

Infertilité, le corps en panne?

Catalogue des Sources et Ressources



Introduction

A l'origine, cette brochure se voulait médicale et technique. Et puis après réflexion, le couple doit être au centre de toutes les préoccupations et non pas l'équipe médicale. Recentrage donc et volonté de s'adresser au couple sur un plan personnel, voire émotionnel!

L'équipe de procréation médicalement assistée: de l'assistante médicale au médecin, du biologiste au généticien, du psychologue à l'organisation de patients, de la salle d'opération à l'entreprise pharmaceutique, nous sommes tous là pour vous soutenir et vous épauler.

Cher couple, vous trouverez (je l'espère) dans cette brochure, des **réponses aux problèmes de vos corps**. Vous comprendrez mieux les mécanismes de la procréation et les traitements possibles pour surmonter d'éventuels dysfonctionnements.

Vous trouverez aussi des liens vous permettant de trouver un **espace de dialogue** au travers d'organisation de patients.

La Suisse possède une **législation** particulière. En fin de brochure se trouve un résumé des obligations, des interdictions et des possibilités.

Mais rien ne remplacera un contact direct et humain avec un partenaire de la chaîne de l'assistance à la procréation.

Remarque:

Les mots en italique et/ou en couleur dans le texte sont expliqués dans le dictionnaire en p.46

Table des matières

1) Qu'est-ce que l'infertilité?

Quelques définitions pour y voir plus clair

p.6



2) La Procréation Médicalement Assistée (PMA) est-elle adaptée à votre cas?

p.8



3) Ainsi commence la vie, la reproduction humaine in vivo

p.9

- La production des gamètes:
 - les spermatozoïdes
 - l'ovule et le cycle menstruel
- Fécondation et nidation



4) Causes possibles d'infertilité

p.14

- chez la femme
- chez l'homme
- chez les deux partenaires
- causes psychiques?



5) Où vous situez-vous? Possibilités diagnostiques

p.19

- bilan féminin
- bilan masculin



6) Voici comment nous pouvons vous aider simplement:

p.23

- Optimisez votre fécondité naturelle, recherche de l'ovulation
- Coup de pouce au cycle, stimulation et déclenchement de l'ovulation
- Sur le plan masculin, l'insémination intra-utérine



7) Si nous devons en faire plus: FIV (Fécondation In Vitro) et ICSI (Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïde)

p.26

- Conditions préalables, cadre juridique
- La FIV et l'ICSI, déroulement d'un cycle
- Risques et chances de succès



8) Les médicaments

p.33



9) La PMA, aspect financier

p.37

- Prise en charge par les caisses maladies
- Et ce qui n'est pas pris en charge



10) Vous devez faire face à l'échec, accepter l'aide d'un professionnel

p.38



11) Et si nous parlions d'adoption?

p.39

- aspects émotionnels
- aspects légaux
- aspects financiers



12) Catalogues des ressources

p.42

- Les centres de PMA
- Les médecins
- Les psychologues
- Les organisations de patients, les groupes d'entraide
- Les soutiens financiers
- Les informations sur Internet
- L'adoption, où s'adresser



13) La loi et vous:

p.45

- Ce que vous pouvez faire
- Ce que vous devez faire!
- Ce qui est interdit
- En toute lettre: lien au texte de loi



14) Dictionnaire des termes médicaux

p.46

Les mots en italique et en couleur dans le texte sont expliqués dans le dictionnaire.



15) Mon dossier

p.50



1 Qu'est-ce que l'infertilité?

Quelques définitions pour y voir plus clair

La **stérilité** est l'impossibilité de procréer. On ne peut poser ce diagnostic qu'après une évaluation du couple. Avant, on parlera d'**infertilité**.

La **fertilité** est l'aptitude à procréer, l'**infertilité** est son contraire. Il existe différents degrés d'**infertilité**. On l'exprimera par le **taux de fertilité**. Il s'agit du pourcentage de chances de procréer par cycle. Par exemple, pour un taux de fertilité de:

- 50%: 1 chance sur 2 de procréer par cycle (hyperfertilité)
- 25%: 1 chance sur 4 (fertilité moyenne)
- 10%: 1 chance sur 10 (hypofertilité modérée)
- 1%: 1 chance sur 100 (hypofertilité sévère)
- 0%: aucune chance, on parlera alors de stérilité

Dans l'ensemble de la population, la **fertilité** varie d'un couple à l'autre de 0% à 65%. Il est en **moyenne de 25%**.

Cela veut dire que:

- avec un taux de fertilité de 25%, il faut en moyenne 4 cycles pour procréer.
- avec un taux de fertilité de 1%, il faut en moyenne 100 cycles, soit environ 8 ans.

A partir de quand parle-t-on d'infertilité?

On peut parler d'**infertilité** en l'absence de grossesse après 1 an de rapports sexuels réguliers sans contraception. Pour les femmes de moins de 35 ans, il est raisonnable de proposer une consultation après une année de tentatives infructueuses. Pour les femmes de plus de 35 ans, on peut proposer une consultation déjà après 6 mois. En cas de trouble évident, par exemple absence de règle ou d'éjaculation, il est inutile d'attendre. Il faut immédiatement consulter.

Quelques chiffres

Après une année, environ 1 couple sur 6 n'a pu concevoir, soit 15%. Heureusement, il ne s'agit pas dans tous les cas d'un problème de



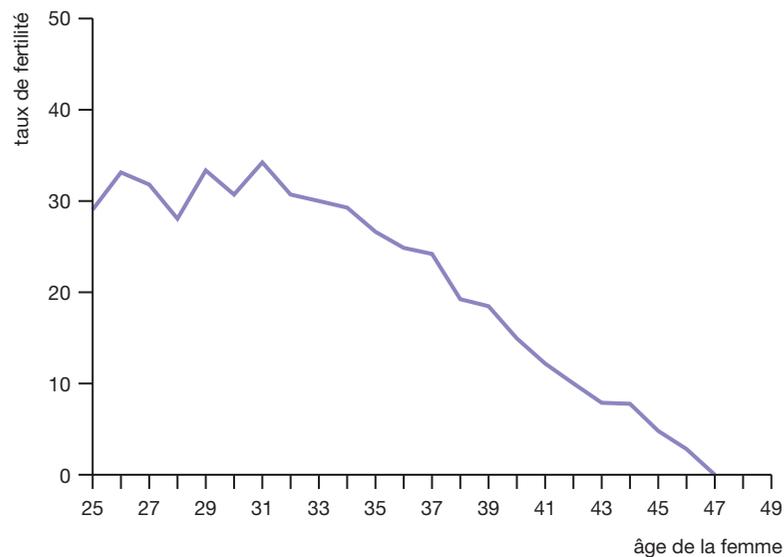
stérilité, mais d'**infertilité**. Grâce à une prise en charge adaptée, 3/4 de ces couples vont pouvoir concevoir.

Evolution de l'infertilité

La **fertilité** individuelle diminue avec l'âge, lentement et régulièrement chez l'homme, de manière plus rapide et brusque chez la femme.

Pour simplifier, on peut dire que la fécondité masculine est plus ou moins stable. La fécondité féminine est stable de 20 à 35 ans, diminue régulièrement jusqu'à 40 ans puis de manière brusque jusqu'à la **ménopause** dès 45 ans.

Alors qu'en 1970, 90% des femmes concevait avant l'âge de 30 ans, en 1990 ce chiffre est tombé à moins de 70%. Ce déplacement de l'âge de la conception entraîne une augmentation de l'**infertilité**.



2 La Procréation Médicalement Assistée (PMA) est-elle adaptée à votre cas?

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité de ces 15% de couples sans grossesse après un an, pourra encore concevoir spontanément durant la deuxième année. A vous de savoir quel temps vous souhaitez laisser au temps!

Les techniques de procréation médicalement assistée (**PMA**) ne sont que des outils pour vous aider à atteindre un objectif.

Mais l'objectif, c'est à vous de le fixer, de le modifier en fonction des épreuves de la vie.

L'équipe médicale s'efforcera de vous soutenir dans votre choix, de vous aider, autant que possible à prendre une décision cohérente par rapport à vos attentes et vos craintes. A ce sujet, nous serons amenés à vous poser des questions intimes:

- Un enfant pour qui? Pourquoi?
- Quelles sont vos angoisses vis-à-vis d'une médicalisation d'un processus naturel?
- Un enfant à quel prix? A tout prix?
- Et pourquoi pas l'adoption?

Si cela n'est pas assez clair pour vous, il peut être utile pour commencer de contacter un groupe d'entraide. Cette organisation de patients vous mettra en relation avec des hommes, des femmes, ayant vécu une expérience similaire à la vôtre. Leur vécu pourra être une source de renseignements précieux (*voir chap. 12, p. 43*).

3 Ainsi commence la vie: la reproduction humaine in vivo

Pour bien comprendre les origines d'une **infertilité**, il faut connaître la **physiologie** de la reproduction **in vivo**, c'est-à-dire les mécanismes naturels de la **fécondation**.

La production des gamètes (=cellules reproductives)

Les spermatozoïdes

Les **gamètes** masculins sont les **spermatozoïdes**. Ils se forment dans les testicules de manière **continue et régulière** (non cyclique); la **maturation** d'un **spermatozoïde** (= **spermatogenèse**) demande **plus de 2 mois** (72 jours). Du testicule, ils s'accumulent dans les voies génitales jusqu'à l'éjaculation. La qualité du sperme est modifiée par la fièvre, la prise de certains médicaments, etc. Du fait de la longue maturation, la qualité du sperme est le reflet des événements passés les 2 mois et demi précédant l'analyse.

L'abstinence peut influencer la qualité. On estime que **l'abstinence idéale est de 2 à 5 jours**.

Une éjaculation produit 2 à 6 ml de sperme. La concentration moyenne en **spermatozoïdes** est de 60 millions mais la normale varie de 20 à 200 millions de **spermatozoïdes** par éjaculation. Il est normal que le sperme contienne un nombre important de **spermatozoïdes** immobiles (40%) ou de forme atypique (30%). Le **spermatozoïde** décide du sexe de l'enfant X ou Y.

