	15,7%	14
	Enfant sans AMP	78,0%	7
Diagnostic	Trouble du spermogramme	36,0%	32
	Trouble ovulatoire ou trouble hormonal féminin	27,0%	24
	Malformation ou dysfonctionnement de l'appareil génital féminin	12,3%	11
	Mixte	89,0%	8
	Indeterminé	10,1%	9
	Autre non précisé	5,6%	5
Méthode d'AMP	FIV ASC	70,8%	63
	FIV ASD	7,9%	7
	FIV avec DO	4,5%	4
	IA ASC	11,2%	10
	IA ASD	1,1%	1
	Stimulation simple	4,5%	4
Durée de l'AMP	< 1an	23,0%	21
	1 à 2 ans	27,0%	24
	2 à 3 ans	21,3%	19
	> 3 ans	28,0%	25

2.2.2. Libido, qualité des rapports et satisfaction sexuelle

2.2.2.1. *Libido*

L'analyse des données (**annexe 3, tableaux II à XII**) permet de mettre en évidence une différence significative de la libido après le début d'un processus d'AMP pour 5 catégories différentes de l'échantillon : les hommes ($p = 0,02$), les patients en AMP depuis moins de 2 ans ($p = 0,002$), les patients ayant déjà des enfants ($p = 0,007$), les patients en processus d'IA ($p = 0,02$), et les patients en première tentative d'AMP ($p = 0,006$).

2.2.2.2. *Qualité des rapports avec le conjoint actuel*

L'analyse met en évidence (**annexe 3, tableaux XIII à XXIII**) une différence significative dans la qualité des rapports sexuels du participant avec son conjoint pour : les femmes ($p = 0,0001$), les hommes ($p = 0,01$), les patients en AMP depuis moins de deux ans ($p = 0,01$), les patients ayant déjà des enfants ($p = 0,02$), les patients sans enfants ($p = 0,0001$), les patients en processus de FIV ($p = 0,0001$) et d'IA ($p = 0,02$), les patients dont c'est la première tentative ($p = 0,001$) mais aussi ceux dont ce n'est pas la première tentative ($p = 0,002$).

2.2.2.3. *Satisfaction sexuelle*

L'analyse a permis de démontrer (**annexe 3, tableaux XXIV à XXXIV**) une différence significative de la satisfaction sexuelle générale chez : les hommes ($p = 0,01$), les patients en AMP depuis moins de 2 ans ($p = 0,005$) et plus de deux ans ($p = 0,0001$), les patients ayant déjà eu des enfants ($p = 0,01$), les patients en processus d'IA ($p = 0,07$), Les patients dont c'est la première tentative ($p = 0,005$) et enfin les patients dont ce n'est pas la première tentative ($p = 0,0005$).

2.2.3. Fréquence des rapports et des orgasmes impact

2.2.3.1. Fréquences des rapports sexuels

Les résultats de l'étude rapportent que 34,8% des patients interrogés considèrent que la fréquence de leurs rapports sexuels avec leur conjoint à un peu diminué et 34,7% considèrent qu'elle a beaucoup diminué.

Si la majorité des catégories de patients déclare que la fréquence de leurs rapports a un peu diminuée, les hommes (40,7%), les patients ayant déjà eu des enfants (38,1%) et les patients en processus d'IA (72,7%) pensent à la majorité que la fréquent a beaucoup diminuée.

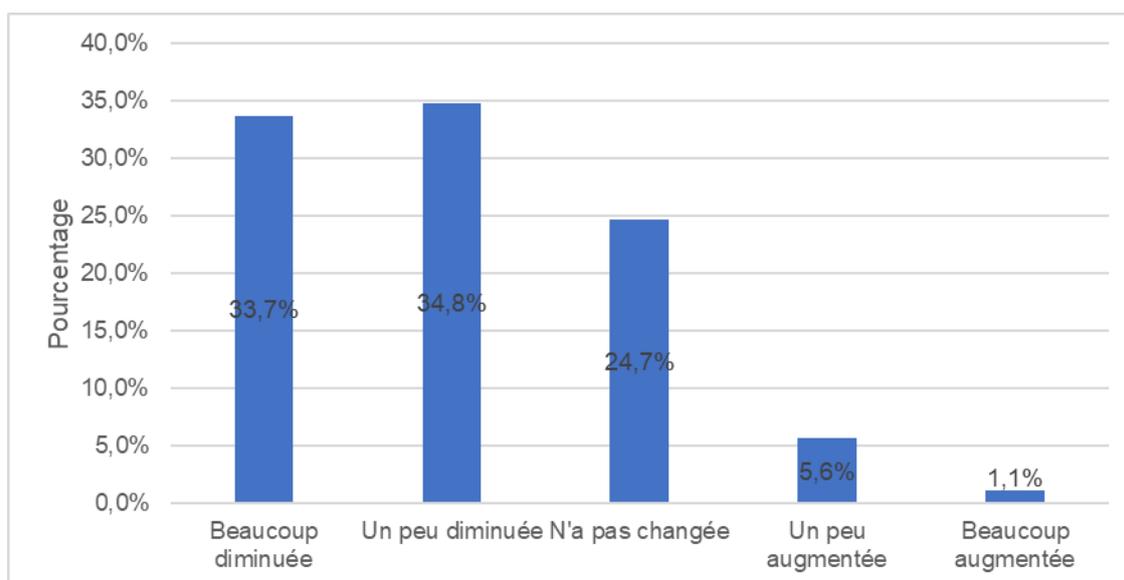


Figure 3 – Evaluation de la modification de fréquence des rapports sexuels avec le conjoint actuel depuis le processus d'AMP

Tableau XXXV – Evaluation de la modification de fréquence des rapports sexuels avec le conjoint actuel depuis le processus d'AMP selon la catégorie de patient

	Beaucoup diminuée		Un peu diminuée		N'a pas changée		Un peu augmentée		Beaucoup augmentée		nb total
	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	
Echantillon total	33,7%	30	34,8%	31	24,7%	22	5,6%	5	1,1%	1	89
Femmes	30,6%	19	38,7%	24	25,8%	16	4,8%	3	0,0%	0	62
Hommes	40,7%	11	25,9%	7	22,2%	6	7,4%	2	3,7%	1	27
AMP moins 2ans	31,1%	14	31,1%	14	28,9%	13	6,7%	3	2,2%	1	45
AMP plus 2ans	36,4%	16	38,6%	17	20,5%	9	4,5%	2	0,0%	0	44
Sans enfants	32,4%	22	35,3%	24	25,0%	17	5,9%	4	1,5%	1	68
Avec enfants	38,1%	8	33,3%	7	23,8%	5	4,8%	1	0,0%	0	21
FIV	29,7%	22	40,5%	30	23,0%	17	5,4%	4	1,4%	1	74
IA	72,7%	8	9,1%	1	18,2%	2	0,0%	0	0,0%	0	11
Premier tentative											
AMP	33,3%	12	38,9%	14	19,4%	7	5,6%	2	2,8%	1	36
Seconde tentative d'AMP	29,2%	14	33,3%	16	31,3%	15	6,3%	3	0,0%	0	48

2.2.3.2. Fréquence des orgasmes

Les participants évaluent pour la majorité (50,6%) que la fréquence des orgasmes n'a pas changée depuis l'AMP et ce, toutes catégories de patients confondues.

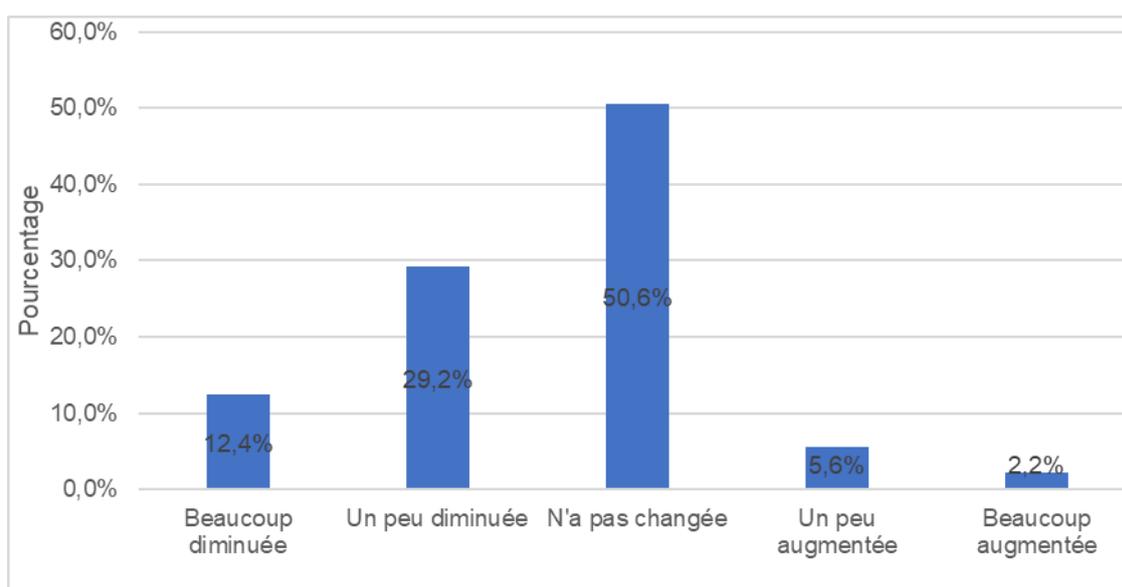


Figure 4 - Evaluation de la modification de fréquence des orgasmes depuis le processus d'AMP

Tableau XXXVI - Evaluation de la modification de fréquence des orgasmes depuis le processus d'AMP selon la catégorie de patient

	Beaucoup diminuée		Un peu diminuée		N'a pas changée		Un peu augmentée		Beaucoup augmentée		nb total
	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	
Echantillon total	12,4%	11	29,2%	26	50,6%	45	5,6%	5	2,2%	2	89
Femmes	11,3%	7	29,0%	18	51,6%	32	6,5%	4	1,6%	1	62
Hommes	14,8%	4	29,6%	8	48,1%	13	3,7%	1	3,7%	1	27
AMP moins 2ans	13,3%	6	22,2%	10	55,6%	25	4,4%	2	4,4%	2	45
AMP plus 2ans	11,4%	5	36,4%	16	45,5%	20	6,8%	3	0,0%	0	44
Sans enfants	16,2%	11	25,0%	17	50,0%	34	5,9%	4	2,9%	2	68
Avec enfants	0,0%	0	42,9%	9	52,4%	11	4,8%	1	0,0%	0	21
FIV	0,0%	0	31,1%	23	62,2%	46	6,8%	5	0,0%	0	74
IA	0,0%	0	27,3%	3	45,5%	5	27,3%	3	0,0%		11
Premier tentative											
AMP	19,4%	7	27,8%	10	47,2%	17	2,8%	1	2,8%	1	36
Pas première tentative	8,3%	4	25,0%	12	56,3%	27	8,3%	4	2,1%	1	48

2.2.4. Impact général ressenti de l'AMP sur la sexualité du couple

Bien que ce soit le sujet général de l'étude, il a été demandé aux participants d'évaluer l'impact de l'AMP sur la sexualité de leur couple. Près de la moitié d'entre eux (47%) considère que l'AMP a eu un impact un peu négatif. Les résultats sont similaires dans toutes les catégories de patients.

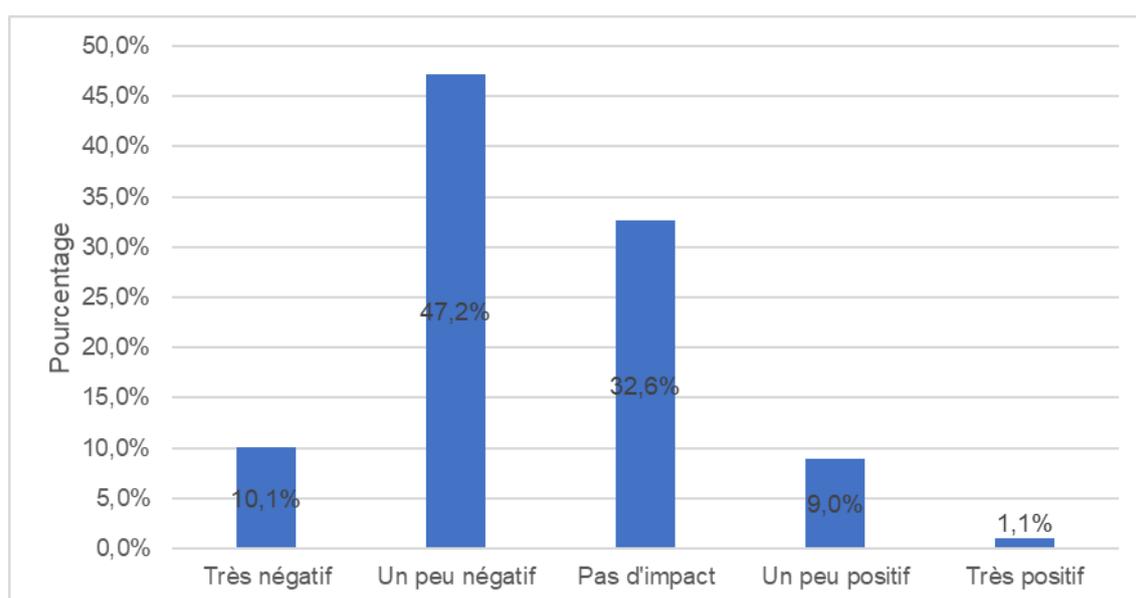


Figure 5 – Evaluation de l'impact de l'AMP sur la sexualité du couple

Tableau XXXVII - Evaluation de l'impact de l'AMP sur la sexualité du couple selon la catégorie de patient

	Très négatif		Un peu négatif		Pas d'impact		Un peu positif		Très positif		nb total
	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	
Echantillon total	10,1%	9	47,2%	42	32,6%	29	9,0%	8	1,1%	1	89
Femmes	11,3%	7	45,2%	28	33,9%	21	9,7%	6	0,0%	0	62
Hommes	7,4%	2	51,9%	14	29,6%	8	7,4%	2	3,7%	1	27
AMP moins 2ans	8,9%	4	37,8%	17	35,6%	16	15,6%	7	2,2%	1	45
AMP plus 2ans	11,4%	5	56,8%	25	29,5%	13	2,3%	1	0,0%	0	44
Sans enfants	11,8%	8	42,6%	29	35,3%	24	8,8%	6	1,5%	1	68
Avec enfants	4,8%	1	61,9%	13	23,8%	5	9,5%	2	0,0%	0	21
FIV	9,5%	7	47,3%	35	32,4%	24	9,5%	7	1,4%	1	74
IA	18,2%	2	63,6%	7	18,2%	2	0,0%	0	0,0%	0	11
Premier tentative											
AMP	8,3%	3	41,7%	15	41,7%	15	5,6%	2	2,8%	1	36
Pas première tentative	12,5%	6	47,9%	23	27,1%	13	12,5%	6	0,0%	0	48

2.2.5. Question ouverte

Le questionnaire présentait une question ouverte invitant le patient à décrire ce qui, selon lui, aurait pu avoir eu un impact sur la sexualité de son couple. Sur les 89 participants, 55 (61,8%) ont répondu à la question, 12 hommes (44,4%) et 43 femmes (69,3%).

Les réponses ont été classées en thèmes récurrents.

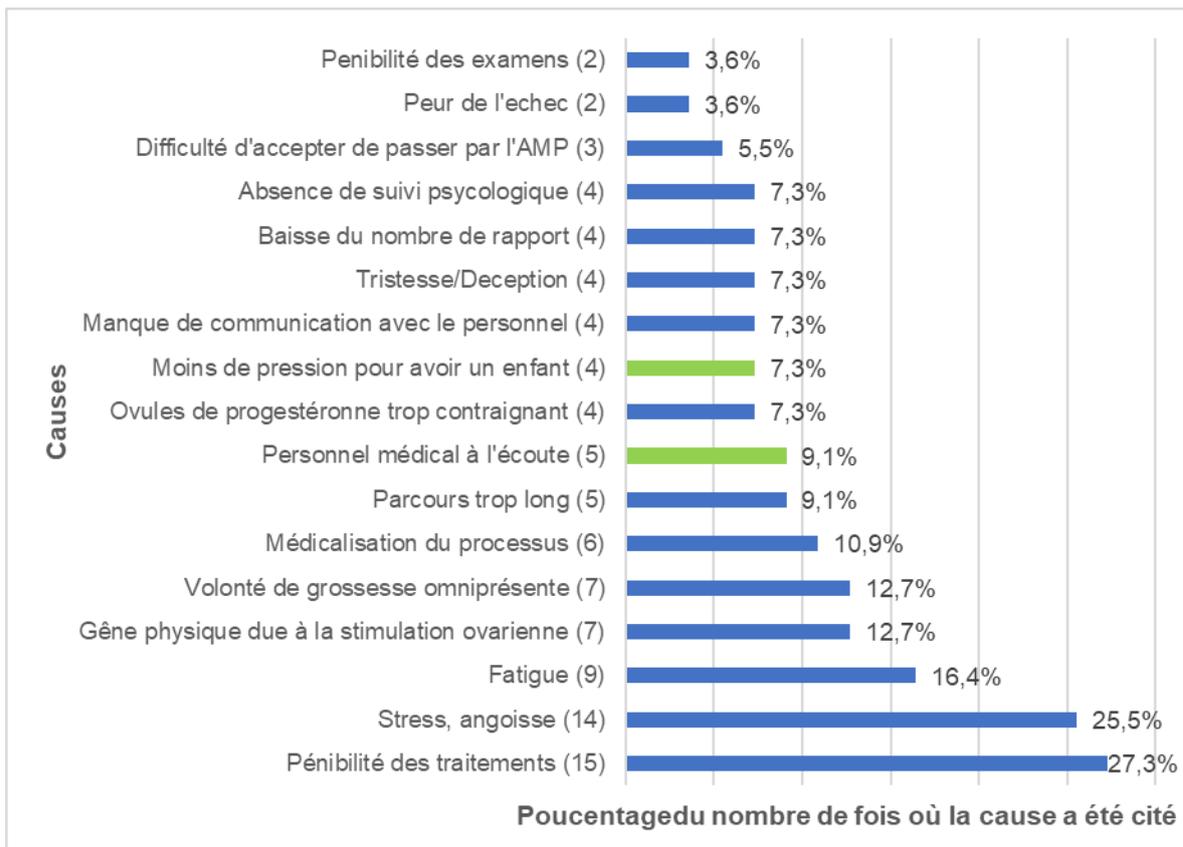


Figure 6 – Causes évoquées expliquant l'impact de l'AMP sur la sexualité du couple

Plus du quart des patients pensent que la pénibilité des traitements (27,3%), le stress et l'angoisse causés par le parcours (25,5%) ont un impact négatif sur la sexualité de leur couple. La fatigue est également souvent mentionnée (16,4%).

Il est à noter que la volonté d'avoir un enfant prend le pas sur la sensualité du couple et que la gêne physique occasionnée par la stimulation hormonale ont été citées dans les deux cas dans 12,7%.

A noter que deux aspects ayant un impact positif sur la sexualité du couple ont été mentionnés. Selon 9,1% un premier aspect est l'écoute et l'accueil du personnel médical. Bien qu'en parallèle 7,3% auraient souhaité plus de communication avec le personnel notamment afin d'avoir une meilleure appréhension des traitements. Un deuxième aspect est le fait que l'AMP libère le couple de la pression d'avoir un enfant seul pour 7,3% des patients. A noter que dans ce deuxième cas, les patients bénéficiaient toujours d'un don de gamètes et que deux fois il a été noté que c'est le don qui permettait cette réassurance.

2.2.6. Suivi psychologique

Enfin, l'étude a permis de démontrer que 10,1% des patients avaient bénéficié d'un suivi psychologique dans le cadre de leur processus d'AMP. Parmi ces patients, 3 pensaient que cela les avait beaucoup aidés, 5 un peu et 1 pas du tout. De plus, 7 d'entre eux se sont vu proposer le suivi lors d'une des consultations d'AMP et 2 ont pris l'initiative d'eux même de prendre rendez-vous pour un suivi.

Dans l'échantillon général, 35,6% se sont vu proposer un suivi psychologique, ce qui donne 28,1% de réponses favorables à la proposition.

2.3. Présentation des résultats des entretiens

Afin de préserver l'anonymat des couples, les prénoms ont été modifiés.

2.3.1. Présentation des couples rencontrés

Le premier couple rencontré était le couple A, composé d'Amélie 30ans infirmière et d'Armand 32 ans travaillant dans le bâtiment. Ils sont en couple depuis 12ans, mariés depuis 4ans. Après une fausse couche précoce et des mois d'essais pour obtenir une nouvelle grossesse, Amélie a reçu le diagnostic d'une insuffisance ovarienne. Ils ont alors réalisé 2 IA et 4 FIV. C'est cette dernière FIV qui a fonctionné après un parcours d'AMP de 5 ans. Au moment de l'entretien Amélie était dans son 5ème mois de grossesse.

Le deuxième couple rencontré était le couple B, composé de Béa, 35 ans, gestionnaire et Benjamin, 32 ans, artisan, en couple depuis 4ans. Atteint d'une varicocèle, Benjamin s'attendait à mettre du temps à avoir un enfant, mais ne voyant toujours pas venir la grossesse ils finissent pas consulter. On découvre alors chez Béa un syndrome de Turner en mosaïque responsable d'une insuffisance ovarienne. Ils ont réalisé 3 FIV et projetaient d'essayer un don d'ovocyte pour la 4ème, mais Béa est tombé enceinte à cette 3^{ème} tentative. Leur parcours d'AMP aura duré 2 ans et demi. Au moment de l'entretien Béa était dans son 7ème mois de grossesse.

2.3.2. Récit du processus d'AMP

La parole à la femme

Lorsqu'il a été demandé au couple de raconter le récit de leur parcours, dans les deux cas c'est la femme qui a pris la parole. Le conjoint rajoutant des détails ou confirmait le déroulé des évènements.

Précision et détails de récit

Dans les deux cas, le récit était très précis, jonché de dates et de lieux. Les couples avaient à cœur de retracer les évènements de la manière la plus proche possible de la réalité.

« En juillet 2015 comme les IA ne fonctionnaient pas [...] », « On a donc fait notre première FIV en juillet 2015 », « Après on en a fait une 3ème en 2016, vers le mois de mars », « Du coup ils nous ont fait le transfert le 20 juin » Amélie.

« Oui, Noël 2015, puis juin 2016 on a eu rendez-vous avec le Dr S. », « Novembre première FIV : résultat 4 jours après », « Du coup la dernière ponction c'était le 13 juillet » Béa.

