Sexologies (2010) **19**, 48—52

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

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

ARTICLE ORIGINAL

Évaluation psychologique et sexologique du couple infertile☆

F. Quattrini (PhD)[a,*], M. Ciccarone (MD)[b], F. Tatoni (Dr)[b], G. Vittori (MD)[b]

[a] *Université de L'Aquila, Piazzale, Salvatore Tommasi, 1 — 67010 Coppito (AQ), Italie*
[b] *Hôpital S. Carlo di Nancy IDI Sanità, Via Aurelia, 275 — 00165 Roma, Italie*

Disponible sur Internet le 11 août 2009

MOTS CLÉS
Sexualité ;
Couple stérile ;
Dysfonctionnement gynécologique ;
Dysfonction sexuelle ;
Éducation sexuelle ;
Dysfonctionnement psychologique

Résumé Notre équipe a mis en place une recherche sur les couples infertiles dans le service de gynécologie de l'hôpital S. Carlo de Nancy de Rome. Les informations ont été collectées selon des programmes anamnestiques médicaux. Une analyse précise des résultats a indiqué la possibilité de l'influence d'une composante psychologique. Le but de cette étude était d'identifier des caractéristiques psychologiques et sexologiques de femmes et d'hommes ayant des troubles de fertilité. L'échantillon d'étude préliminaire comportait 37 individus (dont 15 couples infertiles) 22 femmes et 15 hommes. Ils devaient remplir un questionnaire (masculin ou féminin) comprenant cinq domaines : (i) domaine anamnestique concernant les deux membres du couple, (ii) domaine médical diagnostique, (iii) domaine de motivation pour la procréation médicalement assistée (PMA), (iv) domaine affectif et social et (v) domaine de la relation sexuelle. Les questionnaires comportaient respectivement 77 items pour la plupart à cocher. L'analyse des données préliminaires met en évidence des dysfonctionnements psychologiques chez les couples infertiles. Les facteurs intéressants sembleraient être l'absence d'éducation sexuelle d'un ou des deux sujets et certains troubles sexuels particulièrement chez le partenaire masculin. Nous ne pouvons, à ce jour, donner de résultat important car l'étude est encore en cours. Quoi qu'il en soit nous croyons que ce travail pourrait être utile et donner lieu à des recommandations importantes concernant les dysfonctions sexuelles, dans l'infertilité.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Durant les 15 dernières années l'intérêt scientifique relatif aux troubles psychosociorelationnels et sexuels des sujets avec infertilité du couple a nettement augmenté, si bien que l'european Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) a émis des *Guidelines* pour améliorer le *counselling* dans l'infertilité, décrivant les objectifs, les problèmes typiques et les habiletés de communication nécessaires pour proposer des thérapies psychosociales à tous les individus qui s'adressent aux services d'infertilité (Boivin et al., 2001).

Notre recherche se veut une contribution descriptive selon les trois hypothèses les plus fréquentes en littérature sur le lien entre infertilité et troubles psychosociaux (Balistreri et De Gennaro, 2003) :

DOI de l'article original : 10.1016/j.sexol.2009.06.008.
☆ This issue also includes an English abridged version: Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Psychological and sexological assessment of the infertile couple.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : f.quattrini@iissweb.it (F. Quattrini).

1158-1360/$ - see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.sexol.2009.06.009

- les problèmes psychosociaux peuvent être cause d'infertilité ;
- l'infertilité peut être cause des troubles psychosociaux ;
- il existe une relation de cause à effet bidirectionnelle entre infertilité et troubles psychosociaux.

L'objectif de notre recherche (toujours en cours) est de décrire les caractéristiques psychologiques et sexologiques des couples qui se présentent au service d'infertilité de l'hôpital San Carlo de Nancy de Rome.

Patients et méthode

Dans cette première phase de notre recherche nous avons privilégié une méthodologie de type exploratoire. Nous avons donc réalisé un questionnaire pour étudier les caractéristiques socio-psychosexologiques des couples infertiles avec des questions ayant des réponses « fermées » et des items avec des réponses sur échelle de Likert à cinq points. Cette première phase de la recherche a eu pour objectif de regrouper le plus grand nombre d'informations utiles pour évaluer les aspects psychologiques et sexologiques des couples ayant des problématiques d'infertilité.