Ovocytes et cycle menstruel

Le système de reproduction féminin est plus sophistiqué car en plus de la production des **gamètes (ovocytes)**, il doit aussi coordonner l'utérus en vue de la **nidation** et de la grossesse.

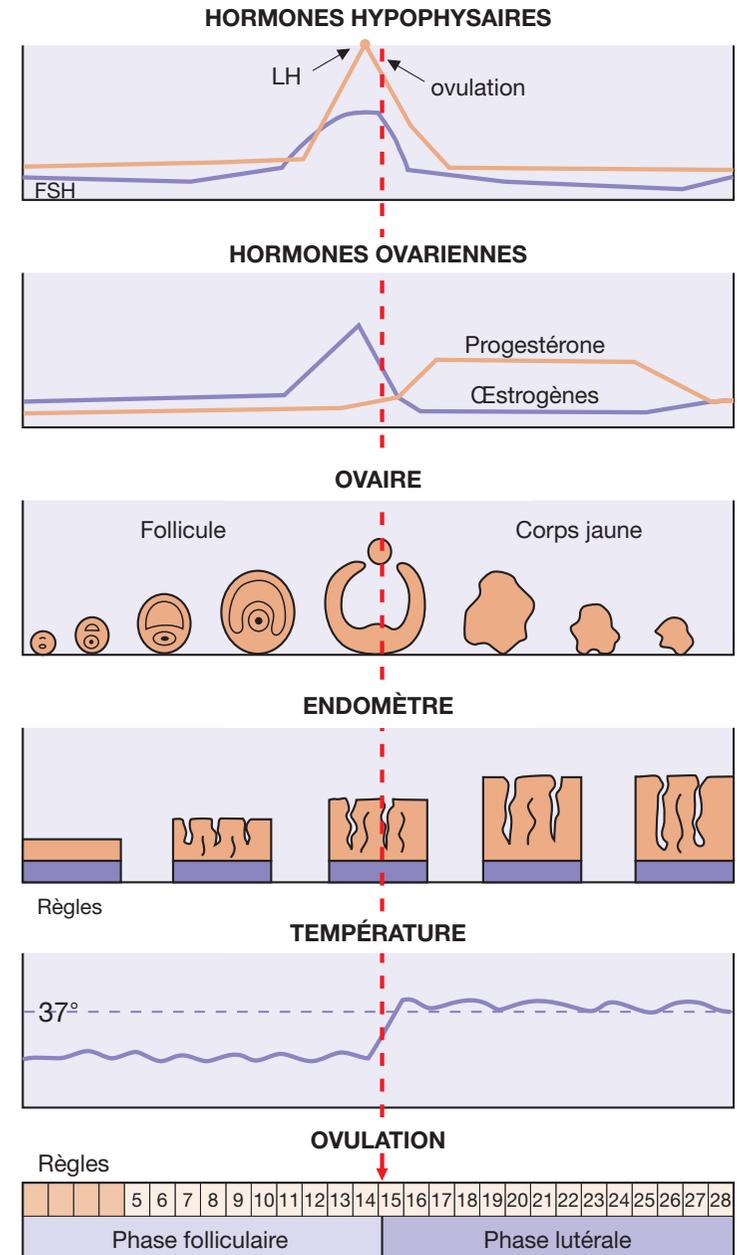
Dès la puberté, le cycle menstruel se met en route. Le mécanisme initial démarre dans le cerveau (**Hypothalamus** et **Hypophyse**) par la production de 2 **hormones** agissant sur les ovaires: la **FSH** (**hormone** stimulant les **follicules**) et la **LH** (**hormone** lutéinisante).

A chaque cycle, la **FSH** stimule le développement et la maturation d'un **ovocyte**, généralement unique, dans les ovaires. Chaque **ovocyte** se trouve dans une petite poche de liquide; le **follicule**. Le **follicule** produit les **hormones** sexuelles féminines ovariennes (**œstrogène** et **progestérone**) et ce, en 2 phases:

La phase folliculaire: avant l'ovulation, le **follicule** produit les **œstrogènes** responsables de la préparation de la muqueuse utérine (**endomètre**) et de la production de la **glai**re cervicale perméable aux **spermatozoïdes**.

L'ovulation: l'ovulation est déclenchée par un **pic de LH** du cerveau. Il est important de noter que le **pic de LH précède l'ovulation de 36 heures environ** (les "tests d'ovulation" sont en fait des tests **LH**!). L'ovulation se produit environ 14 jours après le début des dernières règles, le **follicule** éclate et l'**ovocyte** mature est libéré puis capté par la trompe.

La phase lutéale: après l'ovulation, le **follicule** restant se transforme en **corps jaune**. Ce **corps jaune** va produire la **progestérone**. La **progestérone** va modifier l'**endomètre** pour le préparer à la **nidation** de l'**embryon**, elle fait également monter la **température basale** de la femme de 1/2 à 1 degré durant la 2^e moitié du cycle menstruel. S'il n'y a pas de **fécondation**, le **corps jaune** dégénère et la muqueuse utérine est éliminée lors des règles suivantes.



Fécondation et nidation

Grâce à de petits cils, l'**ovocyte** est propulsé dans la trompe en direction de l'utérus. De leurs côtés, les **spermatozoïdes** progressent à travers la **glaire cervicale** dans la cavité utérine jusqu'aux trompes. La **fécondation** n'est rien d'autre que la rencontre des **gamètes** masculin et féminin. La durée de la période de **fécondation** est limitée par la durée de vie des **gamètes**: 48 heures pour les **spermatozoïdes**, et surtout, **moins de 36 heures pour l'ovocyte**. La période optimale pour les rapports sexuels se situe donc durant les heures précédant l'ovulation, soit pour un cycle de 28 jours, entre le 12^e et 14^e jour du cycle.

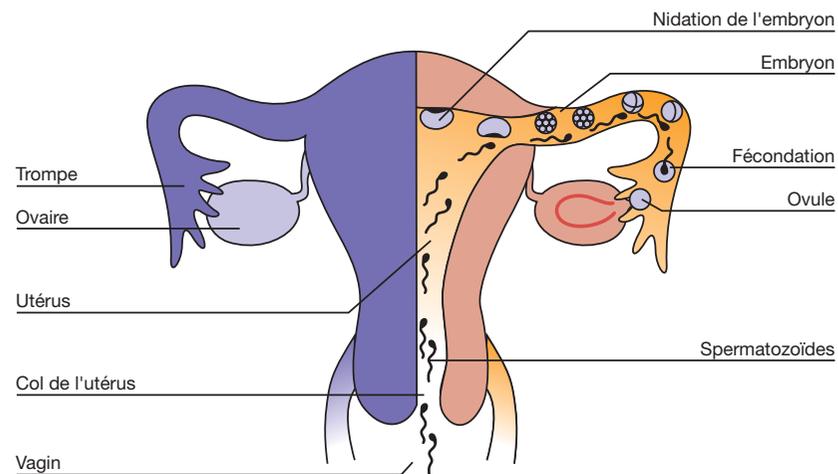
La **fécondation** se décompose en 3 étapes: la rencontre, le **zygote**, l'**embryon**.

La rencontre: dès que le premier **spermatozoïde** a percé la membrane du **follicule**, cette membrane devient imperméable aux autres **spermatozoïdes**.

Le zygote: il s'agit d'une phase intermédiaire entre la 11^e et 21^e heure suivant la pénétration du **spermatozoïde** dans le **follicule**. Les **chromosomes** paternels et maternels n'ont pas encore fusionné, donc le matériel génétique du futur enfant n'est pas encore constitué. En Suisse, cette étape est légalement importante car la congélation à la phase suivante est interdite.

L'embryon: dès la fusion des gènes du père et de la mère, on parle d'un **embryon**. Formé initialement d'une seule cellule, l'**embryon** va dès la 26^e heure se diviser en 2, 4, 8, ... cellules. Parallèlement à la division cellulaire, l'**embryon** avance dans la trompe. Il atteint la cavité utérine au 5^e jour et va se fixer à la muqueuse utérine, la **nidation** commence.

A partir de cette phase apparaît l'**hormone** de la grossesse: l'**HCG**, elle est produite par le placenta. Elle se détecte dans le sang maternel dès le retard de règle et permet de suivre la bonne évolution de la grossesse avant la visualisation échographique. Un **embryon** présentant une activité cardiaque pourra être visualisé environ 3 semaines après le retard de règle.



4 Causes possibles d'infertilité

Dans notre société, environ 1 couple sur 5 ne voit pas son désir de grossesse exaucé dans l'année. Comme nous l'avons vu au chapitre 1, certains couples n'ont simplement pas eu de chance, d'autres présentent une diminution de la fécondité qui pourra être compensée par une médicalisation. Seule une petite minorité de couple présente réellement une impossibilité à concevoir.

L'équipe de **PMA** (procréation médicalement assistée) va pouvoir rassurer les premiers, traiter les seconds jusqu'à l'obtention d'une grossesse et soutenir les couples stériles dans le deuil de leurs espoirs de conception.

En résumé on peut dire que l'hypofécondité est liée à un facteur masculin dans 30% des cas, à un facteur féminin dans 30% des cas également, et a une origine mixte dans aussi 30%. Les 10% restants représentent les cas d'**infertilité** inexpliquée.

Troubles de la fécondité chez la femme

On peut distinguer plusieurs origines.

Troubles de l'ovulation

L'ovulation est le résultat d'un équilibre très subtil. Les troubles les plus importants peuvent entraîner l'arrêt des règles: une aménorrhée. Cependant les troubles de la fonction ovarienne peuvent également apparaître chez des femmes ayant un cycle apparemment normal. Parmi les différents facteurs pouvant entraîner des troubles de l'ovulation, on retrouve l'anorexie, les problèmes thyroïdiens, la prise de médicaments et surtout un déséquilibre hormonal appelé syndrome des **ovaires polykystiques**. Il s'agit, entre autre, d'une production exagérée d'**hormone** masculine. Certains cycles peuvent être sans ovulation.

