



UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTÉ

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Évaluation de l'abord de la sexualité par  
les médecins de la reproduction en France.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 2019 à 18 heures  
au Pôle Formation.

**Par Pauline Langlade**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD**

**Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Carine MARTIN**

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Table des matières

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>4</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>9</b>
I. Type d'étude	9
II. Critères d'inclusion	9
III. Critères d'exclusion	9
IV. Recueil de données	9
A) Méthode de recueil	9
a. Données concernant les centres d'AMP cliniques français	9
b. Données concernant les médecins de la reproduction	10
c. Mode de recueil	10
B) Variables recueillies	11
V. Critères de jugement	12
A) Critère de jugement principal	12
B) Critères de jugement secondaires	12
VI. Analyse statistique	12
VII. Aspect éthique	13
<b>RÉSULTATS</b>	<b>14</b>
I. Description de la population étudiée	14
II. Abord de la sexualité lors des consultations	16
A) Lors de la première consultation	16
B) Au cours du suivi	17
C) Par le patient	18
III. Freins à l'abord de la sexualité	19
IV. Dysfonctions sexuelles recherchées	20
V. Prises en charge disponibles dans les différents centres d'AMP	21
VI. Évaluation des propositions de prise en charge	22
<b>DISCUSSION</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>40</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>50</b>

## Liste des abréviations

ABM : Agence de Biomédecine

AMP : Aide Médicale à la Procréation

AO : Abord Occasionnel (de la sexualité)

AR : Abord régulier (de la sexualité)

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DS : Dysfonction Sexuelle

EP : Éjaculation Précoce

ESHRE : European Society of Human Reproduction and Embryology

GM : Gynécologue Médical

GO : Gynécologue Obstétricien

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEDT : Premature Ejaculation Diagnostic Tool)

RS : Rapport Sexuel

SMR : Société de Médecine de la Reproduction

WAS : World Association of Sexual Health

## Résumé

### Abord de la sexualité par les médecins de la reproduction en France.

Introduction : De nombreuses études ont révélé l'impact négatif de l'AMP sur la vie sexuelle des patients. De nombreux patients sont concernés par cette altération de leur qualité de vie. Il apparaît nécessaire d'interroger les patients et de les orienter pour leur apporter une prise en charge de leur santé sexuelle et reproductive.

Matériel et méthodes : Au cours de l'étude (quantitative, prospective, multicentrique, de décembre 2018 à février 2019), nous avons contacté tous les secrétariats des centres d'AMP cliniques recensés par l'ABM pour que ces derniers diffusent le questionnaire à leurs différents médecins par mail. Le questionnaire était disponible sur un site internet dédié et il a également été diffusé sur la page d'accueil du site de la Société de Médecine de la Reproduction.

Résultats : Nous avons recueilli 171 réponses au questionnaire qui comportait 16 items. Les médecins ayant répondu étaient pour 89% des femmes, l'âge médian était de 34 ans [28-64]. 56% abordent toujours la sexualité au cours de leur première consultation, 30% souvent, 14% parfois. Nous avons établi deux groupes d'étude. Le groupe Abord Régulier (AR) qui comprend les médecins (n= 147) ayant répondu « oui, toujours » et « souvent ». Et le groupe Abord Occasionnel (AO) pour ceux (n=24) ayant répondu « parfois ». Le groupe AR aborde moins souvent la programmation des rapports sexuels que le groupe AO (72% versus 91% respectivement, p=0,029). On trouve des différences significatives entre les deux groupes AR et AO pour la recherche de la fréquence des rapports sexuels (99% versus 83%), les troubles de la pénétration (53% vs 29%) et les troubles du désir (42% vs 21%). 37% et 21% ont un sexologue dans leur centre, 64% et 67% adressent les patients en libéral. Et 9% et 17% ne savent pas à qui ni où les adresser. 93% et 75% des groupes AR et AO pensent qu'un sexologue en AMP serait utile dans leur centre.

Conclusion : Cette étude met en exergue le manque d'intérêt et de moyens humains pour la prise en charge sexologique des patients. Nos résultats peuvent inciter les médecins de la reproduction à améliorer la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des patients, pour permettre aux couples conjugaux de s'épanouir au mieux en couples parentaux.

## Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la World Association of Sexual health (WAS), la santé sexuelle est directement liée au bien-être psychologique et à la qualité de vie de chaque individu (1). La sexualité est inhérente à l'être humain et est intimement liée à sa reproduction. En 2015, la Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie (ESHRE) a décidé d'établir des lignes directrices pour le conseil en infertilité (2), avec un intérêt tout particulier porté à la sexualité des patients devant avoir recours à l'Aide Médicale à la Procréation (AMP). Un lien entre le désir non réalisé d'enfant et les troubles sexuels peut être observé chez les couples infertiles (3). Les interactions entre infertilité et sexualité sont nombreuses et complexes (4). L'infertilité pouvant être considérée à la fois comme cause ou conséquence des dysfonctions sexuelles (DS).

Les DS masculines et féminines responsables d'infertilité sont relativement rares (prévalence à 2,8%, mais très probablement sous-estimée) (5) : les dysfonctions érectiles, les troubles de l'éjaculation (éjaculation prématurée, éjaculation anté-portas, anéjaculation), dyspareunie, vaginisme (6). On se doit d'évoquer également les troubles du désir (non évoqués dans les études) qui peuvent être la cause de l'infertilité.

Selon les dernières revues de la littérature (3,6–10), l'infertilité va être perçue comme une expérience délétère pour les deux membres du couple, même si le retentissement varie selon le sexe (11). L'infertilité va être la conséquence de dysfonctions sexuelles tant masculines que féminines. L'infertilité masculine va être responsable d'une blessure narcissique. Elle va menacer l'estime de soi (12), provoquer un sentiment de culpabilité, de honte, d'inadéquation personnelle et

sexuelle. L'identité masculine et la virilité sont blessées. Ces problèmes vont entraîner des DS souvent transitoires (13), l'érection ne va pas être obtenue au moment désiré et l'impuissance psychogène n'est pas rare (14). De plus les hommes remarquent une baisse de la fréquence des rapports sexuels (RS) (11), ainsi qu'une diminution globale de leur libido et de leur satisfaction sexuelle. Le RS en période ovulatoire, ne laissant aucune place à la spontanéité, inhibe l'homme. Ainsi les attentes féminines et du corps médical peuvent provoquer une « anxiété de performance reproductive ». De plus les contraintes liées aux différents examens de spermiologie (délai d'abstinence, masturbation post-mictionnelle...) ou post-coïtaux relèvent de « l'anti-sexualité » selon Granet (11). L'annonce de résultats anormaux chromosomiques (caryotype anormal, délétions du chromosome Y), ainsi que des anomalies spermatiques (oligo-asténo-térato-spermie ou azoospermie) peut remettre en question la masculinité (6). Ainsi l'infertilité engendre un désinvestissement de la sexualité conjugale. L'infertilité féminine va provoquer un désir obsessionnel de grossesse : la femme va subordonner sa sexualité à son désir de grossesse. Les RS doivent viser la procréation et donc se dérouler en période ovulatoire (11). Les femmes déclarent avoir des RS moins fréquemment, avec moins de préliminaires et ressentent moins de désir sexuel et plaisir au cours des RS. Les DS telles la dyspareunie, le vaginisme ou l'inhibition du désir ont souvent pu être observés (12). Les zones les plus touchées de la fonction sexuelle en cas d'infertilité féminine sont la lubrification, l'orgasme et la satisfaction sexuelle (8).

L'infertilité peut donc être décrite comme une véritable « crise de vie » avec des effets spécifiques sur le fonctionnement sexuel de chaque partenaire (7).

Les professionnels de santé spécialisés en reproduction et sexualité humaine devraient pouvoir aider les couples souffrant de DS et chercher à atténuer les problèmes pouvant survenir avec le diagnostic et le traitement. Les conseils et la surveillance doivent commencer dès le diagnostic d'infertilité jusqu'à la fin de la période de traitement et notamment au cours de l'évaluation psychologique du couple, souvent succincte, réalisée par le médecin au cours de ses consultations.

L'AMP étant pour certains un véritable et difficile parcours, il ne faut pas méconnaître les aspects de leur vie susceptibles d'être impactés par cette première. Il est donc nécessaire d'évoquer leur sexualité. Très peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Nous avons donc décidé de nous intéresser à l'abord de la sexualité par les médecins de la reproduction en France.

## Matériel et Méthodes

### I. Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative, descriptive, prospective, multicentrique du 1er décembre 2018 au 15 février 2019.

### II. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les médecins de la reproduction diplômés (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine de la reproduction) ou équivalent (exercice de la médecine de la reproduction avant la création du DESC) de France (Métropolitaine et Outre-mer) travaillant dans un centre d'AMP clinique certifié par l'Agence de Biomédecine (ABM).

### III. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas adressé notre questionnaire aux médecins de la reproduction biologistes, ainsi qu'aux chirurgiens gynécologiques pratiquant les interventions de chirurgie de l'infertilité seule.

### IV. Recueil de données

#### A) Méthode de recueil

##### a. Données concernant les centres d'AMP cliniques français :

Nous avons dans un premier temps contacté l'ABM pour répertorier tous les centres d'AMP cliniques.

Nous avons obtenu une liste comportant 110 centres autorisés en France métropolitaine et départements d'outre-mer.

b. Données concernant les médecins de la reproduction

Nous avons contacté les différents secrétariats de ces centres certifiés afin de récupérer les adresses électroniques des praticiens exerçant la médecine de la reproduction.

Ces derniers ont été estimés au nombre de 392 en France. Cette donnée a été évaluée d'après les informations communiquées par les différents secrétariats. En effet il leur a été demandé à chaque appel combien de médecins de la reproduction travaillaient dans leur centre. Nous avons tenté de corroborer cette donnée en interrogeant l'Agence de Biomédecine sur le nombre total de médecins de la reproduction exerçant en France. Cette dernière n'a pas été en mesure de nous apporter une réponse.

c. Mode de recueil

Notre étude reposait sur la réponse à un questionnaire (annexe 1).

Ce dernier a été envoyé par mail aux différents centres d'AMP préalablement contactés, il était disponible sur un site internet dédié, hébergé par Google : ([https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfyklqDOWBON4G97sjeiD0ottqEk-lvMoiPuGFNDadDjl2ibg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfyklqDOWBON4G97sjeiD0ottqEk-lvMoiPuGFNDadDjl2ibg/viewform?usp=sf_link)).

De plus, la Société de Médecine de la Reproduction (SMR) a publié en page d'accueil de son site internet, le lien vers le questionnaire.

Le questionnaire était anonyme. Il comportait 16 questions.

B) Variables recueillies

Notre questionnaire comportait 16 items, toutes obligatoires pour le valider :

- Le sexe du répondeur,
- L'âge du répondeur,
- L'année du début d'activité en médecine de la reproduction,
- Les activités pratiquées en dehors de la médecine de reproduction,
- L'abord ou non de la sexualité au cours de la première consultation,
- L'abord ou non de la sexualité au cours du suivi,
- Les raisons du non abord de la sexualité, le cas échéant,
- Les thèmes abordés en cas de recherche de DS,
- Les stratégies de prise en charge en cas de DS,
- L'expression spontanée éventuelle des DS par les patients,
- L'intérêt de la distribution aux patients d'un court questionnaire recherchant des DS,
- L'opportunité de la mise à disposition de brochure d'information sur les DS,
- Le ressenti des répondeurs sur leur compétence à prendre en charge les DS,
- La satisfaction des répondeurs sur leurs alternatives disponibles pour la prise en charge des DS,
- L'avis des répondeurs sur l'intérêt d'un annuaire des sexologues de leur secteur,
- L'opinion des répondeurs sur la nécessité d'un sexologue référent en AMP dans chaque centre.

## **V) Critères de jugement**

### **A) Critère de jugement principal**

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'abord de la sexualité et des DS par les médecins de la reproduction de France.