Le temps, un acteur important du parcours

Dans les deux cas, les couples précisaient spontanément le temps qui aura été nécessaire pour les examens, les délais d'attentes.

« Ensuite on a dû attendre 6 mois d'avoir un rendez-vous », « Oui c'était long, on a un long parcours, 5 ans quand même » Amélie.

« vous essayer pendant 6 mois, voir si ça fonctionne », « Un an après toujours pas (enceinte) », « 1 an et demi c'est toujours mieux que 3 à 4 ans sans donneuse », « 2ans et demi c'est quand même long par rapport à d'autre » Béa

Un champ lexical très médical

Pour décrire les examens médicaux et les traitements, les couples usaient d'un vocabulaire très médical, ainsi que des abréviations particulières au milieu de l'AMP.

« Le TPC (test post coïtal) », « une AMH », « hystéroskopie », « la DHEA », « IA », « FIV » Amélie.

« IA », « FIV », « DHEA », « insuffisance ovarienne », « ovocyte » Béra.

Questionnement

Le discours des couples laissait penser à un questionnement, un doute concernant un potentiel retard dans les examens diagnostics en début de parcours.

« Parce que je n'avais pas eu beaucoup d'examens au Val d'Ouest, c'est ça qui était bizarre » Armand

« Elle m'avait dit « mais tu n'as pas fait cette prise de sang ? », que ça pouvait être problématique et tout. Je suis retourné voir mon gynéco ici et je lui ai dit « mais il n'y a pas un examen que vous auriez dû me faire faire ? ». » Béra

2.3.3. Aides et difficultés

2.3.3.1. Difficultés

La première FIV et les échecs qui s'en suivent

Les couples évoquaient les précédents échecs de FIV et IA avec beaucoup de tristesse, preuves que ces épreuves les ont marqués et ont été très dures à vivre. Le premier échec de FIV est cité dans les deux cas comme le plus difficile à vivre. En effet, au début du parcours, les couples se décrivent comme plein d'espoir, et ne concevaient pas que la FIV pouvait ne pas se concrétiser.

« Enfaite le premier échec était très dur » Amélie

« L'erreur que l'on a faite [...], c'était d'imaginer qu'en le faisant ça allait marcher tout de suite [...]. On a cru que ça serait facile, que c'était bon. » Armand

« Puis le premier échec ce n'est pas le meilleur souvenir de ma vie », « On nous avait prévenus pourtant. On a des amis qui sont passés par là, et elle m'avait dit que le premier échec c'est le plus dur. » Béra

La culpabilité

Le sentiment de culpabilité ressenti par Amélie et Béa, était décrit comme une réelle difficulté. Chacune d'entre elles avouait avoir demandé à leur conjoint respectif de les quitter afin de trouver une nouvelle compagne sans diagnostic d'infertilité.

« C'était difficile à vivre [...] que c'est à cause de moi qu'on n'y arrive pas. » Amélie

« Elle disait 'non mais si tu me quittais je comprendrais' » Armand

« Moi je lui ai dit de me quitter pour aller faire un enfant ailleurs ! » Béa

L'impuissance

Les couples décrivaient se sentir impuissant face à l'AMP, qui était un des seuls aspects de leur vie qu'ils ne puissent contrôler. En effet, s'ils présentaient une vie moderne et confortable, le fait de ne pas avoir d'enfant était le seul paramètre qui leur échappait, et l'impuissance éprouvée face à cela était source d'une grande frustration.

« Parce que du coup on se dit que c'est la seule chose qu'on ne maîtrise pas quoi. C'est comme la maladie ! » Amélie

« Et la chose qui été la plus importante et qui se monnaie pas, parce que dans la vie tout ne se monnaie pas, c'est ce dont on n'avait pas le droit. « Moi je vous donne tout, il n'y a pas de souci je vous donne ma maison, mes voyages... Parce que nous aujourd'hui ce qu'on veut c'est un bébé » », « C'est plutôt ça qui été dur, parce que sur ça on n'a aucun levier. Soit ça venait par ça, soit ça ne venait pas. C'était plus ça qui était dur : dans la maîtrise. » Armand

Les examens

Les examens étaient décrits comme déroutants et invasifs. Bien qu'avec du recul les couples acceptaient ce passage car ces ils étaient indispensables pour espérer obtenir une grossesse.

« Le seul moment, que j'ai pas mal vécu mais qui était étonnant c'est l'andrologue. Je n'avais jamais fait ça de ma vie, c'était bizarre », « Si le spermogramme j'avoue c'est un peu compliqué » Armand

« C'est toute notre intimité qui... Voilà quoi ! ... Ce n'était pas simple mais après, voilà ça reste dans le corps médical, c'est pour une bonne raison. Mais on ne tombe

jamais sur les mêmes têtes, c'est dur. [...] Alors bon ! Du coup, pour eux, on est un numéro [...]. Mais oui, ce n'est pas des moments super agréables. » Amélie

« Le fait d'aller faire régulièrement faire des examens et de se masturber dans les salles, c'est sûr que ça a un impact. » Benjamin

Les mauvais mots aux mauvais moments

Les mots avaient un pouvoir fort sur les couples, que ce soit ceux prononcés par les proches ou ceux utilisés par le médecin lors du diagnostic. Et, conscient que la volonté n'était jamais de blesser, les couples gardaient un mauvais souvenir de certaines phrases entendues. La maladresse des interlocuteurs avait un impact fort sur le moral des participants.

« Oui ça prend la tête. C'est ça que les gens ne comprennent pas. », « Ils ne le font pas méchamment, mais c'est vraiment ce que t'as pas envie d'entendre quoi ! Ça part d'un bon état d'esprit au départ... » Armand

« Ils disent « Ah mais arrête d'y penser', 'quand t'y pensera pas ça arrivera tout seul » etc... On a envie de dire « oui, bah, arrête de me poser des questions déjà ». A force que l'on nous dise « c'est dans ta tête » on finit par se dire que, oui en effet c'est dans ma tête, c'est à cause de moi. Mais bon, je n'ai pas le bouton off quoi. C'était une obsession. » Amélie

« Oui avec le docteur A. ? Oui, elle n'a pas utilisé les bons mots. » Benjamin

« Je pense qu'on s'est mal compris. » Béa

2.3.3.2. Aides

Lâcher prise et optimisme

Si le début de parcours était décrit comme très difficile, les couples décrivaient un lâcher prise avec le temps. Dans le cas de Béa cela est dû à un suivi psychologique. Amélie pour sa part, décrit le diagnostic comme une certaine libération, car une solution existait et la culpabilité était donc moins importante, le problème ne provenait pas « de sa tête ».

Doucement, les couples sont parvenus à retrouver un certain optimisme, et à parler la souffrance des échecs.

« En fait, oui, en réfléchissant c'était dur mais en même temps c'était une libération [...]. Il y avait aussi une explication concrète. Non je ne suis pas folle et ce n'est pas que à cause de ça. Du coup c'était dur, mais en même temps moi ça m'a soulagée » Amélie

*« Oui au début... voilà... Alors qu'à la fin on avait plus de recule sur les choses. »,
« On a tout lâché, on s'est dit que ce n'est pas grave, c'est surtout ça ! » Armand*

« Elle sait bien analyser la situation (la psychologue). Moi par exemple je voyais la FIV comme quelque chose de négatif, et elle me disait 'faut le voir comme votre chance à vous d'avoir un enfant'. [...] Elle avait des mots qui arrivaient bien à apaiser. » Béra

Trouver ce qui permet d'avancer

Continuer à vivre est primordial selon les couples pour vivre au mieux le parcours d'AMP. Amélie et Armand élaboraient des projets personnels tels que des week-ends et des voyages, ils se sont également mariés et ont fait construire une maison. Cela leur a permis de lâcher prise pendant tout le processus. Amélie a également recherché dans les médecines parallèles (hypnose, psycho-bio-acupression), de l'aide et un certain accompagnement.

« Oui c'est ce qui nous a sauvés. C'est ce qui nous a fait du bien aussi... D'avoir des projets à côté, de faire des voyages, de faire des choses. [...] Non, nous à côté de ça, on a continué notre vie complètement » Armand

« C'est vrai qu'on est tellement dans la médicalisation, qu'on a envie d'un peu de soin, pas juste de l'aide physique. Il y a tellement de choses en plus que je ne connaissais pas, comme la psycho bio acupression. » Amélie

Béra et Benjamin pour leur part, ont beaucoup communiqué sur leur situation, et se sont créé un vrai groupe de soutien avec d'autres couples, eux aussi en parcours d'AMP. Cela leur a permis d'affronter les épreuves, et de savoir qu'ils n'étaient pas seuls, que leurs sentiments étaient normaux.

« Qu'ils trouvent des gens avec qui en parler, des gens si possibles qui vivent la même chose qu'eux. Ça serait le top. Après je sais que moi les groupes de soutien sur Facebook ça m'a vachement aidé moi. [...] Donc oui, trouver du soutien sur les réseaux sociaux ou en réel, c'est encore mieux. » Béra

L'union fait la force

Chacun des participants aux entretiens pensait que l'AMP l'avait rapproché de son conjoint. Vivre une « épreuve » telle que le parcours de FIV permet d'unir et de relativiser face aux autres obstacles que pourraient rencontrer le couple à l'avenir.

De plus, le soutien de l'autre était décrit comme indispensable, créant une véritable force mutuelle.

« Je pense que ça l'a renforcé, parce que ça nous a permis de voir qu'on est vraiment soudé, et que même face aux échecs, aux difficultés, on a réussi à avancer tous les deux. En fait, c'est surtout ce que j'ai trouvé le plus beau dans ce parcours » Amélie

« Pour moi on est comme une équipe. On a commencé ensemble, on était jeunes, on avance ensemble. », « Je trouve que c'est primordial de vivre tout ça à deux. » Armand

« Je pense que ça nous a plus rapprochés qu'autre chose. », « Et je pense que c'est ce qui va faire que, si on a des coups durs, on a été déjà bien blindé avant quoi. » Béa

« Ça nous a rapprochés quand même. C'est pas des moments faciles tout le temps donc... Faut être proche l'un de l'autre. » Benjamin

L'accompagnement des équipes médicales

Un point positif, soulevé par les deux couples, était la satisfaction de l'accompagnement médical. Selon eux, la prise en charge tant au niveau médical qu'au niveau relationnel était très bonne, leur permettant de vivre au mieux le processus.

« Par contre durant tout ce parcours on a croisé des gens bien. [...] Mais l'HFME j'ai vraiment apprécié pour le coup. », « on a vraiment, vraiment été super bien pris en compte. C'était vraiment bien. » Armand

Un parcours qui change au plus profond de soi

Au final, chacun des participants a vécu à sa manière l'AMP. Mais tous pensent que cela aura marqué leur vie et les aura changés au plus profond d'eux-mêmes.

« Individuellement ça nous a fait grandir sur plein de choses. Moi, ça m'a beaucoup aidé, ça m'a fait me remettre en question sur plein de choses. Aujourd'hui ma conception de la vie est différente. Ça nous a beaucoup fait évoluer humainement, quoi ! » Armand

2.3.4. Emotions et sentiments

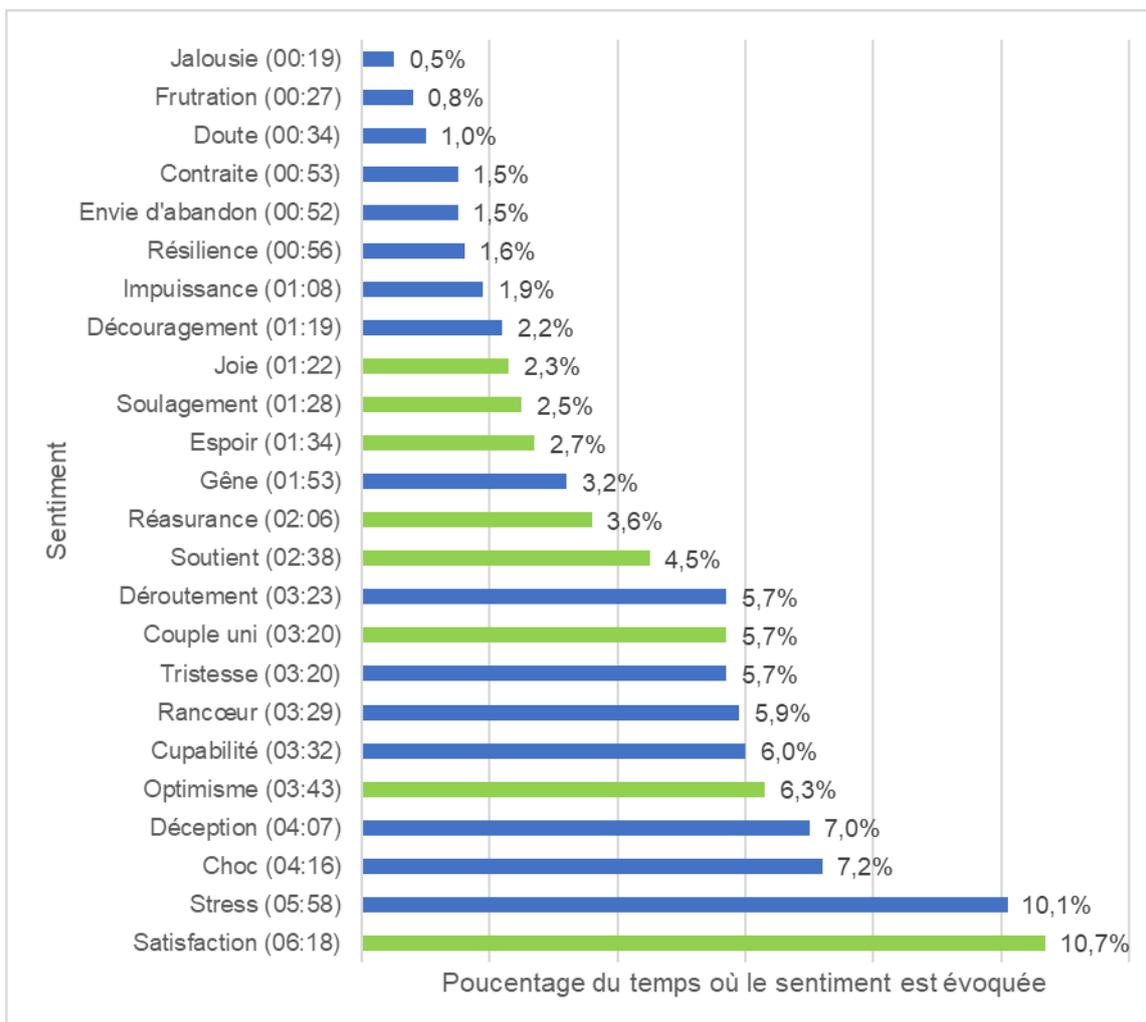


Figure 7 – Analyse chronométrique des sentiments évoqués par les couples

Le récit des couples était très complet au niveau du décrit des sentiments et des émotions avec au total 58 minutes consacrées à leur description. 38,3% de ces sentiments étaient décrits comme positifs pour 61,7% négatifs.

Sentiments positifs

C'est un sentiment positif qui a été décrit le plus par les couples, avec la mention de leur satisfaction de la prise en charge médicale (10,7%). Les noms des praticiens étaient souvent cités, montrant une certaine reconnaissance de la grossesse obtenue.

Les couples partageaient également une volonté d'optimisme (6,3%), pour ne retenir que le meilleur de leur histoire. De ce fait, un sentiment d'espoir (2,7%) est décrit pour certains moments du parcours, notamment lors des premiers FIV.

« Il faut réussir à retirer le négatif, chercher des vrais points en faisant ressortir le positif. », « C'est de trouver ce qu'on fait derrière, de continuer à vivre et de faire des projets et pas que tout s'arrête » Armand

« Au final tout le monde dit qu'il ne faut jamais perdre espoir, jamais abandonner et que ça finit toujours par marché d'une manière ou d'une autre. » Béa

Le sentiment d'union avec leur partenaire était également présent dans les discours (5,7%). Le soutien de proches est également évoqué (4,5%).

Les couples présentaient une réassurance (3,6%) mutuelle, notamment à l'évocation de la culpabilité d'Amélie et Béa. Pourtant, le diagnostic est décrit par Amélie comme un « soulagement » (2,5%), expliquant pourquoi elle n'arrivait pas à avoir d'enfant.

Enfin, si le sentiment positif le plus fort était sans aucun doute la joie de l'annonce de la grossesse (2,3%), c'est pourtant celui le moins décrit par les couples. Dans les deux cas, l'émotion bloquait les mots et la communication non verbale prenait le dessus.

Sentiments négatifs

Le deuxième sentiment décrit par les couples était le stress (10,1%) occasionné par le parcours en général, suivi par le choc (7,2%) du diagnostic et la déception (7%) des résultats négatifs.

« Oui, on était angoissés, c'était vraiment beaucoup d'angoisse. » Amélie

« Un peu dramatique cette journée », « Moi quand ils m'ont dit 'insuffisance ovarienne' ça m'a mis un coup de massue. » Béa

Amélie et Béa rapportaient toutes les deux se sentir coupables (7%) du diagnostic qui les incombait et de ne pouvoir offrir à leur conjoint un enfant.

La tristesse (5,7%) était décrite notamment à la suite des rendez-vous où les larmes coulaient la plupart du temps.

« Quand elle pleurait à chaque rendez-vous où on allait voir le Dr S. c'était pas facile. » Benjamin

Les couples décrivaient une certaine rancœur (5,9%) face aux mots parfois entendus lors du processus par certains proches, mais aussi en cas d'incompréhension avec le personnel médical lors des rendez-vous médicaux.

A l'évocation des examens, les émotions décrites étaient le déroutement (5,7%) et la gêne (3,2%).

Les épreuves de l'AMP créaient un sentiment d'impuissance (1,9%) un découragement (2,2%) allant jusqu'à une résilience (1,6%) de la situation voire une envie d'abandon (1,5%).

Enfin, les couples décrivaient un sentiment de contrainte (1,5%) notamment en évoquant les rapports sexuels programmés.

2.3.5. Impact sur la sexualité

Lorsque le thème de la sexualité est abordé, tous décrivent une baisse de la libido notamment due à une sexualité mécanique et programmée mais aussi dû aux traitements fatiguant le corps de la femme et donnant des douleurs au ventre.

« Si moi je pense qu'il y a eu un impact quand même. Mais moi, ça serait plus un impact négatif pour le coup. [...] Qu'on soit obligé d'avoir des relations à un moment pile poil. C'était extrêmement cadré au final. C'était mécanique, comme si on était au boulot. », « C'est sûr que la relation elle change quoi. », « On n'a pas du tout les mêmes approches de la sexualité dans un couple dans ce schéma-là. C'est vrai. », « En fait, je pense qu'on est tellement dans un schéma de bébé dans la tête, qu'au final les rapports sont secondaires, c'est vraiment pour le bébé, il y a plus cet aspect de le faire pour soi, pour le plaisir. » « Automatiquement, la libido elle est un peu après quoi. » Armand

« Puis je trouve que c'est délicat, c'est vrai qu'il y a des moments où on n'a pas forcément envi mais bon, on se dit « si je me grille encore cette fois » ... », « Je pense que oui ça a dû modifier les choses, mais ça fait tellement longtemps qu'on

ne sait plus trop où est la normalité. C'est bizarre mais oui on sait plus trop si c'est une libido qui pourrait être normale ou pas. » Amélie

« Je pense que ça tue un peu le truc quand même quoi ! Parce que c'est un peu des rapports programmés » « pendant les traitements je n'avais pas forcément envi parce que ça me fatiguait. J'avais toujours un peu des douleurs dans le ventre donc je n'avais pas trop envie d'en rajouter quoi. [...] mais c'était plus par rapport à ça que par rapport à lui » Béa

« Le fait d'aller faire régulièrement faire des examens et de se masturber dans les salles, c'est sûr que ça a un impact. Donc je pense que ça a joué un peu. », « c'est vrai que ça joue quand même sur la libido. » Benjamin

Néanmoins, le temps améliore les choses, notamment en passant des IA à la FIV.

« Après moi je trouve que c'était surtout plus sur le début, quand on essayait. A la fin on avait un peu plus de recule. » Amélie

Il était également décrit une baisse des rapports, due à une baisse de libido et à l'angoisse de perdre l'embryon après les transferts.

« Après les transferts on se dit « on ne va rien faire, on ne sait jamais » » Béa

Pour finir, si les couples décrivent l'AMP comme ayant eu un impact sur leur sexualité, ils soulignent tous les deux que la grossesse actuelle l'avait modifiée encore plus.

3. ANALYSE ET DISCUSSION

3.1. Analyse des résultats

L'analyse de ces résultats est notamment basée sur l'étude bibliographique de C. Coëffin-Driol et A. Giami qui a permis de regrouper un ensemble d'articles sur le sujet de cette étude (49).

3.1.1. L'AMP et la sexualité

3.1.1.1. *Impact sur la libido*

L'étude a montré que, dans certaines circonstances, l'AMP avait un impact sur la libido des patients.

Par le questionnaire, l'étude a établi que les hommes et les patients ayant déjà eu des enfants présentaient une diminution significative de leur libido.

Les patients en début de processus, c'est-à-dire en AMP depuis moins de 2 ans ou dans leur première tentative, décrivaient une diminution significative de leur libido. C'est également ce qui est ressorti des entretiens où chacun des participants avait ressenti une baisse de libido, notamment en début de parcours. Et si la littérature est en accord avec une baisse générale de la libido et du désir lors du processus (50)(51)(52)(53), à l'inverse elle décrit que ces effets vont augmentant avec le temps d'AMP (52)(54). Cette différence de résultat peut être liée au fait que, lors de l'étude, un parcours était considéré comme « long » après 2ans, alors que cette limite est de 3 et 5 ans dans d'autres études.

Les raisons évoquées à la baisse de la libido étaient la gêne physique occasionnée chez la femme par les traitements, l'angoisse engendrée par le processus, mais aussi le fait que le désir d'enfant prenne le dessus sur le désir sexuel créant une sexualité devenue mécanique et programmée. Ces résultats coïncident avec ceux de F. Reder (52).

Enfin, également en adéquation avec les résultats de F. Reder (52) les patients en processus d'IA présentaient une diminution significative de leur libido, ce qui n'était pas le cas des patients en processus de FIV. Les couples en processus d'IA recherchaient ainsi plus l'obtention d'une grossesse lors des rapports que les couples en FIV. Cela augmenterait alors le stress occasionné et influencerait sur la programmation des rapports.