Facteurs cervicaux ou utérins

Il s'agit principalement de facteurs immunologiques (en quelque sorte d'allergie), des anticorps vont détruire les **spermatozoïdes** durant leur passage dans le col.

La mauvaise qualité de la **glaire cervicale** empêche aussi le passage des **spermatozoïdes**. La qualité de la glaire est aussi liée à l'équilibre hormonal.

Après certaines infections ou interventions chirurgicales, des cicatrices peuvent obstruer la cavité utérine, on parle alors de **synéchies**.

Infertilité tubaire

Les trompes peuvent être partiellement ou totalement fermées, empêchant la rencontre des **spermatozoïdes** avec l'**ovocyte**. Dans la plupart des cas, les trompes ont été lésées suite à des **infections**. L'**endométriose** est une autre cause. Il s'agit d'une maladie pouvant entraîner des "règles" intra abdominales. La grossesse extra-utérine peut entraîner également une **infertilité** tubaire.

Troubles de la fécondité chez l'homme

On peut distinguer plusieurs origines.

Perturbations anatomiques

Dans la croissance du **foetus**, les testicules ont une origine abdominale puis s'extériorisent au niveau des bourses. En cas d'absence de migration, les testicules restent en position intra-abdominale et perdent leur fonction.

Le développement de varices au niveau des bourses entraîne également une diminution de la fonction des testicules. On parle alors de **varicocèle**.

L'obstruction des canaux déférents empêche la sortie des **spermatozoïdes**. Elle est le plus souvent la conséquence d'une infection.

Les infections

Les infections génitales perturbent la production de **spermatozoïdes**. Il peut s'agir d'une séquelle d'une infection par le virus des oreillons

durant l'enfance ou d'une maladie sexuellement transmissible, à *chlamydia* par exemple.

Troubles de la maturation des spermatozoïdes

La production des *spermatozoïdes* est continue. Elle peut donc être ponctuellement ou définitivement altérée selon la durée de l'exposition aux toxiques.

Altération définitive de la production des spermatozoïdes

- Chimiothérapie anticancéreuse.
- Radiothérapie au niveau du bassin
- Anomalie génétique

Altérations ponctuelles

La maturation des *spermatozoïdes* étant de 2 mois et demi, l'effet sur la qualité du sperme ne sera visible qu'après ce temps. Il sera perceptible en fonction de la durée de l'exposition.

- Etat grippal, stress.
- Prise de médicaments.
- Tabagisme, alcoolisme.
- Exposition prolongée à la chaleur.

Certains métiers peuvent entraîner des altérations de la maturation des *spermatozoïdes*: l'exposition à la chaleur (cuisinier, ...), l'exposition à des solvants (peintre, ...).

Finalement, l'âge entraîne une diminution très lente du nombre de *spermatozoïdes* dès 30 ans.

Troubles concernant les deux partenaires

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, l'*infertilité* est progressive. Ainsi, une *infertilité* relative d'un des partenaires peut être compensée par une excellente fécondité de l'autre partenaire. Mais les *infertilités* peuvent aussi s'additionner.

Infertilité inexpiquée

Dans 10% des cas, malgré les méthodes actuellement disponibles, aucune raison médicale ne peut expliquer l'*infertilité* de ces couples.

Quand le corps dit non... que dit l'esprit?

Dans notre société, "réussir" est fondamental. Réussir pour soi mais aussi pour les autres, dans tous les domaines: personnel, familial, professionnel, social, etc. Réussir augmente la confiance en soi, renforce l'estime de soi et donne en retour la reconnaissance des autres, ce qui nous valorise. Et dans le cas contraire, l'échec peut être destructeur. Réussir est donc une exigence.

Dans le domaine de la procréation, "réussir à faire un enfant" l'est tout autant.

Fonder une famille est un projet naturel de couple. Mais quand le projet n'aboutit pas, le couple se trouve face à un sentiment d'échec, d'impuissance, face à la tristesse, la colère, et la honte parfois de ne pas être "comme tout le monde". Les couples dits "féconds" peuvent prévoir la conception de leur futur enfant à quelques mois près. Les couples infertiles ne le peuvent pas. Et l'absence de l'enfant tant désiré n'en est que plus douloureux.

Sur les plans psychologique et émotionnel, la non fécondité est facteur de stress, amplifié par les pressions sociale, familiale et médicale.

Et le stress, ainsi que des causes psychologiques plus profondes, peuvent entraver le processus de fécondité. Les mois passent sans l'heureuse nouvelle. Et au fur et à mesure que le temps s'écoule, la pression est de plus en plus grande. Et plus la pression est forte dans la volonté d'avoir cet enfant, plus les *hormones* responsables de la *fertilité* peuvent être perturbées. Et il se peut que l'ovulation n'ait pas lieu ou que l'*ovule* fécondé ne parvienne pas jusqu'à l'utérus. Le stress agit également sur la *fertilité* masculine. La qualité du sperme peut chuter temporairement.

Ce cercle vicieux conduit à un paradoxe intolérable: *je désire un enfant, je n'y arrive pas, je stresse, mon désir devient une obsession, et mon mal-être, à la fois physique et psychique, bloque ma fertilité.*

Pourquoi le corps dit-il NON? Le sentiment de culpabilité est souvent ressenti par la plupart des femmes et des couples infertiles. Il est insupportable d'avoir à se dire que le désir est tellement fort que la femme n'arrive pas être enceinte ou que cet enfant tant désiré est peut-être psychologiquement refusé. Il est aussi insupportable de penser que la **stérilité** diagnostiquée représente un grave traumatisme pouvant entraîner un blocage physiologique et que les traitements médicaux proposés sont une épreuve dont il faut comprendre les répercussions psychologiques.

Dans cette réflexion complexe, il est fondamental que le couple puisse s'interroger sur son désir d'enfant: désir du couple de devenir parent, désir de chaque individu, degré de sa douleur personnelle... L'équipe médicale est un partenaire dans ce parcours du combattant. Proposer un espace de parole est fondamental pour soutenir le couple, entendre sa souffrance, et prévenir des difficultés psychologiques sérieuses.

5 Où vous situez-vous? Possibilités diagnostiques

Autour de vous, vos amies sont enceintes et pas vous. Une année s'est passée depuis votre désir d'enfant, est-ce encore normal? Il est temps de faire le point avec votre gynécologue. Après un premier entretien, il pourra soit vous rassurer, entreprendre lui-même un bilan d'investigation ou vous adresser à un spécialiste en **infertilité**.

Bilan d'infertilité

L'enfant se désire à deux, il est donc indispensable d'inclure les deux partenaires dès le début des investigations. La prise en charge commence par un entretien détaillé. En fonction des symptômes, l'ordre et le rythme de certains examens peuvent varier d'un cas à l'autre. "Comparaison n'est pas raison", les examens présentés ci-après peuvent être proposés dans un autre ordre voire considérés comme inutiles. Si vous avez un doute, interrogez votre médecin. N'oubliez pas que certaines investigations peuvent être lentes et fastidieuses. Le bilan complet peut durer plusieurs mois.

Bilan d'infertilité féminin

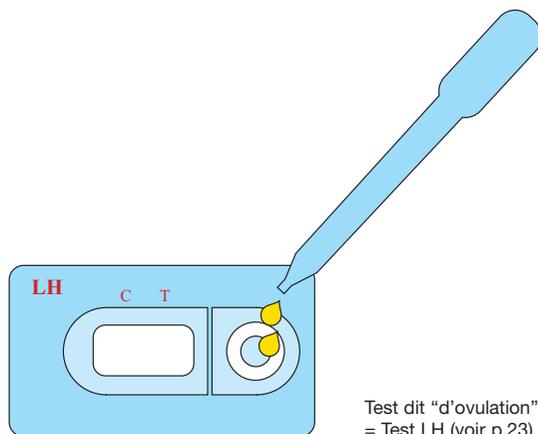
La fécondité féminine est multifactorielle. Elle dépend à la fois du cycle hormonal, du transport de l'**ovule** dans les trompes, du passage des **spermatozoïdes** à travers le col et enfin de la qualité de la cavité utérine pour permettre une bonne **implantation** de l'**embryon**.

Entretien

Lors de l'entretien, votre gynécologue vous posera des questions sur vos cycles, leur fréquence et régularité, et le timing des rapports sexuels. Avez-vous des antécédents de problèmes infectieux gynécologiques ou d'interventions chirurgicales abdominales? Avez-vous déjà eu des grossesses, des fausses-couches ou des interruptions de grossesse?

Mise en évidence de l'ovulation

Des moyens simples permettent de situer l'ovulation, soit pour la mettre en évidence soit pour mieux cibler les rapports sexuels.



Examen gynécologique

Un contrôle gynécologique avec frottis de dépistage sera effectué.

Une analyse de la glaire est possible ainsi que la recherche d'une infection vaginale (culture vaginale, *chlamydia*,...).

Une échographie endovaginale permettra de visualiser l'utérus (intégrité, taille, cavité, *endomètre*,...) et les ovaires (taille, présence de kyste,...).

La prise de sang

Une prise de sang effectuée au 3^e jour du cycle puis au 21^e jour pourra donner des informations sur la qualité de votre cycle. Elle permettra de mieux cerner l'ovulation et l'équilibre hormonal. Un bon équilibre hormonal permet une bonne *nidation* (*FSH*, *LH*, oestradiol, *progestérone*, et en cas de troubles du cycle: *TSH*, *prolactine*, *testostérone*, androstènedione, *DHEAS*,...).

Un contact passé avec certaines maladies infectieuses pouvant avoir un impact sur la fécondité peut être mis en évidence par la *sérologie* (=mise en évidence d'anticorps dans le sang). On recherchera un contact avec les *chlamydias*, les hépatites, le SIDA (=HIV).

On confirmera la vaccination contre la rougeole.

Au niveau allergique, la présence d'*anticorps anti-spermatozoïdes* peut être intéressante.