Les patients ont été sélectionnés parmi les demandes parvenues au service d'infertilité du couple de la clinique gynécologique de l'hôpital San Carlo de Nancy de Rome. Dans ce service l'équipe comporte un gynécologue, un infirmier spécialisé, un psychologue psychothérapeute et un psychothérapeute sexologue. Toutes les personnes qui demandent un diagnostic d'infertilité sont soumises à un protocole médico-psychosexologique, en deux temps. Dans une première phase le gynécologue soumet les partenaires à une attentive anamnèse et à un diagnostic médical puis les oriente vers la phase suivante, du diagnostic psychosexuel.

La phase psychosexuelle a été subdivisée en quatre entretiens : le premier et le dernier se déroulent avec le couple afin de créer un climat d'accueil et d'empathie, ainsi qu'un possible soutien dans l'éventualité d'une intervention. Les deuxième et troisième rencontres ont lieu séparément, une avec la femme et la suivante avec l'homme, afin d'administrer le questionnaire.

Le questionnaire

Il y a deux questionnaires (masculin et féminin) avec 77 items. Les questions sont classées en cinq sections.

Domaine anamnestique et familial

Cette partie recence quelques données d'état civil comme : l'âge, le niveau d'études, la situation professionnelle la religion, etc. D'autres questions concernent le cadre familial actuel, la famille d'origine et son implication vis-à-vis des difficultés procréatives. Les items évaluables sur échelle de Likert précisent le degré de satisfaction ou l'accord/désaccord en référence aux thèmes de la partie (i).

Domaine du diagnostic médical

Le domaine du diagnostic médical regroupe tous les examens cliniques et fonctionnels effectués aussi bien par la femme que par l'homme, le diagnostic médical masculin et féminin, le type d'infertilité, l'éventuelle présence de troubles et/ou de changements du comportement masculin et féminin, les éventuels avortements et leur étiologie.

Domaine des motivations pour la procréation médicalement assistée(PMA)

Le domaine des motivations pour la PMA comprend toutes les données nécessaires pour encadrer le couple diagnostiqué infertile dans son parcours de PMA.

Domaine affectif et social

Le domaine affectif et social regroupe tous les items (réponse sur échelle Likert) qui peuvent évaluer certains comportements sociaux et relationnels, ainsi qu'affectifs relatifs au désir de maternité et de paternité des individus composant le couple. Un item en particulier évalue la possibilité d'adopter un enfant comme éventuelle solution à l'impossibilité procréative.

Domaine des relations intimes

Dans le domaine des relations intimes les items avec réponses « fermées » investiguent le type de rapports sexuels du couple, leur fréquence (avant et après la survenue du problème procréatif) et les possibles dysfonctions sexuelles. Les items évalués sur échelle de Likert précisent comment le sujet considère sa propre sexualité et celle de l'autre, ainsi que la satisfaction concernant la relation affective et la fréquence sexuelle.

Le groupe a été analysé individuellement dans chaque variable descriptive et, quand cela semblait opportun, des analyses plus approfondies ont été faites. La plupart des variables étant de type nominal, l'analyse du χ^2 pour évaluer la signification des croisements obtenus à été appliquée.

Anamnèse du couple

Sur 15 couples les sept partenaires qui n'ont pas adhéré au diagnostic psychosexuel ont signalé un fort niveau de « scepticisme » qui souligne l'importance d'un diagnostic de type exclusivement médical Les femmes ont un âge moyen de 37 ans ($\pm$ 3,5 avec une majorité (18,1 %) de 38 ans. Soixante-huit pour cent des sujets rentrent dans la tranche d'âge 34 à 40 ans (13,6 % avec âge de 39 et 43 ans). Ces données mettent en évidence une forte tendance d'âge mur chez ces femmes qui demandent une intervention pour résoudre leur infertilité.

En ce qui concerne les sujets de sexe masculin l'âge moyen est 41 ans ([de 33 à 49] avec $\sigma \pm 5{,}8$. La plupart 13,3 %) correspond aux sujets entre 34 à 35 et 48 ans. Soixante-huit pour cent des sujets examinés rentrent dans l'intervalle d'âge de 35 à 47 ans. Le niveau d'études est moyen/haut ; en effet 59 % des femmes et 53 % des

hommes ont le BEPC, 36 % des femmes et 33 % des hommes ont un diplôme universitaire ou une licence. Tous les sujets de la recherche ont une activité professionnelle. Les femmes (77 %) comme les hommes (73 %) travaillent comme employés et seulement 18 % des femmes et 13 % des hommes ont une activité de type indépendant L'activité professionnelle paraît intéressante si elle est associée à l'item qui évalue durant la dernière année des événements particuliers à l'intérieur du cadre familial. En effet, 19 % des sujets (hommes et femmes) on rapporté des épisodes de licenciements ou de changements d'activité professionnelle. Vingt-sept pour cent des femmes ont déclaré s'être trouvées dans une situation semblable dans l'année écoulée. Cet élément peut faire penser à des conditions psychophysiques particulièrement stressantes et invalidantes, à ne pas sous-estimer dans les difficultés procréatives rapportées. La plupart des sujets interrogés sont mariés (62 %), même si on note un pourcentage non négligeable de concubinages (35 %).

