

Désir d'enfant, désir sexuel : quand infertilité et sexualité se bousculent

C. Pirard

L'infertilité peut avoir des répercussions sur le fonctionnement sexuel du couple et se manifester différemment chez l'homme ou la femme.

Le rôle du soignant est délicat car le bilan et le traitement de l'infertilité peuvent aussi provoquer des troubles sexuels.

La sexualité et l'infertilité sont associées de différentes façons :

- la fonction sexuelle est un aspect clé de l'expérience individuelle et est particulièrement sensible à la crise de l'infertilité ;
- la dysfonction sexuelle peut être antérieure au diagnostic de l'infertilité, être renforcée par les investigations et les traitements et même causer l'infertilité ;
- les problèmes sexuels peuvent être fortuits, indépendants de l'infertilité et être causés par diverses raisons tout comme c'est le cas pour les couples fertiles.

Il est important de noter que la définition des problèmes sexuels est subjective et déterminée par la culture (1) et que les données de la littérature sont parfois contradictoires. Chaque individu, chaque couple, étant spécifique, il y a lieu de ne pas généraliser.

1. TROUBLES SEXUELS EMPECHANT LA FERTILITE

Pour un petit pourcentage des patients infertiles, les problèmes sexuels sont la cause principale de l'infertilité. Ces problèmes sexuels peuvent être d'origines organique et/ou psychologique, d'origine conjugale, masculine et/ou féminine.

Parmi les problèmes rencontrés, citons :

- la baisse de la fréquence des rapports sexuels (suite à l'affaiblissement de la libido, visant à éviter la frustration de l'échec, consécutive à d'importants conflits conjugaux...);
- le coït impossible (vaginisme, dyspareunie intense, dysfonction sexuelles masculines...);
- le manque de désir sexuel ;
- une éducation sexuelle inadéquate, un manque de connaissances ou des croyances erronées dans le domaine sexuel (2).

2. PROBLÈMES SEXUELS SECONDAIRES À L'INFERTILITÉ

Pour un large pourcentage de patients (10-60%) (3), l'infertilité peut avoir des répercussions diverses sur le fonctionnement sexuel (ex : manque de désir sexuel, dysfonction orgasmique), allant du problème épisodique qui nécessite éducation et support, jusqu'aux dysfonctions sexuelles requérant un traitement spécialisé. Cependant, les études sur ce sujet ne montrent pas de résultats homogènes.

Les problèmes sexuels sont souvent causés par la pression associée aux rapports sexuels planifiés, la présence psychologique de l'équipe médicale dans l'intimité des patients et le fait que les rapports sexuels deviennent orientés vers un but et sont en eux-mêmes le rappel de l'infertilité (4,5).

De plus, la crise de l'infertilité altère l'estime de soi et l'image corporelle, pouvant donner lieu à des sentiments tels que l'infériorité, la dépression et l'anxiété. Ces répercussions psychologiques peuvent aussi avoir un effet sur la sexualité.

MOTS-CLEFS

Infertilité, PMA, sexualité.

3. IMPACT DE L'INFERTILITÉ SUR LA FONCTION SEXUELLE : DIFFÉRENCE SELON LE SEXE

L'infertilité représente une expérience délétère aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cependant les réactions varient selon le sexe (6).

3.1 Infertilité et sexualité de l'homme

L'infertilité menacerait la masculinité et/ou l'estime de soi des hommes (6). L'homme peut se sentir impuissant car il ne peut permettre à son épouse de réaliser son désir de maternité.

Les problèmes médicaux peuvent générer des sentiments de culpabilité, de honte, d'inadéquation personnelle et sexuelle (7).

Malgré l'impact significatif de l'infertilité sur la fonction érectile et le degré de satisfaction pendant les rapports sexuels, les hommes conservent une qualité de vie globalement peu dégradée (8). Ils paraissent moins affectés par l'infertilité que leurs compagnes dans la vie de tous les jours. Leur bien-être ne passant pas forcément par le désir d'enfant.

Dans leur revue de la littérature publiée en 2004, Coëffin-Driol et Giami (6) regroupent les thèmes dominants qui émergent de la littérature consacrée à l'expérience masculine de l'infertilité en trois groupes :

- la menace sur l'identité sexuelle masculine y compris la dévalorisation de soi en lien avec l'appréciation médicale des examens ;
- les troubles sexuels associés à l'infertilité (dysfonction érectile, impuissance psychogène, baisse de la fréquence des rapports sexuels, diminution de la libido...);
- les troubles sexuels associés aux investigations et examens médicaux.

3.2 Infertilité et sexualité de la femme :

La femme tendrait progressivement à subordonner sa sexualité à son « désir de grossesse » et à son projet de procréation (6).

Une grande majorité d'auteurs relatent une diminution de la fréquence des rapports sexuels. Ils sont moins fréquents, avec moins de préliminaires, doivent se dérouler préférentiellement en période ovulatoire (6).

