



LA FEMME, L'HOMME ET L'INFERTILITÉ

Cours du vendredi 9 novembre 2012 à 14:30 par Dr Marie CHEVRET-MEASSON

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

I - LA MAÎTRISE DE LA CONCEPTION : ILLUSION OU RÉALITÉ ?

II - LES NOUVELLES NORMES DE LA SOCIÉTÉ

A - Les nouvelles normes sociales de la sexualité

B - Les nouvelles normes sociales de la fécondité

C - Les nouvelles normes de la maternité

D - Le désir d'enfant VS le besoin d'enfant

III - LA CONSULTATION D'AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

A - Le premier contact

B - La différence entre les hommes et les femmes face à l'infertilité

C - Du point de vu de la femme

Le causes de l'infertilité féminine

Le vécu de la femme qui souffre d'infertilité

Et après ?

Faire le deuil, c'est possible

D - Du point de vu de l'homme

Les causes de l'infertilité masculine

Le vécu de l'homme qui souffre en silence

Le rôle du soignant pour l'homme

Les deux types de réaction du mari vis-à-vis de sa femme

E - Du point de vu du couple

IV - PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE ET SEXUALITÉ

A - Les troubles sexuels à l'origine de l'infertilité

1 - Les troubles sexuels masculins (TOUS)

2 - Les troubles sexuels féminins (Le vaginisme)

3 - Les troubles sexuels du couple (Le mariage non consommé)

B - L'infertilité à l'origine des troubles de la sexualité

Les troubles masculins

Les troubles féminins

C - Les gynécologues face à ces demandes de « normalité »

V - LE RÔLE DU SEXOLOGUE

A - Pour l'homme

B - Pour la femme

C - Pour le couple

D - Pour l'enfant

CONCLUSION

Les facteurs biopsychosociaux indispensables à prendre en compte pour une sexothérapie sont les mêmes que pour accepter une PMA sans danger :

Aujourd'hui la PMA est un dû :

Devant ces glissements sociaux et ces progrès scientifiques :

POUR EN SAVOIR PLUS

LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN

BIBLIOGRAPHIE

PRÉAMBULE

L'infertilité se définit comme l'incapacité de concevoir et de mener à terme une grossesse après 12 mois de relations sexuelles sans contraception. Elle entraîne un impact sur différentes facettes de la vie d'un couple, et peut affecter les dimensions affectives, psychologiques (identité sexuelle, estime de soi, image corporelle), socio culturelle (rôle sexuel) et biologique (réponse sexuelle, reproduction) de la sexualité humaine.

La maîtrise de la fertilité, obtenue de haute lutte il y a quelques décennies, concernait le désir légitime de ne pas avoir d'enfant hors projet. Personne n'a alors réalisé que l'acquisition de cette maîtrise ne se doublait pas de l'autre facette : faire un enfant à volonté quand il était souhaité.

C'est la douloureuse surprise à laquelle se heurtent les couples dont le projet tardif est contrarié par leur corps et les années.

Depuis 20-40 ans la vision de l'enfant a changé :

- C'est devenu la raison de vivre, de travailler
- Parfois dans l'emprise parentale comblant le narcissisme maternel
- Pris pour un « petit adulte » : on le laisse partager les émotions adultes
- Sur-valorisation de l'enfant, sur-valorisation affective, hyperprotection (surtout si on a eu du mal à l'avoir)
- L'enfance est devenu un idéal, un but en soi
- Syndrome de Peter Pan : c'est moins bien quand on est grand...

I - LA MAÎTRISE DE LA CONCEPTION : ILLUSION OU RÉALITÉ ?

On est dans une société où la conception doit être maîtrisée, c'est-à-dire qu'il faut que ce soit le bon moment pour mettre en route un enfant. Certains couples à cause de simples malentendus vont avoir du mal à se décider, surtout si la femme attend une grande

déclaration alors que l'homme pour montrer qu'il est prêt va simplement parler d'un projet de prendre une nouvelle voiture plus grande etc...

Cette maîtrise de la conception entraîne le fait que la sexualité est également programmée : tests, conseils, internet, on en parle entre copines etc...

Les chiffres du bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) Juin 2011.

En 2008: 20136 enfants sont nés suite à une Aide Médicale à la Procréation (AMP), dont 18920 sont nés avec des gamètes du couple dans le cadre d'une AMP intraconjugale.

Sur 100 couples qui débutent une FIV:

- 41 auront un enfant grâce à la FIV
- 59 n'en n'auront pas dans le cadre de la FIV:
- 7 en auront avec un autre traitement,
- 11 en auront naturellement,
- 11 en adopteront un
- et 30 couples n'auront pas d'enfant.