Même dans les données évaluées avec l'échelle Likert et relatives au degré de satisfaction/insatisfaction des couples, on a observé une homogénéité des résultats : les sujets se sont décrits comme complètement satisfaits (46 %) et satisfaits (40 %) de leurs rapports de couple ; dans 22 % des cas, la relation était satisfaisant avec le père et dans 35 % avec la mère. Dans 30 % avec les frères/soeurs/beau-frère et belle-soeur, dans 22 % avec le beau-père ; dans 35 % avec la belle-mère, 57 % des sujets se sont décrits comme complètement satisfaits du rapport avec leurs neveux ; 49 % de leurs amitiés. Ces données, quand le diagnostic d'infertilité est confirmé, renforcent l'hypothèse de Menning (1980) où l'expérience de l'infertilité semble être associée à une augmentation de l'intimité conjugale et de la force intérieure après diagnostic.

Diagnostic médical

Les examens recueillis par notre questionnaire sont ceux indiqués dans les protocoles de l'ESHRE. Les femmes ont été soumises aux examens suivants : échographie pelvienne (suprapubienne et intravaginale) ; dosage hormonaux ; hystérosalpingographie prélèvements vaginaux.

Toutes les femmes ont observé leur cycle ovarien par la méthode de la température basale ; cela a permis à la femme d'entrer en contact avec son corps et spécifiquement avec ses organes génitaux et leur fonctionnalité. Du point de vue psychosexologique cette méthode s'est révélé opérante surtout sur les femmes qui ont rapporté des troubles sexuels comme un vaginisme et une dyspareunie (9 %). Cette procédure est expliquée aux couples directement par les psychologues de l'équipe. L'approche psychologique rend moins mécanique et plus fonctionnel le vécu de la femme qui pratique cette méthode.

En ce qui concerne le diagnostic médical masculin, le spermogramme est obligatoire, associé aux dosages hormonaux. Dans notre échantillon les hommes ont suivi en outre un screening andrologique surtout lorsque nous avons observé des formes présumées de varicocèle testiculaire : échodoppler testiculaire (38 %).

Les types d'infertilité que nous avons observés sur notre échantillon après le diagnostic médicopsychologique sont les suivants : anovulation 20 %, facteurs hormonaux féminin 8 %, endométriose 2 %, cause féminine secondaire 10 %, cause masculine (oligoasthénospermie) 8 %, cause mixte 28 %, facteur psychologique féminin 4 %, facteur psychologique masculin 4 %, facteur psychologique de couple 6 %, sine causa 8 % en cours de diagnostic 2 %.

Une donnée particulièrement intéressante en revanche est la fréquence (dernière année) de certains troubles de type physique. En effet, de l'analyse de l'item 22 du questionnaire émerge une prédominance totale masculine pour l'hypertension. 33,3 % des hommes ont signalé souffrir d'un tel problème au moins une fois par semaine, en revanche la totalité du groupe féminin a déclaré n'avoir jamais subi d'hypertension. L'analyse statistique du χ^2 montre une discrimination entre les hommes et les femmes par rapport à l'hypertension (14,97 > ; 14,86, df 4) ($p = 0{,}005$) L'hypertension est une pathologie corrélée aux difficultés procréatives et les médicaments bêtabloquants utilisés dans le traitement de l'hypertension sont responsables d'une forte réduction de la vitesse des spermatozoïdes (Benof et al., 1996 ; Lambert et al., 2006).