3.1.1.2. Impact sur le nombre de rapport

L'étude a permis de démontrer que chez une grande majorité des patients, l'AMP avait un impact sur la fréquence des rapports sexuels en diminuant le nombre. Selon P. Slade, la baisse de la fréquence des rapports serait l'impact le plus important lors d'un processus d'AMP (55), pourtant F. Reder trouve un résultat contraire avec un nombre de rapports qui resterait identique (52).

Lors des entretiens, les couples avaient connu la même baisse du nombre de leurs rapports. Les raisons évoquées étaient la baisse de la libido, mais aussi la fatigue et la gêne physique occasionnée par les traitements et les examens, en adéquation avec la littérature (51).

3.1.1.3. Impact sur la qualité des rapports sexuels

L'étude a mis en évidence une diminution de la qualité des rapports sexuels lors d'un processus d'AMP. Ainsi, lors des questionnaires, les femmes et les hommes décrivaient une diminution significative de la qualité des rapports sexuels avec leur conjoint, que ce soit en cas de FIV ou d'IA. Les patients ayant déjà eu des enfants décrivaient également cette baisse significative.

Lors des entretiens, les couples pointaient du doigt le fait que leur sexualité lors de l'AMP soit devenue mécanique et programmée. Une perte de naturel s'était faite ressentir. De plus, le plaisir n'était plus l'objectif principal des relations sexuelles, les couples se concentrant sur le désir d'enfant et de grossesse.

La littérature confirme cette perte de naturel, engendrant une sexualité mécanique (51)(52)(53), mais n'est pas en accord sur le vécu du couple. Netgen et B.J. Oddens décrivent une perte de la qualité et du plaisir alors que F. Reder trouve des résultats inverses.

3.1.1.4. Impact sur la satisfaction sexuelle

L'étude a mis en évidence un impact relatif de l'AMP sur la satisfaction sexuelle des patients. En effet, dans les questionnaires la plupart des catégories de patients ne décrivaient pas une baisse significative de leur satisfaction. De plus, la majorité des participants (50,6%) ne présentent pas une baisse de la fréquence de leur orgasme lors

de leur rapport. Or, bien que l'orgasme ne soit pas totalement représentatif de la satisfaction sexuelle, il en est néanmoins corrélé de façon non négligeable.

Toutefois, les questionnaires ont mis en évidence une diminution significative de la satisfaction sexuelle chez les hommes. En revanche, ces résultats sont en contradiction avec ce qui a été décrit lors des entretiens, où Armand et Benjamin étaient satisfaits de leur sexualité lors des parcours de FIV.

De plus, les questionnaires ont également mis en évidence une diminution significative de la satisfaction chez les patients en processus d'IA. Le couple A, rencontré en entretien, décrivait également une baisse de sa satisfaction lorsque Amélie et Armand étaient en traitement pour des IA. Cette situation s'est améliorée quand ils ont commencé les cycles de FIV.

Enfin, le questionnaire présentait également une baisse significative de la satisfaction chez les couples ayant déjà eu des enfants.

A ce sujet la littérature est également partagée, si F Reder décrit une satisfaction inchangée (52) ce n'est pas le cas de nombreux auteurs (50)(51)(56). Les raisons évoquées d'une baisse de la satisfaction sont : la programmation des rapports, le fait qu'ils soient devenus un moyen et non plus une fin, l'intrusion dans la vie privée et enfin la culpabilité de l'infertilité. Toutes ces conséquences ont été évoquées par les couples de l'étude.

3.1.1.5. Patients à risque

En conclusion, l'étude permet de mettre en évidence que l'AMP a un impact négatif sur la sexualité du couple. Dans les questionnaires les patients confirment cette conclusion, en répondant à la grande majorité que l'AMP a eu un impact peu (47,2%) ou très négatif (10,1%).

Cette étude démontre que 3 catégories de patients sont plus à risque de connaître un impact sur leur sexualité :

- Les hommes qui décrivent une diminution de leur libido, de la fréquence de leurs rapports mais aussi de leur satisfaction. Néanmoins l'impact sur les femmes semble pratiquement similaire hormis la satisfaction qui ne présente pas de baisse significative.

- Les patients ayant déjà eu des enfants, à l'instar de la catégorie des hommes, présentent une diminution dans tous les champs étudiés dans le questionnaire. Et si aucun des couples rencontrés lors des entretiens n'avaient d'enfant, ne permettant pas de soulever d'hypothèse quant aux causes de ce résultat, la littérature trouve une explication dans le fait que, par la naissance de précédant enfant, le versant reproductif des rapports sexuels demeure très important pour ces couples. Ainsi cela crée plus d'attente et donc plus de déception lors de l'AMP (52).
- Enfin, les patients en processus d'IA avec un impact significatif sur leur libido, la qualité de leurs rapports ainsi que leurs satisfactions sexuelles. De plus, ils sont 18,2% à décrire un impact très négatif, ce qui est plus important que la moyenne et aucun n'a mentionné un impact positif alors que c'est le cas dans toutes les autres catégories. Les patients en processus de FIV semblent connaître un impact moindre, et ne présentent un impact significatif que sur la qualité de leurs rapports. Dans son étude F. Reder confirme cette distinction, et met en évidence un parcours moins bien vécu en cas d'IA qu'en cas de FIV (52). Il aurait été intéressant d'étudier dans les mêmes conditions les patients ayant recours à une stimulation ovarienne simple, notamment du fait que la sexualité est d'autant plus programmée que lors d'IA ou de FIV. Néanmoins il n'a pas été retrouvé dans la littérature notion d'une telle étude.

3.1.2. L'AMP et le vécu du couple

3.1.2.1. *Estime de soi*

Contrairement à la littérature (16)(24)(25)(26)(55)(57)(58)(59)(60)(61)(62)(63), l'étude n'a pas mis en évidence de remise en cause de la virilité et de la féminité chez les couples. L'estime de soi des couples ne semblait pas être atteinte par le diagnostic et les différents examens, alors que la littérature évoque un « traumatisme » important à ce niveau, notamment chez les hommes (26)(45). Les auteurs vont jusqu'à écrire que le mauvais vécu est tel qu'il engendre des troubles sexuels, comme une absence d'érection ou des dyspareunies. Cette différence peut être le résultat d'une attention trop faible portée à la question lors des entretiens, ne permettant pas aux couples d'évoquer ces sentiments très intimes et complexes.

Par ailleurs, l'étude a démontré un fort sentiment de culpabilité et un choc important au moment de l'annonce du diagnostic, notamment chez la femme qui présentait un diagnostic d'hypofertilité. Et si l'étude n'a pas permis d'étudier le sentiment de culpabilité

chez les hommes infertiles, la littérature appuie le fait que les femmes ressentiraient un sentiment coupable plus fort que les hommes (51)(52)(64). Et, à l'instar de la littérature (52), l'étude a également permis de soulever le fait que les conjoints ne reprochaient pas le diagnostic à leur compagne, essayant même de les rassurer quant à ce point.

3.1.2.2. *Emotions dominantes : stress et angoisse*

Les résultats de l'étude soulèvent qu'une des émotions dominantes lors d'un parcours d'AMP est le l'angoisse. Elle a été décrite par les couples tout au long du processus : avant les diagnostics, pendant les traitements, pendant les examens et après les transferts ou insémination. La littérature évoque aussi cette dominance (31)(51)(64)(65), décrivant même l'infertilité comme « l'une des situations les plus stressantes qu'un couple puisse traverser ». Cette angoisse pourrait engendrer des troubles sexuels dus, notamment, à une somatisation du ressenti.

C-R. Newton écrit que le stress serait plus important chez les femmes que chez l'homme (66). Dans les entretiens réalisés, c'est en effet les femmes qui faisaient le plus allusion à ce sentiment. Toutefois, elles décrivaient toutes les deux des aides extérieures leur ayant permis de soulager leur stress. Si Amélie trouvait du réconfort dans les médecines parallèles, Béa quant à elle s'était établi un véritable réseau de soutien grâce aux réseaux sociaux sur Internet.

3.1.2.3. *Le lien du couple*

Il ressort de l'étude un renforcement des liens du couple, créer par un soutien mutuel face aux épreuves de l'AMP. La solidarité était décrite comme fondamentale pour la réussite d'un tel processus.

La littérature est partagée à ce sujet. Certains évoquent un dysfonctionnement conjugal lors d'un tel parcours (55), alors que d'autres rapportent qu'en dépit de l'impact négatif sur leur sexualité, les couples se rapprochent par le fait d'avoir affronté les épreuves ensemble et en restant soudés (52)(56).

Ainsi, selon F. Reder, les femmes seraient plus nombreuses à penser que le diagnostic d'infertilité les auraient rapprochées de leur conjoint (52). Il décrit également que dans la grande majorité des cas, les couples ne souffraient pas de désaccord ou de manque de communication. Les entretiens réalisés permettaient de faire ressortir les mêmes conclusions.

3.1.2.4. *Suivi psychologique*

Si lors de l'étude, seul 10,1% des patients avaient bénéficié d'un suivi psychologique, celle-ci a permis de démontrer qu'un tel suivi était pourtant très positif dans un parcours d'AMP. Et bien que P. Slade dénonce le fait que le mal-être psychologique engendré par l'AMP ne s'améliore pas avec le temps (55), ce n'est pas ce qui est ressorti de l'étude. En effet, 8 patients sur les 9 déclaraient que ce suivi les avait aidés et lors des entretiens, les couples expliquaient l'impact positif que cela avait eu sur leur vécu. Enfin selon l'étude de F. Reder, les femmes, plus que les hommes, auraient souhaité bénéficier d'un soutien psychologique lors de leur processus d'AMP.

L'aide psychologique est décrite comme bénéfique, voir indispensable par la littérature, afin de contrer une réelle détresse psychologique (67)(68)(69). S. Chen évoque même un risque d'idées suicidaires chez 9,4% des patientes en procédure de FIV (70).

3.2. Propositions

3.2.1. Mise en place d'un entretien psychologique systématique

L'AMP a un impact important sur le couple, elle est source de nombreuses émotions négatives et modifie sa sexualité, qui est pourtant le fondement de la relation conjugale. De plus, la découverte de la stérilité est un « traumatisme », un choc brutal, engendrant une grande souffrance et beaucoup de culpabilité chez les patients. Par la suite, le parcours touche tant au corps qu'à l'esprit. De ce fait, une approche globale paraît indispensable. Et si les examens révèlent une cause médicale à l'infertilité, ils ne suppriment pas moins la possibilité que des troubles psychogènes subsistent également.

Aux vues de ces enjeux, il apparaît comme pertinent de proposer systématiquement aux couples un suivi psychologique et/ou sexologique en début du processus d'AMP. Ainsi, en donnant aux patients des informations sur leur diagnostic, les traitements mais aussi les éventuels impacts sur leur relation et leur sexualité, cela pourrait permettre de les préparer à affronter plus facilement et plus sereinement les épreuves à venir, de plus que d'améliorer la communication entre eux à ce sujet. Par exemple, évoquer une différence possible du vécu entre les deux conjoints permettrait d'éviter, en amont, les rancœurs et malentendus. Enfin, améliorer la communication dans le couple, permettra également pour le futur, une meilleure communication avec l'enfant, et ainsi favoriser le lien « mère enfant » et « père enfant ».

La consultation psychologique permettra également de repérer d'éventuelles fragilités psychiques et émotionnelles, afin de désamorcer des conséquences, telles que la dépression ou des idées suicidaires. Grâce à tout cela, le patient, plus serein dans le parcours, permettrait alors une « meilleure alliance thérapeutique ».

Enfin, la sexualité n'est pas un sujet facile à aborder. Poser des questions dans un lieu d'écoute et de confiance, dédié à ce sujet, ouvrirait la porte à la discussion pour les couples qui n'oseraient pas le faire lors d'une consultation classique. Cela permettrait, même, d'établir une discussion entre les conjoints à ce sujet, chose qui n'est pas évidente dans tous les couples.

(24)(28)(51)(70)

« En conclusion, il s'agit de tenter de remplir ce temps d'infertilité, vide de grossesse et plein de désespoir, par de l'écoute, de la compréhension et l'expression des émotions. Que ce temps puisse permettre aux patients de s'arrêter un moment et de ressentir la force fusionnelle de leur couple, l'intensité de leur désir d'enfant et de la pulsion de vie, implicites dans leur demande. Que ce temps de désir ne soit plus stérile et qu'il devienne fertile. » Netgen, Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction (51)

3.2.2. Mise en place de groupes de parole

L'étude a soulevé l'idée qu'il pourrait être intéressant de proposer, dans les services d'AMP, des groupes de rencontres et de paroles entre patients. Cela permettrait aux participants de pouvoir échanger avec d'autres couples rencontrant une situation similaire à la leur. L'ouverture d'un espace de discussion permettrait de répondre à certaines questions fréquentes chez les patients auxquels les professionnels de santé ne peuvent répondre (vécu du quotidien, astuces et aides extérieures). De plus, cela pourrait également permettre de diminuer un potentiel sentiment de solitude qui peut se créer lors d'un tel processus.

Par ailleurs, ces espaces de discussion pourraient être proposés aux couples pour rencontrer de jeunes parents ayant obtenu une grossesse grâce à l'aide de l'AMP. A travers leurs témoignages, ils pourraient les aider à envisager une réelle perspective d'avenir, au-delà des traitements, et ainsi, prévenir les impacts futurs du parcours sur le lien avec leur enfant.

A long terme, par ce lieu d'échanges et de rencontres, les participants pourraient créer des relations durables pour finalement se contacter en dehors des séances organisées

par le service. L'idée est de créer un réseau de soutien autour du couple en processus d'AMP, lui permettant, s'il le désire, de l'accompagner au quotidien et non pas seulement lors de rendez-vous fixés par la structure.

De telles séances devraient être proposées sur la base du volontariat. En effet, il ne paraît pas pertinent que tous les couples y assistent systématiquement. Elles doivent être proposées par les professionnels de santé, afin que les couples en ressentant le besoin, puissent pouvoir s'y inscrire.

Les associations de patients, telle que BAMP ! (L'association de patients de l'AMP et des personnes infertiles), recommandent également l'instauration de groupes de paroles. Certaines séances sont organisées par les associations elles-mêmes à travers toute la France (71).

3.2.3. Accompagnement vers des médecines parallèles

Enfin, afin de soulager le stress mais aussi les maux physiques occasionnés par les traitements, les patients en parcours d'AMP pourraient se voir proposer l'aide de médecines parallèles.

En effet, l'hypnose, l'acupuncture, la psycho-bio-acupression, la sophrologie etc. sont autant de moyens d'apporter une certaine sérénité dans un parcours marqué par l'angoisse et la tension physique.

L'option présentée se doit d'être éclaircie, en aucun cas les médecines parallèles doivent être envisagées comme une alternative aux traitements de l'AMP. Néanmoins, elles peuvent être appréhendées comme un moyen de soulager les maux et ainsi d'aider dans le vécu du parcours. De plus, il faut être vigilant à ce que les patients ne dépensent pas de sommes conséquentes pour des soins proposés comme miraculeux.

Il paraît difficile de mettre en place des consultations de médecines parallèles au sein des services d'AMP, le temps et les moyens nécessaires étant trop importants. Néanmoins, les services pourraient recommander des professionnels, avec qui ils pourraient travailler en partenariat. Il serait notamment intéressant de recommander des consultations avec des sages-femmes diplômées en hypnose médicale, acupuncture ou sophrologie. Professionnelle médicale, la sage-femme est spécialisée dans la périnatalité et saurait apporter le sérieux mais aussi le temps et l'écoute nécessaires à ces patients en recherche d'apaisement.

3.3. Forces, limites et biais de l'étude

3.3.1. Biais et limites

Un trop faible nombre de réponses aux questionnaires de certaines catégories de patients n'a pas permis une analyse complète et statistiquement représentative. L'étude aurait mérité une plus forte représentation : des hommes, des couples bénéficiant d'un don d'ovocyte, des couples en processus de stimulation simple ainsi que de patients ayant bénéficiés d'un suivi psychologique.

De plus, il est également nécessaire de garder du recul quant aux résultats des entretiens. En effet, le vécu de deux couples ne permet pas de généraliser de façon totalement significative à la population générale.

L'étude présente deux biais de réponses majeurs. Premièrement les patients ayant accepté de répondre aux questionnaires comme aux entretiens présentaient en amont une certaine aisance avec le sujet de la sexualité. Il aurait été intéressant de pouvoir analyser l'impact et le vécu sur les couples trop pudiques pour répondre. Deuxièmement, il a été remarqué dans la salle d'attente, que dans certains cas les conjoints remplissaient ensemble leur questionnaire individuel. Ainsi, cela aura pu causer un biais de mensonge, le conjoint répondant positivement à défaut, afin de ne pas vexer son partenaire.

L'étude a été réalisée dans le seul service de médecine de la reproduction de l'HFME. Ainsi elle ne concerne l'impact et le ressenti que des patients consultant dans ce service et non pas de la population générale.

Pour finir, la construction initiale du questionnaire n'a pas permis une analyse statistique très significative. En effet, les échelles de jugements ont dû être divisées en deux, ce qui amoindrie la pertinence des résultats.

3.3.2. Forces

Une des forces de cette étude, c'est qu'elle combine une analyse statistique de l'impact de l'AMP sur la sexualité du couple avec une analyse psychologique du vécu du parcours. Cela permet une vision globale de la situation des couples en parcours d'AMP.

De plus, la distribution systématique des questionnaires lors de plusieurs matinées a permis de ne pas avoir de biais de sélection des patients.

CONCLUSION

Cette étude a permis de démontrer que l'AMP présentait de façon générale un impact sur le couple et sa sexualité que ce soit sur la libido, la fréquence des rapports, la satisfaction et le plaisir sexuel, bien que ce dernier point reste discutable dans les résultats.

Certaines catégories de patients seront plus à même de ressentir l'impact que les autres : les hommes, les couples ayant déjà eu des enfants, les couples en processus d'IA et les couples en début de parcours. Les femmes quant à elles, seront plus à risque de ressentir des effets sur leur moral avec un stress et une culpabilité plus importante.

Pourtant, le couple ne se voit pas perturbé de ces modifications. En effet, il ressort renforcé de cette épreuve, grâce à une réelle solidarité entre les conjoints et aux aides extérieures, tel qu'un suivi psychologique. Ainsi, si le parcours d'AMP du couple est jalonné d'obstacles, le vécu n'est finalement pas si négatif, renforçant les liens et changeant les individus au plus profond d'eux-mêmes.

Au terme de cette étude, il apparaît comme pertinent de proposer en systématique un entretien psychologique au couple entamant un processus d'AMP. Cela leur permettrait d'appréhender en amont les difficultés à venir, de mettre en œuvre de quoi amoindrir leurs effets, et de renforcer la communication entre les époux. De plus, il pourrait être intéressant que les services d'AMP proposent des séances de groupes de paroles, afin que les patients puissent communiquer entre eux sur leur vécu et se soutenir mutuellement. Enfin, les services de médecine de la reproduction pourraient proposer une liste de praticiens diplômés en médecines parallèles, tel que des sages-femmes, aux patients souffrant de maux physiques et moraux, afin de leur apporter un certain apaisement.

Si l'Assistance Médicale à la Procréation a connu d'énormes transformations depuis la naissance de Louise Brown il y a 40ans, le chemin n'est pas terminé. Dans les années à venir de nouvelles révolutions devraient voir le jour et notamment l'ouverture de l'AMP aux couples homosexuels et aux femmes seules. Un manifeste de 130 médecins (72) ainsi que l'association BAMP ! revendique avec ferveur ce droit. Et lorsque, enfin « l'AMP pour tous » sera, quel impact aura le parcours sur ces patients dont les enjeux psychologiques diffèrent ? Mais surtout, quel sera l'impact de ces nouveaux patients sur l'AMP, ses guides de bonnes pratiques et son éthique ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Louis Brown a pleuré. Spirale. 21 juin 2013;(65):9-12.
2. Stoyanovitch K. La légitimité des enfants nés par suite de l'insémination artificielle, en France et aux Etats-Unis d'Amérique. Rev Int Droit Comparé. 1956;8(8):264-72.
3. de La Rochebrochard E. 200 000 enfants conçus par fécondation in vitro en France depuis 30 ans. Ined - Inst Natl D'études Démographiques. 2008. Disponible à partir de URL: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/200-000-enfants-concus-par-fecondation-in-vitro-en-france-depuis-30-ans/>
4. Agence de la biomédecine - Le rapport annuel médical et scientifique 2016. Disponible à partir de URL: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/sommaire-proc.htm>
5. Code de la santé publique - Article L2141-1. Code de la santé publique.
6. Code de la santé publique - Article L2141-2. Code de la santé publique.
7. LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe. 2013-404 mai 17, 2013.
8. Avis du CCNE du 15 juin 2017 sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP) | Comité Consultatif National d'Ethique. Disponible à partir de URL: http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-du-ccne-du-15-juin-2017-sur-les-demandes-societales-de-recours-lassistance#_ftn1
9. Arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation.
10. LOI n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. 2004-800 août 6, 2004.
11. Code de la santé publique - Article L2141-3. Code de la santé publique.
12. Agence de la bioéthique - Guide de l'assistance médicale à la procréation. 2016. Disponible à partir de URL: <https://www.procreation-medicale.fr/wp-content/uploads/2016/04/GUIDEAMP2016.pdf>
13. Kestenberg JS. On the Development of Maternal Feelings in Early Childhood. Psychoanal Study Child. 1 janv 1956;11(1):257-91.
14. Benedek T. Parenthood As A Developmental Phase: A Contribution to the Libido Theory. J Am Psychoanal Assoc. 1 juill 1959;7(3):389-417.
15. Abdel-Baki A, Poulin M-J. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement, Summary. Psychothérapies. 2004;24(1):3-9.
16. Goussault B, Jacob B. Lorsque l'enfant ne paraît pas, Abstract. Dialogue. 26 mai 2011;(191):125-35.
17. Debest C. Le choix d'une vie sans enfant. 2014.