Paradoxalement, certaines femmes chercheraient de plus en plus le rapport sexuel, certes ciblé, alors qu'elles en auraient de moins en moins envie (9). Des troubles sexuels, tels la dyspareunie, le vaginisme ou l'inhibition du désir, peuvent souvent s'installer (10).

Cependant, d'autres auteurs ne confirment pas cette diminution de fréquence des rapports sexuels. Keye et Deneris (11) suggèrent que la fréquence du coït chez la femme infertile est similaire à celle de la femme fertile, même si la femme infertile affirme que cette fréquence est plus importante en milieu de cycle que durant la phase lutéale. Ils constatent aussi que dans certains couples, la femme aurait pris, plus souvent qu'auparavant, l'initiative des rapports sexuels. Et soulignent que ce changement de comportement chez la femme peut être source de gêne pour les deux partenaires.

Beaucoup plus récemment, Ohl *et al.* (12) ressortent de leur étude que le nombre de rapports sexuels ne semble pas avoir

diminué après l'annonce du diagnostic d'infertilité ou sous l'effet de la prise en charge médicale, contrairement à ce qui a été mentionné dans la littérature (6).

Mais, ils constatent que le désir sexuel et la recherche du plaisir sont réduits. Les relations sexuelles ne laissent aucune place à la spontanéité, elles ont pour objectif principal la reproduction.

Cette perte du désir peut être accentuée par les traitements. Bianchi-Demicheli *et al.* (2) notent la probable participation à la prise de poids due au traitement hormonal dans la diminution du désir sexuel féminin : la perturbation de l'image corporelle peut amener la femme à se sentir moins attirante, « à diminuer son désir sexuel ».

On constatera donc un effet cumulé de l'infertilité et de sa prise en charge sur le fonctionnement sexuel du couple.

4. EFFETS DES INVESTIGATIONS D'INFERTILITÉ ET DU TRAITEMENT DE STÉRILITÉ SUR LA SEXUALITÉ


Les difficultés sexuelles des couples infertiles sont souvent liées aux patients eux-mêmes. Mais la prise en charge médicale en Procréation Médicalement Assistée (PMA), semble également avoir un impact sur la relation conjugale en accentuant les troubles du désir, de l'érection ou de l'éjaculation. La raréfaction des rapports sexuels hors période ovulatoire est accentuée par les prescriptions médicales (test postcoïtal, induction d'ovulation ou prescription de la date et l'heure du rapport sexuel) qui, pour intrusives qu'elles soient à l'encontre de l'intimité du couple, viennent en quelque sorte légitimer cette dérive dans le comportement sexuel (12).

Les exigences de la PMA (délai d'abstinence, recueil de sperme par masturbation dans une pièce exigüe) rajoutent au désarroi. L'érection n'est pas toujours obtenue au moment *ad hoc* et l'impuissance psychogène n'est pas rare (6). Chevret-Maesson (10) évoque la diminution globale de la libido et de la satisfaction sexuelle. Le rapport sexuel « à tout prix » programmé en période ovulatoire ne laisse aucune place à la spontanéité et à tendance à mettre la virilité à rude épreuve (13), allant jusqu'à l'inhibition (14). Il est cependant difficile de dissocier ce qui, de la prescription médicale (si elle existe) ou la réaction féminine ou conjugale à l'infertilité, provoque cette inhibition. (6).

Il faut donc garder à l'esprit que les investigations d'infertilité peuvent avoir des répercussions sur la sexualité du couple, mais aussi profiter de ce moment pour établir un climat de confiance et rassurer. Un examen physique de l'homme permet souvent de le rassurer sur sa virilité (fonctionnalité sexuelle) quels que soient les résultats de l'examen de fertilité, et ainsi de l'amener à ne pas confondre virilité et fertilité (14).

5. CE QUE L'ÉQUIPE SOIGNANTE DEVRAIT ÊTRE AMENÉE À FAIRE

Outre son devoir de prise en charge technique, l'équipe soignante doit être attentive aux aspects négatifs potentiels de l'infertilité et de ses traitements sur les relations conjugales et la sexualité. Car les couples ont besoin de recevoir des informations non seulement concernant l'infertilité et le traitement,



mais aussi concernant les difficultés sexuelles qu'ils peuvent rencontrer pendant la prise en charge de PMA.