### **B) Critères de jugement secondaires**

Les objectifs secondaires de l'étude étaient les suivants :

- Étudier les différents aspects de la sexualité abordés par les répondeurs.
- Étudier les différents freins que peuvent rencontrer les médecins de la reproduction à l'abord de la sexualité de leurs patients.
- Décrire les différentes DS recherchées.
- S'intéresser aux différents types de prises en charge sexologiques disponibles dans leur centre d'AMP.
- Étudier l'intérêt d'un sexologue référent en AMP pour la prise en charge des patients.

## **VI) Analyse statistique**

Les données ont été recueillies dans un tableur Excel. Suite à la question de l'abord de la sexualité lors de la première consultation, nous avons classé les médecins en deux groupes :

- Les médecins abordant la sexualité régulièrement (AR) : ayant répondu « oui, toujours » ou « souvent ».
- Les médecins abordant la sexualité occasionnellement (AO) : ayant répondu « parfois » (aucun médecin n'ayant répondu jamais).

Cette classification a été gardée pour les analyses comparatives. Les statistiques ont été réalisées grâce au logiciel IBM SPSS (Statistical Package for the Social science, version 22). Les variables qualitatives sont exprimées en terme de fréquence et de pourcentage et comparées par un test de Khi-deux. Les variables quantitatives sont exprimées en médiane, avec le 5<sup>ème</sup> et le 95<sup>ème</sup> percentile et comparées par un test de Mann-Whitney. Une valeur de p inférieure au risque alpha fixé à 0.05 étant considérée comme statistiquement significative.

## **VII) Aspect éthique**

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL), le numéro de déclaration est : MR4 : 2209020v0 (annexe 2).

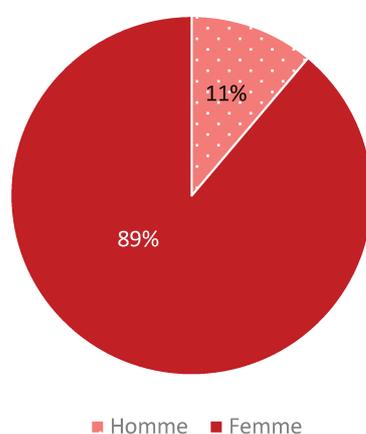
## Résultats

### I. Description de la population étudiée

171 médecins de la reproduction ont participé à notre étude. Ce qui correspond à un taux de réponse de 43,6%.

89 % des médecins répondeurs étaient des femmes (Figure 1).

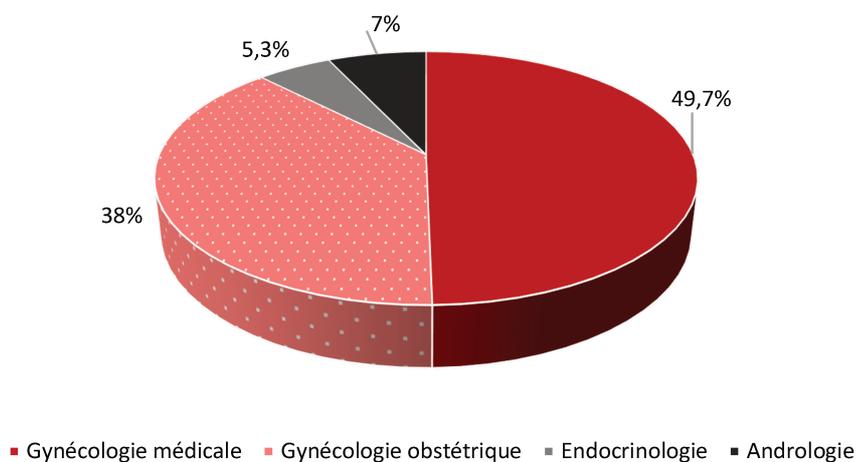
Figure 1 : Sexe des médecins participants.



L'âge médian des répondeurs était de 34 ans [28-64].

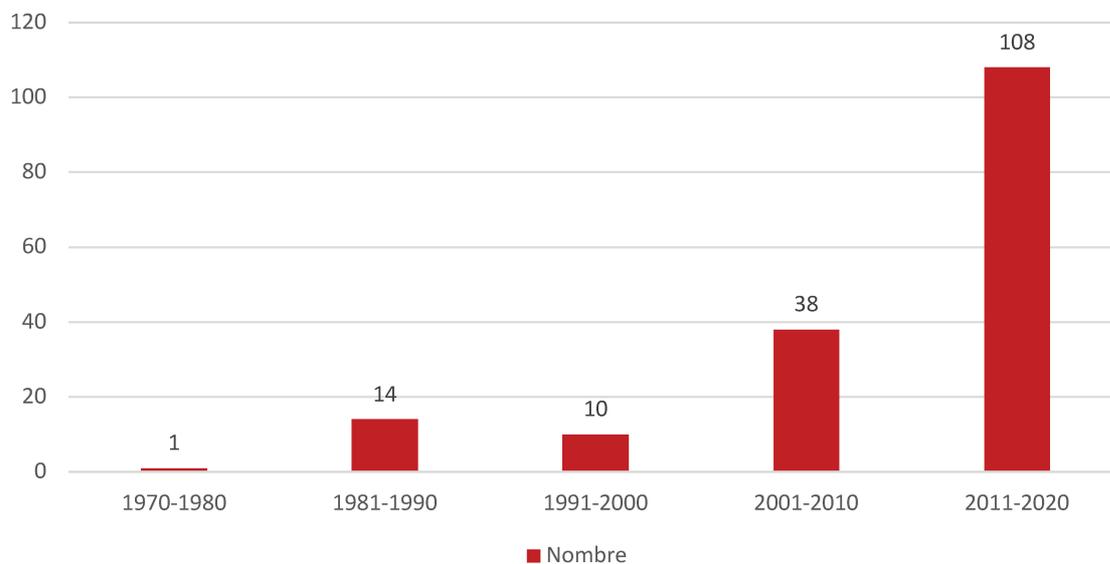
Les médecins de la reproduction interrogés exerçaient en parallèle les spécialités de : gynécologues médicaux (GM) (49,7%), gynécologues obstétriciens (GO) (38%), andrologues (7%) et endocrinologues (5,3%) (figure 2).

Figure 2 : Spécialités des médecins participants



63% des médecins ont débuté leur exercice de médecine de la reproduction dans les années 2010 (figure 3).

Figure 3 : Année du début d'exercice de l'AMP

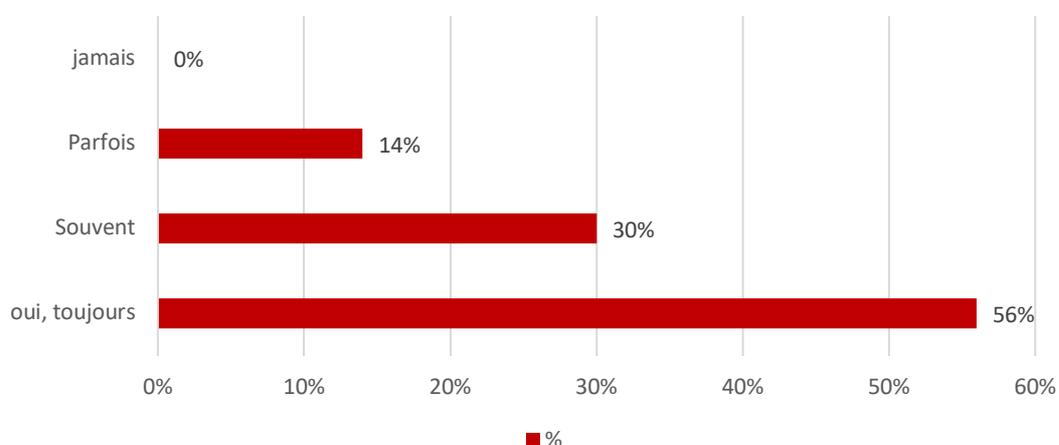


## II. Abord de la sexualité lors des consultations

### A) Lors de la première consultation

56% (n = 95) des participants abordaient « toujours » la sexualité au cours de la première consultation, 30% (n=52) « souvent », 14% (n=24) « parfois » et aucun médecin interrogé ne l'abordait « jamais » (figure 4).

Figure 4 : Abords de la sexualité lors d'une première consultation d'AMP.



147 médecins déclaraient aborder régulièrement (groupe AR) la sexualité au cours de la première consultation (« toujours » n= 95, « souvent » n= 52), 24 déclaraient l'aborder occasionnellement (groupe AO), 0 jamais.

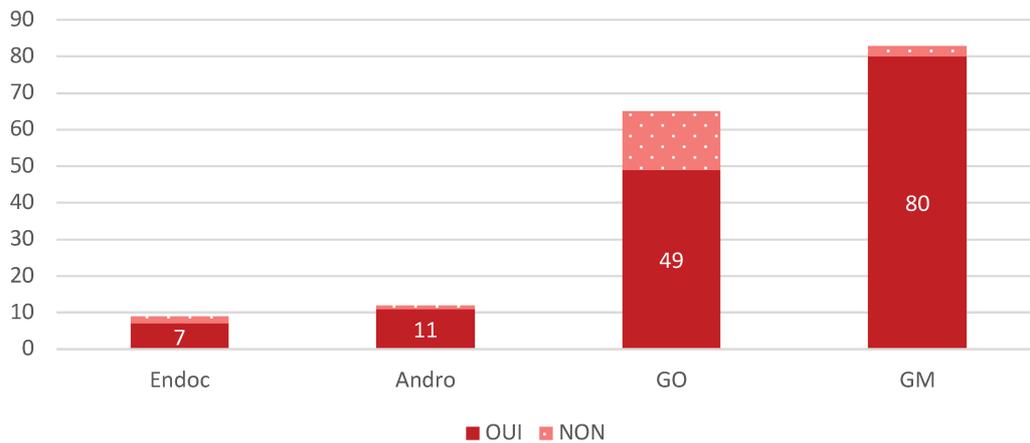
Il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne :

- L'âge entre les groupes AR et AO ( $p=0,068$ )
- Le sexe entre les groupes AR et AO ( $p=0,104$ ).

Il existait une différence significative entre les GM et les autres spécialités, les GM (94% des médecins répondus) l'abordaient plus au cours de la première

consultation ( $p=0,002$ ). Une différence significative était également retrouvée entre les GO (75%) et les autres spécialités ( $p=0,002$ ) (figure 5).

Figure 5 : Spécialistes qui abordent la sexualité régulièrement



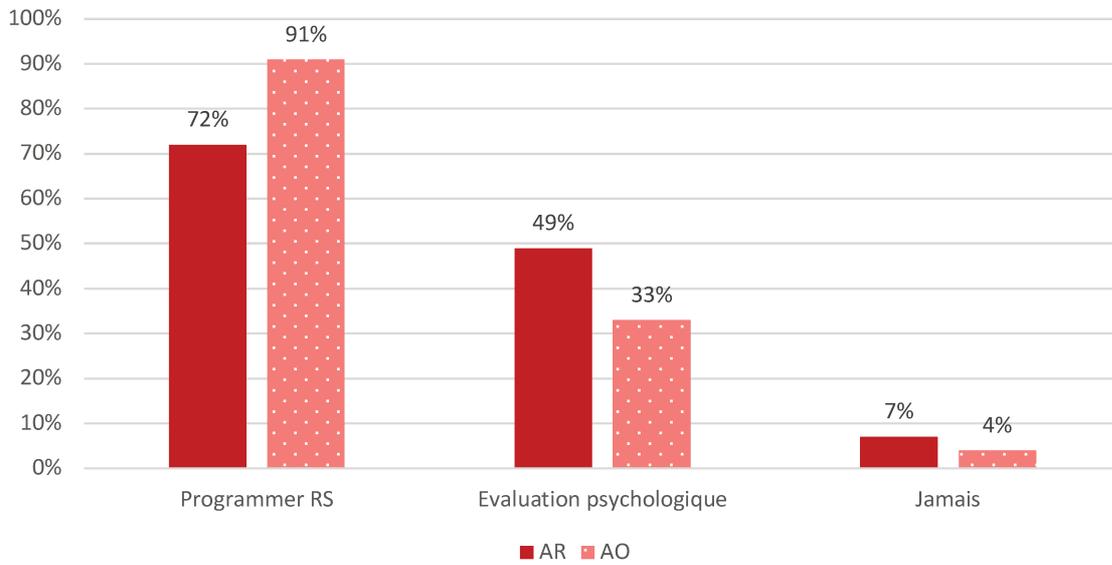
#### B) Au cours du suivi

On retrouvait une différence significative entre les groupes AR et AO, concernant l'abord de la sexualité pour la programmation des RS, 72% pour le groupe AR contre 91% pour le groupe AO ( $p=0,029$ ).