18. Arènes J. Désir d'enfant et création de l'avenir. *Études*. 11 oct 2013;Tome 419(10):327-36.
19. Roegiers L. AMP, souffrances de l'infertilité et place de l'enfant à venir. *Laennec*. 2008;Tome 56(4):13-22.
20. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee. Disponible à partir de URL: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569328?sommaire=2587886>
21. Rozée V, Mazuy M. L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec, Infertility among heterosexual couples: gender and "management" of failure, *Resumen. Sci Soc Santé*. 2012;30(4):5-30.
22. Parseval GD de. La famille au risque de l'amp. In: *Familles*. ERES; 2008. p. 51-9. Disponible à partir de URL: <https://www.cairn.info/familles--9782749209586-p-51.htm>
23. Weil É. Que transmettent les cigognes ?, What Do the Storks Have to Tell Us ? *Champ Psy*. 2011;(60):27-39.
24. Cailleau F. Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité, Summary. *Cah Psychol Clin*. 1 mars 2006;(26):85-98.
25. Héritier F. *Masculin/Féminin - La pensée de la différence*. 1996.
26. Welzer-Lang D, Zaouche Gaudron C. *Masculinités état des lieux*. 2011.
27. Tain L. Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage, Reproductive body and reproductive technologies: images, interferences and upheavals. *Cah Genre*. 2003;(34):171-92.
28. Bourdet-Loubère S, Mazoyer A-V. L'infertilité comme analyseur de la parentalité, Infertility as the Analyser of Parenthood. *Cah Psychol Clin*. 6 oct 2011;(37):123-47.
29. Lacroix X. *Procréations artificielles sexualité et filiation*. Laennec. 2008;Tome 56(4):32-44.
30. Rochebrochard É de L. De la pilule au bébé-éprouvette: choix individuels ou stratégies médicales? *INED*; 2008. 268 p.
31. Boivin J, Takefman JE. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Hum Reprod Oxf Engl*. avr 1996;11(4):903-7.
32. Karaca N, Karabulut A, Ozkan S, Aktun H, Oregul F, Yilmaz R, et al. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 nov 2016;206:158-63.
33. Collectif. *Le Sexe, d'hier à aujourd'hui*. Sciences Humaines; 2013. 276 p
34. Peuch-Lestrade J. Amours stériles, amours fertiles, de la désintrinsication à l'institution de l'amour. *Topique*. 2005;no 90(1):137-48.
35. *Histoire de la vie privée*, Philippe Ariès, Sciences humaines - Seuil. Disponible à partir de URL: <http://www.seuil.com/ouvrage/histoire-de-la-vie-privee-philippe-aries/9782020376440>

36. Vatin F. Évolution historique d'une pratique : Sociétés. 2004;no 84(2):33-40.
37. Bozon M. Orientations intimes et constructions de soi. pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. Sociétés Contemp. 2001;no 41-42(1):11-40.
38. Mariages - Pacs - Divorces – Tableaux de l'économie française | Insee. Disponible à partir de URL: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569324?sommaire=2587886>
39. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. Nouv Quest Féministes. 2010;29(3):44-57.
40. Déroff M-L. Homme/femme : la part de la sexualité - Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité. 2007.
41. Assoun P-L. Le lien sexuel, l'inconscient en couple, The sexual bond, the unconscious in the couple. Dialogue. 24 avr 2009;(183):25-34.
42. Ravez L. L'amour : continent oublié de l'assistance médicale à la procréation. Éthique Santé. 1 févr 2005;2(1):9-13.
43. Clerget J. Comment un petit garçon devient-il un papa? 2008.
44. Bozon M. Les significations sociales des actes sexuels. Actes Rech En Sci Soc. 1999;128(1):3-23.
45. Giami A. Le « glauque » ou la production de sperme infertile, Abstract, Zusammenfassung. Ethnol Fr. 3 janv 2011;41(1):41-8.
46. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psychosom. 2002;no 27(3):81-92.
47. Giraldi A, Rellini A, Pfau JG, Bitzer J, Laan E, Jannini EA, et al. Questionnaires for Assessment of Female Sexual Dysfunction: A Review and Proposal for a Standardized Screener. J Sex Med. 1 oct 2011;8(10):2681-706.
48. BiostaTGV - Statistiques en ligne. Disponible à partir de URL: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
49. Coëffin-Driol C, Giami A. L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. 17 août 2010. Disponible à partir de URL: <http://www.em-consulte.com/en/article/262570>
50. Chevret-Measson M. Désir d'enfant et sexualité. Prat Psychol. 1998;4:51-5.
51. Netgen. Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction. Revue Médicale Suisse. Disponible à partir de URL: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2429/22870>
52. Reder F, Fernandez A, Ohl J. Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation? 27 août 2009. Disponible à partir de URL: <http://www.em-consulte.com/en/article/224499>
53. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. Hum Reprod Oxf Engl. janv 1999;14(1):255-61.

54. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med.* févr 1991;14(1):11-26.
55. Slade P, Raval H, P. Buck M, Lieberman BE. A 3-year follow-up of emotional, marital and sexual functioning in couples who were infertile. *J Reprod Infant Psychol.* 1 oct 1992;10:233-43.
56. PhD ALG, PhD KLP, PhD TAL. Sex and Intimacy Among Infertile Couples. *J Psychol Hum Sex.* 26 janv 1990;2(2):117-38.
57. Chevret-Méasson M. Le vécu de l'homme infertile. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2007;36:89-91.
58. Mimoun S. Psychologie masculine et PMA. *Andrologie.* 1 déc 1995;5(4):521-7.
59. Mimoun S. Psychologie masculine et PMA. *Basic Clin Androl.* 1 déc 1995;(Volume 5, Issue 4). Disponible à partir de URL: <http://paperity.org/p/31043007/psychologie-masculine-et-pma>
60. Sandlow JI. Shattering the myths about male infertility. Treatment of male factors may be more successful and cost-effective than you think. *Postgrad Med.* févr 2000;107(2):235-9, 242, 245.
61. Elliott S. The relationship between fertility issues and sexual problems in men. *Can J Hum Sex.* 1 janv 1998;7:295-303.
62. Drake TS, Grunert GM. A Cyclic Pattern of Sexual Dysfunction in the Infertility Investigation**The opinions and assertions contained herein are those of the authors and are not to be construed as official or as reflecting the views of the Navy Department or Naval Service at large. *Fertil Steril.* 1 nov 1979;32(5):542-5.
63. Keye WR. Psychosexual Responses to Infertility. *Clin Obstet Gynecol.* 1 sept 1984;27(3):760-6.
64. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril.* juin 1992;57(6):1247-53.
65. Harrison RF, O'Moore RR, O'Moore AM. Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *Int J Fertil.* juin 1986;31(2):153-9.
66. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril.* 1 juill 1999;72(1):54-62.
67. Darwiche J, Bovet P, Corboz-Warnery A, Germond M, Rais M, Real del Sarte O, et al. Quelle assistance psychologique pour les couples requérant une aide médicale à la procréation ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 mai 2002;30(5):394-404.
68. Pasch LA, Holley SR, Bleil ME, Shehab D, Katz PP, Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil Steril.* 1 juill 2016;106(1):209-215.e2.
69. Domar AD, Gross J, Rooney K, Boivin J. Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. *Fertil Steril.* 1 août 2015;104(2):440-451.e7.

70. Shani C, Yelena S, Reut BK, Adrian S, Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res.* 30 juin 2016;240:53-9.
71. groupe de parole – Association de patients de l'AMP et de personnes infertiles. Disponible à partir de URL: <https://bamp.fr/tag/groupe-de-parole/>
72. Le Droit de choisir, René Frydman, Documents - Seuil. Disponible à partir de URL: <http://www.seuil.com/ouvrage/le-droit-de-choisir-rene-frydman/9782021343519>

ANNEXE I - Questionnaire distribué aux patients du service d'AMP

Bonjour madame, bonjour monsieur,

Je m'appelle Fanny et je suis étudiante sage-femme en dernière année à Lyon. En vue de l'obtention de mon diplôme je réalise un mémoire sur « *l'impact de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) sur la sexualité du couple* ». Pour cela, j'effectue une étude comparative sur la qualité et la satisfaction de la sexualité du couple avant et après le début du parcours d'AMP, qui a terme je l'espère, me permettra de proposer des axes d'améliorations des pratiques.

Ce questionnaire, **anonyme**, est sur la base du **volontariat**. Il est à destination des hommes et des femmes en parcours d'AMP. Les deux partenaires remplissent individuellement un questionnaire chacun. Les réponses me permettront de réaliser des statistiques et ne seront utilisées que dans ce but.

- 1- Etes-vous : Un Homme Une femme
- 2- Quel âge avez-vous ?
- 3- Avez-vous des antécédents de troubles de la sexualité avant votre parcours d'AMP? Oui Non
- 4- Avez-vous des antécédents de troubles psychiques ou psychiatriques avant votre parcours d'AMP? Oui Non
- 5- Avez-vous déjà eu un/des enfant(s) avec votre partenaire actuel(le) ? Oui avec l'aide d'AMP Oui sans aide d'AMP Non pas encore
- 6- Quel(s) a été (ont été) le(s) diagnostic(s) vous conduisant à l'AMP :
 - Troubles de l'ovulation ou troubles hormonaux féminins
 - Vaginisme ou trouble sexuel féminin
 - Malformation ou dysfonctionnement de l'appareil génital féminin
 - Troubles du spermogramme
 - Troubles érectiles ou troubles sexuels masculin
 - Malformation de l'appareil génital masculin
 - Indéterminé
 - Autres (précisez) :
- 7- Quel(s) traitement(s) suivez-vous actuellement dans le cadre de votre parcours d'AMP :
 - Stimulation ovarienne simple
 - Insémination artificielle : avec le sperme du conjoint avec le sperme d'un donneur
 - FIV : avec le sperme du conjoint avec le sperme d'un donneur avec don d'ovocyte
 - Autres (présidez) :
- 8- Avec votre partenaire, vous avez débuté votre parcours d'AMP depuis : 0 à 6 mois 6 mois à 1 an 1 an à 2 ans 2 ans à 3 ans Plus de 3 ans
- 9- Comment évaluez-vous votre libido ?

Sur une échelle de 0 à 10, ou 0 = très mauvaise libido et 10 = Excellente libido.

Avant l'AMP : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Après l'AMP : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

10- Comment évaluez-vous la qualité des rapports sexuels que vous avez avec votre partenaire actuel(le) ?

Sur une échelle de 0 à 10, ou 0 = très mauvaise qualité et 10 = Excellente qualité.

Avant l'AMP : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Depuis l'AMP : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

11- Comment évaluez-vous votre satisfaction générale par rapport à vos rapports sexuels avec votre partenaire actuel(le) ?

Sur une échelle de 0 à 10, ou 0 = très mauvaise satisfaction et 10 = Excellente satisfaction.

Avant l'AMP : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Depuis l'AMP : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

12- Depuis le début de votre parcours d'AMP, la fréquence de vos rapport sexuel avec votre partenaire actuel(le) a : Beaucoup diminuée Un peu diminuée N'a pas changée Un peu augmentée Beaucoup augmentée

13- Depuis le début de votre parcours d'AMP, la fréquence de vos orgasmes a : Beaucoup diminuée Un peu diminuée N'a pas changée Un peu augmentée Beaucoup augmentée

14- Quel impact a eu l'AMP sur la sexualité de votre couple ? Un impact très négatif Un impact un peu négatif Pas d'impact Un impact un peu positif Un impact très positif

15- Si l'AMP a eu un impact sur la sexualité de votre couple, selon vous, d'où cela provient il ?

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

16- Avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique lors de votre parcours d'AMP ? Oui Non
Si oui, cela vous a il aidé : Pas du tout Un peu Beaucoup

17- Que vous bénéficiez d'un suivi psychologique ou non, cela vous a-t-il été proposé lors de vos consultations d'AMP ? Oui Non

18- Avez-vous des remarques ?

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

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, vous pouvez me laisser votre adresse mail :

Je vous remercie sincèrement de votre réponse !

Vous pouvez remettre le questionnaire rempli aux sages-femmes du services d'AMP.

ANNEXE II – Conducteur entretien semi-directif

Conducteur entretien Couple AMP

Couple :

- Age ? Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?
- Quel diagnostic vous a conduit à l'AMP et quand a-t-il eut lieu ?
- Comment avez-vous vécu « l'avant traitement », lorsque vous cherchiez pourquoi vous n'arriviez pas à avoir d'enfant (examen, rendez-vous, le fait de ne pas savoir) ? Quel impact cela a-t-il eu sur vous et sur votre couple ? Pourquoi ?
- Quel(s) traitement(s) de PMA avez-vous fait ?
- Le ressenti de l'AMP après avoir déjà eu un enfant est-il différent ?
- Quel en a été l'impact sur votre couple en général ? (Communication, complicité) Pourquoi ?
- Quel en a été l'impact sur vos relations sexuelles ? Pourquoi ?
- Vos relations étaient-elles différentes en dehors des périodes de traitements ?
- Avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique ? Pensez-vous que cela peut être utile ?
- Si vous aviez des conseils, qui pourraient améliorer le ressenti des couples pendant un parcours de PMA quels seraient-ils ? Des conseils pour les couples eux même ou pour le service d'AMP ?

Femme :

- Comment avez-vous vécu le diagnostic ? Quels sentiments éprouviez-vous ?
- Aviez-vous eu l'impression que cela remettait en question votre féminité ?
- L'AMP à elle eu un impact sur votre libido. Pourquoi ?
- La fréquence des rapports sexuels avec votre mari a-t-elle changé ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que la qualité des rapports sexuels avec votre mari a changé ? Pourquoi ?
- Votre satisfaction par rapport à vos rapports sexuels avec votre mari a-t-elle changé ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que tout cela a pu vous rapprocher tous les deux ?
- Des conseils pour améliorer le ressenti des autres femmes ?

Homme :

- Comment avez-vous vécu le diagnostic ? Quels sentiments éprouviez-vous ?
- Aviez-vous eu l'impression que cela remettait en question votre virilité ?
- L'AMP à elle eu un impact sur votre libido. Pourquoi ?
- La fréquence des rapports sexuels avec votre femme a-t-elle changé ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que la qualité des rapports sexuels avec votre femme a changé ? Pourquoi ?
- Votre satisfaction par rapport à vos rapports sexuels avec votre femme a-t-elle changé ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que tout cela a pu vous rapprocher tous les deux ?
- Des conseils pour améliorer le ressenti des autres hommes ?

ANNEXE III – Tableaux de Mac Nemar pour l'analyse des questions 9 à 11 du questionnaire

Tableau II - Modification de la libido dans l'échantillon général

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	14,6% (13)	40,4% (36)	55%	(49)
	Libido forte	2,3% (2)	42,7% (38)	45%	(40)
		16,9% (15)	83,2% (74)	n = 89	p = 8,6

Tableau III - Modification de la libido chez les femmes

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	16,1% (10)	41,9% (26)	58,1%	(36)
	Libido forte	1,6% (1)	40,3% (25)	41,9%	(26)
		17,7% (11)	82,2% (51)	n = 62	p = 3,9

Tableau IV - Modification de la libido chez les hommes

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	11,1% (3)	37% (10)	48,1%	(13)
	Libido forte	3,7% (1)	48,1% (13)	51,2%	(14)
		14,8% (4)	48,1% (13)	n = 27	P = 0,02

Tableau V - Modification de la libido chez les patients en AMP depuis moins de 2 ans

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	11,11% (5)	35,6% (16)	46,7%	(21)
	Libido forte	4,4% (2)	48,9% (22)	53,3%	(24)
		15,6% (7)	84,4% (38)	n = 45	p = 0,002

Tableau VI - Modification de la libido chez patients en AMP depuis plus de 2 ans

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	18,2% (8)	45,5% (20)	63,6%	(28)
	Libido forte	0% (0)	13,6% (6)	36,4%	(16)
		18,2% (8)	59,1% (26)	n = 44	p = 2,15

Tableau VII - Modification de la libido chez les patients ayant déjà eu des enfants

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	23,8% (5)	42,9% (9)	66,7%	(14)
	Libido forte	0% (0)	33,3% (7)	33,3%	(7)
		23,8% (5)	76,2% (16)	n = 21	p = 0,007

Tableau VIII - Modification de la libido chez les patients sans enfant

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	11,8% (8)	50% (34)	61,8%	(42)
	Libido forte	2,9% (2)	35,3% (24)	38,2%	(26)
		14,7% (10)	85,3% (58)	n = 68	p = 2,38

Tableau IX - Modification de la libido chez les patients en processus de FIV

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	14,9% (11)	41,9% (31)	54%	(40)
	Libido forte	2,7% (2)	43,2% (32)	46%	(34)
		17,6% (13)	82,4% (61)	n = 74	p = 1,09

Tableau X - Modification de la libido chez les patients en processus d'IA

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	18,2% (2)	63,6% (7)	81,9%	(9)
	Libido forte	0% (0)	18,2% (2)	18,2%	(2)
		18,2% (2)	81,9% (9)	n = 11	p = 0,02

Tableau XI - Modification de la libido chez les patients dont c'est la première tentative d'AMP

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	16,7% (6)	38,9% (14)	55,6%	(20)
	Libido forte	5,6% (2)	38,9% (14)	44,4%	(16)
		22,2% (8)	77,8% (28)	n = 36	p = 0,006

Tableau XII - Modification de la libido chez les patients dont ce n'est pas la première tentative d'AMP

		Avant l'AMP			
		Libido faible	Libido forte		
Après l'AMP	Libido faible	14,6% (7)	58,3% (28)	72,9%	(35)
	Libido forte	0% (0)	27,1% (13)	27,1%	(13)
		14,6% (7)	85,4% (41)	n = 48	p = 3,35

Tableau XIII- Modification de la qualité dans l'échantillon général

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	1,1% (1)	32,6% (29)	33,7%	(30)
	Qualité haute	2,3% (2)	64% (57)	66,3%	(59)
		3,4% (3)	96,7% (86)	n = 89	p = 3,01

Tableau XIV - Modification de la qualité des rapports chez les femmes

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	1,6% (1)	30,6% (19)	32,3%	(20)
	Qualité haute	1,6% (1)	66,1% (41)	67,7%	(42)
		3,2% (2)	96,7% (60)	n = 62	p = 0,0001

Tableau XV - Modification de la qualité des rapports chez les hommes

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	0% (0)	37% (10)	37%	(10)
	Qualité haute	3,7% (1)	59,3% (16)	63%	(17)
		3,7% (1)	96,3% (26)	n = 27	p = 0,01

Tableau XVI - Modification de la qualité des rapports chez les patients AMP depuis moins de 2 ans

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	4,4% (2)	22,2% (10)	26,7%	(12)
	Qualité haute	2,2% (1)	71,1% (32)	73,3%	(33)
		6,7% (3)	93,3% (42)	n = 45	p = 0,01

Tableau XVII - Modification de la qualité des rapports chez les patients en AMP depuis plus de 2 ans

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	0% (0)	40,9% (18)	40,9% (18)	p = 6,15
	Qualité haute	0% (0)	59,1% (26)	59,1% (26)	
		0% (0)	100% (44)	n = 44	

Tableau XVIII - Modification de la qualité des rapports chez les patients ayant déjà eu des

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	4,8% (1)	33,3% (7)	38,1% (8)	p = 0,02
	Qualité haute	0% (0)	61,9% (13)	61,9% (13)	
		4,8% (1)	95,2% (20)	n = 21	

Tableau XIX - Modification de la qualité des rapports chez les patients sans enfant

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	0% (0)	32,4% (22)	32,4% (22)	p = 0,0001
	Qualité haute	2,9% (2)	64,7% (44)	67,6% (46)	
		2,9% (2)	97,1% (66)	n = 68	

Tableau XX - Modification de la qualité des rapports chez les patients en processus de FIV

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	1,3% (1)	29,7% (22)	31,1% (23)	p = 0,0001
	Qualité haute	2,7% (2)	66,3% (49)	68,9% (51)	
		4% (3)	96% (71)	n = 74	

Tableau XXI - Modification de la qualité des rapports chez les patients en processus d'IA

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	0% (0)	63,6% (7)	63,6% (7)	p = 0,02
	Qualité haute	0% (0)	36,4% (4)	36,4% (4)	
		0% (0)	100% (11)	n = 11	

Tableau XXII - Modification de la qualité des rapports chez les patients dont c'est la première tentative d'AMP

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	2,8% (1)	38,9% (14)	41,7% (15)	p = 0,001
	Qualité haute	2,8% (1)	55,6% (20)	58,33% (21)	
		5,6% (2)	94,4% (34)	n = 36	

Tableau XXIII - Modification de la qualité des rapports chez les patients dont ce n'est pas la première tentative d'AMP

		Avant l'AMP			
		Qualité faible	Qualité haute		
Après l'AMP	Qualité faible	0% (0)	29,2% (14)	29,2% (14)	p = 0,002
	Qualité haute	2,1% (1)	68,7% (33)	70,8% (34)	
		2,1% (1)	97,9% (47)	n = 48	

Tableau XXIV - Modification de la satisfaction sexuelle dans l'échantillon général

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	3,4% (3)	31,5% (28)	34,9% (31)	n = 89 p = 1,57
	Satisfaction haute	1,1% (1)	64% (57)	65,1% (58)	
		4,5% (4)	95,5% (85)		

Tableau XV - Modification de la satisfaction sexuelle chez les femmes

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	1,6% (1)	29% (18)	30,6% (19)	n = 62 p = 6,15
	Satisfaction haute	0% (0)	69,4% (43)	69,4% (43)	
		1,6% (1)	98,4% (61)		

Tableau XXVI - Modification de la satisfaction sexuelle chez les hommes

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	7,4% (2)	37% (10)	44,4% (12)	n = 27 p = 0,01
	Satisfaction haute	3,7% (1)	51,2% (14)	55,6% (15)	
		11,1% (3)	88,9% (24)		

Tableau XXVII - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients en AMP depuis moins de 2 ans

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	4,4% (2)	26,7% (12)	31,1% (14)	n = 45 p = 0,005
	Satisfaction haute	2,2% (1)	66,7% (30)	68,9% (31)	
		6,7% (3)	93,3% (42)		

Tableau XXVIII - Modification de la satisfaction sexuelle chez patients en AMP depuis plus de 2 ans

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	2,3% (1)	36,4% (16)	38,6% (17)	n = 44 p = 0,0001
	Satisfaction haute	0% (0)	61,4% (27)	61,4% (27)	
		2,3% (1)	97,7% (43)		

Tableau XXIX - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients ayant déjà eu des enfants

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	4,8% (1)	38,1% (8)	42,9% (9)	n = 21 p = 0,01
	Satisfaction haute	0% (0)	57,1% (12)	57,1% (12)	
		4,8% (1)	95,2% (20)		

Tableau XXX - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients sans enfant

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	2,9% (2)	29,4% (20)	32,4% (22)	n = 68 p = 8,57
	Satisfaction haute	1,5% (1)	66,2% (45)	67,6% (46)	
		4,4% (3)	95,6% (65)		

Tableau XXXI - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients en processus de FIV

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	2,7% (2)	31,1% (23)	33,8% (25)	n = 74 p = 1,81
	Satisfaction haute	1,3% (1)	64,9% (48)	66,2% (49)	
		4% (3)	96% (71)		

Tableau XXXII - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients en processus d'IA

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	9,1% (1)	45,5% (5)	54,5% (6)	n = 11 p = 0,07
	Satisfaction haute	0% (0)	45,5% (5)	45,5% (5)	
		9,1% (1)	90,9% (10)		