Radiographie de la cavité utérine (=hystéro-salpingographie)

Les parois utérines se touchent. En réalisant une radiographie du bassin après avoir rempli la cavité utérine et les trompes par un liquide opaque aux rayons X, on visualisera la cavité utérine et la perméabilité tubaire. Cet examen est réalisé par votre gynécologue dans un centre de radiologie. Il est légèrement douloureux et peut nécessiter la prise d'un anti-douleur. Il dure moins de 30 minutes et se pratique en ambulatoire.

Hystérocopie, curetage, laparoscopie et examen de la perméabilité tubaire au bleu

En cas de suspicion particulière, votre médecin pourra vous proposer des examens plus invasifs permettant de visualiser et d'opérer soit à l'intérieur de la cavité utérine (*hystérocopie*) soit à l'intérieur de la cavité abdominale (*laparoscopie*) à l'aide d'un tube optique relié à une caméra. Il s'agit d'une intervention chirurgicale pratiquée en salle d'opération sous anesthésie générale. Le médecin opère en visualisant le site opératoire sur un écran.

Hystérocopie: l'*hystérocopie* permet de regarder la cavité utérine afin d'exclure des fibromes, des cicatrices ou des polypes pouvant diminuer la fécondité. On introduit le tube optique par les voies naturelles: vagin, col de l'utérus. Il n'y aura donc aucune cicatrice. La cavité est dilatée par un liquide. Si nécessaire, on pourra procéder à l'ablation des zones suspectes. Prévoir une hospitalisation de 1 à 2 jours. L'examen nécessite souvent une anesthésie générale.

Curetage: suivant les cas, l'*hystérocopie* sera suivie d'un curetage pour libérer la cavité utérine d'un polype ou d'un fibrome, il est aussi possible d'effectuer le prélèvement d'un échantillon de l'*endomètre* pour analyse.

Laparoscopie et épreuve au bleu: Afin de visualiser le contour extérieur de l'utérus, son environnement, les trompes et les ovaires, on introduit un tube optique en pratiquant une sorte de "boutonnière" dans la dépression du nombril. Afin de manipuler et d'opérer, on pratiquera 1, 2 ou 3 autres "boutonnières" au bas du ventre. Chaque incision aura entre 5 et 10 mm. Afin de confirmer la perméabilité des trompes, on instillera par l'utérus un liquide coloré non toxique (bleu de méthylène) et on pourra ou non visualiser son passage dans la cavité abdominale. Ce liquide sera éliminé par l'urine qui pourra être teintée en bleu. Suivant l'importance et la durée de l'intervention, il faut envisager une hospitalisation de 1 à 4 jours. Il est souvent recommandé d'ajouter une dose d'antibiotique et une prévention des thromboses. Les suites opératoires sont simples et rapides. Les douleurs post opératoires sont souvent ressenties au niveau des épaules.

Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres examens peuvent être proposés, en particulier en cas de maladies non gynécologiques qui peuvent interférer avec la fécondité.

Bilan d'infertilité masculin

Chez l'homme, la situation est plus simple. L'entretien permettra de s'assurer qu'il n'y a pas de troubles de l'érection ou de l'éjaculation. Ensuite on procédera à une analyse du sperme (=spermogramme). Le **spermogramme** permet d'évaluer le pouvoir fécondant du sperme. Il est obtenu par masturbation soit au domicile soit directement au laboratoire. Il doit être "lavé" dans les 45 minutes qui suivent le recueil. Le nombre, la forme et la mobilité des **spermatozoïdes** sont examinés. Nous avons vu que la qualité du sperme peut varier énormément (voir chap. 3, p. 9), il faudra donc 2 à 3 examens dans un intervalle de 3 mois avant de confirmer un problème.

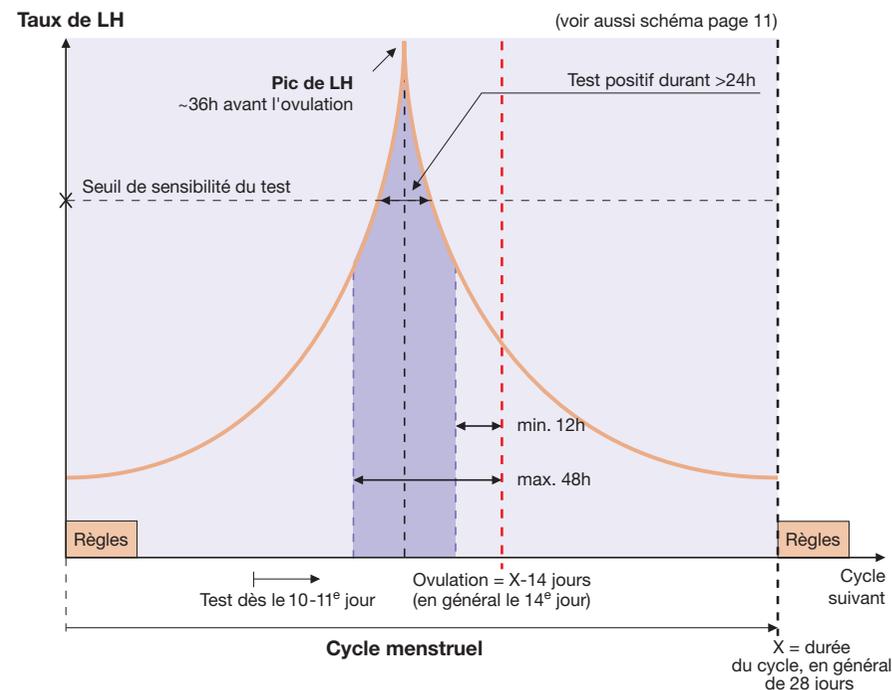
Dans certains cas, un spécialiste en andrologie (urologue, endocrinologue, dermatologue, généticien) pourra être consulté afin d'effectuer un bilan plus spécifique: infections, bilan hormonal masculin, échographie et/ou biopsie testiculaire, analyse chromosomique, etc.

6 Voici comment nous pouvons vous aider simplement

Optimiser votre fécondité naturelle; la recherche de l'ovulation

Les rapports dirigés

En cas de trouble léger de la fécondité, le fait de mieux cibler l'ovulation permet d'avoir des rapports sexuels au meilleur moment. On perd un peu en spontanéité mais on gagne en fécondité! Il existe plusieurs méthodes: la courbe de température est simple mais imprécise. Le **pic de LH** est le signal précédant l'ovulation. Ce pic peut être détecté soit par des analyses urinaires (3 fois/jour, efficace mais astreignant et onéreux), soit par des tests "d'ovulation" pratiqués 1 fois/jour dès le 11^e jour, durant la journée (pas sur l'urine du matin). Dès l'apparition d'un test d'ovulation positif, le couple aura des rapports sexuels dans les 12 à 36 heures.