En revanche, nos résultats ne présentent pas de différence significative entre les groupes AR et AO pour (figure 6) :

- L'abord de la sexualité au cours de l'évaluation psychologique du vécu du couple (évaluation qui est réalisée en général de façon succincte par le médecin au cours de sa consultation).
- Le non abord au cours du suivi.

Figure 6 : Abords de la sexualité au cours du suivi.



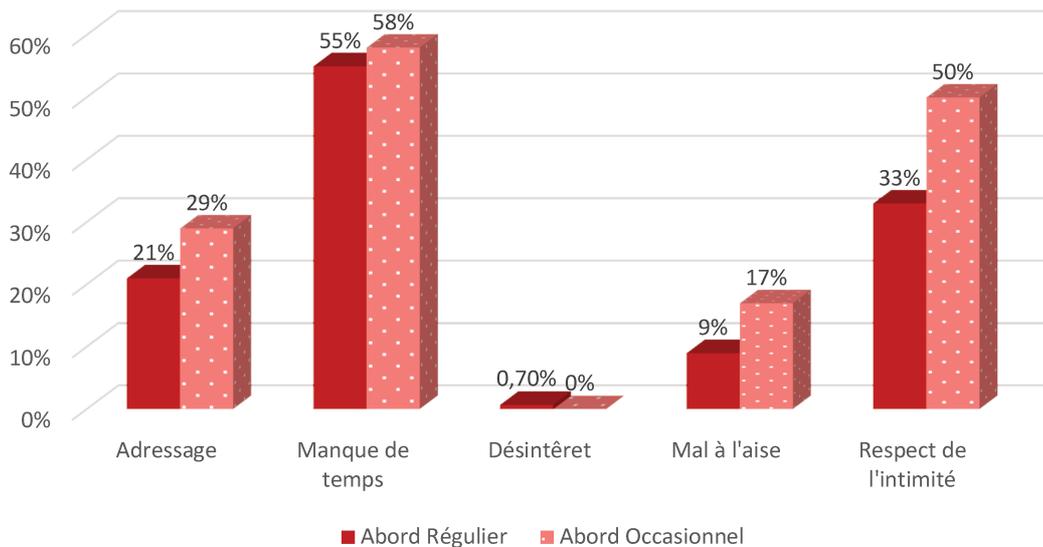
### C) Par le patient

Nous nous sommes également intéressés à l'évocation spontanée de leur sexualité par les patients. 7,4 % des médecins du groupe AR déclaraient que les patients l'évoquent « souvent », 68% « parfois », 24,5% « jamais ». Concernant le groupe AO, 4,1% des médecins déclaraient que les patients l'évoquent « souvent », 70% « parfois », 25% « jamais ». Ces différences n'étaient pas significatives entre les groupes AR et AO (« souvent »  $p=0,475$ , « parfois »  $p=0,494$ , « jamais »  $p=0,568$ ).

### III. Freins à l'abord de la sexualité

Une liste de potentiels freins (pouvant évoquer l'absence ou le manque d'approche de la sexualité au cours de leurs consultations) a été soumise aux médecins, ces derniers pouvaient en choisir plusieurs.

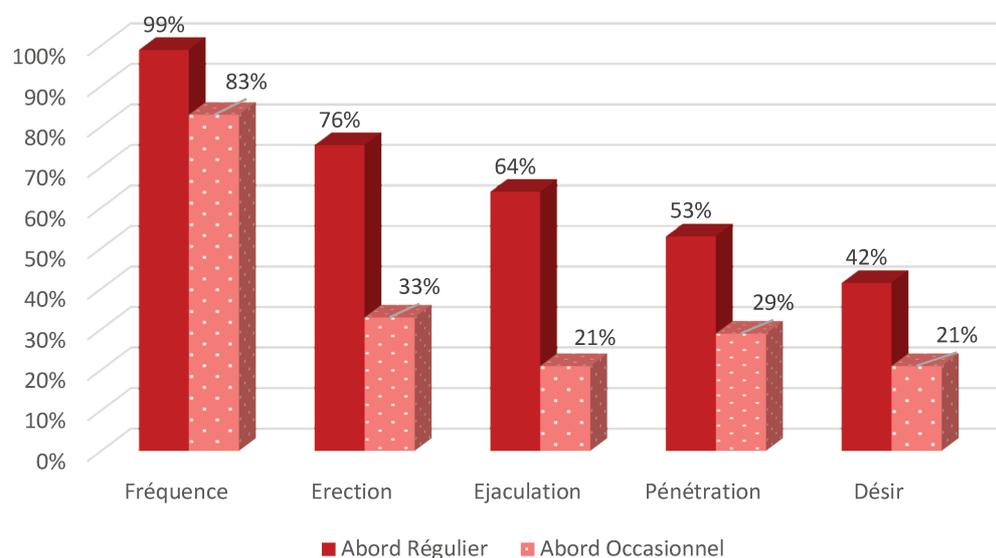
Figure 7 : Freins à l'abord de la sexualité



Les freins les plus évoqués, dans les deux groupes, étaient le manque de temps et le respect d'une intimité déjà trop bousculée. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes AR et AO.

#### IV. Dysfonctions sexuelles recherchées

Figure 8 : Dysfonctions sexuelles recherchées



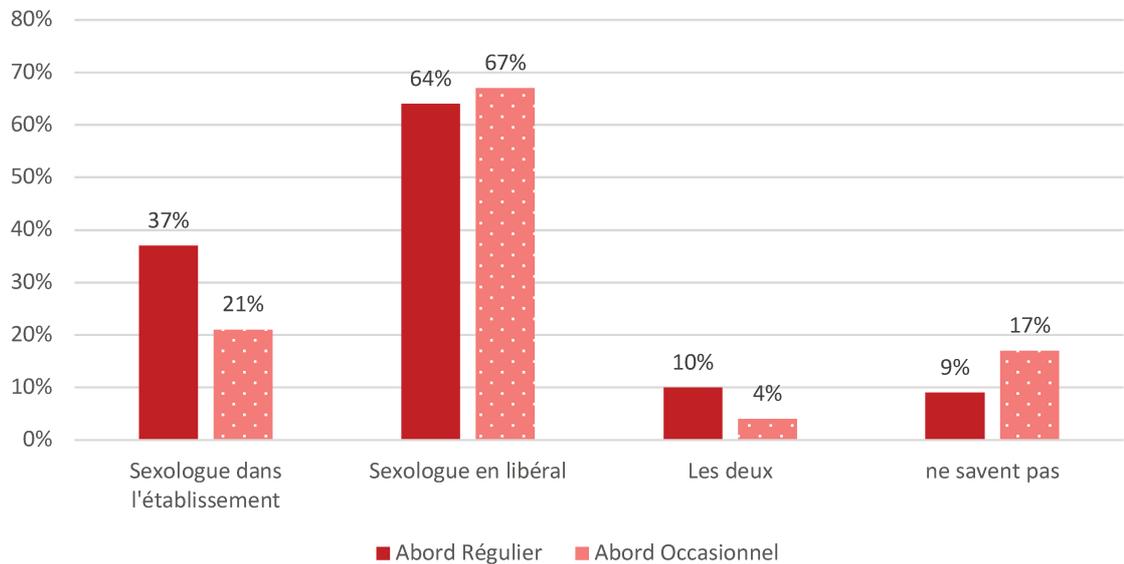
Les dysfonctions sexuelles les plus recherchées par les 2 groupes (AR et AO) étaient la fréquence des RS et les troubles de l'érection. En revanche, les troubles du désir étaient moins recherchés.

Il existait une différence significative entre les groupes AR et AO respectivement pour :

- la recherche des troubles du désir (42% versus 21%,  $p=0,041$ ),
- la recherche des troubles de la pénétration (53% versus 29%,  $p=0,025$ ),
- la recherche de la fréquence des RS (99% versus 83%,  $p=0,04$ ).

## V. Prises en charge disponibles dans les différents centres d'AMP

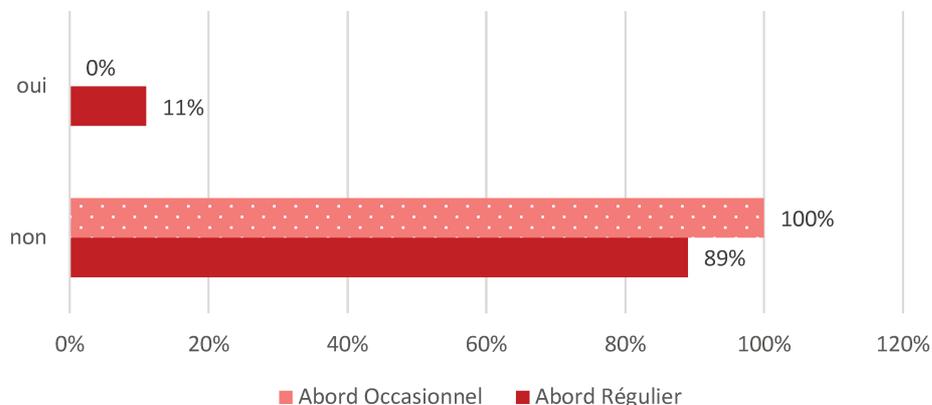
Figure 9 : Prises en charge sexologiques possibles



En cas de dysfonction sexuelle mise en évidence, nous avons interrogé les médecins de la reproduction sur les potentielles prises en charge qu'ils pouvaient offrir à leurs patients. Ils ont majoritairement répondu qu'ils adressaient leurs patients à un sexologue exerçant en libéral, sans différence significative entre les deux groupes AR et AO ( $p=0,495$ ).

On peut également souligner que 17% du groupe AO et 9% ne savaient pas à qui adresser leurs patients, différence non significative ( $p=0,199$ ).

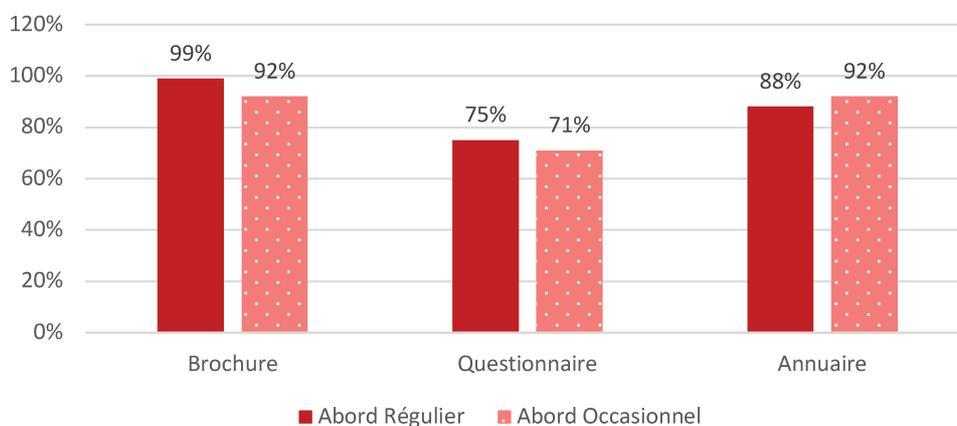
Figure 10 : Sentiment de compétence pour prise en charge sexologique par les médecins eux mêmes



Dans le groupe AR, 16 médecins de la reproduction (soit 11%) se sentaient capables de prendre en charge leurs patients dans le cadre d'une dysfonction sexuelle contre 0 dans le groupe AO. Cette différence n'était pas significative ( $p=0,079$ ).