Tableau XXXIII - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients dont c'est la première tentative

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	5,6% (2)	33,3% (12)	38,9% (14)	p = 0,005
	Satisfaction haute	2,8% (1)	58,3% (21)	61,1% (22)	
		8,3% (3)	91,7% (33)	n = 36	

Tableau XXXIV - Modification de la satisfaction sexuelle chez les patients dont ce n'est pas la première

		Avant l'AMP			
		Satisfaction faible	Satisfaction haute		
Après l'AMP	Satisfaction faible	2,1% (1)	29,2% (14)	31,3% (15)	p = 0,0005
	Satisfaction haute	0% (0)	68,7% (33)	68,7% (33)	
		2,1% (1)	97,9% (47)	n = 48	

Auteur : Fanny MACHETTO	Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon, 2018
Titre : « Impact de l'Assistance Médicale à la Procréation sur le couple et sa sexualité. »	
Résumé	
<p><u>Objectif :</u> L'objectif principal de l'étude était d'étudier si un processus d'AMP pouvait avoir un impact sur la sexualité du couple. L'objectif secondaire était de comprendre le vécu du couple et d'identifier ce qui pouvait impacter sur sa sexualité lors du processus.</p> <p><u>Matériel et méthode :</u> Il s'agissait d'une étude transversale paramétrique, réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué à 89 patients en processus d'AMP dans le service de médecine de la reproduction de l'HFME à Lyon. Par la suite, deux entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de couples ayant obtenue une grossesse dans ce même service. L'étude a eu lieu de novembre 2017 à février 2018.</p> <p><u>Résultats :</u> L'AMP présente de façon générale un impact négatif sur la sexualité du couple, que ce soit sur sa libido, la fréquence des rapports ou la satisfaction sexuelle générale. Certaines catégories de patients sont plus à risque : les couples en processus d'IA ou en début de parcours. Et si le vécu des couples est marqué par un stress et des déceptions importantes, ils ressortent renforcés de cette épreuve grâce à une solidarité entre les conjoints.</p> <p><u>Conclusion :</u> L'AMP est un processus long et difficile à vivre. Il met à mal le couple tant au niveau de son ressenti que de sa sexualité. Il paraîtrait pertinent de proposer un entretien psychologique systématique, mais aussi de développer la mise en place de groupes de paroles et l'accompagnement vers des médecines parallèles afin d'amoinrir les impacts du processus sur le couple.</p>	
Mots clés : Assistance médicale à la procréation, sexualité, couple, ressenti, libido	

Title: MAP Impact on the couple and his sexuality
Abstract
<p><u>Target :</u> The main aim of this study is to investigate whether MAP (Medically Assisted Procreation) could impact a couple's sexuality. The second target is to understand a couple's history and identify what could cause trouble during this process.</p> <p><u>Tools & Method :</u> This parametric cross-section study was performed under the shape of a questionnaire distributed to eighty nine patients who were processing MAP in the Reproductive Medical Department in HFME (Maternity Hospital in Lyon). After then, two semi-structured interviews were led with couples who were pregnant in this department. The study was led between November 2017 to February 2018.</p> <p><u>Results :</u> In a general point of view MAP had a negative impact on the couple's sexual life either talking about his libido, the frequency of his sexual intercourses or his general sexual satisfaction. Some categories of patients are more at risk: couples in IA process or at the beginning of their journey. For the couples who have encountered stress and major disappointments, the latters may strengthen solidarity between the spouses.</p> <p><u>Conclusion :</u> MAP is a long process hard to undergo. the couples may suffer in their sensitivities and their everyday sexual lives. It may be relevant to suggest a systematic interview, to help them cope these ordeals. It could be also helpful to set up support groups or to redirect them to alternative therapies to limit the impacts of the MAP on the couples.</p>
Key-words: Medically Assisted Procreation, sexuality, couple, feeling, libido

Verbatim

Couple A

Entretien commun d'Amélie et Armand

Entretien réalisé le 25 novembre 2017 matin au domicile du couple.

Amélie a 30 ans est infirmière, Armand à 32 ans est techniciens dans le bâtiment. Ils sont en couple depuis 12 ans.

Fanny : Pouvez-vous me raconter votre histoire ? Ce qui vous a conduis au diagnostic et ce qui en a suivi ?

Amélie : On a voulu un enfant en 2012, du coup on a commencé à essayer. Entre temps on a décidé de se marier, donc on a un peu lâché le projet pendant 10mois, pour laisser la priorité au mariage qui a eu lieu en juillet 2013. Après on a été en voyage de noce en octobre 2013 ou on a recommencé à essayer. A partir de là ça a été un peu compliqué, j'ai fait une fausse couche précoce en janvier 2014 et puis en novembre 2014 il n'y avait toujours rien qui se passait, donc on a décidé de consulter au Val d'ouest. C'était une décision qui venait de nous deux. On a fait tous les examens qu'il fallait. En janvier, ils nous ont dit que le TPC (test post coïtal) était très faible. On a quand même commencé par des stimulations, on en a donc fait deux mais ça n'a pas marché. On a donc commencé les IA. Tout ça s'est fait de façon assez rapprochée. En juillet 2015 comme les IA ne fonctionnaient pas, on m'a reprélevé une AMH, et comparé au mois de janvier le taux avait vraiment chuté. Du coup, le médecin nous a dit qu'on avait plus trop le temps donc on est passé directement à la FIV. On a donc fait notre première FIV en juillet 2015, qui a été un échec. On en a refait une en fin d'année, où là elle a fonctionné. Mais j'ai refait une fausse couche très précoce. Après on en a fait une 3^{ème} en 2016, vers le mois de mars. Qui a été un échec à nouveau. Du coup entre temps on a refait plein d'examens : hystérocopie, tout ça. A ce moment le Val d'ouest nous a dit qu'ils ne pouvaient plus rien faire pour nous.

Armand : Ils n'avaient pas de solution. Ils nous ont dit qu'ils ne savaient pas vraiment d'où cela venait. Selon leur test, ça devait marcher. On a rencontré le biologiste et il nous a expliqué que la fois où ça a marché ça n'aurait jamais dû marcher, et les deux autres fois où les conditions étaient bonnes, ça aurait pu prendre, ça n'a pas pris. Et ça il ne savait pas l'expliquer donc il nous a proposé d'essayer une dernière fois ailleurs avec une autre méthode pour mettre toutes les chances de notre côté.

Amélie : Oui une autre méthode biologique à l'HFME.

Armand : Comme ça on essayait une technique différente. A ce moment on avait déjà tout essayé : protocole court, protocole long et au val d'ouest on avait fait le tour. Il nous a dit d'aller à l'HFME.

Amélie : Oui puis à l'HFME ils nous proposaient une nouvelle hormone, la DHEA qu'il ne proposaient pas au Val d'Ouest. Ensuite on a dû attendre 6 mois d'avoir un rendez-vous à l'HFME. On a donc pu consulter en novembre 2016. Là, le médecin nous a refait faire des examens encore plus poussés.

Armand : Oui surtout moi. Parce que je n'avais pas eu beaucoup d'examen au Val d'Ouest, c'est ça qui était bizarre. Comme je n'ai pas forcément de soucis j'ai pas vraiment fait de test. Alors qu'à l'HFME j'ai vraiment tout fais, je suis même aller voir un andrologue.

Amélie : Oui t'es allé voir un andrologue, moi je suis allée en médecine interne pour des anticorps, mais je sais plus trop quoi... Enfin voilà. Ils ont vraiment voulu pousser les choses jusqu'au bout. Du coup après on c'est revue en février et là elle nous a dit qu'on pouvait commencer un nouveau traitement où en effet on va vous proposer la DHEA. Enfin non, j'avais déjà commencé la DHEA depuis le premier rendez-vous en novembre. C'était un comprimé par jour. Du coup quand on s'est vu en février elle nous a dit qu'on pouvait commencer, sauf que nous on avait prévue de partir en voyage, donc ont attendu un petit peu pour partir au Etat Unis. On a vraiment commencé le traitement en mai à notre retour. Ce qui changeait aussi par rapport au Val d'Ouest c'est que là on a rencontré les biologistes qui nous ont dit qu'ils voulaient vraiment attendre jusqu'au bout pour le transfert des embryons, ce qu'on ne faisait pas au Val d'Ouest. Au Val d'Ouest à chaque fois on faisait le transfert a J3, alors que la on l'a fait à J6, parce qu'ils voulaient vraiment se donner toutes les chances.

Armand : Oui surtout que là c'était la dernière FIV, la 4^{ème}. Bien sûr ils auraient peut-être pu en faire une ou deux en plus, parce qu'ils trouvent toujours une solution, temps qu'il n'y a pas de transfert ça compte pas. Du coup pour cette fois ils voulaient vraiment aller au bout des choses. Et c'est vrai que c'était spectaculaire ! Chaque jour ils nous appelaient pour faire le constat, et chaque jour il y en avait un de moins, puis un de moins...

Amélie : Ce qui est bien aussi c'est qu'au Val d'Ouest ils les sortent pour les observer, alors qu'à l'HFME ils ne sont pas sortie donc voilà. Ça c'était pas mal. Finalement il y avait pas mal de points positifs à être à l'HFME. Du coup ils nous ont fait le transfert le 20 juin de deux embryons. Et du coup on a, enfin on attend une petite fille ! *rire et sourire*

Fanny : et l'accouchement est prévue pour quand ?

Amélie et Armand *en même temps* : le 20 mars !

Armand : Ça approche avec les fêtes et tout ça va aller vite maintenant.

Fanny : Parfait ! Merci de m'avoir raconté tout votre parcours.

Amélie : C'était compliqué désolée.

Armand : Oui c'était long, on a un long parcours, 5 ans quand même...

Amélie : Oui bien 5ans ! Puis ce qui était compliqué aussi c'est qu'à chaque fois on ne pouvait congeler aucuns embryons. Et qu'à chaque FIV ça se terminait par un échec. Il fallait recommencer à zéro.

Fanny : c'était dur pour vous de devoir recommencer ? Les échecs vous les vivez comment ?

silence

Amélie : Bah... C'était pas simple... Après je pense que, au bout d'un moment c'est pas qu'on se forge mais... Enfaite le premier échec était très dur.

Armand : Oui.

Amélie : Parce qu'on nous a tellement dit que pour eux il n'y avait aucuns soucis quoi.

Armand : Enfaite, l'erreur qu'on a faite c'est de penser que comme ils nous avaient dit qu'il n'y avait pas trop de soucis pour eux, c'était d'imaginer qu'en le faisant ça allait marcher tout de suite. C'est là ou on a fait une erreur. On a cru que ça serait facile, que c'était bon. Bon il y a eu une fausse couche avant, c'était vraiment la solution.

Amélie : Oui on pensait vraiment que c'était la solution.

Armand : Voilà, on a mal appréhendé les choses. Et si la deuxième aussi, la deuxième comme ça a marché...

Amélie : Oui on c'était pas imaginé qu'on pouvait... Que je pouvais faire une fausse couche derrière.

Armand : Après moi, pour ma part ça a tout changé derrière. Après du coup j'ai abandonné.

Amélie : Oui...

Armand : Je me suis dit « pas d'enfant, pas d'enfant quoi », on fera autre chose. Du coup j'y allais parce qu'elle voulait qu'on continu, mais j'avais lâché dans ma tête.

Amélie : Oui dans notre tête on c'était dit que c'était la dernière.

Armand : Oui de toute façon c'était la dernière.

Amélie : Oui voilà, c'était la 4^{ème}. Après le docteur nous avait dit qu'on pourrait quand même essayer, comme on était jeune, que c'était la première à l'HFME...

Armand : Oui ils nous avaient dit qu'on pouvait peut-être trouver des solutions par rapport à notre dossier, mais moi j'avais abandonné, je m'étais dit stop.

Amélie : on c'était dit que c'est fini. On fait une pause... enfin.

Armand : Du coup on était ni triste, ni... Enfin c'est bizarre comme sentiment, c'était vraiment bizarre. Un abandon quoi.

Amélie : Oui.

Armand : Moi j'avoue j'attendais rien pour la dernière. Franchement.

Fanny : Et du coup, comment vous avez vécu l'annonce.

Armand : Oh ça a été...

Beaucoup de joie, de rire et d'émotion

Armand : c'était... Enfaite ça s'est passé bizarrement. Ils nous ont dit que ça a marché donc ça c'était vraiment bien ! Mais deux semaines après t'as eu des soucis ?

Amélie : Trois semaines/un mois... J'ai eu des saignements. Du coup moi je me suis dit « c'est bon je fais une fausse couche ». Donc voilà...

Armand : on a fini à l'HFME à minuit. Et a 2h30/3h du matin on est passé avec une dame vraiment bien pour le coup. Le médecin était vraiment top ! Et elle nous a même fait entendre le cœur et là c'était... C'était incroyable vraiment ! C'est la que pour ma part ça a pris une autre dimension. J'ai compris que vraiment on était lancé dans le processus bébé et que vraiment on aurait quelque chose.

Amélie : Oui.

Armand : Ah oui entendre le cœur c'était spectaculaire !

Amélie : Enfaite-t-on s'attendais tellement pas à ça !

Armand : Oui elle a mis la sonde et la on a entendu « boum boum ». Alors que nous on pensait vraiment que c'était cuit. Mais du coup ça c'était spectaculaire pour le coup. Incroyable... C'est top franchement.

Fanny : Vous venez d'avoir l'échographie du deuxième trimestre du coup ?

Amélie : Oui ! Ça y est.

Armand : Après on a fait des echo tous les mois nous. On a fait les stressés.

Amélie : Oui on était angoissé, c'était vraiment beaucoup d'angoisse. Les trois premiers mois c'était horrible.

Armand : C'est vrai qu'on a fait des echo tout le temps. J'avoue qu'on a même fait une de plus car Amélie avait beaucoup, beaucoup mal à la tête. Elle disait « c'est vraiment pas bon signe ». A ce moment-là on était à Annecy.

Amélie : C'est parce que je fais des migraines liées aux hormones, du coup avant chaque cycle j'ai des migraines. Je me suis dit « si je commence à avoir une migraine, je fais une fausse couche ». On associe plein de choses...

Armand : Du coup on a été à Grigny on a pu faire une echo le jour même. *rire* On était stressé oui. Maintenant ça va mieux. On ne fait même pas d'echo en décembre.

Amélie : Voilà maintenant on la sent.

Armand : Elle bouge et tout.

Amélie : Elle est plus présente. Physiquement elle est là. Que temps qu'on pouvait pas la voir, qu'on ne la sentait pas... Enfaite moi je m'interdisais d'y croire. De peur de chuter encore.

Armand : En plus c'est vrai qu'elle a une belle croissance ! Tous les volets sont ouverts. On n'a pas de soucis au niveau du test de la trisomie 21. C'est aussi ce que je dis à Amélie, faut qu'on arrive à lâcher, pour profiter. Ce qui était bizarre c'est qu'on était heureux, mais sans pouvoir profiter de la grossesse au final. Je sais pas comment l'expliquer, ce sentiment était bizarre. Tout le monde nous disait « oh c'est vraiment bien ! » mais moi j'étais... Temps qu'on y est pas, qu'on est pas à trois mois, qu'on a pas ci, qu'on a pas ça... On arrivait pas à être... je sais pas comment l'expliquer. Mais après je trouvais que c'était pas bien, c'est ce que je disais à Amélie, c'était pas bien pour le bébé je trouve. On s'interdisait d'être vraiment joyeux et alors qu'au final... En plus on lui faisait pas ressentir. Je pense que tout ça s'est lié, et je me dis que c'était pas bien pour le bébé. Faut qu'on arrive à profiter, elle ressent les choses surement. C'est vrai qu'on a mis du temps à ça. A décrocher. Mais bon, maintenant c'est tout bon...

Fanny : Ce sont des réactions normales, vous avez vécu des choses en amont aussi.

Armand : Je sais pas, parce qu'on a des amis qui ont un cas comme nous, mais qui sont au début de l'histoire. On a pas encore des échanges avec eux sur ça, car eux ils sont encore au début des FIV et tout ça. Et dans notre entourage on a pas d'autres amis qui ont fait des FIV. Enfin si on a des amis ils ont fait une FIV le même jour que nous, mais eux ça a marché

du premier coup. Mais c'est vrai qu'on a pas d'autre cas... Avec un parcours très long, très compliqué. Amélie a une amie qui a des soucis aussi, mais avec des inséminations ça a marché aussi. Pas de cas comme nous. Par contre il a beaucoup de cas problématiques quand même, je trouve. Après je sais pas si les statistiques disent qu'il y a plus de soucis qu'avant, mais il y a quand même beaucoup de gens dans nos amis, notre entourage où c'est quand même pas simple. Il y a beaucoup de gens qui sont dans la complication quand même.

Fanny : Peut-être que c'est l'âge, les femmes font des enfants de plus en plus tard.

Amélie : C'est vrai que nous on est jeune, on a de la chance. On nous aurait pas proposé toutes ces solutions sinon. On aurait directement été vers le don d'ovocyte.

Armand : Par contre durant tout ce parcours on a croisé des gens bien. Vraiment. Il y a des gens avec qui s'est pas passé, mais c'est les affinités, voilà. En termes de caractère, il y a des médecins qu'on appréciait plus ou moins. Après on était pas forcément d'accord sur le sujet, elle en préférait certains, moi d'autre. Parce qu'on n'a pas les mêmes attentes des gens en face de nous. Mais l'HFME j'ai vraiment apprécié pour le coup.

Amélie : Oui !

Armand : Franchement l'HFME... Rien à dire, on a vraiment vraiment été super bien pris en compte. C'était vraiment bien.

Amélie : Oui.

Armand : Surtout le docteur B., elle était vraiment bien elle.

Amélie : Oui le médecin qui nous a suivi pendant notre parcours.

Armand : Oui c'est vraiment une dame bien, franchement.

Fanny : Et les sages-femmes et leur accompagnement ?

Amélie : Oui aussi ! Après c'est vrai que c'est dommage car on les voit en coup de vent le matin. Mais elle nous appelait tous les jours.

Armand : Oui oui ! En plus j'ai envoyé des mails, et il y a toujours quelqu'un qui m'a rappelé. Deux fois j'avais des questions, et toujours quelqu'un m'a rappelé. Franchement c'est vraiment bien.

Amélie : Oui. C'est clair que le système est bien rodé.

Armand : Moi je conseil au gens d'aller à l'HFME.

Amélie : Enfaite ce qui fait pas envi au début, c'est qu'à l'HFME il y a 6 mois d'attente. Quand ça fait déjà un moment qu'on attend, on se dit que 6 mois c'est encore une éternité. Même si on est quand même pas vieux, 6 mois c'est énorme. Du coup dans un premier temps ça fait pas spécialement envi.

Armand : Après, ça s'est tout bien enchainé vite, le rendez vous était long mais après ça s'est enchainé vite.

Amélie : Oui voilà, mais le temps d'attente était long.

Armand : Oui ça c'est dommage. Mais après on a décidé d'accoucher là-bas. Enfin voilà notre parcours dans les grandes lignes.

Fanny : Et bien merci beaucoup. Vous avez déjà répondu à plein de questions que j'avais à vous poser. Mon mémoire parle aussi de sexualité, donc pour vous est ce que votre parcours, les traitements, ont eu un impact sur la sexualité de votre couple ?

Armand : Par impact vous voulez dire quoi ? En négatif ?

Fanny : Non pas forcément. Ça dépend des couples, pour certains l'impact est négatif, mais pour d'autres il y a eu un impact positif. Mais cela ne veut pas forcément dire que c'est vrai pour vous. Par ces entretiens j'essais de cibler ce qui a pu avoir un impact ou non sur la sexualité du couple. S'il n'y a pas eu d'impact par quel moyens les couples on réussit à préserver la même sexualité qu'avant leur parcours.

Armand : Si moi je pense qu'il y a eu un impact quand même. Mais moi ça serait plus un impact négatif pour le coup. Ce que je trouve qui, pour moi, a été difficile... Enfin pas difficile mais pas génial, c'est qu'on soit obligé d'avoir des relations a un moment pile poil. C'était extrêmement cadré au final. C'était mécanique, comme si on était au boulot. Moi je trouvais pas ça... C'était pas génial. Après il n'y a pas le choix donc bon, faut le faire, mais c'est vrai que c'est...

Amélie : Oui quand t'essais a début c'est vrai que t'as pas le choix.

Armand : Du coup on est plus sur des relations normales, quand on en a envi, c'est vraiment mécanique quoi. Tel jour faut être là, à tel heure il faut le faire.

Amélie : Enfin c'était au début, avant traitement. A part quand il y avait les stimulations.

Armand : Ça a duré longtemps quand même. On était vachement dans un cadre. A chaque fois quand même.

Amélie : Oui c'est possible... Pendant les attentes de FIV ça aurait pu marcher. Vu que moi je m'étais dis que ça avait quand même marché une fois naturellement, pourquoi pas une autre fois, on ne sait jamais.

Rire des deux

Armand : C'est sûr que la relation elle change quoi.

Amélie : Ah bah oui !

Armand : On a pas du tout les mêmes approches de la sexualité dans un couple dans ce schéma-là. C'est vrai.

Amélie : Bien sûr. Puis je trouve que c'est délicat, c'est vrai qu'il y a des moments ou on a pas forcément envi mais bon, on se dit « si je me grille encore cette fois » ...

Armand : Oui on se grille une carte.

Rire des deux

Amélie : Mais oui ! Déjà que c'est compliqué... enfin même quand on savait pas que c'était compliqué, on se dit que c'est un mois de perdu. C'est énorme.

Fanny : C'est un peu comme un rendez-vous mensuel ?

Armand : Oui c'est ça ! *rire*

Amélie : Ah bah oui ça c'est sûr. C'était systématique.

Fanny : Vous pensez que ça a augmenté le nombre de rapport ou pas forcément ?

Armand : Je ne pense pas que ça a forcément augmenter. Au final on le faisait pendant ces périodes là, mais après derrière je suis pas sûre que ça en découlait sur d'autre rapport plus... Enfaite je pense qu'on est tellement dans un schéma de bébés dans la tête, au final les rapports sont secondaires, c'est vraiment pour le bébé, il y a plus cet aspect de le faire pour sois, pour le plaisir. Je sais pas comment tu le perçois toi ?

Amélie : Hum... Après moi je trouve que c'était surtout plus sur le début, quand on essayait. A la fin on avait un peu plus de recule.

Armand : Heureusement ! Au début c'était vraiment...

Amélie : *rire* Oui ! Oui au début voilà... Alors qu'a la fin on avait plus de recule sur les choses.