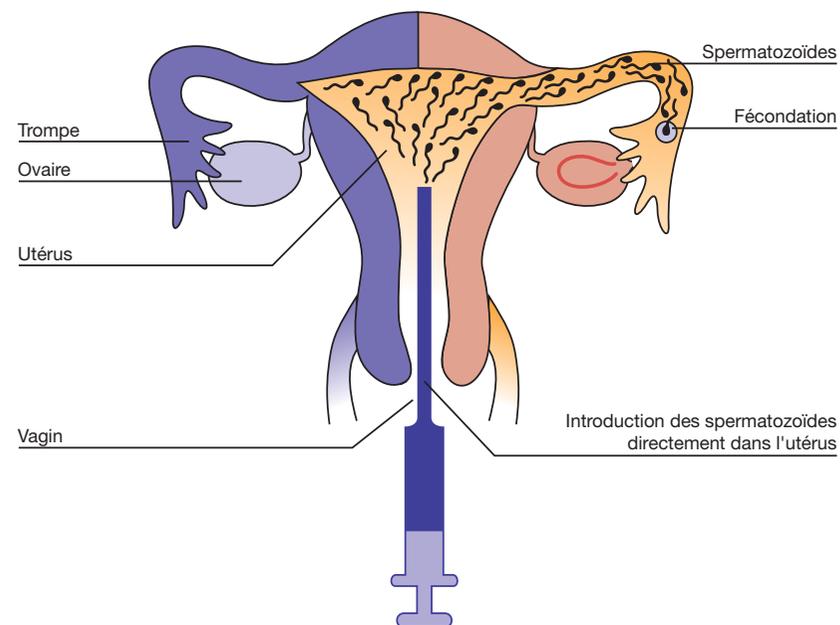


Un coup de pouce au cycle; la stimulation et/ou le déclenchement de l'ovulation

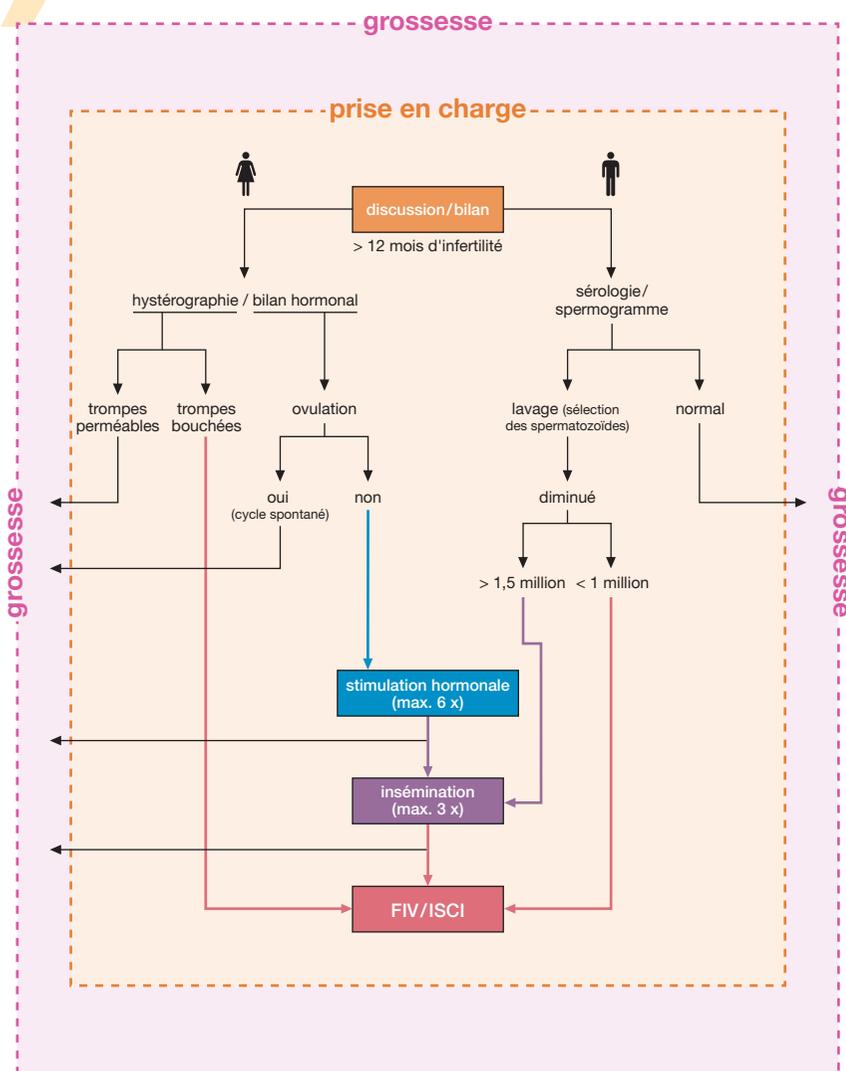
Si vos cycles sont trop irréguliers ou sans ovulation, on peut stimuler les ovaires. On vous donnera sous forme de comprimés ou d'injections sous-cutanées, la dose nécessaire à l'obtention d'une ovulation. Votre réponse au médicament sera suivie par un dosage hormonal ou une échographie des ovaires. La dose pourra être individuellement adaptée. Dès la maturation du/des **follicules**, on procédera au **déclenchement de l'ovulation** afin de trouver le meilleur moment pour les **rapports dirigés** ou l'**insémination**.

Mettons le sperme plus près du but; l'insémination intra-utérine

Si les **spermatozoïdes** ne peuvent pas pénétrer la **glaire cervicale** ou si la qualité du sperme est insuffisante, on procédera à une **insémination**. Après masturbation, le sperme est "lavé", on sépare les sécrétions prostatiques et les **spermatozoïdes** les moins vigoureux. Le sperme ainsi préparé est ensuite introduit directement dans la cavité utérine au moyen d'un fin cathéter. En sélectionnant les meilleurs **spermatozoïdes** et en les rapprochant de l'**ovule**, on augmente les chances de succès. La procédure est simple et non douloureuse. Elle se pratique chez le gynécologue ou au laboratoire.



7 Si nous devons en faire plus: la FIV et l'ICSI



Conditions préalables, cadre juridique

Afin de bénéficier d'une FIV//**ICSI**, les conditions suivantes doivent être remplies:

- Il n'existe pas / plus d'autre moyen de traitement.
- Le couple a pu avoir un entretien complet sur les chances et les risques d'une FIV//**ICSI** et a eu la possibilité de demander un soutien psychologique.
- Le couple a signé un consentement au traitement et à la congélation des **zygotes**.
- Un mois de réflexion s'est écoulé entre la signature du consentement et le début du traitement.
- En suisse, la FIV//**ICSI** ne peut être proposée qu'à des couples hétérosexuels à même de pouvoir assumer un enfant.

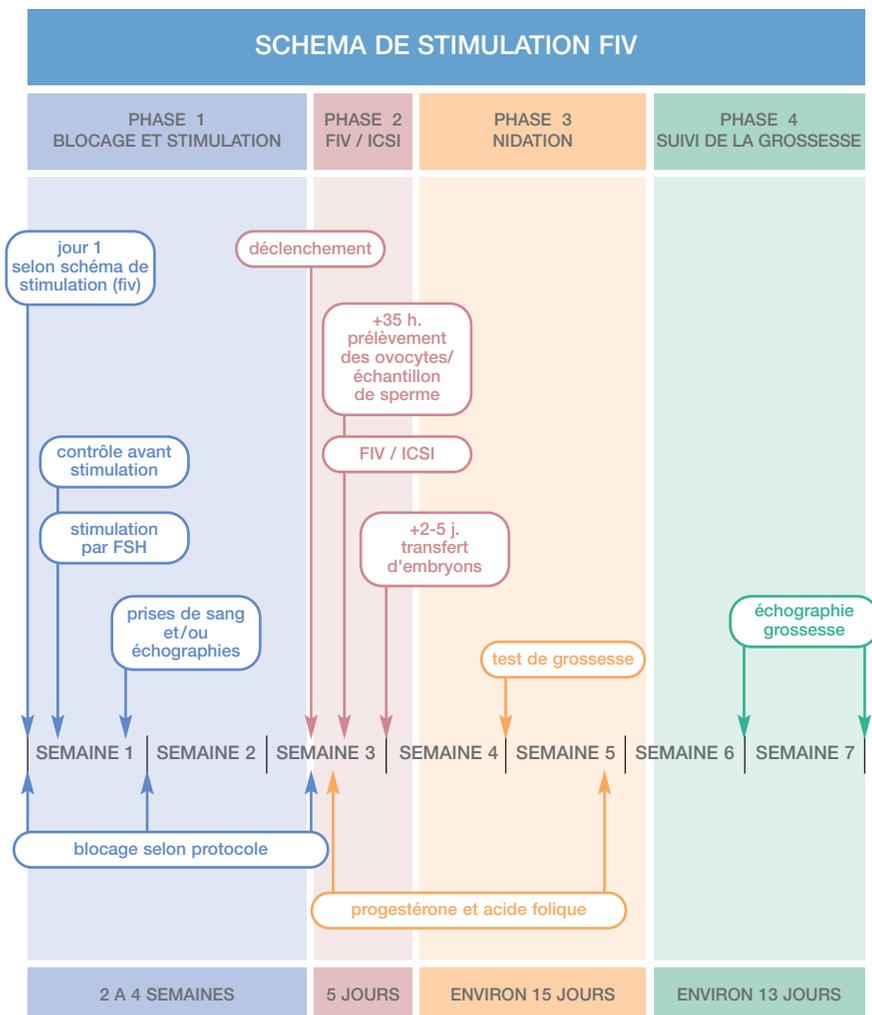
Déroulement d'un cycle

Schématiquement, il existe 4 phases, précédées ou non d'une préparation:

- 1) blocage et stimulation
- 2) FIV (déclenchement/prélèvement/transfert)
- 3) soutien de la **nidation**
- 4) confirmation et suivi de la grossesse

Préparation du cycle

Si votre cycle est très irrégulier, afin de démarrer une stimulation au bon moment, il est nécessaire de "mettre les compteurs à zéro". On fera précéder le cycle FIV d'un cycle artificiel.



Blocage et stimulation

Il existe différents protocoles de FIV/**ICSI**. De manière très simplifiée, on parlera de protocole long ou court. Dans tous les cas, on associe un blocage de la glande hypophysaire avec une stimulation artificielle de la fonction ovarienne.

Protocole long

Le blocage hypophysaire débutera entre le 20^e et 23^e jour du cycle précédant la stimulation (=protocole long), la stimulation débutant environ 2 semaines plus tard.

Protocole court (agoniste et antagoniste)

La stimulation ovarienne commence au 2^e jour du cycle (**premier jour du cycle = premier jour des règles**). Le blocage hypophysaire se fait soit de manière parallèle (blocage par utilisation des agonistes), soit dès le 8^e jour (blocage par utilisation des antagonistes), voir médicaments p. 33. Les médicaments sont administrés par injections sous-cutanées. L'injection quotidienne se fera au même moment de la journée. Un premier contrôle est prévu entre le 6^e et le 9^e jour du cycle. On adaptera la stimulation en fonction de la qualité de la réponse ovarienne jusqu'à la maturation des **follicules** (taille entre 16 et 19 mm).

La FIV (=déclenchement de l'ovulation + **prélèvement** des ovules + **transfert** d'embryon)

La phase 2 concerne la phase finale de la maturation des **ovules**, leur prélèvement et le transfert d'**embryon**.

La maturation est obtenue en injectant l'**HCG**, déclenchant ainsi le processus d'ovulation. **Cette phase est très précise car le prélèvement doit impérativement se dérouler 35 à 36 heures après l'injection**. Passé ce délai, l'ovulation spontanée aurait eu lieu avec libération des **ovules**. Leur récolte n'est alors plus possible. L'heure de l'injection est fixée en fonction des disponibilités de la salle d'opération où se déroulera la **ponction ovarienne**. La ponction est une petite intervention chirurgicale ambulatoire (hospitalisation de 6 heures) sous anesthésie générale. La procédure dure 10 à 20 minutes. Guidé par une échographie vaginale, le médecin ponctionne avec une

aiguille fine les **follicules**. Les **ovules** prélevés sont immédiatement confiés au biologiste. Parallèlement le partenaire doit faire don de son sperme.

Le biologiste procède à la FIV/**ICSI**, décide de la congélation de **zygotes** et met en route la culture des **embryons**. Un transfert d'**embryon** est organisé 2 à 5 jours après la ponction.

Soutien de la phase lutéale (nidation)

Afin de faciliter l'**implantation** de l'**embryon** dans l'utérus, on prépare l'**endomètre** (= face interne de l'utérus) en donnant une préparation vaginale à base de **progestérone** (crème ou **ovule**). Ce soutien débute dès le soir ou le lendemain de la ponction. Cette période est psychologiquement la plus difficile car il n'y a qu'à... attendre!

Confirmation et suivi de la grossesse débutante

14 jours après le prélèvement, on pratique un test de grossesse permettant de mettre en évidence un succès. En l'absence de règles, le **soutien hormonal** est maintenu. Au 15^e jour de retard de règles, on peut pratiquer une échographie vaginale afin de confirmer une grossesse évolutive (activité cardiaque).