## VI. Évaluation des propositions de prise en charge

Figure 11 : Intêret d'outils complémentaires d'aide à la prise en charge diagnostique des DS

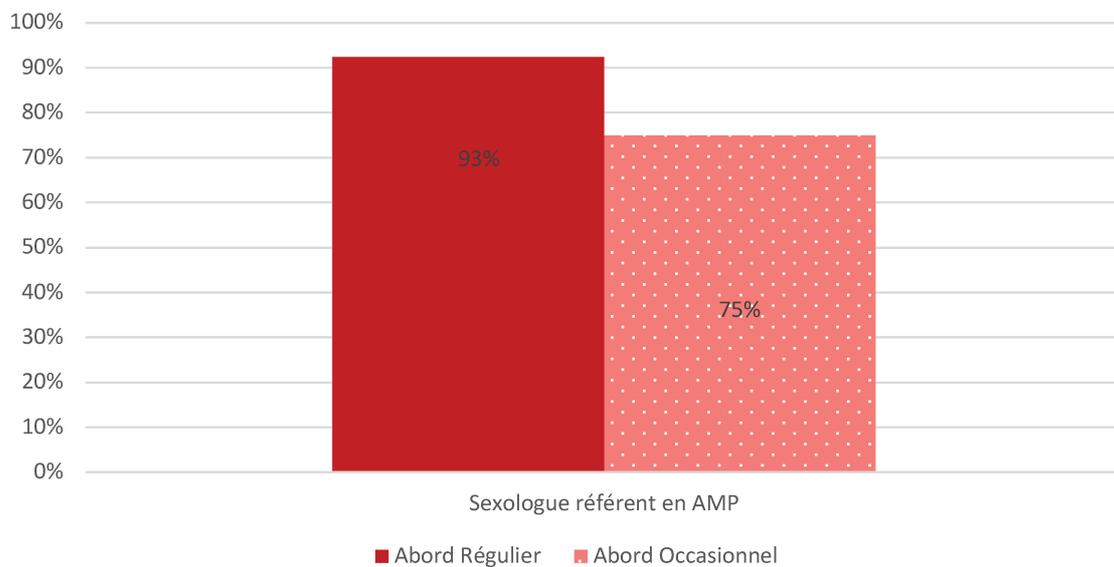


Nous avons interrogé les médecins de la reproduction sur l'intérêt d'outils complémentaires d'aide à la prise en charge diagnostique des DS. Les deux groupes ont émis un avis très favorable aux différentes propositions, à savoir :

- une brochure explicative pour les couples en AMP ( $p=0,052$ ),
- un questionnaire simple pour les couples en AMP ( $p=0,424$ ),
- un annuaire des sexologues du secteur pour améliorer l'orientation des couples ( $p=0,481$ ).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes.

Figure 12 : Intérêt d'un sexologue référent en AMP



Enfin, nous nous sommes intéressés à l'intérêt d'un sexologue référent en AMP ; les deux groupes y étaient globalement favorables (93% pour le groupe AR, 75% pour le groupe AO), on retrouvait cependant une différence statistiquement significative entre les deux groupes en faveur du groupe AR ( $p=0,018$ ).

## Discussion

L'objectif principal de notre étude était de s'intéresser à l'abord de la sexualité par les médecins de la reproduction de France. Grâce à nos 171 réponses, nous avons pu mettre en évidence que le sujet de la sexualité était abordé au cours de la première consultation. Tous l'abordaient, 147 régulièrement, 24 occasionnellement. Notre taux de réponse était de 43,6 %, nous pouvons nous réjouir de ce dernier, néanmoins on peut présumer un certain manque d'intérêt des non-répondeurs. L'âge médian des médecins ayant participé est de 34 ans, ces derniers sont donc de jeunes praticiens et majoritairement des femmes. On peut s'interroger sur un plus grand intérêt par les jeunes femmes médecins sur la sexualité que les hommes médecins plus âgés. D'après les résultats préliminaires d'une étude de Giami (non encore publiée) sur « Genre, sexualité, santé », 83,6% des sexologues sont, en 2019, des femmes (15). De plus avec la féminisation de la médecine, la majorité de femmes ayant répondu à notre étude est logique (63% des étudiants en médecine sont des étudiantes (16)).

Les participants des deux groupes AR et AO abordent la sexualité majoritairement lors de la première consultation pour évaluer le pouvoir fécondant des RS de leurs patients (fréquence, troubles de l'érection et éjaculation).

Puis au cours du suivi, 75% des médecins vont évoquer la sexualité dans le but de « programmer des RS », la programmation du RS devient alors une partie du traitement de l'infertilité et le corps soignant impose une dimension très médicalisée à la vie sexuelle avec des délais d'abstinence à respecter, des examens post-coïtaux (17). D'après l'étude de Monga et al (18), les couples rapportent que les RS imposés à une période donnée ont un rôle néfaste plus important que le médecin ne le pense.

Pour la femme, le RS peut se dérouler sans autre désir que celui d'être enceinte, et pour l'homme, la perception de cette absence de véritable désir est rapidement inhibante. La sexualité perd sa valeur récréative et érotique et devient subordonnée à l'obtention d'une grossesse (11).

Le traitement de l'infertilité peut avoir un impact négatif sur la vie sexuelle du couple dans son ensemble car il réduit le désir sexuel des partenaires et par conséquent la fréquence des RS (19). Il déclenche des DS transitoires qui peuvent devenir permanentes par la suite. L'influence négative du traitement sur la vie sexuelle (20) est parfois tellement grave que les couples décident d'arrêter les traitements d'infertilité sans suivre tous les cycles de stimulation programmés (21). Il est cependant nécessaire de préciser que certains résultats d'études conduites pour évaluer la satisfaction et la fonction sexuelle de couples infertiles sont contradictoires et hétérogènes (8,22–25).

Quarante-sept pour cent des médecins (des deux groupes AR et AO) abordent également la sexualité pour évaluer l'état psychologique de leurs patients, étant donné que la santé sexuelle participe à l'état de bien être individuel et du couple (1).

On constate que 6,5% des médecins (des deux groupes AR et AO) n'abordent plus la sexualité de leurs patients après la première consultation. Les médecins de la reproduction doivent savoir reconnaître et s'intéresser à ces DS pour être à l'écoute et en discuter avec le couple (22).

De plus, dans notre étude, 25% des médecins des groupes AR et AO déclarent que les patients n'évoquent jamais spontanément leurs DS, ce qui est retrouvé dans les travaux de Wischmann également (3).

On peut supposer que les médecins du groupe AR dépistent plus de DS car ils abordent plus la sexualité au cours de leur consultation, mais également car les patients se sentent à l'aise pour évoquer spontanément le sujet avec ces praticiens.

Durant la prise en charge en AMP, des questions sur la qualité de la relation et sur la vie sexuelle du couple permettent de mettre en évidence l'apparition de DS, ainsi le praticien pourra proposer un accompagnement, une prise en charge spécifique ou orienter vers un autre spécialiste (26).

Les principaux freins à l'abord de la sexualité évoqués par les deux groupes sont le manque de temps : 55% pour le groupe AR et 58% pour le groupe AO. Les contraintes horaires des consultations sont un problème récurrent dans le monde médical, malheureusement un choix dans les sujets abordés par les médecins doit être fait.

Les médecins répondent aussi que le respect d'une intimité déjà trop perturbée est un frein, 33% du groupe AR contre 50% du groupe AO. Certains praticiens ont peur d'augmenter la souffrance des patients en posant des questions intrusives, mais les taux de réponse aux études s'intéressant à la sexualité des couples infertiles prouvent que les patients sont en demande (12,22). Le fait de parler de sexualité pendant leur parcours n'a pas choqué, bien au contraire, les patients apprécient le temps de parole supplémentaire. Les couples peuvent ainsi se permettre d'exprimer des craintes et souffrances qu'ils n'auraient pas spontanément évoquées. Ohl et al a conclu que si l'équipe médicale proposait systématiquement aux couples de parler des DS engendrées par l'infertilité, ils seraient plus nombreux à recourir au soutien psychologique et sexologique.

Ne pas savoir à qui adresser les patients empêcherait 21% des médecins du groupe AR et 29%, du groupe AO à évoquer la sexualité de leur patient. Ce qui met en exergue l'importance de créer un réseau avec différents spécialistes pour offrir aux patients une prise en charge multidisciplinaire plus adaptée.

Environ 9,5% des médecins du groupe AR se sentent mal à l'aise contre 17% du groupe AO pour aborder la sexualité avec leurs patients, et ce, malgré le fait que procréation et sexualité soient intimement liées. Au cours de l'étude de Ohl et al (22), des questionnaires ont été distribués aux patients pour évaluer leur sexualité. Les auteurs précisent que le personnel soignant a manifesté quelques gênes au début de l'expérience. Ils expliquent cela par de la timidité et par un manque d'information sur le sujet. Mais l'accueil positif par les patients du questionnaire, et le caractère strictement médical de l'étude ont eu raison des réticences. On ne peut qu'encourager les médecins de la reproduction à se former et à passer outre le sentiment d'intrusion de l'intimité pouvant être ressenti à l'évocation de la sexualité. En effet aborder de potentielles difficultés sexuelles et conjugales (thèmes relativement tabous) peut être délicat pour des couples en souffrance et des praticiens non formés. Mais ouvrir la voie de la discussion, faire le premier pas vers les couples semble essentiel pour la prévention de ces difficultés (12).

Seul 0,7% du groupe AR, soit un médecin, n'est pas intéressé par la question de la sexualité.

Nous avons vu dans les résultats que des différences significatives étaient retrouvées pour la recherche de la fréquence des RS, des troubles de la pénétration et des troubles du désir.

En effet ces items sont, dans notre étude, plus recherchés par le groupe AR.

La recherche de la fréquence des RS est importante en cas d'infertilité. Nous pourrions nous attendre à ce que tous les médecins de la reproduction s'y intéressent, au moins lors de la première consultation, pour évaluer le nombre de RS potentiellement féconds (27). Lorsque le couple tente d'obtenir une grossesse naturellement, on note une augmentation de la fréquence des RS dans les périodes favorables (6), avec 2 à 3 RS par jour chez la moitié des couples interrogés (19). On remarque que la relation sexuelle est tournée vers un objectif procréatif, avec moins de préliminaires. Le RS est centré sur l'éjaculation intra-vaginale (4) en période ovulatoire. De plus certaines patientes calculent l'espacement des RS pour que la qualité du sperme soit optimale lors de l'ovulation (11). Cet ajustement de la sexualité pour l'obtention d'une grossesse peut être responsable de DS (6). Au cours du suivi médical, on note que certaines études (7) , notamment celle de Czyba et al, ont démontré que la fréquence des RS diminuait au cours de la prise en charge (12). De plus on note une raréfaction des RS hors période ovulatoire amplifiée par les prescriptions médicales intrusives (test post-coïtal, inductions de l'ovulation, prescription de la date et heure du RS). A contrario Reder et al retrouvent une fréquence identique à celle de la population tout venant, mais le « rythme » des RS suit le cycle ovulatoire de la femme (12), et ces derniers sont majoritairement dans l'optique d'obtenir une grossesse plus que d'éprouver du plaisir et ce, sans spontanéité. Cette perte de spontanéité peut avoir des conséquences négatives sur les relations conjugales et sexuelles à plus long terme.