Armand : On a tout lâché on s'est dit que c'est pas grave, c'est surtout ça !

Amélie : Oui voilà ! Je pense que du moment que dans notre tête on c'est peut-être dit qu'on lâchait un peu prise...

Armand : On a commencé à faire d'autre projet clairement ! On a dit qu'on vendrait tout ici, qu'on ferait peut-être le tour du monde pendant un an. Enfin on a eu d'autres projets, et des projets qu'on aurait faits vraiment. Parce que nous on fonctionne comme ça. Et c'est vrai qu'après on et re rentré dans un système plus classique.

Fanny : D'accord, en créant un autre projet que le projet bébé, ça a rétabli un certain équilibre ?

Armand : Oui ça a rétabli un certain équilibre.

Amélie : Après je trouve qu'on a quand même essayé au maximum... Enfin même si on avait toujours en tête dès le départ ce projet bébé, on a toujours réussi à côté à avoir des petits projets.

Armand : Oui c'est ce qui nous a sauvé. C'est ce qui nous a fait du bien aussi... D'avoir des projets à côté, de faire des voyages, de faire des choses. Enfaite notre couple a été modifié mais il ne c'est pas arrêté. Je ne sais pas ce que d'autre aurait répondu, comment ils font dans leur couple, car chacun fonctionne différemment. Mais nous on ne s'est pas arrêté parce que voilà, il y a un souci donc on fait plus rien et on fait que ça. Non nous a coté de ça on a continué notre vie complètement : des week-ends, des voyages, les amis. Nous on n'a rien modifié sur ça. Et je pense que c'est ce qui était bien pendant les 5 ans. Sinon c'est une spirale infernale et négative qui ne s'arrête jamais. Que là, malgré nos soucis internes de couples... Enfin c'est même pas vraiment des soucis qu'on vivait...

Mais on était complètement en phase avec tout ce qu'on a vécu jusque-là. Mais dans c'est « extérieur » positif : la familles les voyages et tout ça, ça nous a vraiment fait du bien par contre. On ne s'est rien interdit à côté de ça, on a fait comme si on avait une vie classique, sans soucis, sans rien. Et ça c'est bien. On a fait des voyages avec Easy Jet les week-ends, on est parti à Prague, à Amsterdam... On a fait plein de truc, on est allée à Miami. On a quand même profité de la vie, on a fait toutes les soirées avec nos amis. Malgré qui avait des enfants de partout, on a fait les baptêmes... C'est pas facile hein, je l'avoue.

Fanny : C'était dur à vivre ?

Amélie : Oui.

Armand : Oui vraiment. En plus j'ai été parrain d'une petite fille, alors là oui... En plus c'est mon meilleur ami, là ça m'a fait quand même plaisir. Mais par contre il y a d'autre baptême

t'as pas envie d'y aller quoi. Tu y va parce qu'il faut y aller. L'émotion qui était le plus difficile, ce qui était le plus dur c'est que nous quand on a commencé il n'y avait pas d'enfant, chez personne. Puis il a eu le premier, on c'est dit, c'est bon nous ça va arriver, puis après tous ils ont eu des deuxièmes. Et là tu te dis... On est loin là. C'était plutôt ça. Après le reste... C'était bien. On a essayé de faire plein de chose à côté.

Amélie : Oui.

Armand : De toute façon dans le couple, si on se concentre que sur ça, le couple il explose au bout d'un moment. Enfin je pense hein...

Amélie : C'est sûr.

Armand : Je pense que si vraiment on est accés que sur ça, c'est impossible. C'est impossible...

Amélie : Après ce qui était... On n'était pas toujours en phase. C'était au début, où moi j'étais vraiment à fond, toi tu l'étais moins. Enfin... On n'a pas vécu toutes les phases au même moment.

Armand : Oui on apprend tous les choses différemment. C'est sûr.

Amélie : Oui.

Armand : Après sur les grands sujets on était toujours d'accord non ? Sur la façon de faire... On s'est toujours suivi quoi qu'il en soit.

Amélie : Oh bah oui ! C'est sûr.

Armand : Ça c'était notre grande force je crois. Malgré qu'on ait vécu chacun nos périodes, toutes nos décisions ont été unanimes. On n'a jamais eu de dispute, on a toujours été en accord complet.

Amélie : Oui.

Fanny : Vous vous êtes senti lié face à tout cela ?

Armand : Franchement ouai.

Amélie : Oui !

Armand : Complètement. Parce que une fois ou deux, mais c'était normal, elle disait « non mais si tu me quittais je comprendrais » « blablabla... ». C'est ce que je lui expliquais, mais te quitter c'est une chose, c'est la facilité pour trouver une fille avec qui j'aurais un bébé. Mais peut être que ce sera une c*****, peut être que je ne serais pas heureux dans mon couple. J'aurais peut-être accès à un bébé mais je serais malheureux dans mon couple. Ce n'est pas ça la vie. Moi je fais du sport collectif depuis tout petit, je fais du rugby. Pour moi on est comme une équipe. On a commencé ensemble on était jeune, on avance ensemble. Et si on en a pas ensemble ? Et bah on fera autre chose et basta. Il y a d'autre solution. J'ai toujours été dans cet état d'esprit. J'ai jamais pensé une fois à la facilité et dire « je te quitte et je vais avec quelqu'un d'autre ». J'ai jamais fonctionné comme ça.

Fanny : Je suis désolée c'est peut-être une question un peu dure mais vous aviez de la culpabilité à devoir passer par la PMA ?

Amélie : Oui !

Armand : Toi oui ! Alors que moi je lui ai toujours dit que c'était pas grave. Jamais une fois je ne t'ai reproché ça.

Amélie : Non c'était difficile à vivre... De se dire que c'est... Que c'est à cause de moi qu'on y arrive pas, que...

Armand : Mais après je te l'ai toujours dit, ça aurait pu être dans l'autre sens, ça aurait pu être moi !

Amélie : Oui c'est sûr. *rire* Mais après voilà...

Armand : Mais tu l'as pas voulu, c'est comme ça. C'est pas de ta faute.

Amélie : Oui.

Armand : Ça aurait pu être moi, ça aurait pu être plein de chose.

Amélie : *silence* Mais si c'est sûr que la culpabilité elle joue... Oui on se dit qu'il n'y a pas vraiment de solution, que voilà. Bon finalement si ! On y est arrivé ! Temps qu'au début on était dedans, il y avait plein d'espoir, bon c'était quand même dur à accepter tout ça mais ça va. Mais c'est vrai qu'au fur et à mesure quand on voit qu'on épuise toutes les cartes et qu'on arrive à la dernière étape... Oui c'est vrai que c'était compliqué... Oui. Même maintenant... C'est dur. Bon on y est arrivée, mais ça reste dur. *beaucoup d'émotion dans la voix*

Armand : Mais maintenant c'est fini ! Je pense que maintenant il faut qu'on l'ai dans nos mains pour clore le sujet. Après je lui ai dit que ça nous servira. Je pense que dans la vie tout sert d'expérience. Ce qu'on a vécu ça nous sert personnellement quoi.

Amélie : Oui c'est clair.

Armand : Individuellement ça nous a fait grandir sur plein de choses. Moi ça m'a beaucoup aidé, ça m'a fait me remettre en question sur plein de choses. Aujourd'hui ma conception de la vie est différente. Ça nous a beaucoup fait évoluer humainement quoi.

Amélie : Bah ouai. Parce que du coup on se dit que c'est la seule chose qu'on maîtrise pas quoi. C'est comme la maladie ! Enfin la maladie c'est bien plus grave mais... Mais voilà on ne maîtrise pas quoi. On a beau vouloir plus que tout au monde, bah c'est pas nous qui décidons et c'est ça qui est dur pour nous. C'est de pas maîtriser les choses.

Armand : Oui c'est vrai qu'on a la chance d'avoir une vie agréable, d'avoir accès à plein de chose : on a des jobs tout les deux, on a une petite maison, on a réussi à faire tout ce qu'on avait à faire dans notre couple. On s'est mis ensemble, on a eu une maison, on a fait des voyages, on s'est marié... Et la chose qui était le plus important et qui se monnaie pas, parce que dans la vie tout ne se monnaie pas, c'est ce dont on avait pas le droit. Parce que tout le monde nous disait qu'on avait tout, qu'on avait la belle vie. Parce que les gens sont accés sur le visuel. Oui on est parti à Miami, oui on a une maison. Mais je leur dis « moi je vous donne tout, il n'y a pas de souci je vous donne ma maison, mes voyage... Parce que nous aujourd'hui ce qu'on veut c'est un bébé. ».

Amélie : Oui.

Armand : C'est plutôt ça qui était dur, parce que c'est sur ça on a aucun levier. Soit ça venait par ça, soit ça ne venait pas. C'était plus ça qui était dur : dans la maîtrise. C'était vraiment ça qui était désagréable, après les gens ne le font pas volontairement... Mais avec leurs phrases à deux centimes, où ils te racontent tous la même histoire : « Oui mais c'est dans la tête, il faut pas y penser... », « nous on a des amis, le jour où ils ont arrêté ça a marché ».

Amélie : Oui au début ça c'était compliqué.

Armand : Oui ça prend la tête. C'est ça que les gens ne comprennent pas.

Amélie : Au bout d'un moment ils ont compris. *rire*

Armand : Ils le font pas méchamment, mais c'est vraiment ce que t'as pas envie d'entendre quoi. Ça part d'un bon état d'esprit au départ...

Fanny : Est-ce que vous avez eu un suivi psychologique par rapport à tout ça ?

Amélie : Lui non mais moi oui. Enfin j'ai essayé plusieurs trucs.

Armand : T'as tout essayé !

Amélie : Oui *rire*. Après si j'ai été voir deux fois une psychologue. Enfin j'en ai vu deux différentes. Une où j'ai été une fois et puis voilà, et une qui faisait de l'hypnose. C'est pas trop que ça me faisait peur les psys, mais je voyais pas trop comment ça pouvait m'aider.

Armand : T'as fait de l'acupuncture aussi ?

Amélie : Oui mais c'est pas psychologique... Mais sinon ce qui m'avait choqué au début du parcours c'est quand j'ai fait l'hypnose avec la psychologue. En séance d'hypnose elle m'avait demandé de me représenter mon utérus et au début on se représente un utérus normal quoi. Mais ensuite la première image qui m'est apparue à part un utérus c'est un sens interdit. Et ça, ça m'a bouleversé. Je me suis dit, pourquoi je vois ça ?

Armand : C'était au début ça.

Amélie : Oui tout au début. Et oui ça a été vraiment... De se dire que voilà quoi, comment je peux avoir une image comme ça ? Enfin je l'ai assez mal vécu. Ça a été un choc. Sur le coup j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps *rire*, puis j'ai refait une séance derrière, puis j'ai arrêté. J'ai pas continué.

Armand : T'avais pas trop accroché avec elle de toute façon.

Amélie : C'est vrai que j'avais un peu du mal à accrocher avec chaque truc. J'avais besoin d'une solution rapide, mais j'en avait, pas à chaque fois que je faisais... Donc voilà. Mais oui j'ai fait pas mal de médecine parallèle : l'acupuncture, magnétiseur...

Armand : Et celui qui t'avais fait des trucs. C'était bizarre ça.

Amélie : A Lyon ? oui ça c'était un vieux acupuncteur assez réputé.

Armand : Après on a quand même fait une belle rencontre à Lyon ! Une dame vraiment bien pour le coup.

Amélie : Oui dans Lyon une personne qui fait de la PBA, de la Psycho Bio Acupression. C'est comme de l'acupuncture mais elle le fait avec ses doigts, par des appuis. Et du coup cette personne oui ça a été une très belle rencontre.

Armand : Carrément !

Fanny : Au final c'est plus un accompagnement que vous cherchiez plutôt qu'une médecine précise ?

Amélie : Oui il y avait des deux en fait.

Armand : Elle avait vraiment une belle approche. J'ai été la voir et vraiment il y a quelque chose en plus.

Amélie : Oui voilà chez elle j'arrivais à avoir le côté relationnel et en même temps l'aide. Alors que ça agissait moins que l'acuponcture par exemple. Elle c'était moins ciblé sur l'infertilité, mais pourtant je sais pas... Le contact passait plus.

Armand : Mais sinon on a pas été voir de psychologue pure.

Amélie : Non.

Armand : J'y avais pas pensé moi.

Amélie : Bah tout les deux ensemble non.

Fanny : Il ne reste plus que deux questions. Pensez-vous que cela a renforcé votre couple ?

Armand : Seul le temps nous le dira, mais en tout cas ça l'a pas affaibli. L'étape la plus compliqué c'est quand même de vivre à trois. *rire de tout les deux*. Mais ce qui est sûr c'est que ça l'a pas amoindri.

Amélie : Non c'est sûr. Je pense que ça l'a renforcé parce que ça nous a permis de voir qu'on est vraiment soudé, et que même face aux échecs, aux difficultés, on a réussi à avancer tous les eux. Enfaite c'est surtout ce que j'ai trouvé le plus beaux dans ce parcours c'est que jamais tu m'as dit que ça pouvait être de ma faute ou quoi que ce soit. Et puis on était toujours soudé.

Armand : C'était important !

Amélie : A aucun moment on c'est dit que... Qu'on était pas sur la même longueur d'onde.

Armand : Ça c'est sûr. Ce qui est sûr pour moi c'est que notre couple est resté uni et qu'on a pas eu de problèmes dans notre couple.

Amélie : C'est vrai que dans les salles d'attente des fois on voit des trucs !

Armand : Oui on a vu des choses franchement des fois... ça rend triste. Ce qui m'a choqué à vie là, une pauvre femme, sont mari en avait rien à faire. Il était pas là, elle l'appelle pour lui demander où il est, il lui répond qu'il vient pas. Elle avait pas les papiers et il disait qu'il s'en fichait... Je me dis que si je suis à la place de la femme je pars et j'arrête tout. A c'est malheureux, il a des choses terribles...

Amélie : C'est pas possible comme ça.

Armand : C'est une chose à vivre à deux, je sais que j'ai vraiment essayé de participer. De toute façon quoi qu'il en soit, mon boulot ou quoi, je n'aurais pas été travaillé s'il fallait. J'ai fait tout ce qu'il y avait à faire pour vivre tous les rendez-vous tout ça. Je trouve que c'est primordial de vivre tout ça a deux. C'est dur sinon, tout seul face aux problèmes c'est compliqué. Vous êtes au fond du gouffre, votre bilan il est pourri... Quand tu sors de là-dedans... Faut être deux pour s'apporter du soutient.

Amélie : C'est sur...

Fanny : Et aujourd'hui, vous conseillerez quoi à un couple en début de parcours ? Pour le vivre au mieux ?

Armand : Franchement, moi je donnerais aucun conseil. Je trouve que c'est impossible de donner des conseils. Franchement. Chaque couple est différent, chaque individu est différent, chacun apprendre les choses différemment. Je vois moi mon ami qui a commencé, il est vraiment pas bien dans cette histoire. L'appension elle est vraiment... C'est impossible de donner des conseils.

Amélie : Puis en plus, ce qui est dur je pense, c'est que quand on est au début du parcours on sait pas ce qui nous attend, et du coup...

Armand : C'est mieux !

Amélie : Oui c'est mieux ! Si on nous avait dit « vous n'aurez pas d'enfant avant 5ans et avec toutes ces étapes », peut être qu'on aurait laissé tomber quoi.

Armand : C'est ce que j'ai dit à mon pote, il m'a demandé et je lui ai dit « je te dirais rien. Je peux pas te dire, oui c'est pas simple, mais il vaut mieux que tu vois au fur et à mesure. Si je te dis maintenant si ça se trouve tu vas vouloir tout abandonner ». Après donner des conseils c'est dur. Sinon oui il y a les conseils bateau, c'est tout ce que j'aime pas : restez unis, blablabla.

Amélie : Oui.

Armand : C'est des conseils bateau. Je pense qu'il n'y a aucun conseil à donner. Pour moi hein ! A part partager ce qu'on a vécu tous les deux, dire « oui il faut que tu fasses ça » je trouve que c'est déplacé.

Amélie : Après c'est juste essayer de ce parler, d'être en couple.

Armand : moi je n'aurais pas aimé qu'on me dire de faire ça ou quoi. Chaque parcours est différent. Je sais pas quel conseil donné a quelqu'un alors que je sais pas comment il appréhende les choses, comment ils vivent les choses en couple, et lui personnellement.

Fanny : Merci beaucoup. De mon côté j'ai fini les questions pour vous deux.

Entretien individuel d'Armand :

Fanny : Il y a des questions qui vont se recouper par rapport à ce que vous avez déjà dit précédemment mais je garde le fils, si ça ne vous gêne pas, pour garder une logique dans l'enchaînement des questions. Pour commencer, à titre personnel, comment vous avez vécu le diagnostic ?

Armand : Le diagnostic... C'était dur. Mai je l'ai bien perçu parce qu'on avait eu affaire à une dame Dr X, qui fonctionne comme moi je fonctionne. Moi j'aime quand les choses sont carrés, qu'on me dise les choses telle qu'elles sont. Je déteste qu'on m'invente une histoire. Elle a dit texto ce qu'il en était et du coup je savais à quoi m'attendre. Alors c'était dur, car c'était l'inconnu. Des fois c'est pas bien ce qu'on pense, je me disais « pourquoi lui il a le droit et pas moi », « ils font n'importe quoi alors que nous on a ce qu'il faut pour qu'il soit heureux ». Ce n'est pas une bonne approche... Du coup c'était un peu dur au début. Après du moment où on savait ce qu'il en était, on se mets dedans et on fait ce qu'il faut.

Fanny : Est-ce que toutes les étapes et les examens vous ont donné le sentiment de remettre en cause votre virilité ?

Armand : Non... Non vraiment pas. Pas du tout. Jamais je me suis posé cette question. *rire*

Fanny : Est-ce que les examens ont eu un impact sur votre libido ?

Armand : Oui un peu quand même. C'est ce qu'on disait, c'était tellement devenu mécanique... Après ce n'est pas drôle... Je sais pas trop comment l'expliquer. Ça se faisait pas naturellement. Automatiquement la libido elle est un peu après quoi.

Fanny : Comme si ce n'était presque pas la priorité ?

Armand : Oui c'est ça !

Fanny : Et qu'est-ce que vous avez pensez des tests et des examens ?

Armand : Non ça va franchement... Si le spermogramme j'avoue c'est un peu compliqué. Quand on arrive dans une pièce et qu'on doit faire ce qui il y a à faire. La femme elle rentre, elle explique avec une feuille et dit qu'il faut faire ci, il faut faire ça... En plus après tu ressorts avec ton gobelet, tu va dans la salle d'attente ou il y a plein de monde. Bon après ils ont la pour la même chose que toi. Oui ça c'était spécial. Après j'ai rien mal vécu ! ... Si le seul moment, que j'ai pas mal vécu mais qui était étonnant c'est l'andrologue. J'avais jamais fait ça de ma vie, c'était bizarre. J'étais sur une table comme pour les femmes, il était en face de moi et il me parlait en même temps. Ça c'était bizarre oui.

Fanny : Mais du coup vous ne gardez pas de souvenir négatif ?

Armand : Non jamais de négatif. Parce que je savais que ça aiderait pour faire, que c'était important. Bien au contraire je faisais ce qu'il y avait à faire.

Fanny : On a beaucoup parlé du fait que les rapports était réglé en ce qui concerne le nombre et le moment. Mais est ce que vous trouvé que la qualité des rapports a changé ?

Armand : Ça reste quand même un partage. Après c'est bizarre, je sais pas trop... Oui, non je trouve pas. Je trouve pas que ça a été négatif.

Fanny : Et bien c'est à peu près tout. C'est plus rapide car vous avez déjà répondu a plein de mes questions avant. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Quelque chose que j'ai oublié peut-être ?

Armand : Non... Si, après je pense que pour que ce soit vraiment une réussite, c'est qu'il faut réussir à retirer le négatif, chercher des vrais points en faisant ressortir le positif. Je pense qu'il ne faut vraiment pas tomber dans du négatif. Vraiment si on part sur une spirale négative et qu'après nous on est négatif, je pense que c'est catastrophique : dans la tête, dans le couple. Faut que le couple arrive à se projeter plus loin que le bébé. C'est dur hein ! C'est quand même la base de tout ça. Nous ce qu'on a facilement réussi à faire et ce qui nous a fait du bien, c'est de nous projeter en nous disant « s'il y a pas, qu'est ce qu'on fait derrière ? ». C'est de trouver ce qu'on fait derrière, de continuer à vivre et de faire des projets et pas que tout s'arrête. C'est ce qui est le plus dur je pense. Si les gens ne prévoient pas et que ça s'arrête d'un coup, après c'est dur... Je pense que ça peut être dramatique dans un couple. C'est de pas avoir d'après-projet. Ce que je dis souvent, un a moment donné on se disait que c'était fini, c'est dur de se dire que la vie ne s'arrête pas. On a 35ans, on a encore tellement de temps. Se morfondre pendant 30ans ça sert à rien. Qu'est ce qu'on fait derrière pour combler ce qu'on aura pas ? Et qu'est ce qu'on imagine ? C'est se donner un nouveau challenge. Nous on avait prévu de montrer une affaire, enfin voilà ! c'est trouver des choses qui palisse ce qu'on aurait pu ne pas avoir. Et si on ne le fait pas, c'est ce qui peut tout exploser. C'est là, au dernier rendez-vous, quand on te dit que ça marche pas, et après tu te retrouve dans la voiture et tu te dis que t'as plus rien c'est fini. La je pense que ça peut être le néant... Voilà c'est juste ce que je peux rajouter.

Fanny : Très bien. Merci beaucoup. Vous avez des questions ?

Armand : Non.

Entretien individuel d'Amélie :

Fanny : Je vais vous poser les mêmes questions qu'à votre conjoint. Certaines vont reprendre ce qui a été dit avant je suis désolée. Du coup, on a déjà parlé de comment vous avez vécu le diagnostic, est ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport à ce que vous avez dit ?