Risques et chances des traitements

Les chances de succès

Le succès se mesure en taux de grossesse. Les grossesses obtenues en **PMA** peuvent naturellement aussi être non évolutives: fausses-couches, grossesses extra-utérines. La fréquence de ses complications est comparable à celle des grossesses spontanées. **Comme point de comparaison, souvenez-vous que le taux de grossesse naturel ne dépasse pas 25%!**

D'une manière très simple, on peut donner les taux suivants de succès:

- Stimulation hormonale et rapports dirigés: 10%
- Insémination: 10%
- Stimulation + insémination: 15%
- Fécondation in vitro +/- ICSI: 25%
- Transfert d'embryon: 25%

Ces chiffres sont évidemment à moduler d'un couple à un autre. Le facteur d'échec le plus important étant l'âge maternel.

Taux cumulés: En fonction des pourcentages de réussite, il faut envisager une dizaine de tentative en stimulation ou en **insémination**; ainsi 6 tentatives en stimulation + **insémination** et 4 tentatives en FIV+/- **ICSI** pour obtenir un taux de grossesse raisonnable par couple. On parle alors de **taux cumulé**:

- 6x tentatives de stimulation + insémination: 70%
- 4x FIV +/- ICSI: 60%

Les risques liés aux traitements

Chaque phase du traitement est liée à un risque spécifique.

La stimulation: En cas d'hypersensibilité aux médicaments stimulants (surtout en présence d'**ovaires polykystiques**), les ovaires peuvent réagir de manière brusque, entraînant une production exagérée de **follicule**. On parle alors d'un **syndrome d'hyperstimulation**. Il se marque par un ventre ballonné, des crampes abdominales voire une rétention d'eau dans la cavité abdominale (ascite). Il est possible que l'équipe renonce à la **fécondation**. Dans de rares cas, une hospitalisation peut être nécessaire.

La ponction ovarienne: Le prélèvement des **ovules** se fait généralement sous anesthésie générale. Il peut en résulter une fatigue, des nausées passagères ou un défaut de concentration momentané. La ponction se fait au moyen d'une aiguille pénétrant dans les ovaires en traversant le fond du vagin. Il peut y avoir un petit saignement. Très rarement, une blessure des organes voisins est possible.

La fécondation (pour les stimulations simples) ou le transfert d'embryon: En cas de **follicules** multiples dans les **inséminations** ou en cas de transfert de 2 ou 3 **embryons** dans les FIV, il est possible que plusieurs **embryons** s'implantent et qu'on obtienne des **grossesses multiples**. Le taux de **fécondation** étant faible, plus il y a de **follicules** / d'**embryon**, plus on augmente les chances de grossesse et aussi les risques de grossesses multiples!

Il est impératif de discuter de ce risque au cas par cas et de décider avec votre médecin des limites raisonnables. A titre indicatif, un transfert de 3 **embryons** entraîne un risque de grossesse gémellaire de 15%, et de grossesse de triplés de 3%.

La grossesse: Une fois la grossesse en cours, rien ne distingue une grossesse spontanée d'une grossesse obtenue avec un soutien médical. Le taux de fausse-couche est comparable à la population générale, soit 10-15%. Le risque d'anomalie génétique, congénitale ou de naissance est également identique à une population du même âge.

L'enfant: 1 à 2% des hommes inféconds sont porteurs du gène héréditaire transmettant la mucoviscidose. C'est pourquoi un conseil génétique est souvent recommandé. De manière générale, après 25 années et des milliers d'enfants nés après FIV, on peut affirmer que les méthodes de procréation médicalement assistée n'augmentent pas le risque de malformation. Par l'ICSI, il existe un risque de transmission de l'**infertilité** masculine si celle-ci est d'origine génétique.

8 Les médicaments

(Pour le schéma de prise de médicaments, voir tableau p. 28)

Afin d'augmenter les chances de fécondité, l'équipe médicale va se substituer à la nature et gérer le cycle hormonal aboutissant à l'ovulation et à l'**implantation**. On distingue schématiquement 4 phases; la **préparation** au cycle FIV, la **stimulation** ovarienne, le **déclenchement** et la FIV proprement dite, ainsi que le **soutien** de l'**implantation**.

Dans le cas de transfert d'**embryon** décongelé, les médicaments se concentrent uniquement sur la préparation à l'**implantation**.

La préparation du cycle

Préalablement à un cycle de FIV/**ICSI**, votre médecin, selon les cas, pourra vous prescrire un antibiotique voire une pilule permettant de stabiliser un cycle irrégulier.

Ensuite, on bloquera les ordres du cerveau aux ovaires soit en bloquant la sécrétion hypophysaire (=antagonistes), soit en la saturant (=agoniste). Le blocage hypophysaire provoque momentanément des symptômes de **ménopause**.

Agonistes

Les agonistes se donnent en fin de cycle préparatoire (=protocole long) ou en début de cycle FIV (=protocole court), en injection dépôt pour un mois ou en injection quotidienne.

Antagonistes

Les antagonistes se donnent parallèlement à la **stimulation hormonale**.

La stimulation ovarienne

La stimulation ovarienne permet d'obtenir une ovulation en cas de cycle déficient. **La stimulation ovarienne est un traitement à faire**

sous contrôle médical (échographie ou dosage hormonal).

La réponse au traitement est individuelle et comporte des risques: grossesse multiple, syndrome d'hyperstimulation avec douleurs abdominales, ballonnements, rétention d'eau, ...

Les autres effets secondaires sont peu importants et disparaissent après l'arrêt du traitement: bouffées de chaleur, baisse du tonus, humeur inconstante.

Le Citrate de clomiphène

Le clomiphène se prend par voie orale, à raison de 2 comprimés/jour durant 5 jours. On le débute entre le 3^e et le 5^e jour du cycle.

Avantages: produit simple et bon marché, peu d'effets secondaires.

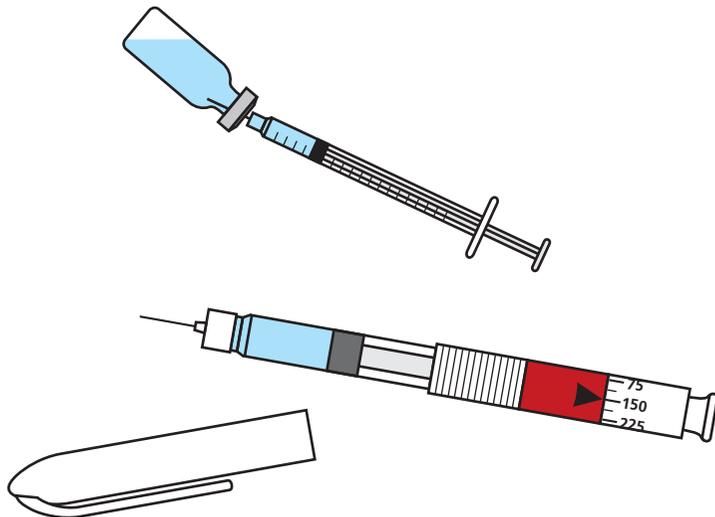
Inconvénients: efficacité limitée, ne convient pas pour les FIV.

La FSH (urinaire ou recombinante)

L'**hormone FSH** synthétisée a exactement le même effet que la **FSH** produite naturellement par la glande hypophysaire. Elle s'injecte quotidiennement par voie sous-cutanée. Son utilisation nécessite donc un petit apprentissage. Les injections débutent entre le 1^{er} et le 3^e jour du cycle (en cas de protocole long, dès le feu vert de votre médecin). Il est préférable de faire les injections au même moment de la journée.

Avantages: produit efficace, bien toléré à dose thérapeutique.

Inconvénients: produit cher, apprentissage, petite douleur à l'injection.

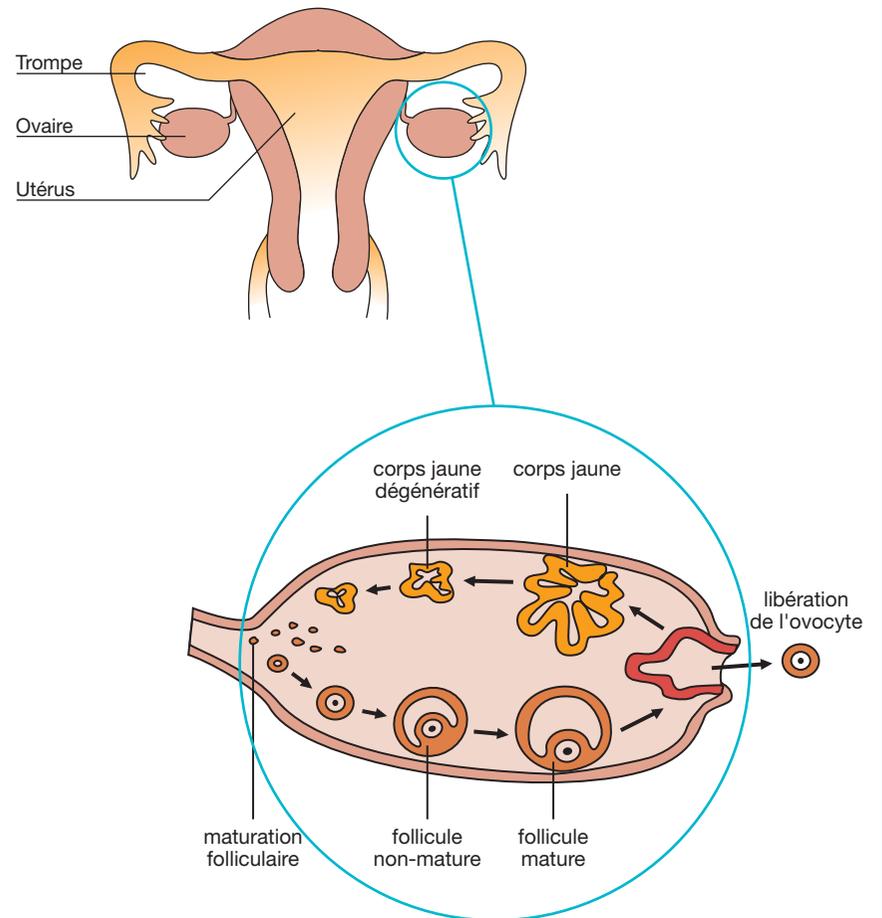


34

Le déclenchement de l'ovulation

Dès que les **follicules** sont matures (entre 16 et 20 mm/taux d'œstradiol suffisant), généralement entre le 11^e et 13^e jour du cycle, on déclenche l'ovulation avec une **hormone**: l'**HCG**.