Même si l'AMP présente un léger surrisque de prématurité et de mortalité néonatale mais également une augmentation significative de malformations congénitales, il ressort de cette publication que les développement staturo pondéral et psychomoteur des enfants nés au cours d'une AMP est identique à ceux des enfants conçus naturellement.

II - LES NOUVELLES NORMES DE LA SOCIÉTÉ

Les nouvelles normes sociales diffusées par les medias remplacent les règles religieuses.

On a également les tendances du « tout bio », « tout ecole », « tout psychologique » etc et après on va se retrouver avec des parents ravagés devant l'injustice lorsqu'ils se retrouvent malheureusement avec un diagnostic de polyformation nécessitant une ITG (alors que la voisine qui fume et boit à eu 3 grossesses normales par exemple)...

A - Les nouvelles normes sociales de la sexualité

La sexualité doit être épanouie avant d'avoir un enfant :

- Il faudrait que les couples vivent en parfaite harmonie, se lèvent le matin directement avec l'envie de tirer un coup et idem en rentrant du travail. Hors cela ne se passe pas comme ça : il faut que le couple mette en place des moments appropriés
- Le plaisir féminin « normal » devrait être le plaisir coïtal, alors que le vagin est la zone la moins appropriée pour donner un orgasme
- À l'heure actuelle c'est plus simple d'aller demander conseil sur sa sexualité que sur le problème sous-jacent (problème de couple, problème de stress au travail...). Il y a une banalisation de la sexologie et si on consulte un sexologue la démarche semble plus facile car on le fait « pour l'autre »

B - Les nouvelles normes sociales de la fécondité

- Il doit y avoir un « désir d'enfant » partagé par les deux membres du couple
- Un arrêt de la contraception devrait entraîner une fécondation dans les 3 mois
- Un couple sur deux utilise des « techniques scientifiques » pour mettre en route un enfant
- Un couple sur deux annonce déjà à l'avance à tout l'entourage qu'ils y pensent, qu'elle arrête la contraception, qu'il va vendre la moto etc...

C - Les nouvelles normes de la maternité

- Tout enfant doit être DÉSIÉ, doit naître au bon moment (si c'est 6 mois trop tôt ça sera une grossesse non désirée)
- Une grossesse doit être ÉPANOUIE (on doit se sentir mieux que d'habitude sinon c'est une grossesse ratée)
- Tout accouchement doit être RÉUSSI (On a des accouchements réfléchis et programmés comme si c'était un mariage, si il y a conversion en césarienne au dernier moment alors l'accouchement est raté)
- Tout enfant doit être un bonheur de tous les instants

Au final on a un surinvestissement de l'enfant d'un côté et un effritement des liens symboliques de l'autre : divorces, abandon des liens familiaux...

D - Le désir d'enfant VS le besoin d'enfant

On est dans une régression du désir à l'état de besoin, à une quête désespérée pour affirmer sa toute-puissance plus que son amour. La recherche du partenaire « idéal » selon des critères précis dictés par l'idée de trouver un père ou une mère modèle pour sa future progéniture peut aboutir à des « grossesses surprises » dans un nouveau couple fondé sur le désir et non sur des critères parentaux ou raisonnés chez des patients après des années de traitement pour la fertilité...

Si on ne peut plus parler de désir d'enfant alors qu'en est-il du désir sexuel ?

III - LA CONSULTATION D'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION

Les consultations d'Aide Médicale à la Procréation (AMP), en France, se font dans les services de gynécologie, qui sont logiquement des endroits dédiés aux problèmes de la femme avec des spécialistes des maladies de la femme.

Hors, un enfant se fait théoriquement à deux. Qu'elle est la place de l'homme dans ces consultations ? Est-ce que l'on s'intéresse à lui ou à son spermogramme ? Si l'homme est absent à la consultation est-ce que c'est parce qu'il se sent coupable ou exclu ? Si il est présent, est-ce qu'il ne va pas l'être un peu trop par rapport au contexte ? Lors de la

consultation en couple, est-ce que c'est la femme qui consulte ou l'homme ou le couple ?

Cela serait bien qu'il y ait systématiquement une consultation effectuée par un andrologue pour l'homme pendant que le gynécologue s'occupe de la femme, mais pour l'instant cela ne marche pas ainsi.

A - Le premier contact

- Il est capital car il conditionne la qualité de la prise en charge ultérieure.
- Il sert à rassurer, démystifier, corriger les idées erronées.
- Il va permettre d'expliquer certains points très importants, notamment techniques, comme le fait que le spermogramme se fait après 3 jours d'abstinence exactement (pas 2, pas 4).
- On va toujours demander aux patients leurs hypothèses sur l'idée du problème.