Amélie : Enfaite oui, en réfléchissant c'était dur mais en même temps c'était une libération. C'est bizarre mais pendant plus d'un an on essayait et il ne se passait rien. Puis c'était après le mariage, pour les gens c'était logique : vous vous marier puis vous avez un enfant direct dans les mois qui suivent. Et comme disait Armand tout a l'heure ils disent « ah mais arrête d'y penser », « quand t'y pensera pas ça arrivera tout seul » etc. On a envie de dire « oui bah arrête de me poser des questions déjà. ». A force qu'on nous dise « c'est dans ta tête » on finit par se dire que, oui en effet c'est dans ma tête, c'est à cause de moi. Mais bon j'ai pas le bouton off quoi. C'était une obsession. Et le fait de se rendre compte qu'il y avait quand même un problème physique, qui est là, c'est de se dire que non c'est pas dans ma tête. Oui en effet, il y a peut-être le psychologique qui joue, moi j'en suis certaine. Mais il y avait aussi une explication concrète. Non je ne suis pas folle et c'est pas que à cause de ça. Du coup c'était dur, mais en même temps moi ça m'a soulagée. C'est un peu horrible en même temps, parce qu'il y avait vraiment un problème ! Mais ce qui était positif c'était qu'il y avait un problème physique, mais du coup il y avait une solution. Qu'un problème psychologique la solution est quand même pas si simple à trouver. Alors que quand on a une jambe cassé on a un plâtre et c'est réglé. C'était ça, c'était de se dire qu'on pouvait avoir une solution assez « facile ».

Fanny : Comment vous avez vécu les examens et les traitements ? La femme fait plus d'examens, c'est elle qui fait les traitements, comment vous avez vécu cela ?

Amélie : Oui c'est sûr. C'est... C'est toute notre intimité qui voilà quoi... C'était pas simple mais après, voilà ça reste dans le corps médical, c'est pour une bonne raison. Mais on ne tombe jamais sur les mêmes têtes, c'est dur. C'est pas simple on a jamais le même médecin, puis ça va vite. A l'HFME quand on arrive et qu'on regarde à coté de nous et qu'il y a 30 personnes on se dit « ouah, mon Dieu », ça défile ! Alors bon du coup pour eux on est un numéro, ils se rendent pas compte. Il y a ce coté-là. Après nous aussi il y a le boulot derrière et faut qu'on y aille donc bon. Il y a le stress d'aller au boulot derrière, d'arriver à l'heure ! Mais oui c'est pas des moments super agréables. Les passages au blocs...

Fanny : C'est un moment angoissant ?

Amélie : Dans l'ensemble je l'ai plutôt bien vécu. Mais oui, je ne m'étais jamais fais opérée, donc c'était une première de ce côté. J'ai rencontré des gens très gentils mais c'est quand même bizarre d'être nu dans un bloc, de se dire qu'on va toucher une partie intime de nous, qu'on est pas consciente. Tout ça c'était quelque chose qui me faisait un peut bizarre. Il y a des gens que je connais pas qui... et je vois pas ce qui se passe ! C'était ça surtout, le fait de pas voir, de pas maîtriser une zone qui est quand même très intime et que personne ne voit logiquement.

C'est un peu bizarre. Tellement que pour l'écho des trois mois, on a été dans un centre dans Lyon. Ils sont au top là-bas, ils prennent vraiment le temps. La première écho, elle me dit

« vous pouvez passer de l'autre côté et vous mettre sur la table » et moi je me suis déshabillée entièrement comme si j'allais avoir une écho endovaginal. Parce que : trop l'habitude ! Au moment où elle a tourné la tête je me suis dit « oups ! » *rire*. On a rigolé et en même temps que je me suis dit « mon Dieu, c'est bizarre d'en être la ». Bon elle a compris que le parcours avait fait que c'était un automatisme.

Fanny : Il y avait deux embryons qui ont été implanté ? Vous en pensiez quoi ? Vous avez vécu comment cette étape ?

Amélie : A la base depuis le début du parcours on a toujours fait le transfert de deux embryons, même au Val d'Ouest au début, alors qu'ils ne voulaient pas. Ils nous disaient qu'on était jeunes, qu'on avait le temps. Ça nous a fait vraiment culpabiliser. Les biologistes ne voulaient pas mais nous on c'était dit qu'on en voulait deux. Que le parcours était déjà compliqué et que si on pouvait avoir les deux en une fois ça serait bien. Et quand on a eu l'annonce qu'il y avait qu'un embryon on était pas déçu car il y en avait déjà une ! Après je me dis quand il y a eu les saignements au début est ce que c'est le deuxième qui... Voila ? Après je me dis est ce que c'était parce que c'était un mois après et ça aurait dû être mes règles ? Je me dis qu'on ne sait pas. Parce qu'au début ils étaient tous les deux au même stade quand on a fait le transfert. Je sais pas... Mais en même temps c'est pas grave, il y a en a déjà une et c'est bien ! C'est le principal.

Après on est pas du tout là-dedans mais le deuxième... C'est pas encore quelque chose...

Fanny : On verra plus tard ?

Amélie : Ou pas *rire*. C'est pour ça les deux d'un coup au moins ça aurait éliminer la question !

Fanny : Sinon, est ce que vous avez l'impression que ce parcours à remis en cause votre féminité ?

Amélie : Dans mon quotidien non je ne pense pas. Après c'est vrai que j'ai eu de la chance de pas avoir eu trop d'impact avec les traitements : pas de prise de poids, ou autre. J'ai plutôt bien vécu les traitements et ça aide, parce que c'est vrai que si on se sens mal dans sa peau... Si on est sous pression tous ça, je trouve que ça m'a pas trop perturbé. C'était plutôt bien de se sentir soit même ! Mis à part quand j'allais à l'hôpital pour les traitements oui, en effet. Après on est toute pareil et on est toute la pour la même chose quoi. C'est un peu le mauvais côté, mais dans mon quotidien pas du tout.

Fanny : Et est-ce que les traitements ont eu un impact sur votre libido ?

Amélie : Je pense que oui peut être quand même. Après bah déjà il y avait le rythme qui était réglé, après... Là j'ai envies de dire que c'est plus la grossesse qui a un impact ! *rire* Je pense que oui ça a du modifié les choses, mais ça fait tellement longtemps qu'on ne sait plus trop ou est la normalité. C'est bizarre mais oui on sait plus trop si c'est une libido qui pourrait être normale ou pas. Mais où ça a peut-être joué un petit peu quand même.

Fanny : C'est à peu près tout ce que je voulais vous poser comme question. Est-ce que vous avez quelque chose dont vous voudriez parlez que j'aurais oublié ou qu'on n'aurait pas abordé ?

Amélie : Non je pense qu'on a fait le tour. Enfin peut être... Enfin tout à l'heure on parlait des aides psychologiques et tout ça. En tout cas nous, que ce soit à l'HFME ou au Val d'Ouest ça nous n'a pas été proposé. Et du coup je pense que des fois ça aurait pu être important

que ça soit fait. Peut-être aussi rencontrer un sexologue ou quoi, pour savoir si tout ce qu'on ressent c'est normal. Ça aurait pu peut-être un bon moyen.

Fanny : Parfait merci beaucoup. Et pour les médecines parallèles ? Comme vous en avez essayé certaines ?

Amélie : Oui il y a beaucoup de couple qui le font. C'est vrai qu'on est tellement dans la médicalisation. Qu'on a envie un peu de soin, pas juste de l'aide physique. Il y a tellement de chose en plus que je ne connaissais pas, comme la psycho bio acupression. Et c'est des choses super intéressantes. L'acuponcture à l'hôpital par exemple, ça se fait ! L'hypnose pour l'analgésie c'est de plus en plus en vogue. Voilà ça peut aider aussi. Je sais qu'ils le proposent pour le bloc. Du coup je pense que les médecines parallèles, on est beaucoup à en avoir besoin. Et c'est pas encore assez proposé. Ça pourrait être intéressant.

Fanny : Je vous remercie vraiment.

Couple B

Entretien commun

Béa et Benjamin

Entretien réalisé le 23/02/2018 après-midi, chez le couple.

Béa 35ans gestionnaire et Benjamin 32ans artisan. Ils vivent en couple depuis 4ans.

Fanny : Pour commencer est ce que vous pouvez me raconter le déroulé de votre histoire en PMA ?

Béa : Et bien ça à commencer... Bah par toi enfaite.

Benjamin : Oui ! J'avais une varicocèle, du coup j'avais déjà consulté à Chambéry au début ou on était ensemble. Et il m'avait dit à l'époque que ça pouvait poser des problèmes pour avoir des enfants. Il n'y avait pas de contre-indication, il fallait voir. Mais c'est vraiment que si...

Béa : Du coup on c'était dit que ça serait peut-être un peu compliqué. Déjà au départ *rire*.

Benjamin : Déjà on a essayé, mais ça n'a pas marché. Donc là on a pris rendez-vous avec...

Béa : Du coup pour commencer ici, avec mon gynéco en ville. Il avait dit « vous essayer pendant 6 mois, voir si ça fonctionne et tout ça, et si ça ne fonctionne pas il se fera enlever sa varicocèle ». Mais comme ça ne le gênait pas plus que ça, on c'était dit que c'était embêtant de faire une opération pour pas grand-chose quoi. Puis mon gynéco m'a fait faire des examens et des prises de sang, et il n'y avait pas... pas plus que ça. Du coup on est plus resté sur ton problème à toi.

Benjamin : Oui.

Béa : Il se l'ai fait enlever à Lyon, à Edouard Herriot.

Benjamin : Non il ne l'enlève pas !

Béa : Oui il bouche la veine.

Benjamin : Oui voilà. Et il nous avait redit (c'était en septembre) « bon c'est bon à Noël vous serez enceinte » ! C'était Noël 2015 ?

Benjamin : Euh oui !

Béa : En septembre 2015 il nous a dit « c'est bon en 2015 vous serez enceinte et tout ». Du coup on a continué... Mais j'avais une copine qui avait des problèmes et elle m'avait parlé d'insuffisance ovarienne. Elle m'avait dit « mais t'as pas fait cette prise de sang ? », que ça pouvait être problématique et tout. Je suis retourné voir mon gynéco ici et je lui ai dit « mais il n'y a pas un examen que vous auriez dû me faire faire ? ». C'est vrai que les gynécos de ville, par rapport aux gynéco... ils sont pas habitués quoi. Donc il m'a fait faire cette prise de

sang, et la grosse catastrophe : un taux hyper pourri, 0,42. Donc là j'ai dit « ah... cette fois ça doit venir de moi le problème ». Et il nous a envoyé à Lyon, il nous a envoyé à l'HFME. Et puis quand on a pris rendez vous on nous a proposé des...

Benjamin : On y était déjà allé avant à l'HFME ? Enfin j'y était allé avant.

Béa : Oui toi tu avais rencontré Dr L. Enfin du coup elle nous avait donné le premier nom donc Dr S., qu'on a rencontré... En plus c'est marrant parce que toi la première fois que t'avais rencontré le Dr L., le Dr S. était arrivé dans la salle d'attente et il pensait qu'on avait rendez-vous avec lui et il nous avait fait marrer ! « Oh bah on a rendez-vous ensemble et tout » et moi je dis « bah je sais pas, c'est pour lui » et il a dit « ah bah non si c'est pour lui désoler, moi je m'occupe pas des hommes ». Et du coup j'avais dit « oh il est marrant lui ». Il avait l'air sympa. Donc ça c'était en juin 2016. Oui, Noël 2015, puis juin 2016 on a eu rendez vous avec le Dr S., il m'a mis sous DHEA tout l'été. Il m'a dit qu'il fallait au moins 3 mois d'effet. Il m'a dit on se revoit en septembre pour commencer les traitements. En septembre il a eu un accident de voiture, donc on y est allé et on a rencontré Dr A. à la place. On avait fait les examens de caryotype et là... Deuxième coup de massue : « vous avez une anomalie sur votre caryotype. Vous avez le syndrome de Turner en mosaïque ». « Ah... ». Le Dr S. me l'avait prescrit au mois de juin pour commencer la FIV au mois de septembre quoi. Mais voilà je l'avais pas fait avant. Et puis sur le coup moi je savais pas trop ce que ça voulait dire. Est-ce que ça veut dire qu'on va pas pouvoir faire la FIV ? Et puis elle m'a dit « bah moi je peux pas vous affirmer qu'on va faire une FIV ». Donc là, gros coup de massue encore. Nous on était venu en septembre en se disant « super ils vont nous donner les ordonnances et tout », et en fait pas du tout. Donc là, un peu dramatique cette journée on était là... pas terrible quoi. En plus on avait appelé : anesthésiste, biologiste. Enfin tout sur la même journée quoi. Et heureusement le biologiste, super sympa. Il nous a rassuré, il nous a dit « mais non... vous savez, ça va pas vous empêcher de faire la FIV ». Mais du coup il a quand même fallu que je fasse d'autres examens. Avec ce fameux syndrome de Turner, il a fallu que je fasse une IRM et une écho du cœur. Et on a commencé en décembre. Non novembre !

Benjamin : Novembre oui.

Béa : Novembre première FIV : résultat 4 jours après. On a su que ça a pas marché. 2016 toujours pas enceinte. Un an après toujours pas. On a recommencé en...

Benjamin : En mars.

Béa : Oui en mars : toujours pas. Dr S. nous avait quand même bien orienté sur le don d'ovocyte. Il nous avait dit « vous savez, avec votre dossier qui est quand même bien compliqué, je pense que ce sera peut-être la seule solution » et tout ça. Donc on c'était dit qu'on allait encore en faire une, une troisième, et on gardera notre dernière chance pour en faire une avec un don, peut être en France. Donc oui mars ? Oui. On avait quand même commencé à rencontrer la psy, pour commencer à faire le dossier du don. Mme C., elle est trop gentille ! Moi je l'adore ! Je l'ai vu plusieurs fois. J'ai fait deux trois séances avec elle, et franchement... Elle est vraiment gentille quoi. Du coup on a fait une troisième FIV... Qui a marché ! Comme vous pouvez le constater *rire*. Voilà, du coup ça aura pris presque deux ans et demi. Du coup la dernière ponction c'était le 13 juillet. Et là c'est prévu pour le 13 avril, dans moins de 2 mois.

Fanny : C'est une petite fille ou un petit garçon ?

Béa : C'est une fille ! En plus je voulais une fille, donc vous voyez...

Fanny : Bon et bien que de bonnes nouvelles. En tout cas merci beaucoup. Du coup vous avez déjà répondu à pas mal de mes questions...

Benjamin : Du coup il y avait aussi !

Béa : Ah oui !

Benjamin : Pour le don d'ovocyte on avait aussi engagé ma sœur, enfin engagé... *rire* Elle c'était proposée ! Elle a fait un don du coup, à l'HFME.

Béa : Du coup elle a fait un don. Moi dans le parcours j'y connaissais trop rien, j'avais un peu suivi des groupes sur Facebook et sur d'autres réseaux. Et j'avais créé un petit groupe, que j'ai toujours. Un petit groupe de PMA, sur Lyon principalement. Et du coup sa sœur a fait le don, pour une de mes amies sur le groupe, qui elle pour le coup avec ses propres ovocytes ça marchait pas.

Fanny : Parce que vous aviez déjà commencé à anticiper pour trouver quelqu'un qui puisse faire un don pour vous ?

Benjamin : Quand on avait rencontré le premier coup la psy oui. Comme le Dr S. nous en avait parlé, du coup on en avait parlé avec ma sœur.

Béa : Elle c'était proposé, puis je suis tombé enceinte. Du coup on a dit qu'on allait attendre 3/4mois que ça tienne bien et tout ça. Et puis elle a dit « bah moi je veux quand même faire un don, si tu connais quelqu'un et que ça peut aider ». Du coup elle l'a fait pour une copine qui était ravie quoi. Sa sœur a fait le don en fin d'année, et ma copine a eu le rendez vous en janvier avec le gynéco spécialiste du don, Dr B. Maintenant c'est au moins un an et demi d'attente. Mais bon, un an et demi c'est toujours mieux que 3 à 4 ans sans donneuse.

Fanny : C'est vrai que la temporalité pendant la PMA est pas la même...

Béa : C'est clair. Surtout quand on est en insuffisance ovarienne on se dit que ça fait que descendre les ovocytes. Donc voilà quoi.

Fanny : Et comment vous avez vécu les diagnostics ?

Béa : Bah... Toi la varicocèle... Pas grand-chose.

Benjamin : Oui non... ça m'a pas fait grand-chose.

Béa : Moi quand ils m'ont dit « insuffisance ovarienne » ça m'a mis un coup de massue. Parce que ma copine elle m'avait vraiment dit « ah bah attend, estime toi heureuse, parce que toi t'es pas en insuffisance ovarienne, c'est vraiment une vraie m*****. On peut pas lutter contre ». Du coup quand j'ai vu mon taux, et vraiment le taux ridicule... je me suis même dit « est ce qu'il vous bien vouloir me faire une FIV ? ». Et le premier rendez vous avec le Dr S. je pleurais parce que je voulais pas de FIV, je disais « c'est pas possible, on va pas faire tout ça pour avoir un enfant ». Et au deuxième rendez-vous je pleurais « faite moi une FIV ! Je vous en supplie ». Je pensais tellement qu'il allait dire non avec le taux ridicule que j'avais. Donc ouai, le diagnostic d'insuffisance ovarienne ça m'a bien mis un coup, puis le rendez vous de septembre aussi.

Benjamin : Oui avec le docteur A. ? Oui elle a pas utiliser les bons mots.

Béa : Je pense qu'on c'est mal compris.

Fanny : Vous gardez un mauvais souvenir de ce rendez-vous ?

Béa : Bah le lendemain elle m'a rappelé parce que je pense que la biologiste lui a demandé. La biologiste m'a dit « mais non, c'est pas parce que vous avez un syndrome de Turner qu'on va pas faire de FIV. Le syndrome de Turner c'est ce qui explique votre insuffisance

ovarienne. Maintenant on sait pourquoi ». Et c'est vrai qu'on avait pas compris ça comme ça au début. Donc le lendemain elle m'a rappelé pour s'excuser, pour dire « excusez-moi on s'est mal compris ». Et je lui ai dit « oui mais je vous ai demandé si on pouvait faire une FIV et vous m'avez pas répondu » *rire*. J'avais besoin d'une réponse claire et nette. Donc oui l'insuffisance ovarienne et le rendez vous avec le Dr A. ça a été... Pas des supers souvenirs quoi. Puis le premier échec c'est pas le meilleurs souvenir de ma vie quoi.

Fanny : C'est le plus dur le premier ?

Béa : Oh oui. On nous avait prévenu pourtant. On a des amis qui sont passés par là, et elle m'avait dit que le premier échec c'est le plus dur. Mais franchement... Le deuxième je m'y attendais. J'étais persuadée que ça allait pas marcher.

Benjamin : Oui t'as eu des infections et tout.

Béa : Oui. J'étais fatiguée, j'avais une infection urinaire... Enfin bref. Mais oui je pensais que ça allait pas marché. Bon j'étais dégouté, mais rien à voir avec la première fois.

Fanny : C'est ce qui ressort dans beaucoup d'écrit sur le sujet, que la première fois c'est très dur.

Béa : Oui ! Et pourtant on nous prévient « vous verrez, la première fois c'est un test ». Tout le monde le dit, il faut pas rester sur le premier échec.

Benjamin : Par contre à chaque fois tu réagissais mieux aux traitements.

Béa : Oui ! Bah enfaite j'ai eu deux follicules la première fois, puis trois, puis quatre. Donc plus j'en faisais, plus j'en avait. Mais à chaque fois j'ai eu deux embryons. Tout le temps deux.

Fanny : Et les deux étaient implantés ?

Béa : Oui ! On a su à la dernière FIV que la première fois les deux étaient pas terribles, c'est ce que le biologiste nous avait dit. La deuxième fois il y en a un qui était pas mal sur les deux. Et la dernière les deux étaient très bien.

Fanny : Et est-ce que vous pensez que tout ce parcours à eu un impact sur votre couple en général ?

Béa : Bah moi je pense que ça nous a plus rapproché qu'autre chose.

Benjamin : Oui.

Béa : On s'est pas engueulé plus que ça quoi.

Benjamin : oui, non.

Béa : Enfin si ! Moi je lui ai dis de me quitter pour aller faire un enfant ailleurs ! Mais comme il avait des soucis aussi ça aurait pas changé la donne *rire*. Mais non sinon. Et je pense que c'est ce qui va faire que, si on a des coups durs, on a été déjà bien blindé avant quoi.

Fanny : Finalement il y a peut-être un impact positif ?

Béa : Oui.

Benjamin : C'est vrai qu'on a un autre couple d'ami qui est exactement...

Béa : Comme nous !

Benjamin : Oui exactement comme nous. Et elle est enceinte à trois semaines d'intervalles. Et du coup je pense que le fait d'être à quatre c'est pas du tout pareil aussi.

Fanny : Vous vous êtes senti entouré ?

Benjamin : Oui ! Elles, elles parlent en continu ensemble ! Eux ils sont pas à Lyon mais...

Béa : Eux ils étaient sur Chambéry/Grenoble, mais ils habitent à côté de chez nous donc on les voit hyper souvent. On a l'impression qu'on va avoir deux enfants qui vont arriver en même temps. Deux enfants à nous quoi ! En plus eux c'est un garçon. C'est parfait !

Benjamin : On fait le cours de prépa à la mater ensemble.

Béa : Oui ! Du coup c'est une expérience qui a fait qu'au final on a rencontré des gens...

Fanny : Vous ne les connaissiez pas avant ?

Béa : Bah enfaite on les connaissait, mais on savais pas qu'ils avaient des soucis. Et j'avais du poster un truc pour faire la pub pour le don d'ovocyte et elle m'a écrit en disant « excuses moi est ce que je peux me permettre de te demander un truc ». Enfaite on se connaissait parce qu'on fait de la danse de salon tous les quatre et elle m'avait demandé « est ce que je peux me permettre de te demander si vous avez des soucis pour faire un enfant ? parce que nous oui ». Et voilà c'est parti de là ! Une fois que la machine a été lancée on a plus arrêté d'en parler ! Et c'est vachement important d'être... Et surtout je pense que du côté de l'homme et du côté de la femme, on vit pas les choses pareils. Donc d'avoir quelqu'un avec qui en parlé... Puis on a vraiment enchainé. Eux ils avaient fait des inséminations avant, nous on a directement commencé par la FIV. Et sinon on a fait chacune son tour : échec, échec, échec... Et quand pour moi ça a marché elle aussi ! Ils ont fait deux FIV comme nous qui ont pas marché et la troisième c'était la bonne.

Fanny : C'est génial, vous avez vraiment trouvé un groupe de soutien. Et tout ça par internet, les réseaux sociaux ?

Béa : Et bah eux non, mais les autres oui.

Benjamin : Enfin si un peu.

Béa : C'est vrai que si j'avais pas mis de la pub comme ça...

Benjamin : On en aurait jamais parlé comme ça.

Béa : Oui parce que on se voyait pas tant que ça en dehors avant. Au début on se voyait qu'aux cours de danse et puis c'est tout.

Fanny : Et vous communiquez beaucoup sur internet sur votre parcours ? Certains sont plutôt pudique par rapport à ça, c'était votre cas ?