Motivation pour la PMA

Les femmes du groupe déclarent « désirer avoir un enfant » depuis environ 2,5 ans (41 %). Dans 77 % des cas elles ont ressenti en premier le désir d'une grossesse, contre seulement 9 % des partenaires interrogés. Le temps passé dans la perspective d'une grossesse en ayant des « rapports libres » est pour les deux partenaires d'un à deux ans (23 %), confirmant les données de la littérature lorsque l'on définit l'infertilité comme : une « dysfonction », une « crise de vie » (Menning, 1975) dans laquelle l'individu (femme et homme), le couple, sont impliqués à différents niveaux existentiels mettant en évidence des vécus émotionnels particuliers comme la frustration, le stress, le sentiment d'inadéquation et la perte. Dans la première phase d'accueil notre groupe, composé de sujets pour la plupart en phase de diagnostic d'infertilité (84 %), la motivation pour une éventuelle intervention de PMA est très élevée (65 %) ; en effet la demande principale concerne la résolution du problème, contre 27 % qui désire avoir simplement un diagnostic et 8 % qui veulent confronter des avis différents.

Domaine affectif et social

L'item 50 du questionnaire évalue la fréquence des comportements affectifs et sociaux relatifs au vécu de la maternité et de la paternité. Trente pour cent ont déclaré rêver « quelques fois » les yeux ouverts en imaginant comment pourrait être leur enfant. Cinquante et un pour cent disent ne pas se sentir coupables de ne pas encore avoir un enfant et 68 % estiment que penser devenir parent peut ne pas causer d'anxiété ni de frustration (55 % des femmes, 87 % des hommes).

En ce qui concerne la possibilité de voir sa vie néanmoins satisfaisante indépendamment du fait d'avoir ou non un enfant, 64 % des femmes interrogées semble ne pas être aussi fermes dans leur affirmation que leur partenaire respectif (27 %). En outre, la pensée qu' « avoir » un enfant puisse être ressentie comme le « désir le plus grand »,

est observée chez 57 % des femmes par rapport à 45 % de leur partenaire respectifs. Ces données, en accord avec Greil (1997) et Balistreri et De Gennaro (2003), mettent en lumière l'hypothèse qu'un diagnostic de présumée infertilité est vécu du point de vue psychoémotionnel comme une expérience dévastatrice spécialement pour les femmes. En ce qui concerne l'item relatif à la possibilité de l'adoption comme résolution de l'éventuelle infertilité, les couples interrogés ont répondu positivement à 36 %, même si le pourcentage d'« hésitants » paraît de toute façon considérable (36 % de femmes et 29 % d'hommes). Cette donnée peut être interprétée en tenant compte du fait que le groupe expérimental au moment de l'enquête devait encore recevoir un diagnostic précis d'infertilité.

Domaine intime sexorelationnel

Nous avons observé beaucoup d'éléments intéressants en rapport avec l'aspect de la relation intime et sexuelle des couples. Le rapport sexuel est exclusivement le coït ; en effet 80 % des hommes et 70 % des femmes ont déclaré de ne pas pratiquer d'activité masturbatoire réciproque, tandis que 47 % des hommes et 41 % des femmes pratiquent régulièrement fellation et cunnilingus. En ce qui concerne le rapport sexuel de type anal 93 % des hommes et 82 % des femmes déclarent ne pas l'envisager dans l'activité éroticosexuelle du couple. Le fait que dans majorité de l'échantillon on observe un rapport sexuel presque exclusivement de type coïtal laisse penser non seulement au besoin des sujets de réussir à atteindre leur but d'une grossesse, mais aussi à considérer le « plaisir sexuel » comme détaché de ce rapport procréatif. Cette donnée pourrait être indicative lorsque sont relevées des possibles formes de dysfonction sexuelle ou bien des forts stéréotypes de sexualité et une éducation sexuelle insuffisante ou absente. Malheureusement cette donnée n'a pas été évaluée statistiquement à travers le questionnaire fourni, mais observée et rapportée simplement par le psychologue et le sexologue du service chez 65 % des sujets interrogés. La fréquence des rapports sexuels déclarée par l'échantillon interrogé est de deux à trois fois par jour (51 %), donnée qui semble ne pas varier tant que les sujets ont des difficultés pour obtenir une grossesse. Une telle fréquence nous fait supposer que, dans l'imaginaire des couples stériles, un maximum de rapports sexuels aide à atteindre la grossesse. En croisant les variables « fréquence actuelle des rapports sexuels » avec « état d'esprit des sujets » durant les rapports sexuels en vue d'une grossesse » on a observé que l 58 % des couples qui ont une activité sexuelle de deux à trois fois par jour vivent les rapports avec tranquillité, sérénité et bien-être. En soumettant les deux variables à l'analyse du χ^2 on observe que la fréquence des rapports sexuels n'est pas fortuite, mais discriminante de l'état d'esprit des sujets qui attendent une possible grossesse χ^2 (21,35 > ; 21,02, df 12), ($p = 0{,}05$). À partir de la littérature scientifique rapportée dans le travail de Balistreri et De Gennaro (2003) il apparaît évident que les problèmes émotifs et psychologiques d'un couple sont le plus souvent le résultat plutôt que la cause de l'infertilité. Beaucoup de couples, disent ces auteurs, expérimentent par exemple des problèmes de type sexuel dans les suites du diagnostic et cela probablement parce que l'acte sexuel est perçu, à partir de ce moment, comme une épreuve à passer. Notre échantillon expérimental est trop petit pour pouvoir soutenir ou bien mettre en évidence des caractéristiques opposées. Il nous a semblé toutefois nécessaire de décrire les données du questionnaire en considérant que les sujets au moment de l'étude n'avaient pas encore un diagnostic de stérilité. Pour 62 % (87 % hommes, 45 % femmes) le désir sexuel est resté inchangé durant la dernière année, alors que 41 % des sujets (45 % de femmes et 33 % d'hommes) ont signalé des troubles à caractère sexuel durant la dernière année (même épisodiques). Dix-huit pour cent ont connu un trouble du désir et une perte d'intérêt sexuel ; 9 % des femmes ont décrit une aversion sexuelle et 7 % des hommes une perte de l'érection pendant le coït ; en outre 9 % des femmes font état d'une perte d'excitation pendant le rapport sexuel, ou bien d'un trouble de l'orgasme. Vingt pour cent des hommes évoquent une éjaculation précoce, 9 % des femmes du vaginisme et 7 % des hommes une difficulté à atteindre l'orgasme.