Il s'agit d'une injection sous-cutanée entraînant une ovulation 36 heures plus tard. Il est important de prévoir des rapports ou une **insémination** environ 24 - 36h après l'injection. Le prélèvement des **ovules** s'effectue entre 34 et 36h après l'injection.



35

Le soutien à l'implantation

La seconde phase du cycle, la phase lutéale, est sous l'influence de la **progestérolone**. Celle-ci permet une adaptation de l'**endomètre** facilitant la **nidation**. En cas d'insuffisance lutéale et dans les FIV, on ajoutera de la **progestérolone** par voie vaginale, 1 à 3 fois par jour dès le lendemain du prélèvement des **ovules**.

Les produits pour le transfert d'embryon

En cas d'utilisation d'**embryon** préalablement congelé, le cycle de préparation est plus simple. La fonction ovarienne n'est plus primordiale, on se concentrera sur la fonction utérine afin de faciliter au maximum les chances de **nidation**. Votre équipe médicale choisira, en fonction de votre problème de fécondité, le meilleur traitement: cycle spontané, stimulation simple ou préparation utérine uniquement. Dans ce dernier cas on vous donnera tout d'abord des **œstrogènes** (comprimés ou patch) puis de la **progestérolone**.

9 Et la PMA, combien cela va-t-il nous coûter?

En règle générale, tous les bilans sont à la charge obligatoire des caisses maladies. Les traitements sont soit limités dans le temps soit hors du cadre des prestations obligatoires.

Prise en charge par les caisses maladies (LAMAL) (état 2005)

- Les stimulations hormonales de l'ovulation sont prises en charge pour une durée maximale de 1 an.
- Les **inséminations** par sperme du partenaire sont limitées à 3 tentatives. En cas de succès thérapeutique (grossesse ou même fausse couche), on peut reprendre un cycle complet de traitement.

et ce qui n'est pas pris en charge!

Les préparations de sperme (~300 CHF), les inséminations supplémentaires (~200 CHF), les **fécondations in vitro** (FIV) avec ou sans injection de **spermatozoïdes (ICSI)** ne sont pas prises en charge par les caisses maladies.

Il faut compter avec un budget de 7'000 à 10'000 CHF, par cycle complet (stimulation, ponction, transfert +/- **cryoconservation**). Pour les cycles de transfert à partir de **cryoconservation**, compter environ 1'500 CHF.

10 Si vous devez faire face à l'échec

Un enfant n'a pas de prix. Faut-il donc le vouloir à tout prix!
Où s'arrêter dans la quête médicalisée, dans l'adoption?
Chaque individu, chaque couple doit répondre à cette question et mettre des limites.

Les limites médicales, juridiques etc.... vous seront expliquées à chaque étape de la prise en charge. Mais les limites subjectives du supportable / insupportable, vous devez les fixer vous-même. N'hésitez pas à demander conseil à un spécialiste (psychologue,...) ou à partager votre expérience / votre souffrance dans un groupe d'entraide de patient.

11 Et si nous parlions d'adoption?

L'adoption en Suisse

Avant de parler d'adoption, il faut comprendre une chose: l'enfant issu d'une **fécondation** naturelle ou assistée sera entièrement de vous. Son identité sera indiscutable. L'adoption, elle, permet de donner une chance à un enfant qui n'en aurait pas eu. Son identité restera toujours double: sa famille et sa terre d'origine, sa famille et sa terre d'adoption. Cette double identité peut être vécue comme une chance ou un fardeau, par l'enfant ou par vous-même.

Lorsque le désir d'enfant prend un peu de temps à être comblé, des voies alternatives peuvent être explorées. Peut-être avez-vous déjà envisagé d'adopter un enfant ou alors réagissez-vous positivement à cette idée? La description qui suit vous permettra de mieux comprendre les aspects juridiques et les modalités pratiques de cette autre façon de devenir parent(s).

En droit suisse, les conditions de l'adoption sont réglées de manière uniforme par le **Code civil** (droit fédéral). La mise en œuvre de la procédure et les questions d'appréciation du cas concret sont du ressort des autorités cantonales (la liste des services compétents en Suisse romande se trouve page 42).

Si vous souhaitez adopter un enfant, deux voies vous sont ouvertes en fonction de votre situation matrimoniale:

- L'adoption conjointe est réservée aux couples mariés et exige une durée de quatre ans de mariage au moment des formalités de l'adoption, suivie d'environ une année supplémentaire pour la procédure. Si vous ne remplissez pas cette première condition, l'adoption est néanmoins possible lorsque vous êtes **tous deux âgés de 35 ans révolus**.
- L'autre voie, qui s'adresse notamment à des couples non mariés, consiste en l'adoption par une personne seule. Cette procédure n'est ouverte que lorsque vous avez atteint l'âge de 35 ans révolus.

La **législation** exige, dans la mesure du possible, la preuve du consentement du père et de la mère de l'enfant à adopter. Il est renoncé à ce consentement lorsque le parent est inconnu ou qu'il n'est plus possible de l'obtenir.

En tant que futurs parents adoptifs, vous serez appelés à fournir à l'enfant des soins et une éducation pendant au moins un an dans le cadre de la période dite "de placement". **L'autorité cantonale est chargée de protéger l'enfant.** Après cette année, elle vérifiera que tous les critères sont réunis pour que l'établissement d'un lien de filiation serve le bien de ce dernier.

La procédure dépend de l'autorité cantonale compétente de votre lieu de domicile. Cette autorité commence par mener une "enquête sociale", destinée à connaître votre environnement, votre personnalité, votre aptitude à éduquer un enfant ainsi que l'ensemble des conditions nécessaires à l'épanouissement de ce dernier. Lorsque l'enquête sociale s'avère positive, une autorisation d'accueil d'un enfant en vue de placement vous est délivrée. Au terme de la période de placement d'un an, l'adoption est prononcée, sauf si des obstacles à celle-ci sont entre temps apparus.

L'accueil au titre de placement implique évidemment qu'un enfant "disponible" ait pu vous rejoindre. La législation suisse n'impose pas de faire appel à un intermédiaire en vue d'adoption, mais la Confédération exerce la surveillance sur cette activité et met à votre disposition une liste d'intermédiaires reconnus. Ces intermédiaires, répartis sur l'ensemble du territoire suisse, sont susceptibles de vous apporter un soutien précieux, tant pour trouver l'enfant à adopter que pour vous accompagner tout au long d'une procédure lourde, laborieuse et dont l'issue vous apparaîtra sans doute toujours trop lointaine.

Une fois l'adoption prononcée, un lien de filiation plein et entier est établi entre le(s) parent(s) adoptif(s) et l'enfant adopté. Vous êtes libres de lui donner un nouveau prénom si vous le souhaitez. L'Etat civil reconnaît alors juridiquement les liens affectifs créés durant

l'année de placement de l'enfant en vue d'adoption. Cet enfant aura les mêmes droits et devoirs que n'importe quel autre enfant.

Il est clair qu'un enfant ne s'achète pas, néanmoins il coûte!!! Le montant nécessaire à l'adoption est très variable. Il faut cependant être conscient qu'il faudra payer les intermédiaires, les procédures légales du pays d'origine et d'accueil. Les faux frais représentent la plus grande partie. Par faux frais, nous entendons les frais de déplacements et de séjour (souvent 3 à 6 semaines) dans le pays d'origine de l'enfant. Il est raisonnable de compter avec un budget de 10'000 à 20'000 CHF.

12 Catalogues des ressources en Suisse Romande et au Tessin

Autorités cantonales compétentes en matière d'adoption:

Berne

Office des mineurs du canton de Berne
Gerechtigkeitsgasse 81, 3001 Berne
tél.: 031.633.76.33 - fax: 031.633.76.18

Fribourg

Service de l'enfance et de la jeunesse
Boulevard de Pérolles 30, Case postale 29, 1705 Fribourg
tél.: 026.347.27.37 - fax: 026.347.27.38

Genève

Service de protection de la jeunesse
Rue Adrien-Lachenal 8, Case postale 3531, 1211 Genève 3
tél.: 022.327.63.60 - fax: 022.327.64.49

Jura

Service de l'action sociale
Autorité centrale cantonale en matière d'adoption
Faubourg des Capucins 20, 2800 Delémont
tél.: 032.420.51.54 - fax: 032.420.51.41

Neuchâtel

Service des mineurs et des tutelles
Faubourg de l'Hôpital 36, 2000 Neuchâtel
tél.: 032.889.66.40 - fax: 032.889.60.93

Tessin

Ufficio del Tutore Ufficiale
Viale Officina 6, 6501 Bellinzona
tél.: 091.814.71.11 - fax: 091.814.71.19

Valais

Office cantonal pour la protection de l'enfant
Avenue Rytz 29, 1951 Sion
tél.: 027.606.48.40 - fax: 027.606.48.24

Vaud

Service de protection de la Jeunesse
Bâtiment administratif de la Pontaise
Av. des Casernes 2, 1014 Lausanne
tél.: 021.316.53.04 - fax: 021.316.53.30

Ces autorités délivrent volontiers des renseignements concrets en fonction de votre canton de domicile. Le site Internet de l'Office fédéral de la justice (www.ofj.admin.ch, rubrique "Protection des enfants/adoptions internationales") contient également de nombreuses informations pratiques et notamment une liste des intermédiaires reconnus.

Le site Service suisse international (E-Mail: ssi@freesurf.ch) fournit également une liste des "organismes intermédiaires en adoption agréés".