Béa : Non moi j'en parle plutôt facilement. Pour justement pas que les gens se retrouve tout seul, isolé dans leur coin. Je préfère en parler. Et moi j'ai pas honte de dire que c'est une FIV. Il y en a qui veulent pas du tout que ça se sache. Moi je me dis que s'il y avait pas ça on en aurait pas donc non ça me gêne pas.

Fanny : Vous ne voyez pas la FIV comme quelque chose de négatif.

Béa : Bah maintenant que ça a marché !

Benjamin : Au début du voyais ça comme quelque chose de négatif.

Béa : Oui forcément maintenant je vois ça comme quelque chose de positif. Mais au début voilà quoi...

Fanny : Mon mémoire parle aussi de sexualité. Est-ce que vous pensez que la PMA a eu un impact sur la sexualité de votre couple ?

Béa : Bah je pense que ça tue un peu le truc quand même quoi. Parce que c'est un peu des rapports programmés, donc c'est pas non plus... Bah au début quand on essayait de nous même c'était rigolo parce que...

Benjamin : Enfin au début ! Parce qu'après... *rire* Quand on visait une période précise pour que ça marche. Ça met un frein quoi.

Béa : Ouai c'est pas...

Benjamin : Après non, quand on faisait les FIV pas trop... Si peut être un petit peu ? Je sais pas...

Béa : Oui parce qu'on faisait rien *rire* ! Donc on était pas enm**** par les délais. Mais c'est toujours un peu inquiétant. Après les transferts on se dit « on va rien faire on sait jamais », les trois premiers mois on va rien faire parce que « on sait jamais », puis après bah « t'es trop grosse ». Donc voilà !

Benjamin : Oui j'ai peut-être un blocage psychologique. Bon je suis pas le seul, on en a parlé avec les copains.

Béa : Le ventre les hommes ça les...

Fanny : Finalement c'est plus la grossesse qui a eu un impact ?

Benjamin : Pour moi oui.

Béa : Oui oui ! Le ventre prend de la place.

Benjamin : Puis il y a quelqu'un dedans surtout ! C'est pas le ventre moi qui me gêne *rire*.

Fanny : Et les diagnostics vous ont perturbé au niveau de votre sexualité ?

Béa : Non les diagnostics non, ça a rien changé. Vous voulez dire quand on a appris que lui a un souci et que moi j'ai un souci ?

Fanny : Dans la bibliographie il y a beaucoup d'écrits disant que la PMA touche la virilité ou la féminité de la personne qui reçoit un diagnostic comme les vôtres. Ils y font aussi référence à des notions de culpabilité.

Benjamin : Ah ! Je dirais que nous on a tout les deux des soucis.

Béa : On était sur un pied d'égalité pour le coup. Après moi mon problème je le trouvais plus grave que le sien. En plus on avait toujours dit que comme c'est un problème d'homme, ils arrivent toujours à trouver un ou deux spermatozoïdes qui trainent. Non mais c'est vrai ! En général ils arrivent toujours à en trouver. Que moi si je réponds pas aux traitements, je réponds pas aux traitements. Et après c'est pas pour ça que ça me gênait plus. J'avais plus tendance à dire que ça marchait pas à cause de moi. Mais c'est pas pour autant que ça me gênait dans nos rapports quoi.

Fanny : Et l'impact dont vous parliez, il avait lieu que pendant les périodes de traitements ou en dehors vous le ressentiez aussi ?

Béa : Bah en même temps nous ça a été rapproché parce qu'on a fait trois FIV de décembre à juin.

Benjamin : En 7/8 mois oui.

Béa : Donc on était presque tout le temps dedans quoi. Mais oui je pense que depuis qu'on a essayé ça change un peu la donne de toute façon.

Fanny : Et vous aviez parlé de suivi psychologique. Vous en avez donc eu un.

Béa : Oui moi j'en ai eu un. Enfin un suivi... En général quand je faisais les échos je prenais un rendez-vous après avec Mme C. J'ai du la rencontrer 5/6 fois je pense.

Fanny : Et ça vous a bien aidé ?

Béa : Oui parce qu'elle a toujours des mots qui... Elle sait bien analyser la situation. Moi par exemple je voyais la FIV comme quelque chose de négatif, et elle me disait « faut le voir comme votre chance à vous d'avoir un enfant ». Je lui avais dit que j'avais l'impression que la FIV c'est ma dernière chance, comme on avait pas fait les inséminations, les stimulations. On avait rien fait avant. Elle avait dit « non c'est pas votre dernière chance, c'est votre chance d'avoir un enfant ». Elle avait des mots qui arrivaient bien à apaiser.

Fanny : Vous le recommanderiez ? En systématique ?

Béa : Oui ! Enfin ça dépend comment sont les gens. Mais bon, je suis pas sûr que beaucoup de monde vivent la PMA en se disant « ouh ! Super c'est trop bien, c'est trop facile ! ». Je pense pas... Après les gens ils accrochent ou ils accrochent pas de parler de leur vie avec un psy. Moi je le recommanderais. Et même toi qui était pas forcément pour, tu as dû la rencontrer pour le don et ça a été.

Benjamin : Oui ça va. Enfin je m'en souviens plus trop.

Béa : Oui mais c'est que ça t'as pas...

Benjamin : Oui.

Fanny : Vous n'étiez pas pour sous le sens ou vous n'en ressentiez pas le besoin ?

Benjamin : Je m'en rappelle plus... Oui peut être.

Béa : Je pense que les hommes sont moins branchés côté psy que les femmes.

Benjamin : Oui mais moi... je pense que c'est l'homme en général, il est moins dans le besoin d'enfant que la femme. Si ça avait pas marché, ça aurait pas marché c'est pas ça qui m'aurait plus perturbé que ça quoi. De pas avoir d'enfant. Ça m'a jamais posé de problème d'aller à Lyon et tout.

Béa : Oui tu dis ça, mais vu les efforts que tu fais c'est quand même que tu voulais avoir un enfant.

Benjamin : Oui ! Mais ça aurait pas marché c'est pas ça qui m'aurait... Oui ça m'aurait fait de la peine. Mais ça m'aurait plus fait de la peine pour toi que pour moi.

Fanny : D'accord, merci beaucoup. Et si vous aviez des conseils pour d'autres couples, ou des choses pour que le parcours soit moins compliqué pour eux ?

Béa : Qu'ils trouvent des gens avec qui en parlé, des gens si possibles qui vivent la même chose qu'eux. Ça serait le top. Après je sais que moi les groupes de soutien sur Facebook ça m'a vachement aidé quoi. Parce ce qu'au début on y comprend rien, on est largué. Moi je

savais même pas ce que c'était qu'un ovocyte. Donc oui, trouver du soutien sur les réseaux sociaux ou en réel, c'est encore mieux. Et puis de se parler avec le conjoint aussi.

Fanny : C'est parfait. Et bien j'ai fini avec les questions que j'avais à vous poser. Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter, quelque chose qui pourrait être intéressant et dont je n'aurais pas pensé ?

Béa : Non je ne pense pas. Je ne vois pas. On vous a déjà dit pas mal de chose.

Fanny : Parfait, merci beaucoup.

Entretien individuel Benjamin

Fanny : Je suis désolée, il y a beaucoup de question qui vont se recouper mais vous m'avez déjà dit beaucoup de chose. Alors on a parlé du diagnostic, et vous disiez que vous personnellement, vous n'aviez pas souffert ?

Benjamin : Non, bon ça faisait un moment que je voyais sur mes testicules que j'avais une boule. Ça faisait déjà un moment que je savais que j'avais quelque chose. Puis mon généraliste m'avait dit ça. Et puis quand on a commencé à essayer... J'étais déjà au courant avant, mais je pensais que ça poserait pas plus de soucis que ça. Mais non ça n'a rien changé pour moi.

Fanny : Et vous n'avez pas l'impression que ça remettait en cause votre place dans le couple ?

Benjamin : Non pas du tout. C'était juste un souci.

Fanny : Et l'AMP, les traitements et examens ont-ils eu un impact sur votre libido ?

Benjamin : Oui peut être quand même.

Fanny : Vous pensez que ça peut venir d'où ?

Benjamin : Euh... Je sais pas. Le fait d'aller faire régulièrement faire des examens et de se masturber dans les salles, c'est sûr que ça a un impact. Donc je pense que ça a joué un peu.

Fanny : Les prélèvements c'était compliqué à vivre pour vous ?

Benjamin : C'est pas que c'est dur ! C'est vrai que c'est... C'est plus ce geste-là, d'aller faire ça. On y allait souvent en plus. C'est pareil, quand on en parlait avec le copain on en rigolait. Mais bon, c'est vrai que ça joue quand même sur la libido.

Fanny : Et vous pensez que la fréquence de vos rapports à changer ?

Benjamin : Oui ça a baissé.

Fanny : Et la qualité de vos rapports ? Vous pensez qu'elle a pu changer ?

Benjamin : Non ça je pense pas. C'est juste moins souvent pas je pense pas que ça a changé.

Fanny : Votre satisfaction par rapport à votre sexualité, vous diriez qu'elle a changé ?

Benjamin : Non ça me perturbe pas.

Fanny : C'est à peu près tout. Vous pensez que ça vous a rapproché de Béa tout ce processus de PMA ?

Benjamin : Oh bah oui. Ça nous a rapproché quand même. C'est pas des moments facile tout le temps donc... Faut être proche l'un de l'autre. Enfin surtout moi pour essayer de la réconforter le plus possible.

Fanny : C'était dur pour vous de la voir comme ça ?

Benjamin : Oui c'était dur. Quand elle pleurait à chaque rendez-vous ou on allait vous le Dr S. c'était pas facile. Donc je pense que oui ça nous a bien rapproché. Mais c'est ce que je disais tout à l'heure, à me faisait plus de peine pour elle que pour moi. Moi je sais que si j'avais pas eu d'enfant, c'est triste, mais ça m'aurait pas... Mais je m'en serais contenter. C'est pas pour ça que je l'aurais quitté. Mais c'est sûr que de la voir pleurer comme ça c'est pas sympa.

Fanny : Et la perspective du don vous l'avez accueilli comment ?

Benjamin : Bah moi vu que c'était avec mes spermatozoïdes ça me pose pas du tout de soucis quoi. Après voilà pour la fille c'est différent.

Fanny : Dans le sens inverse le ressenti n'aurait pas été le même ?

Benjamin : Oui je pense que dans le sens inverse, avec les spermatozoïdes de quelqu'un d'autre ça m'aurait plus travaillé. Enfin je dis pas que je l'aurais pas fait...

Fanny : Mais il y aurait eu un travail sur vous en amont ?

Benjamin : Oui voilà.

Fanny : Pour finir, est ce que vous auriez des conseils à donner à d'autres hommes qui vivraient ce parcours-là ?

Benjamin : Pas forcément non. Nous on a été super bien suivi et les gens sont sympa à Lyon.

Fanny : Parfait, et est ce que vous aviez quelques choses à rajouter ?

Benjamin : La comme ça non.

Fanny : Et bien merci beaucoup.

Entretien individuelle de Béa :

Fanny : Comme je l'ai dit à Benjamin il y a beaucoup de question qui vont se répéter.

Béa : Parce qu'on a déjà tout dis ? *rire*

Fanny : Oui vous avez dit beaucoup de choses en effet. Du coup on avait déjà parlé du diagnostic, je sais pas si vous avez envie de revenir là-dessus, des sentiments que vous avez pu éprouver ou autre ?

Béa : C'est vrai que le rendez de septembre à été dur. Nous on venait pour démarrer le protocole et au final on est repartie avec encore un souci en plus, pas de protocole à pas savoir si on allait pouvoir faire une FIV. Alors que 3moi avant c'est bon, j'étais sous DHEA. Alors on rentre et on attaque. C'est vrai qu'effectivement j'avais pas prévu qu'on dise « vous avez encore un souci, on sait pas ce qu'on va faire ». Fallait voir un endocrinologue et voilà quoi.

Fanny : Et entre ce moment et le moment où vous avez pu commencer la FIV il s'est passé combien de temps ?

Béa : Bah ça c'était en septembre et on a commencé la FIV en novembre parce que la prise de sang c'était le 21 décembre. C'est qu'après il a fallu revenir pour voir un endocrinologue, prendre un rendez-vous pour une IRM, pour une écho, attendre les résultats, qu'ils les revalident et tout ça.

Fanny : Ça à encore rallonger l'attente.

Béa : Oui c'est ça. Mais au final je me rends compte que finalement notre parcours il est pas si long ! Je trouve qu'on a quand même enchainé assez rapidement. Et puis même avec le recul, de quand on a commencé à essayer au moment où je suis tombé enceinte... 2ans et demi c'est quand même long par rapport à d'autre mais d'autre personne de mon entourage qui ont essayé 5, 6, 7 ou 8ans. Donc voilà, c'est pas si pire finalement. De toute façon c'est comme tout, c'est pas une partie de plaisir, mais une fois qu'on nous donne le bébé on oublie tout !

Fanny : Est-ce que vous avez eu l'impression que le parcours et les diagnostics ont pu remettre en cause votre féminité, votre place dans le couple ?

Béa : Non pas du tout. Juste comme je disais je me sentais un peu plus responsable du fait que ça marche pas. Parce que on dit toujours insuffisance ovarienne, vos ovules sont pas de très bonne qualité, votre endomètre utérin est trop vieux donc ça a moins de chance de s'accrocher. C'est juste que je me sentais plus coupable, parce qu'il y avait plus de problème de mon côté que du sien. Après en tant que femme c'est dur de se dire qu'on peut pas, on se dit « c'est pas possible que j'arrive pas à avoir un enfant ». En tant que femme ça m'a pas remis en cause, c'est juste que je peux pas lui donner un enfant à lui. C'était plus par rapport à lui.

Fanny : Et les traitements, les examens vous les avez vécus comment ? C'est vrai qu'ils sont quand même invasifs. La femme est au cœur du processus.

Béa : A oui c'est vrai que l'intimité...

Fanny : L'intimité en PMA c'est un peu compliqué.

Béa : Bah alors pour les piqûres ça s'est bien passé, parce qu'on a des copains qui sont infirmiers et qui ont un cabinet. Donc ils venaient me piquer. C'était même rigolo entre guillemets, parce qu'on les connaissait. Ils ont été top, ils étaient là ponctuels, l'Ovitrelle (hormone déclenchant l'ovulation) à 22h30 ils venaient, même le soir. Donc voilà les piqûres se sont bien passé. Benjamin voulait pas me piquer parce que lui c'est pas son truc. La troisième FIV c'est même moi qui me suis piqué parce que qu'on partait en week-end, donc j'avais pas le choix. Etrangement ça s'est bien passé, j'avais fait avec les infirmiers, ils

m'avaient montré et tout. Donc voilà, les piqûres ça allait. Après les écho ça allait. Mais je me rappelle ma toute première écho je savais même pas si ça serait une écho sur le ventre ou endovaginale, et moi j'avais qu'une crainte c'était qu'il n'y en ai pas. Parce que le Dr S. m'avait dit « attention peut être que vous n'allez pas réagir aux traitements, il n'y aura peut-être rien à ponctionner ». Ma crainte c'était qu'il n'y ai rien. Et du coup je savais même pas s'il fallait que je me déshabille ou quoi, et l'interne elle disait rien ! Moi j'avais besoin qu'on me dise « bah oui ». Et en même temps je me dis, elle pouvait pas se permettre de me dire sur le coup parce qu'elle savait pas. Elle pouvait pas dire « il y en a cinq à gauche, cinq à droite, c'est génial vous allez pouvoir avoir une ponction, c'est génial ». Donc oui c'est vrai que le temps de l'écho au moment où on nous appelle l'après midi c'est long, c'est très long.

Fanny : Oui c'est vrai que ça doit être long. Et est-ce que vous pensez que la PMA a eu un impact sur votre libido ?

Béa : Alors non moi j'ai pas eu l'impression. Si pendant les traitements j'avais pas forcément envi parce que ça me fatiguait. J'avais toujours un peu des douleurs dans le ventre donc j'avais pas trop envie d'en rajouter quoi. C'était vraiment les traitements et après les transferts quoi. Donc du coup oui c'était les 15 jours de piqûres plus les 15 jours de transfert où j'avais pas forcément envi quoi. Mais c'était plus par rapport à ça que par rapport à lui quoi.

Fanny : Et du coup la fréquence de vos rapports a changé ?

Béa : Pendant la PMA un peu. Je pense que ça a un peu baissé oui.

Fanny : Et est ce que vous pensez que la qualité de vos rapports a changé ?

Béa : Non.

Fanny : Au final est ce que vous direz que la satisfaction par rapport à votre sexualité a changé ?

Béa : Alors pendant la PMA non, c'est plus pendant la grossesse *rire* ! Mais non mis à part les périodes de traitements et de transfert où on est pas hyper à l'aise, ou on a peur.

Fanny : Comment vous avez vécu la perspective de don ?

Béa : Bah alors au début j'étais complètement fermé. C'était le monde qui s'écroule. D'abord il me parle de FIV, alors que pour moi la FIV c'était l'inconnu : l'anesthésie, l'hôpital. Que c'est chose pas marrante. Et en plus, il en rajoute une couche avec le don ! Donc à chaque rendez vous on y avait le droit « vous savez on avait parlé du don » et la fois suivant aussi. Oui on en a parlé, mais si on pouvait arrêter d'en parler. Donc moi au début j'étais vraiment pas pour, je me disais que ça serait pas mon enfant quoi. Puis quand j'ai vu que la première elle marchait pas, que la deuxième elle marchait pas. Je me suis dit que j'allais peut-être pas avoir le choix. Et puis c'est vrai que le travail avec la psy a fait son œuvre, et c'était soit je passe par le don pour avoir un enfant, soit je fais une croix dessus quoi. Et comme j'avais pas envie de faire une croix dessus, s'il fallait faire le don... Mais bon, on c'était quand même préparé, on avait quand même fait l'entretien de couple avec la psy pour démarrer le processus.

Fanny : Il y a beaucoup de gens qui dise « c'est dans la tête, quand t'arrêtera d'y penser ». Vous pensez quoi de tout ça ?

Béa : *rire* Ah ça m'énerve ! J'ai envie de leur taper dessus. Parce que nous médicalement on a des soucis. Peut-être qu'il y en a qui ont des blocages psychologiques, quand tous les examens sont bons. Mais nous les examens étaient pas bon. Et ne pas y penser c'est pas possible. Il y en a plein qui disent ça. J'ai des copines qui m'ont dit « ah tu te prends trop la

tête ». Oui mais en même temps... ça mets une pression de foi, les gens ne se rendent pas compte. Après e transfert attendre 15jours la prise de sang c'est juste affreux. Allez faire sa prise de sang à 7h, attendre les résultats. C'était horrible, j'avais pas les résultats avant 14 ou 15h. C'est atroce. Est-ce que je fais un test avant, j'ai mal au ventre et tout ça. Donc non les gens se rendent pas compte.

Fanny : Et vous avez vécu comment l'annonce de la grossesse ?

Béa : Oh... *émotion* Moi j'y croyait pas du tout. Je devais faire ma prise de sang un lundi, et le vendredi matin je vais aux toilettes et je vois du sang. Je me dis « c'est mort ». Et comme ça va être le week-end j'attends pas lundi je vais faire ma prise de sang. Et puis comme ça a pas duré je me suis dit « rappelle-toi ce qu'elles t'ont dit les filles, il y a ce qu'on appelle la nidation ». Donc j'y ai pensé un peu dans ma tête. Puis du coup après la première personne que j'ai appelé c'est Benjamin parce qu'il était pas là. Les deux premières fois il était là pour l'annonce, mais cette fois là il a dit « c'est bon, je suis au boulot ». Donc bah non j'y croyait pas. En plus j'avais envoyé un message à ma mère « pas de fausse joie, j'ai eu des pertes ce matin ». Je préférais lui envoyer un message, au moins je n'avais pas besoin de l'appeler ni rien. Et du coup quand je suis allée la voir avec un petit biberon et tout pour lui dire que c'était positif elle a dit « oh c'est pas vrai, j'y crois pas ». L'annonce super et en même temps je me sens un peu frustrée car la famille proche sait qu'on fait une FIV, donc ils attendent les résultats, donc on peut pas faire une super surprise. Mais même pour lui, j'aurais bien aimé que ça soit pas juste « bon bah j'ai les résultats, ça a marché ». Mai bon tant pis. Le principal c'est que ça soit positif.

Fanny : Et le début de grossesse ça s'est passé comment ? Vous avez réussi à réaliser que vous étiez enceinte ?

Béa : Ah non pas du tout. Les trois premiers mois déjà j'étais persuadé que ça allait pas tenir, après on a eu les premiers résultats avec la T1 et la trisomie était à 1/800 (faisant partie de groupe a risque de T21), donc on est retourné à l'HFME pour faire la prise de sang complémentaire. Donc la pareil, on s'est dit qu'on ne se projetait pas. On était d'accord qu'on voulait pas d'un enfant trisomique donc... Et puis oui quand on nous a dit que c'était bon, qu'il n'y avait pas de problème ça a commencé. Et après du moment qu'elle bouge ! Après je dirais que je suis investi depuis la fin du 7^{ème} mois quoi. Non mais c'est fou, mais pourtant je le sens bien que je suis enceinte. Mais c'est difficile. Puis on a toujours l'angoisse de la perdre. Puis quand elle sera là j'aurais d'autre angoisse, la mort subite du nourrisson, qu'on me la vole... Comme n'importe quel parent. C'est pas facile. On a tellement galéré à l'avoir que c'est pas facile d'y croire.

Fanny : Du coup vous pensé que ça vous a rapproché de votre conjoint ?

Béa : Oui je trouve qu'il a été vachement présent, vachement positif. Moi j'étais bien plus négative que lui. Heureusement, parce que s'il était comme moi...

Fanny : Merci beaucoup en tout cas. Est-ce que vous auriez des conseils pour d'autres femmes ?

Béa : Au final tout le monde dit qu'il ne faut jamais perdre espoir, jamais abandonné et que ça fini toujours par marché d'une manière ou d'une autre. Temps que ça marche pas on y croit pas et enfaite on se rend compte que oui il y a quand même peu de couple pour qui ça marche pas. Et que d'un moyen ou d'un autre il y a peu de couple qui n'arrive pas à avoir d'enfant. Faut se raccrocher à ça. Il a plein d'autre option, il y a le don, l'adoption. Bon ça c'est autre chose, lui il était pas du tout pour. Mais il y cette option au final. Au final on arrive toujours à ses fins.

Fanny : Est-ce qu'il y a quelque chose que j'aurais oublié ?

Béa : Non je ne pense pas.

Fanny : Et bien merci beaucoup en tout cas.