L'équipe soignante devrait donc:

- ouvrir systématiquement la discussion sur les questions liées à la sexualité en tenant compte des différences homme-femme. Aborder le sujet de la sexualité avec les couples leur permet d'exprimer des craintes ou des souffrances qu'ils n'auraient pas spontanément énoncées (les hommes en particulier évoquent avec difficulté le problème de l'infertilité surtout lorsqu'elle est d'origine masculine) (12) ;
- considérer la signification et la sévérité des dysfonctions sexuelles pour les individus eux même. Lors des consultations médicales, il est important de dédramatiser les problèmes sexuels des couples sans en minimiser l'impact. Le simple fait d'en expliquer certains mécanismes peut permettre une meilleure acceptation et une revalorisation de soi. Etablir si le problème sexuel est préalable ou secondaire à l'infertilité. Voir si le problème sexuel est induit par les procédures, ou le traitement. Evaluer si le problème est transitoire et réversible ou si le dysfonctionnement est plus ancien. Dans le premier cas, éducation et support sont souvent suffisant, dans le second cas, il faut vérifier s'il y a une origine organique possible et proposer le traitement adéquat ;
- évaluer les aspects psychologiques associés à la crise d'infertilité ayant un effet sur la sexualité (ex : dépression). Et proposer systématiquement un soutien psychologique (l'offre doit susciter la demande (12)). Lorsque les problèmes sexuels sont le signe de problèmes individuels ou relationnels plus anciens, il sera nécessaire de référer les patients à un psychologue, un thérapeute de couple (ou sexuel), idéalement avant le début de tout traitement d'infertilité ;
- aider les patients à reconstruire leur sexualité comme une source de plaisir dans les cas où la sexualité est devenue axée et fortement basée sur la performance (15). Répéter aux couples, dès le début de leur parcours, que leur vie intime doit rester ou redevenir une fin en soi et non plus uniquement un moyen de procréation permet souvent une prise de conscience et un changement d'attitude bénéfique (12).

Mais, entre la théorie et la mise en pratique, il y a parfois un gouffre. Le manque de temps en consultation, l'attitude non réceptive de certains patients, le manque d'expérience du soignant pour parler de sexualité, les différences culturelles ... peuvent expliquer que la prise en compte de la sexualité en consultation de PMA n'est pas systématique. Parfois aussi, l'équipe médicale est confrontée à un dilemme éthique lorsque les problèmes sexuels causant l'infertilité sont mis en avant plan, mais que les patients veulent commencer le traitement sans essayer d'abord de résoudre leurs difficultés. Dans ce cas les équipes doivent décider de réaliser ou non le traitement (1).

6. CONCLUSION

Si certains troubles sexuels peuvent jouer un rôle dans la fertilité et parfois même expliquer l'absence de grossesse, en procréation médicalement assistée (PMA), le bilan et le traitement en soi peuvent également provoquer des problèmes sexuels. Certains aspects de la sexualité liés au diagnostic et au traitement de l'infertilité devraient être abordés pendant la prise en charge des patients. Gardons à l'esprit que chaque individu, chaque couple est particulier. En ouvrant la discussion sur les relations entre infertilité et sexualité, nous intégrons la procréation médicalement assistée dans une approche plus globale qui permet d'établir un climat de confiance et d'avoir une meilleure alliance thérapeutique (2).

CORRESPONDANCE :

Dr. Céline Pirard

Cliniques St Luc (UCL)
Service de Gynécologie -FIV
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles

Références

1. Darwish J. *Guidelines for Counselling in Infertility*. Oxford university press, 2002 ESHRE Monographs, P.27-28.
2. Bianchi-Demicheli F, Medico D, Lucas H, Chardon-nens D : Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction. *Med et Hyg*. 2003 ; **2429(61)** : 599-602.
3. Möller A, Fällström L : Psychological consequences of infertility: A longitudinal study. *J Psychosom Obst Gynecol*. 1991 ; **12** : 27-45.
4. Greil AL, Porter KL, Leisko TA : Sex and intimacy among infertile couples. *J. Psychol. Hum. Sex*. 1989 ; **2** : 117-138.
5. Hammer Burns L. Sexual counseling and infertility. In: Hammer Burns, L. and Covington, S.N. (eds) *Infertility Counseling. A Comprhesensive Handbook for Clinicians*. Parthenon, London and New York, (1999) pp. 149-176
6. 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. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004 ; **32**, 624-37.
7. Sandlow Ji : Shattering the myths about male infertility. *Postgrad Med*. 2000 ; **107** : 235-9.
8. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T : Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004 ; **63** : 126-30.
9. Mimoun S. *Psychologie masculine et AMP. Traité de gynécologie-obstétrique*. Médecine Sciences Flammarion Paris, 1999, pp 153-158.
10. Chevret-Measson M : Désir d'enfant et sexualité. *Prat psychol*. 1999 ; **4** : 51-5.
11. Keye Jr WR, Deneris A : Femal sexual activity : satisfaction and function in infertile women. *Infertility*. 1983 ; **5** : 275-85.
12. Ohl J, Reder F, Fernandez A, Bettahar-Lebugle K, Rongières C, Nisand I : Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009 ; **37** : 25-32.
13. Athéa N : Nouvelles techniques de procréation-Quelques réflexions d'une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d'enfant. *Revue Française de Psychanalyse*. 1987 ; **6** : 1531-42.
14. Mimoun S : The multiple interactions between infertility and sexuality. *Contracept Fertil Sex*. 1993 ; **21** : 251-4.
15. Tuschen-Caffer B, Florin I, Krause W, Pook, M : Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother. Psychosomat*. 1999 ; **68** : 15-21.