Ces résultats mettent en évidence que les couples peuvent avoir des troubles sexuels avant un diagnostic de stérilité. Les problèmes psychosexuels pourraient donc être une cause concomitante de l'infertilité. Alors que l'impact du diagnostic d'infertilité sur l'individu et le couple semble indiscutable, le rôle l'éventuel que les facteurs psychosociaux peuvent avoir dans les « étiopathogénèse » de l'infertilité apparaît moins clair (Morelli, d'et à, de 2000). Ainsi, un regard plus attentif devrait être porté sur ces troubles sexuels invalidants par rapport la procréation qui existaient avant le diagnostic d'infertilité comme : la dysfonction érectile, l'éjaculation précoce/retardée ou impossible chez l'homme et le vaginisme, la dyspareunie chez la femme. Les sujets qui ont signalé des troubles sexuels n'ont pas toujours communiqué le problème au partenaire (31 %) et n'ont pas décidé de le soumettre à un expert (31 %). Si en revanche ils se sont tournés vers un spécialiste, ils se sont adressés à un psychologue (83 %) et seulement 17 % à un urologue ou un gynécologue.

Conclusions

Les données obtenues grâce à notre recherche mettent en évidence que les caractéristiques psychologiques et sexuelles sont nécessaires à l'encadrement global des couples infertiles.

Les composantes médicales et psychologiques peuvent être séparées comme le démontre notre recherche. En outre comme le rapportent Boivin et al. (2001) il est fondamental de promouvoir des approches de type « holistique » pour l'infertilité, dont la consultation psychosexuelle peut représenter une part intégrante des programmes diagnostiques et thérapeutiques.

Ce type d'approche qui s'appuie sur un diagnostic psychosexuel permet de contrôler l'anxiété et la frustration du couple qui débute une prise en charge médicale.

Références

Balistreri S, De Gennaro L. Psychosocial factor and male infertility: a review of empirical studies. Med Psicosom 2003;48:17—48.

Benof S, Barcia M, Hurley IR, Cooper GW, Mandel FS, Heyner S, et al. Classification of male factor infertility relevant to in vitro fertilization insemination strategies using mannose ligands, acrosome status and anticytoskeletal antibodies. Hum Reprod 1996;11 [9-1905-1918].

Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version. Hum Reprod 2001;16(6):1301—4.

Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Soc Sci Med 1997;45:1679—704.

Lambert SL, Masson P, Fisch H. The male biological clock. World J Urol 2006;26(6):611—7.

Menning BE. The infertility couple: a plan for advocacy. Child Welfare 1975;54:454—60.

Menning BE. The emotional needs of infertile couples. Fertil Steril 1980;34:313.

Morelli G, De Gennaro L, Ferrara M, Dondero F, Lenzi A, Lombardo F, et al. Psychosocial factors and male seminal parameters. Iological Psychol 2000;53:1—11.