Associations de patients:

- **Zygote:** Nathalie Moser s'occupe avec chaleur et dévouement de cette organisation de patient/couple en peine de fécondité, (basée en région Lausannoise).
Tél.: 079 679 11 79. www.zygote.ch
- **Azote liquide:** association romande
- **Kinderwunsch:** association suisse allemande:
www.kinderwunsch.ch
- **Groupement suisse des parents adoptifs:** www.saev.ch
- **Antenne suisse pour l'adoption:** www.adoption.ch

Informations générales sur Internet:

www.ferti.net: information en anglais sur les problèmes de fécondité. Site sponsorisé par la firme Serono.

www.ampcochin.paris.free.fr: service Internet de l'hôpital Cochin à Paris.

www.americaninfertility.org: site en anglais de l'American Infertility Network.

www.icsi.ws: site en anglais de l'International Consumer Support for Infertility. Conseils, informations et soutien aux patients.

www.doctissimo.fr: site en français d'informations médicales.

www.imr-marseille.com: site de l'institut de Médecine de la Reproduction à Marseille.

www.lafamily.ch: vous pouvez poser vos questions, un professionnel compétent vous répondra.

Les centres de Fécondation in Vitro en Suisse Romande

Il existe plusieurs centres, privés et publics en Suisse romande, votre gynécologue pourra vous orienter vers un de ces centres.

13 La Loi et vous

Ce que vous pouvez faire:

- Le bilan d'**infertilité** est pris en charge par la caisse maladie.
- La stimulation ovarienne est prise en charge durant 1 an (max. 12 cycles).
- 3 **inséminations** sont prises en charge.
- Congélation de sperme avant une chimiothérapie (à votre charge).

Ce que vous devez faire:

- Avant une FIV/**ICSI** le couple doit signer un consentement reconnaissant le risque de grossesse multiple (entre autre) et un 2^e consentement pour autoriser la congélation des zygotes supplémentaires.
- Temps de réflexion d'un mois obligatoire avant une **PMA**.
- Le don de sperme est gratuit.
- L'enfant issu d'un don de sperme peut connaître, s'il en fait la demande et à sa majorité, l'identité du donneur.
- L'**embryon** ne peut être cultivé que le temps indispensable à la **PMA**.

Ce qui est interdit:

- Le diagnostic pré-implantatoire (extraction d'une cellule fœtale avant le transfert d'**embryon** pour dépister un problème chromosomique).
- La thérapie génique.
- La maternité de substitution (mère porteuse).
- Le don d'**ovule** et/ou d'**embryons**.
- La conservation d'**embryons** congelés (congélation de zygotes autorisée).

En toutes lettres: liens Internet aux textes de loi

LPMA=Loi Fédérale sur la Procréation Médicalement Assistée

www.admin.ch/ch/f/rs/810_11/index.html

OPMA=Ordonnance sur la Procréation Médicalement Assistée

www.admin.ch/ch/f/rs/810_112_2/index.html

14 Dictionnaire des termes médicaux

Anticorps anti-spermatozoïde:

Protéines du système immunitaire détruisant spécifiquement les spermatozoïdes. On peut trouver ces anticorps dans le sang ou le sperme de l'homme et dans le sang ou la glaire cervicale de la femme.

Avortement:

Expulsion d'une grossesse débutante, normale ou non (= fausse couche).

Blastocyste:

Embryon au moment des premières fusions cellulaires (jour 6 à 7 après la fécondation).

Chlamydia:

Bactéries s'attaquant souvent aux organes génitaux. Il peut en résulter une diminution de la fécondité.

Chromosomes:

Support de matériel génétique.

Corps jaune:

Reste du follicule après l'ovulation. Produit la progestérone.

Cryoconservation:

Conservation dans l'azote liquide (-180 degrés) des spermatozoïdes ou des zygotes.

Déclenchement de l'ovulation:

Injection sous-cutanée d'hormones déclenchant l'ovulation dans les 36 heures.

Embryon:

Phase initiale du développement humain, depuis la fusion des gamètes jusqu'au troisième mois.

Endomètre:

Muqueuse tapissant la cavité utérine et permettant la nidation ou les règles.

Endométriose:

Tissu semblable à l'endomètre mais croissant hors de l'utérus (trompes, ovaires, ...). Cette croissance inadéquate peut entraîner une baisse de fécondité et des douleurs abdominales.

Fécondation:

Fusion du spermatozoïde et de l'ovule entraînant la création du matériel génétique du futur embryon.

Fertilité:

Possibilité de procréer de chacun ou des deux partenaires.

Fœtus:

Désignation du futur enfant durant la vie intra-utérine du 4^e mois à la naissance.

Follicule:

Petite poche dans l'ovaire dans laquelle grandit l'ovule jusqu'à l'ovulation pour atteindre environ 20mm.

Gamètes:

Spermatozoïdes et ovules. Cellules sexuelles transmettant le matériel chromosomique des parents à l'embryon.

Glaire cervicale:

Mucus du col utérin. Il devient perméable à l'approche de l'ovulation.

Grossesse biochimique:

Grossesse débutante mise en évidence par un test chimique = test de grossesse. Période allant de la fécondation à 10 jours de retard de règles.

Grossesse clinique:

Grossesse visualisable à l'échographie. Dès 10 jours de retard de règles environ.

Hormones:

Sécrétion corporelle d'un organe, circulant dans le sang et ayant son effet dans un/des autre(s) organe(s).

FSH:

Hormone folliculo-stimulante, d'origine hypophysaire favorisant l'ovulation.

GnRh:

Hormone hypothalamique contrôlant l'activité ovarienne. On bloque l'hypophyse par saturation (agoniste) ou par blocage (antagoniste) afin de pouvoir contrôler médicalement un cycle de FIV.

HCG:

Hormone placentaire responsable du maintien du corps jaune et utilisée pour déclencher l'ovulation. Elle est dosée par les tests de grossesse.

LH:

Hormone lutéinisante hypophysaire déclenchant l'ovulation et favorisant la production de progestérone.

Œstrogène:

Hormone ovarienne stimulant la croissance de l'endomètre et la perméabilité de la glaire cervicale.

Progestérone:

Hormone ovarienne favorisant la nidation de l'embryon et son développement initial.

Prolactine:

Hormone hypophysaire favorisant la lactation. En dehors de l'allaitement, sa présence peut bloquer les cycles menstruels.

TSH:

Hormone thyroïdienne. Un manque ou un excès peuvent affecter la fécondité.

Testostérone/DHEAS:

Hormones masculines.

Hypophyse:

Glande du cerveau contrôlant la libération de FSH et LH.

Hypothalamus:

Glande du cerveau contrôlant la fonction de l'hypophyse.

Hystéro-salpingographie (=HSG):

Radiographie de l'utérus et des trompes. Après injection d'un liquide de contraste, visualisation de la cavité utérine et de la perméabilité des trompes.

Hystéroscopie:

Visualisation de la cavité utérine au moyen d'une fibre optique introduite par le vagin et le col de l'utérus.

ICSI:

Fécondation par micro-injection d'un seul spermatozoïde dans un ovule.

Implantation:

voir nidation.

Infertilité:

Absence de conception chez un couple désirant un enfant.

Insémination:

Introduction de spermatozoïdes "lavés" dans la cavité utérine afin de favoriser les chances de rencontre spermatozoïdes/ovule.

In vivo:

Dans le corps humain.

In vitro:

À l'extérieur du corps humain, en laboratoire.

Laparoscopie + Bleu:

Opération permettant de visualiser la cavité abdominale (utérus, trompes, ovaires) au moyen d'une fibre optique passant par une "boutonnière" sous le nombril.

L'injection d'un liquide bleu confirme la perméabilité des trompes.

Lavage de sperme:

Procédure permettant d'augmenter la qualité du sperme en ne gardant que les meilleures spermatozoïdes en vue d'une insémination.

Ménopause:

Arrêt de la fonction ovarienne intervenant spontanément chez les femmes entre 45 et 55 ans. Elle se mesure par une élévation de la FSH et une diminution des œstrogènes. La ménopause signe l'arrêt de la fécondité féminine.

Nidation:

Fixation de l'embryon sur la muqueuse utérine (endomètre).

Ovaires polykystiques:

Maladie affectant la fécondité en modifiant la régularité du cycle et l'ovulation. Elle est souvent marquée par un excès relatif d'hormone masculine chez la femme.

Ovule = Ovocyte:

Gamète féminin. Transmet le matériel génétique de la mère.

Physiologie:

Processus naturel du corps.

Pic de LH:

Brusque augmentation de l'hormone LH entraînant l'ovulation. Le pic ovulatoire précède l'ovulation d'environ 36 heures. (Voir hormones: LH).

PMA:

Procréation médicalement assistée. Ensemble des techniques permettant de faciliter la fécondation.

Ponction ovarienne (=OPU):

Intervention vaginale sous échographie permettant de récolter les ovules en vue d'une FIV/ICSI.

Réserve ovarienne:

Capacité des ovaires à ovuler. Elle diminue à l'approche de la ménopause.

Sérologie:

Analyse sanguine permettant de découvrir un contact avec une maladie infectieuse.

Soutien hormonal:

Phase de soutien de l'implantation de l'embryon dans l'utérus.

Spermatogenèse:

Ensemble des mécanismes testiculaires entraînant la production des spermatozoïdes.

Spermatozoïde:

Gamète masculin. Transmet le matériel génétique du père. Définit le sexe de l'enfant.

Spermogramme:

Analyse de la qualité du sperme.

Stérilité:

Incapacité totale à concevoir.

Stimulation hormonale:

La stimulation consiste en une injection quotidienne de FSH permettant d'augmenter la

réponse ovarienne et d'augmenter le nombre d'ovule.

Synéchie:

Cicatrice intra-utérine pouvant diminuer la fécondité.

Température basale:

Méthode de détection de l'ovulation basée sur l'élévation de 1° de la température corporelle au moment de l'ovulation.

Test post-coïtal

/Test de pénétration:

Tests permettant de visualiser la mobilité des spermatozoïdes dans la glaire du partenaire ou dans une glaire témoin.

Varicocèle:

Varice au niveau testiculaire entraînant une baisse de fécondité masculine.

Zygote:

Cellule résultant de la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule, avant la fusion des matériels génétiques de chaque parents. La loi suisse permet sa congélation.