Les troubles de la pénétration, à savoir les dyspareunies et le vaginisme sont dans notre étude recherchés par 53% dans le groupe AR contre 29% dans le groupe AO. Même si ils sont rarement la cause de l'infertilité (4), on peut s'interroger sur le fait que les deux tiers du groupe AO et la moitié du groupe AR ne les recherchent pas

systématiquement. On pourrait cependant penser que le clinicien les rechercherait dans le cadre du dépistage de l'endométriose. Une méta-analyse récente s'est intéressée aux DS féminines (8) : l'infertilité est associée à une augmentation des DS féminines (11,22). Les zones les plus touchées de la fonction sexuelle sont la lubrification, l'orgasme et la satisfaction. Le manque de lubrification pouvant induire des dyspareunies (11), il paraît essentiel de le rechercher, de plus l'utilisation de lubrifiants peut s'avérer toxique pour les spermatozoïdes (6). Il paraît important de mentionner les couples consultants pour infertilité n'ayant jamais eu de RS avec pénétration (6). Les unions non consommées ou l'éjaculation anté-portas sont alors les causes de l'infertilité et l'intérêt d'une sexothérapie prend toute son importance.

Concernant les troubles du désir : 41,5% des AR contre 21% des AO les recherchent (différence significative). Les couples consultant en AMP ont au minimum 12 mois d'essai d'obtention de grossesse derrière eux, qui engendrent un ajustement de leur sexualité pour optimiser les chances de grossesse. De nombreuses études ont démontré que le plaisir sexuel était maintenu (11,12,22) pour les deux sexes, mais que le désir sexuel (avec la perte de la spontanéité, la diminution des préliminaires et des variations de positions) était altéré. Des publications plus anciennes évoquent la diminution globale de la libido et de la satisfaction sexuelle (13). En parallèle à la subordination de la sexualité par le désir de grossesse, les couples en AMP doivent faire face à une blessure narcissique et à un sentiment d'échec qui vont être à l'origine d'une baisse de l'estime de soi, de culpabilité pour la femme, de perte du sentiment de virilité pour l'homme (10). Le désir sexuel de la femme est alors résumé à son désir d'enfant. On peut s'interroger sur cette différence entre les hommes et les femmes. L'homme parvient-il à préserver une sexualité récréative malgré le désir de grossesse, alors que la femme ne peut associer les deux ? Une étude sur les différences de

comportement sexuel homme/femme a prouvé que la fréquence des activités sexuelles de la femme est plus importante durant la période péri-ovulatoire. En l'absence de désir de grossesse, il n'existe pourtant plus d'inhibition du comportement sexuel en dehors de la période de fécondité (28). Une influence hormonale pourrait alors expliquer que la femme axe sa sexualité sur son désir de grossesse (29). La contraception a permis une sexualité « plaisir », strictement récréative. Lors d'un désir de grossesse, la femme aura tendance à se centrer sur une sexualité reproductive. Un acte sexuel potentiellement non fécondant (préliminaires, sensualité,...) devient futile aux yeux de la patiente atteinte d'infertilité (22). Cette notion de futilité peut être intégrée comme inutile alors par la patiente, voire par le couple. L'infertilité rejoint la contraception comme processus dissociatif sexualité récréative / sexualité reproductrice. Quid de l'épanouissement personnel si tous les actes de la vie quotidienne sont réalisés pour être efficaces et utiles ? Un couple en parcours d'infertilité est un couple en crise. L'objectif de ce couple est d'avoir un enfant, au prix parfois de leur bien-être voire de leur couple (séparation au cours de parcours d'AMP ou après échec). En cas de succès de l'AMP, il est important que le couple conjugal puisse devenir un couple parental (30). Le couple conjugal doit être préservé, nourri, malgré les difficultés rencontrées, car le but ultime de l'AMP est la création d'une famille, que l'on souhaite la plus heureuse possible, avec un enfant élevé par un couple parental épanoui. C'est pourquoi la préservation de la santé sexuelle de nos patients est capitale pour leur permettre la meilleure qualité de vie possible.

Les deux groupes de l'étude recherche des troubles de l'érection (75,5% chez les AR contre 33% chez les AO). Tout comme les troubles de la fréquence et de la pénétration, les troubles de l'érection peuvent être une cause d'infertilité. Mais une dysfonction érectile peut également être la conséquence de l'infertilité. Dans la

littérature, plusieurs études ont rapporté une prévalence plus élevée de dysfonction érectile chez les patients masculins infertiles par rapport à la population générale masculine (9,18,31,32). De plus il a été signalé qu'un homme infertile sur six souffrait de dysfonction érectile (33). Dans le cadre de la prise en charge en AMP et des traitements, certains hommes peuvent être confrontés à une DE temporaire (25). Certains auteurs ont rapporté que des hommes (11/16) ont connu une période d'impuissance temporaire (3 mois) après le diagnostic d'azoospermie (9). Globalement, l'érection n'est pas toujours obtenue au bon moment en raison d'une dysfonction psychogène (12). Les facteurs psychogènes sont multiples et pourraient être relationnels, sociaux et culturels (6). La littérature est très riche sur les dysfonctions érectiles et l'AMP : il paraît très important de s'y intéresser au cours des consultations.

Soixante-quatre pour cent des médecins du groupe AR contre 21% dans le groupe AO interrogent leurs patients sur les troubles de l'éjaculation. Cette DS peut être la cause de l'infertilité, d'où l'intérêt de la recherche. Il a été démontré que 50 à 66% des hommes souffrant d'infertilité étaient victimes d'une éjaculation prématurée (EP) (9,31,32). Dans une étude de 1989 (34), 75% des partenaires masculins ont eu une EP au cours des rapports sexuels ou au cours de la «fenêtre fertile du cycle menstruel». Selon certaines études, l'EP est plus fréquente dans la population masculine infertile que dans la population générale (6,32,33) Les études de Lotti et al. (33) et Gao et al. (35) sont les seules études disponibles utilisant des outils de diagnostic validés de l'éjaculation précoce (notamment le questionnaire PEDT : Premature Ejaculation Diagnostic Tool), pour étudier l'EP chez des hommes infertiles. Dans ces études, une EP a été observée chez 15,6% et 19,01% des hommes infertiles respectivement. Cette incapacité peut engendrer de la frustration et des expériences

sexuelles insatisfaisantes pour la partenaire (6). De plus l'anxiété liée aux performances sexuelles a un impact néfaste sur le couple (32).

L'anéjaculation psychogène est fréquente dans la population infertile (36). Une anéjaculation peut être observée chez les patients refusant d'être père (en raison de problèmes psychologiques, financiers ou sociaux) ou peut être secondaire au diagnostic d'infertilité (6). Dans l'ensemble, les conflits psychologiques profondément enracinés sont généralement la cause de l'anéjaculation.

Par conséquent, la recherche et la prise en charge appropriée des troubles éjaculatoires chez les hommes infertiles est nécessaire (36).

La littérature montre que les femmes infertiles ont plus de dysfonctionnements sexuels que la population générale (8). On peut déplorer que les DS féminines soient moins documentées et donc moins recherchées dans la littérature concernant l'infertilité (37).

Les médecins de la reproduction français qui ont participé à notre étude recherchent les DS les plus « classiques » pouvant altérer la procréation (même si les taux de réponses du groupe AO peuvent poser question, notamment concernant l'érection et l'éjaculation). On peut regretter que l'approche de la sexualité en consultation d'AMP soit réduite à l'expression la plus simple du RS potentiellement fécondant (fréquence de l'éjaculation intra-vaginale). On peut également déplorer le manque d'enseignement sexologique au cours des études médicales et notamment dans les spécialités amenant à la médecine de la reproduction. Cet apport pédagogique pourrait rendre les praticiens plus à l'aise avec le sujet et aborder plus facilement la sexualité. Et surtout ne pas renforcer la dissociation plaisir/reproduction.

Par conséquent, rechercher les DS, informer les couples et proposer des stratégies de prise en charge (par des sexologues ou par les médecins de la

reproduction eux-mêmes (16 de nos répondeurs s'en sentent capables)) pourraient aider à améliorer les RS, les relations affectives, le bien-être de nos patients, ainsi que le taux de réussite des traitements en AMP (8).

Nous avons interrogé les médecins de la reproduction sur les alternatives présentes dans leur centre pour la prise en charge sexologique en cas de diagnostic de DS. Seuls 16 médecins de la reproduction (tous du groupe AR) se sentent compétents pour prendre en charge les patients souffrant de DS. Pour les autres, il était possible d'adresser à : un sexologue exerçant dans leur établissement (37,40% pour le groupe AR, 20,8% dans le groupe AO), un sexologue en libéral (63,9% pour les AR et 66,6% AO), les deux (10,2%, 4,16%). Dix-sept médecins ne savent pas à qui adresser (8,8% des AR et 16,6% des AO). On peut déplorer que les établissements ne créent pas de poste de sexologue dans les services d'AMP. Fréquemment, des sexologues ont des plages de consultations dans les hôpitaux, mais beaucoup de patients ne sont pas informés de cette possibilité ou alors n'osent pas consulter.

De plus, créer un réseau pluridisciplinaire pour une prise en charge globale et humaniste est capital (8,9). La majorité des médecins adressent leur patient en libéral car peu de possibilités hospitalières s'offrent à eux. On peut s'interroger sur les liens créés entre les différents acteurs de la prise en charge des patients. En effet, le sexologue doit faire partie intégrante de la prise en charge. Et la communication sur l'avancement et sur les difficultés potentiellement rencontrées peut être moins aisée entre un praticien libéral et hospitalier : les courriers de liaison ne permettent pas de mettre en exergue les subtilités de la prise en charge sexologique. N'oublions pas que rien ne remplace la communication verbale dans les échanges directs des équipes. Ces équipes prennent soin des couples fragilisés dans un projet si important et

engageant que d'aider à la conception d'une personne. De plus il est parfois nécessaire d'associer les deux prises en charge de façon conjointe lorsque plusieurs facteurs rentrent en compte dans l'infertilité (baisse de réserve liée à l'âge et vaginisme par exemple), pour permettre la réalisation du désir d'enfant sans faire « perdre de chance » en terme de temps aux patients. Ainsi pour cela une bonne communication interdisciplinaire est primordiale et l'intérêt d'un sexologue spécialisé en AMP semble évident.

Nous avons soumis différents outils de prévention, d'aide au diagnostic, de prise en charge aux médecins répondant à notre étude.

Tout d'abord la mise à disposition de brochures pour les patients : pour les informer sur les potentielles DS auxquelles ils peuvent être confrontés au cours d'un parcours d'infertilité (6,11,22,38), afin de les prévenir des risques encourus et surtout pour ouvrir la porte au dialogue avec les praticiens (10–12). À Lille, dans la clinique de gynécologie de Jeanne de Flandres, des brochures promouvant les consultations de sexologie sont déjà disponibles, nous pourrions en créer des plus spécifiques à l'AMP (annexe 3).

L'utilisation de questionnaires pour faciliter le diagnostic des DS (3/4 des médecins des deux groupes y sont favorables) a également été proposé. Dans les études menées sur la sexualité en AMP, de nombreux questionnaires plus ou moins standardisés et validés ont été utilisés (11,12,19,22). Nous pourrions proposer les suivants :

- FertiQuol : comme l'ESHRE le préconise, ce questionnaire s'intéresse à la qualité de vie des patients suivis en infertilité avec notamment des questions sur la sexualité (2,6) (annexe 4).

- Female Function Sexual Index (FFSI) : instrument d'auto-évaluation à 19 items créé en 2000 qui évalue la fonction sexuelle chez les femmes en six dimensions (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur) (39). Validé et traduit dans diverses langues, il a été largement utilisé pour mesurer les DS des femmes infertiles et a été accepté et utilisé dans le monde entier, tant en pratique clinique qu'en recherche (6,8) (annexe 5).
- International Index of Erectile Dysfunction (IIEF-15) : questionnaire d'auto-évaluation, fiable, considéré comme gold standard pour la mesure de la fonction érectile, comprenant 15 questions qui couvrent 5 domaines (fonction érectile, fonction orgasmique, désir sexuel, satisfaction lors des RS et satisfaction sexuelle globale). Une version plus courte, l'IIEF-5 en 5 items peut être plus digeste pour les patients (40) (annexe 6).
- GRISS (the Golombok-rust Inventory of Sexual Satisfaction) : échelle évaluant la qualité de la vie sexuelle et les troubles fonctionnels à savoir, l'insatisfaction, l'appréhension à toucher le/la partenaire, la rareté des RS, la non communication des sentiments, l'évitement des partenaires, (11,41) (annexe 7).

Enfin nous avons proposé un annuaire des sexologues exerçant dans le secteur du centre d'AMP pour faciliter l'orientation de nos patients et la création d'un réseau de soins plus adapté. Un annuaire des sexologues des Hauts de France est en cours de réalisation dans ce but.

Les deux groupes de notre étude voient un intérêt à la présence d'un sexologue référent dans les centres d'AMP (93% dans le groupe AR, 75% dans le groupe AO), avec néanmoins une différence significative ( $p=0,018$ ). La revue de la littérature effectuée pour ce travail est cependant formelle, la prise en charge des DS que

présentent nos patients, par des personnes qualifiées, est capitale pour l'amélioration de la qualité de vie de nos patients, un meilleur vécu du parcours de PMA, et une meilleure efficacité des traitements (6–12,17,22,26).

Cette étude présente quelques faiblesses. On peut noter un biais de sélection, les médecins qui ont répondu à notre étude étaient sûrement déjà intéressés par le sujet de la sexualité de leurs patients, ce qui expliquerait les réponses très favorables à nos propositions. On peut imaginer que les médecins qui n'ont pas participé à cette étude présentent un certain désintérêt pour la sexualité. De plus notre étude s'intéressait aux médecins de la reproduction exerçant dans un centre hospitalier agréé par l'ABM. Ces centres pratiquent l'AMP au sens strict du terme (Insémination intra-utérine, ponction ovocytaire, fécondation, transfert d'embryon). On peut donc reprocher à notre étude de ne pas avoir ciblé les médecins de la reproduction travaillant en libéral et qui sont en première ligne pour le diagnostic de l'infertilité et de ce fait de ses conséquences sur la sexualité des patients. De plus les traitements en libéral comportent majoritairement des stimulations simples et donc des programmations de RS, ce qui peut être pourvoyeur de DS. Cela mériterait sans doute une étude complémentaire, même si le référencement de ces praticiens semble difficile.

Le questionnaire proposé aux médecins de la reproduction présentait quelques imprécisions pouvant induire en erreur les participants. En effet à la question 5, il était demandé si, au cours de la première consultation, la sexualité était abordée. Puis dans la question 9, ils étaient obligés de répondre pourquoi ils ne l'avaient pas évoquée même s'ils avaient répondu favorablement à la question 5. Nous avons cependant tenté de corriger ce biais, via la création des deux groupes AO et AR pour mettre en

évidence les freins du groupe AO. Nous aurions pu préciser la question en rajoutant dans la question une notion de fréquence (souvent, parfois, jamais ...). Quelques médecins nous ont fait remarquer cette imprécision dans les commentaires de notre questionnaire, ce nombre peut nous faire penser que peu de médecins ont été interpellés, puisque beaucoup rencontrent un frein à l'abord de la sexualité.

Notre taux de réponse est relativement satisfaisant pour une étude d'échelle nationale (43,6%). Le sujet de notre étude est novateur, en effet peu d'études sur l'abord de la sexualité par les médecins de la reproduction ont été retrouvées au cours de nos recherches bibliographiques. La plupart des commentaires laissés sur notre page internet montrait un vif intérêt et des encouragements à la réalisation de notre étude. Beaucoup de répondants déploraient l'absence de prise en charge possible dans leur centre.

## Conclusion

L'infertilité est associée à une augmentation des DS féminines et masculines. Notre étude s'est intéressée à l'abord de la sexualité et des DS par les médecins de la reproduction en France. Cette dernière met en lumière le besoin d'améliorer nos stratégies de diagnostic et de prise en charge pour améliorer la qualité de vie de nos patients. Nous devrions pouvoir aider ces couples et chercher à atténuer les problèmes pouvant survenir avec le diagnostic et le traitement.

De nombreuses solutions peuvent être proposées pour aider les médecins de la reproduction à prendre en charge les DS :

- établir un annuaire des sexologues du secteur,
- créer des postes de sexologue référent dans les centres d'AMP,
- intégrer des questionnaires standardisés aux consultations d'AMP,
- inclure une formation courte sur les principales DS dans la formation des médecins de la reproduction.

Une prise en charge sexologique adaptée permettrait en effet aux couples de reconsidérer leur sexualité en tant que sexualité récréative et non en tant que sexualité uniquement procréative. Par conséquent, notre objectif doit être d'aider les couples afin de minimiser l'impact que la prise en charge en AMP pourrait avoir sur leur vie sexuelle et ce, de manière à améliorer leur santé sexuelle et qualité de vie globale. L'AMP est un moyen d'aider à la réalisation d'une famille, projet le plus engageant et important. Le couple conjugal doit être assez fort pour parvenir à être un couple parental épanoui et assez sécurisant pour élever un enfant, d'où l'importance de l'évaluation du bien être global du couple qui passe par la sexualité. La prévention et

la prise en charge des DS se doivent d'être précoces pour aider au mieux nos patients, ainsi qu'une prise en charge psychologique si nécessaire. En effet, en cas de succès, la grossesse et le post-partum peuvent aggraver ces troubles ou en créer d'autres, et les troubles pourraient être encore plus difficiles à gérer en cas d'échec.

## Annexes

### Annexe 1 :

Questionnaire de l'étude « Abords de la sexualité par les médecins de la reproduction en France »

1- Vous êtes un(e)

- Femme
- Homme

2- Vous êtes âgé de :

3- En quelle année avez-vous débuté votre activité de médecine de la reproduction ?

4- en plus de votre activité de médecine de la reproduction, pratiquez-vous ?

- La gynécologie médicale
- La gynécologie obstétrique
- L'endocrinologie
- La sexologie

5- Abordez-vous lors d'une première consultation de PMA, le sujet de la sexualité avec vos patients ?

- Oui toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

6- Au cours de votre suivi, vous abordez la sexualité :

- Pour « programmer les rapport sexuels » au cours de stimulation simple
- Lors de l'évaluation psychologique du vécu du parcours
- Jamais

7- Si vous recherchez des difficultés dans la vie intime, abordez-vous :

- La fréquence des rapports
- Des difficultés en lien à l'érection
- Des difficultés en lien à la pénétration
- Des difficultés en lien à l'éjaculation
- Le sujet du désir

8- Si une dysfonction sexuelle est identifiée, quelles stratégies de prise en charge s'offrent à vous ?

- Un(e) sexologue exerce dans votre établissement
- Un(e) sexologue en libéral
- Vous ne savez pas

9- Si vous n'évoquez pas la sexualité de vos patients, pourquoi ?

- Par respect pour une intimité déjà trop bousculée
- Mal à l'aise
- Désintérêt
- Manque de temps en consultation

10- Vos patients de PMA expriment ils spontanément leurs potentielles dysfonctions sexuelles ?

- Parfois
- Souvent
- Jamais

11- Pensez-vous que la distribution aux patients d'un court questionnaire à la recherche de difficultés dans la vie intime soit une bonne idée (en hôpital de jour, en salle d'attente...)?

- Oui
- Non

12 – Pensez-vous que la mise à disposition de brochures d'information sur la fréquence des dysfonctions sexuelles chez les couples pris en charge en PMA et des possibilités de prise en charge soit une bonne idée ?

- Oui
- Non

13- Vous sentez vous compétent pour prendre en charge les dysfonctions sexuelles de vos patients ?

- Oui
- Non
- 

14- Êtes-vous satisfait des alternatives disponibles dans votre centre pour prendre en charge ces patients ?

- Oui
- Non

15- Pensez-vous avoir besoin d'un annuaire des sexologues de votre secteur ?

- Oui
- Non

16- Pensez-vous qu'un sexologue référent en PMA serait utile dans votre centre ?

- Oui
- Non

Annexe 2 :



RÉCÉPISSÉ

Madame LANGLADE Pauline  
16 RUE GAY LUSSAC  
59110 LA MADELEIE

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À  
UNE MÉTHODOLOGIE DE  
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

**2209020 v 0**

du 22 octobre 2018

**ALIRE IMPÉRATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

**Organisme déclarant**

<b>Nom :</b> Madame LANGLADE Pauline	<b>N° SIREN ou SIRET :</b>
<b>Service :</b>	<b>Code NAF ou APE :</b>
<b>Adresse :</b> 16 RUE GAY LUSSAC	<b>Tél. :</b> 0674309402
<b>Code postal :</b> 59110	<b>Fax. :</b>
<b>Ville :</b> LA MADELEIE	

**Traitement déclaré**

**Finalité :** MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 22 octobre 2018  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

Annexe 3 :



L'Hôpital Jeanne de Flandre,  
ami de toutes les femmes

Le CHU de Lille allie excellence scientifique et prise en charge humaniste :

Une prise en charge globale des femmes à un moment de leur vie, dans le parcours singulier de chacune intégrant les dimensions psychologiques, affectives et sexuelles en parfaite cohésion avec la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle du gouvernement.

LA SANTÉ SEXUELLE DE LA FEMME  
UNE PRIORITÉ AU CHU DE LILLE

L'HÔPITAL  
JEANNE DE FLANDRE,  
Ami des bébés, mais pas seulement...

CHU  
LILLE

Avez-vous pensé à  
LA CONSULTATION  
SANTÉ SEXUELLE  
pour vos patientes ?

La vie affective et sexuelle est une composante essentielle de l'identité féminine et du bien-être des femmes et des couples. La santé sexuelle est un paramètre indissociable de la santé globale.

### Prenons le temps d'aborder le sujet de l'intimité dans nos prises en charge

L'OMS définit la santé sexuelle comme un « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »

### Quelles spécialités sont concernées ?

Toutes !...  
Un projet fédérateur des spécialités et établissements autour de la femme :

Gynécologie, Cancérologie, Obstétrique, Urologie, Médecine Interne, Dermatologie, Psychiatrie, Gastroentérologie, Neurologie, Cardiologie, Néphrologie Neurologie...

### Pour quels symptômes ?

- Un **questionnement**, un besoin de rassurance en lien avec une pathologie récente ou chronique
- Des troubles du désir, des difficultés dans l'accession au plaisir, des douleurs pendant les rapports
- Une **insatisfaction** personnelle dans l'intimité, responsable de souffrance
- L'atteinte à l'intégrité corporelle, la fragilisation narcissique, l'altération de la sensorialité et de l'éroticité du couple, la féminité touchée en plein cœur...
- Une sexualité aussi parfois interrompue...

### La consultation santé sexuelle, c'est quoi ?

- Une meilleure santé vulvovaginale (hydratation et trophicité vulvovaginale...)
- Une écoute humaniste
- Une information sur la vie affective et sexuelle, l'anatomie génitale, le cycle de réponse sexuelle
- Une prise en charge sexo-thérapeutique en cas de dysfonction
- Un lien avec un réseau multidisciplinaire : s'aider d'un thérapeute spécialisé et adapté individuellement à la patiente en cas de besoin (kinésithérapeute, urologue, thérapeute de couple, psychiatre/psychologue, ostéopathe, sage-femme, posturologue, sexologue de secteur)

### Comment prendre RDV avec un sexologue ?

N'hésitez pas à adresser les patientes seules ou en couple en consultation. Les problématiques sont le plus souvent partagées avec le partenaire.

- 2 spécialistes :  
Dr Carine Martin  
Gynécologue médicale - Sexologue clinicienne  
Dr Céline Levasseur  
Médecin - Sexologue clinicienne
- 1 adresse commune :  
cssantesexuelle@chru-lille.fr
- Le site de l'Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie : (<http://www.aius.fr> : rubrique Trouver un sexologue)

Annexe 4 :

**FertiQoL International**  
**Module facultatif sur le traitement**

Avez-vous commenté un traitement de fertilité (cela inclut toute consultation médicale ou intervention) ? Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes. Pour chaque question, cochez la case (✓) correspondant à la réponse qui reflète le mieux vos pensées et vos sentiments. Vos réponses doivent indiquer vos pensées et sentiments actuels. Certaines questions peuvent concerner votre vie privée, mais elles sont importantes pour tenir compte de tous les aspects de votre vie.

Question	Toujours	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Échelle de réponse</b>					
T3	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
T4	Échelle de réponse		Échelle de réponse		Pas du tout
T5	Échelle de réponse		Échelle de réponse		Pas du tout
T6	Échelle de réponse		Échelle de réponse		Pas du tout
<b>Échelle de réponse</b>					
T7	Très insatisfait(e)		Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)		Très satisfait(e)
T8	Très insatisfait(e)		Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)		Très satisfait(e)
T9	Très insatisfait(e)		Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)		Très satisfait(e)
T10	Très insatisfait(e)		Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)		Très satisfait(e)

**FertiQoL International**

Questionnaire sur la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de fertilité (2008)  
 Pour chaque question, veuillez cocher la case (✓) correspondant à la réponse qui reflète le mieux vos pensées et vos sentiments. Vos réponses doivent indiquer vos pensées et sentiments actuels. Certaines questions peuvent concerner votre vie privée, mais elles sont importantes pour tenir compte de tous les aspects de votre vie.

Question	Très mauvais	Mauvais	Ni bon ni mauvais	Bon	Très bon
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Échelle de réponse</b>					
B	Très insatisfait(e)		Satisfait(e)		Très satisfait(e)
<b>Échelle de réponse</b>					
Q1	Complètement		Modérément		Pas du tout
Q2	Complètement		Modérément		Pas du tout
Q3	Complètement		Modérément		Pas du tout
Q4	Complètement		Modérément		Pas du tout
<b>Échelle de réponse</b>					
Q5	Très insatisfait(e)		Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)		Très satisfait(e)
Q6	Très insatisfait(e)		Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)		Très satisfait(e)
<b>Échelle de réponse</b>					
Q7	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q8	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q9	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q10	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q11	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q12	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q13	Toujours		Assez souvent		Jamais
Q14	Toujours		Assez souvent		Jamais
<b>Échelle de réponse</b>					
Q15	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q16	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q17	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q18	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q19	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q20	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q21	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q22	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q23	Extrêmement		Modérément		Pas du tout
Q24	Extrêmement		Modérément		Pas du tout

© European Society of Human Reproduction & Embryology and American Society of Reproductive Medicine



Annexe 5 :

**QUESTIONNAIRE SUR L'ACTIVITE SEXUELLE CHEZ LA FEMME (FSFI®)**

INSTRUCTIONS : Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

**NE COCHEZ QU'UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION.**

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

1. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?
  - 5  = Presque toujours ou toujours
  - 4  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
  - 3  = Parfois (environ une fois sur deux)
  - 2  = Rarement (moins d'une fois sur deux)
  - 1  = Presque jamais ou jamais
  
2. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre **niveau** (degré) de désir sexuel ?
  - 5  = Très élevé
  - 4  = Élevé
  - 3  = Moyen
  - 2  = Faible
  - 1  = Très faible ou inexistant
  
6. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 5  = Presque toujours ou toujours
  - 4  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
  - 3  = Parfois (environ une fois sur deux)
  - 2  = Rarement (moins d'une fois sur deux)
  - 1  = Presque jamais ou jamais
  
7. Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 5  = Presque toujours ou toujours
  - 4  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
  - 3  = Parfois (environ une fois sur deux)
  - 2  = Rarement (moins d'une fois sur deux)
  - 1  = Presque jamais ou jamais
  
8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été **difficile** d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 1  = Extrêmement difficile ou impossible
  - 2  = Très difficile
  - 3  = Difficile
  - 4  = Légèrement difficile
  - 5  = Pas difficile
  
9. Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle **duré** jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 5  = Presque toujours ou toujours
  - 4  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
  - 3  = Parfois (environ une fois sur deux)
  - 2  = Rarement (moins d'une fois sur deux)
  - 1  = Presque jamais ou jamais
  
4. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre **niveau** (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 5  = Très élevé
  - 4  = Élevé
  - 3  = Moyen
  - 2  = Faible
  - 1  = Très faible ou inexistant
  
5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie **sûre** de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 5  = Extrêmement sûre
  - 4  = Très sûre
  - 3  = Moyennement sûre
  - 2  = Peu sûre
  - 1  = Très peu sûre ou pas sûre du tout
  
10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été **difficile** de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?
  - 5  = Presque toujours ou toujours
  - 4  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
  - 3  = Parfois (environ une fois sur deux)
  - 2  = Rarement (moins d'une fois sur deux)
  - 1  = Presque jamais ou jamais
  
11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle
  - 1  = Extrêmement difficile ou impossible
  - 2  = Très difficile
  - 3  = Difficile
  - 4  = Légèrement difficile
  - 5  = Pas difficile
  
12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été **difficile** d'atteindre l'orgasme ?
  - 0  = Aucune activité sexuelle

- 1  = Extrêmement difficile ou impossible  
2  = Très difficile  
3  = Difficile  
4  = Légèrement difficile  
5  = Pas difficile
13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été **satisfaite** de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?
- 0  = Aucune activité sexuelle  
5  = Très satisfaite  
4  = Moyennement satisfaite  
3  = Ni satisfaite, ni insatisfaite  
2  = Moyennement insatisfaite  
1  = Très insatisfaite
14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été **satisfaite** de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?
- 0  = Aucune activité sexuelle  
5  = Très satisfaite  
4  = Moyennement satisfaite  
3  = Ni satisfaite, ni insatisfaite  
2  = Moyennement insatisfaite  
1  = Très insatisfaite
15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été **satisfaite** de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?
- 5  = Très satisfaite  
4  = Moyennement satisfaite  
3  = Ni satisfaite, ni insatisfaite  
2  = Moyennement insatisfaite  
1  = Très insatisfaite
16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été **satisfaite** de votre vie sexuelle en général ?
- 5  = Très satisfaite  
4  = Moyennement satisfaite  
3  = Ni satisfaite, ni insatisfaite  
2  = Moyennement insatisfaite  
1  = Très insatisfaite
17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur **pendant** la pénétration vaginale ?
- 0  = Je n'ai pas eu de rapport sexuel  
1  = Presque toujours ou toujours  
2  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)  
3  = Parfois (environ une fois sur deux)  
4  = Rarement (moins d'une fois sur deux)  
5  = Presque jamais ou jamais
18. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur **après** la pénétration vaginale ?
- 0  = Je n'ai pas eu de rapport sexuel  
1  = Presque toujours ou toujours  
2  = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)  
3  = Parfois (environ une fois sur deux)  
4  = Rarement (moins d'une fois sur deux)  
5  = Presque jamais ou jamais
19. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre **niveau** (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?
- 0  = Je n'ai pas eu de rapport sexuel  
1  = Très élevé  
2  = Élevé  
3  = Moyen  
4  = Faible  
5  = Très faible ou inexistant

## Annexe 6 :

### QUESTIONNAIRE IIEF 15

Ces questions concernent les troubles de l'érection que vous avez éventuellement pu avoir **au cours des quatre dernières semaines**.

Répondez à ces questions de la manière la plus honnête et la plus claire possible.

Répondez à chaque question en choisissant une seule réponse. Si vous n'êtes pas certain de la réponse à donner, choisissez la meilleure réponse possible.

**Q1. Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection au cours de vos activités sexuelles ?**

- 0 = Je n'ai eu aucune activité sexuelle
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

**Q2. Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez eu une érection suite à une stimulation sexuelle, à quelle fréquence ces érections étaient assez rigide pour permettre une pénétration ?**

- 0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

*Les trois questions suivantes concernent les érections que vous avez éventuellement pu avoir au cours des rapports sexuels.*

**Q3. Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous été capable de pénétrer (entrer dans) votre partenaire ?**

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

**Q4. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous obtenu du plaisir lors de vos rapports sexuels ?**

- 0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1 = Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout
- 2 = Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir
- 3 = J'ai éprouvé assez de plaisir
- 4 = J'ai éprouvé beaucoup de plaisir
- 5 = J'ai éprouvé énormément de plaisir

**Q5. Au cours des quatre dernières semaines, lors de votre stimulation sexuelle ou vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous éjaculé ?**

- 0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

**Q10. Au cours des quatre dernières semaines, lors de votre stimulation sexuelle ou de rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous ressenti un orgasme avec ou sans éjaculation ?**

- 0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

*Les questions suivantes concernent le désir sexuel. Celui-ci se définit comme une sensation pouvant inclure le désir d'avoir une expérience sexuelle (par exemple une masturbation ou des rapports), des pensées d'ordre sexuel ou le sentiment d'une frustration du fait de l'absence d'activité sexuelle.*

**Q11. Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?**

- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

**Q4. Au cours des quatre dernières semaines, durant les rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous été capable de maintenir votre érection une fois pénétré (être entré dans) votre partenaire ?**

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

**Q5. Au cours des quatre dernières semaines, durant les rapports sexuels, à quel point a-t-il été difficile de maintenir une érection jusqu'à la fin des rapports ?**

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Extrêmement difficile
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Un peu difficile
- 5 = Pas difficile

**Q6. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels ?**

- 0 = Aucune fois
- 1 = 1 à 2 fois
- 2 = 3 à 4 fois
- 3 = 5 à 6 fois
- 4 = 7 à 10 fois
- 5 = 11 fois et plus

**Q7. Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez tenté d'avoir des rapports sexuels, combien de fois ont-ils été satisfaisants pour vous ?**

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

**Q12. Au cours des quatre dernières semaines, comment coteriez-vous l'intensité de votre désir sexuel ?**

- 1 = Très faible / Absente
- 2 = Faible
- 3 = Moyenne
- 4 = Forte
- 5 = Très forte

**Q13. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle globale ?**

- 1 = Très insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 3 = A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 5 = Très satisfait

**Q14. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfait de votre relation sexuelle avec votre partenaire ?**

- 1 = Très insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 3 = A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 5 = Très satisfait

**Q15. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point êtes-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?**

- 1 = Pas sûr du tout
- 2 = Pas très sûr
- 3 = Moyennement sûr
- 4 = Sûr
- 5 = Très sûr

- 6 à 10 : Dysfonction érectile sévère
- 11 à 16 : Dysfonction érectile modérée
- 17 à 21 : Dysfonction érectile légère à modérée
- 22 à 25 : Dysfonction érectile légère
- 26 à 30 : Absence de dysfonction érectile

## SCORE IIEF5

Ce questionnaire permet d'évaluer votre fonction sexuelle au cours des 6 derniers mois :

### Au cours des six derniers mois :

I. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

II. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

III. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

IV. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Extrêmement difficile
2. Très difficile
3. Difficile
4. Un peu difficile
5. Pas difficile

V. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Interprétation :

Trouble de l'érection sévère (score de 5 à 10), modéré (11 à 15), léger (16 à 20), fonction érectile normale (21 à 25) et non interprétable (1 à 4).

Annexe 7 :

- Golombock–Rust Inventory of Sexual Satisfaction—Male (GRISS-M)
1. Do you have sexual intercourse more than twice a week?
  2. Do you find it hard to tell your partner what you like and dislike about your sexual relationship?
  3. Do you become easily sexually aroused?
  4. Are you able to delay ejaculation during intercourse if you think you may be coming too quickly?
  5. Are you dissatisfied with the amount of variety in your sex life with your partner?
  6. Do you dislike stroking and caressing your partner's genitals?
  7. Do you become tense and anxious when your partner wants to have sex?
  8. Do you enjoy having sexual intercourse with your partner?
  9. Do you ask your partner what she likes and dislikes about your sexual relationship?
  10. Do you fail to get an erection?
  11. Do you feel there is a lack of love and affection in your sexual relationship with your partner?
  12. Do you enjoy having your penis stroked and caressed by your partner?
  13. Can you avoid ejaculating too quickly during intercourse?
  14. Do you try to avoid having sex with your partner?
  15. Do you find your sexual relationship with your partner satisfactory?
  16. Do you get an erection during foreplay with your partner?
  17. Are there weeks in which you do not have sex at all?
  18. Do you enjoy mutual masturbation with your partner?
  19. If you want sex with your partner, do you take the initiative?
  20. Do you dislike being cuddled and caressed by your partner?
  21. Do you have sexual intercourse as often as you would like?
  22. Do you refuse to have sex with your partner?
  23. Do you lose your erection during intercourse?
  24. Do you ejaculate without waiting to almost as soon as your penis enters your partner's vagina?
  25. Do you enjoy cuddling and caressing your partner's body?
  26. Do you feel uninterested in sex?
  27. Do you ejaculate by accident just before your penis is about to enter your partner's vagina?
  28. Do you have feelings of disgust about what you and your partner do during lovemaking?

- Golombock–Rust Inventory of Sexual Satisfaction—Female (GRISS-F)
1. Do you feel uninterested in sex?
  2. Do you ask your partner what he likes or dislikes about your sexual relationship?
  3. Are there weeks in which you do not have sex at all?
  4. Do you become easily sexually aroused?
  5. Are you satisfied by the amount of time you and your partner spend on foreplay?
  6. Do you find that your vagina is so tight that your partner's penis cannot enter it?
  7. Do you try to avoid having sex with your partner?
  8. Are you able to experience an orgasm with your partner?
  9. Do you enjoy cuddling and caressing your partner's body?
  10. Do you find your sexual relationship with your partner satisfactory?
  11. Is it possible to insert your finger in your vagina without discomfort?
  12. Do you dislike stroking and caressing your partner's penis?
  13. Do you become tense and anxious when your partner wants to have sex?
  14. Do you find it impossible to have an orgasm?
  15. Do you have sexual intercourse more than twice a week?
  16. Do you find it hard to tell your partner what you like and dislike about your sexual relationship?
  17. Is it possible for your partner's penis to enter your vagina without discomfort?
  18. Do you feel there is a lack of love and affection in your sexual relationship with your partner?
  19. Do you enjoy having your genitals stroked and caressed by your partner?
  20. Do you refuse to have sex with your partner?
  21. Can you reach orgasm when your partner stimulates your clitoris during foreplay?
  22. Do you feel dissatisfied with the amount of time your partner spends on intercourse itself?
  23. Do you have feeling of disgust about what you do during lovemaking?
  24. Do you find that your vagina is rather tight so that your partner's penis cannot penetrate very far?
  25. Do you dislike being cuddled and caressed by your partner?
  26. Does your vagina become moist during lovemaking?
  27. Do you enjoy having sexual intercourse with your partner?
  28. Do you fail to reach orgasm during intercourse?

## Références bibliographiques

1. Giami A. Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels. *Sexologies*. 1 juill 2015;24(3):105-13.
2. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Hum Reprod* nov 2015;30(11):2476-85.
3. Wischmann T. Sexual disorders in infertile couples. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1 juin 2013;25(3):220-2.
4. Mimoun S. Psychologie masculine et PMA. *Basic Clin Androl* [Internet]. 1 déc 1995 [cité 19 févr 2019];(Volume 5, Issue 4). Disponible sur: <http://paperity.org/p/31043007/psychologie-masculine-et-pma>
5. Kerneis O. Les troubles sexuels à l'origine d'une infertilité sont-ils une indication ou une contre-indication de l'A.M.P.? *Andrologie*. mars 2004;14(1):11.
6. Huyghe E, Bonal M, Daudin M, Droupy S. Dysfonctions sexuelles et infertilité. *Prog En Urol*. 1 juill 2013;23(9):745-51.
7. Piva I, Monte GL, Graziano A, Marci R. A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 août 2014;19(4):231-7.
8. Mendonça CR de, Arruda JT, Noll M, Campoli PM de O, Amaral WN do. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 août 2017;215:153-63.
9. Bechoua S, Hamamah S, Scalici E. Male infertility: an obstacle to sexuality? *Andrology*. 2016;4(3):395-403.

10. Peng T. The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australas Med J.* 30 nov 2011;620-7.
11. 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. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 juill 2004;32(7):624-37.
12. Reder F, Fernandez A, Ohl J. Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 sept 2009;38(5):377-88.
13. Chevret-Méasson M. Le vécu de l'homme infertile. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2007;36:89-91.
14. Drake TS, Grunert GM. A Cyclic Pattern of Sexual Dysfunction in the Infertility Investigation. *Fertil Steril.* 1 nov 1979;32(5):542-5.
15. Biographie Alain Giami [Internet]. Assises de sexologie 2019. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: <https://assises-sexologie.fr/bio-alain-giami/>
16. Duflot N. Les dossiers de « H » : la féminisation de la médecine – ISNI [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.isni.fr/2014/11/20/les-dossiers-de-h-la-feminisation-de-la-medecine/>
17. Collier F. Quand le désir d'enfant est là : quelle sexualité pour le couple ? *Sexologies.* 1 juill 2010;19(3):170-4.
18. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* janv 2004;63(1):126-30.
19. Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Évaluation psychologique et sexologique du couple infertile. *Sexologies.* 1 janv 2010;19(1):48-52.

20. Hammarberg K, Astbury J, Baker H. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod Oxf Engl*. févr 2001;16(2):374-83.
21. Brandes M, van der Steen JOM, Bokdam SB, Hamilton CJCM, de Bruin JP, Nelen WLDM, et al. When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Hum Reprod*. déc 2009;24(12):3127-35.
22. 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. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 janv 2009;37(1):25-32.
23. Luk BH-K, Loke AY. The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(6):610-25.
24. Davari Tanha F, Mohseni M, Ghajarzadeh M. Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. *Int J Impot Res*. août 2014;26(4):132-4.
25. Marci R, Graziano A, Piva I, Lo Monte G, Soave I, Giugliano E, et al. Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure? *Health Qual Life Outcomes*. 23 nov 2012;10:140.
26. Salama S, Boitrelle F, Gauquelin A, Jaoul M, Albert M, Bailly M, et al. Sexualité et infertilité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 déc 2012;40(12):780-3.
27. Levitas E, Lunenfeld E, Weiss N, Friger M, Har-Vardi I, Koifman A, et al. Relationship between the duration of sexual abstinence and semen quality: analysis of 9,489 semen samples. *Fertil Steril*. juin 2005;83(6):1680-6.
28. Wilcox AJ, Baird DD, Dunson DB, McConaughey DR, Kesner JS, Weinberg CR. On the frequency of intercourse around ovulation: evidence for biological influences. *Hum Reprod*. juill 2004;19(7):1539-43.

29. Wunsch S. Rôle et importance des processus de renforcement dans l'apprentissage du comportement de reproduction chez l'Homme. [Internet] [phdthesis]. Ecole pratique des hautes études - EPHE PARIS; 2007 [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00447422/document>
30. Mazoyer A-V, Bourdet-Loubère S. Devenir des couples après un parcours en assistance médicale à la procréation (AMP) sans obtention de grossesse. *Divan Fam.* 24 août 2012;N° 28(1):159-69.
31. Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci.* janv 2000;54(1):1-7.
32. Shindel AW, Nelson CJ, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Sexual Function and Quality of Life in the Male Partner of Infertile Couples: Prevalence and Correlates of Dysfunction. *J Urol.* 1 mars 2008;179(3):1056-9.
33. Lotti F, Corona G, Rastrelli G, Forti G, Jannini EA, Maggi M. Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility. *J Sex Med.* oct 2012;9(10):2698-707.
34. Hurwitz MB. Sexual dysfunction associated with infertility. A comparison of sexual function during the fertile and the non-fertile phase of the menstrual cycle. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 15 juill 1989;76(2):58-61.
35. Gao J, Zhang X, Su P, Liu J, Shi K, Hao Z, et al. Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *J Sex Med.* août 2013;10(8):1935-42.
36. Barazani Y, Stahl PJ, Nagler HM, Stember DS. Management of ejaculatory disorders in infertile men. *Asian J Androl.* juill 2012;14(4):525-9.
37. Ciocca G, Limoncin E, Mollaioli D, Gravina GL, Carosa E, Di Sante S, et al. SIAMS survey on sexological screening during the assisted reproductive technologies in Italy. *J Endocrinol Invest.* sept 2015;38(9):999-1005.

38. Gamet M-L. À propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la procréation (AMP). *Sexologies*. 1 avr 2008;17(2):102-12.
  
39. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function: *Journal of Sex & Marital Therapy*: Vol 26, No 2 [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/009262300278597>
  
40. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1 juin 1997;49(6):822-30.
  
41. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol*. 1985;24(1):63-4.

**AUTEUR : Nom : LANGLADE**

**Prénom : Pauline**

**Date de Soutenance : 13 mai 2019**

**Titre de la Thèse : Évaluation de l'abord de la sexualité par les médecins de la reproduction en France.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Gynécologie, Sexologie, Médecine de la reproduction**

**DES + spécialité : Gynécologie médicale**

**Mots-clés : AMP, sexualité, médecins de la reproduction, abord.**

**Résumé :**

Introduction : De nombreuses études ont révélé l'impact négatif de l'AMP sur la vie sexuelle des patients. De nombreux patients sont concernés par cette altération de leur qualité de vie. Il apparaît nécessaire d'interroger les patients et de les orienter pour leur apporter une prise en charge de leur santé sexuelle et reproductive.

Matériel et méthodes : Au cours de l'étude (quantitative, prospective, multicentrique, de décembre 2018 à février 2019), nous avons contacté tous les secrétariats des centres d'AMP cliniques recensés par l'ABM pour que ces derniers diffusent le questionnaire à leurs différents médecins par mail. Le questionnaire était disponible sur un site internet dédié et il a également été diffusé sur la page d'accueil du site de la Société de Médecine de la Reproduction.

Résultats : Nous avons recueilli 171 réponses au questionnaire qui comportait 16 items. Les médecins ayant répondu étaient pour 89% des femmes, l'âge médian était de 34 ans [28-64]. 56% abordent toujours la sexualité au cours de leur première consultation, 30% souvent, 14% parfois. Nous avons établi deux groupes d'étude. Le groupe Abord Régulier (AR) qui comprend les médecins (n= 147) ayant répondu « oui, toujours » et « souvent ». Et le groupe Abord Occasionnel (AO) pour ceux (n=24) ayant répondu « parfois ». Le groupe AR aborde moins souvent la programmation des rapports sexuels que le groupe AO (72% versus 91% respectivement, p=0,029). On trouve des différences significatives entre les deux groupes AR et AO pour la recherche de la fréquence des rapports sexuels (99% versus 83%), les troubles de la pénétration (53% vs 29%) et les troubles du désir (42% vs 21%). 37% et 21% ont un sexologue dans leur centre, 64% et 67% adressent les patients en libéral. Et 9% et 17% ne savent pas à qui ni où les adresser. 93% et 75% des groupes AR et AO pensent qu'un sexologue en AMP serait utile dans leur centre.

Conclusion : Cette étude met en exergue le manque d'intérêt et de moyens humains pour la prise en charge sexologique des patients. Nos résultats peuvent inciter les médecins de la reproduction à améliorer la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des patients, pour permettre aux couples conjugaux de s'épanouir au mieux en couples parentaux.

**Composition du Jury :**

**Président :**

**Pr Didier DEWAILLY**

**Assesseurs :**

**Pr Sophie CATTEAU-JONARD**

**Dr Geoffroy ROBIN**

**Dr Carine MARTIN**