Cette consultation de débrouillage aurait d'ailleurs très bien pu être faite par le médecin traitant avant de l'adresser à la consultation d'AMP.

B - La différence entre les hommes et les femmes face à l'infertilité

L'homme :

- À rarement imaginé pouvoir avoir des problèmes de fertilité
- Alors que pour être fertile il doit avoir tout la séquence sexuelle de fonctionnelle : désir, excitation, pénétration et éjaculation intra-vaginale

La femme :

- S'est souvent inquiétée de ses possibilités de fertilité
- Alors que pour elle même une pénétration non désirée peut entraîner une grossesse

Face à l'infertilité, la douleur de la femme est bruyante alors que celle de l'homme est cachée.

C - Du point de vu de la femme

Le causes de l'infertilité féminine

Dans les stérilités inexplicées (en dehors de toute cause organique), un grand nombre de femmes avouent avoir subi des Abus Sexuels de l'Enfance.

Les abus sexuels ont des conséquences directes sur la sexualité avec des comportements sexuels de type prostitution, choix de l'homosexualité (chez les femmes) en plus des problèmes de dépression et de perte d'estime de soi.

Parfois, il s'agit d'incestuel, que l'on assimile à de « l'inceste moral » à savoir un climat psychique et interactionnel incestueux sans passage à l'acte génital mais qui entraîne une

confusion des individus et des générations avec souvent un déni de la part du pervers. C'est l'intentionnalité perverse (excitation de l'adulte) sous-tendant le comportement et dans le déni qui le scelle qui constituent l'abus.

Le viol, c'est toute pénétration par quelque moyen que ce soit.

Le vécu de la femme qui souffre d'infertilité

La femme va souffrir dans :

- Son identité (si elle ne peut pas avoir d'enfant elle n'est pas une femme)
- Son image du corps (elle imagine son corps mal foutu)
- Son estime de soi

Elle peut avoir une réaction dépressive car elle culpabilise vis-à-vis du conjoint, des parents, des beaux-parents etc...

Normalement on a droit qu'à 4 FIV (remboursées), mais il y a un certain nombre de femmes qui continuent après ces 4 essais. Elles ont en général un discours où l'enfant est absent et où la maternité sera plus assimilée à un besoin, une maîtrise. Cela devient parfois une raison de vivre, un contournement de la castration avec une idéalisation, une fixation...

Chez ces femmes qui insistent au-delà du raisonnable, le fait d'y arriver n'a pas forcément pour but l'enfant avec parfois comme cas extrême une IVG à la clé une fois qu'elle est enceinte.

Et après ?

» Malgré onze années de recul, je garde un sentiment d'abandon et de grande frustration, témoigne Marie, 51 ans. Arriver si près du but sans l'atteindre, c'est atroce. J'ai fait dix FIV et j'aurais continué si mon mari, qui craignait pour ma santé, ne me l'avait interdit. C'est comme une drogue, on se dit que la prochaine, c'est la bonne. C'est trop dur d'accepter d'avoir fait tout ça pour rien ! «

Faire le deuil, c'est possible

C'est pour vous dire au revoir. J'ai mes règles depuis une heure. C'est terminé pour moi, la PMA, le combat pour avoir un bébé après 3 IACs, 4 FIV et 3 fausses couches je referme ce chapitre. Il va maintenant falloir que je vive sans enfant, je vais y arriver, je vais avoir d'autres buts dans la vie, il le faut. Je voulais vous remercier pour tout votre soutien, vous m'avez vraiment aidé, c'est juste la vie, ma vie, ma destinée. J'ai mal, très mal mais il faut que je continue à vivre parce que c'est comme cela que ça se passe. Je vais sûrement vivre de beaux moments, je serais même sûrement heureuse mais sans enfant. Je voulais vous remercier pour tous vos messages et terminer ce blog sur une note joyeuse, je vais bien, je suis en train de me renseigner pour être bénévole avec l'Unicef ou les Nations Unies pour donner un sens à ma vie. Cela aboutira peut être à quelque chose de beau.

D - Du point de vu de l'homme

Les causes de l'infertilité masculine

En dehors des causes organiques (agénésie bilatérale des canaux déférents azoospermie etc), les causes psychologiques retrouvées sont essentiellement en rapport avec des événements fragilisant la filiation symbolique : décès parentaux précoces, départ précoce du père, rupture ou mésentente grave père-fils et même dans la génération précédente (transmission du traumatisme) ainsi que la perte du père à l'adolescence (alcool, jeu) et la dévaluation pour violences, abandon...

Le vécu de l'homme qui souffre en silence

- S'il est responsable il ne se sent pas un homme avec un sentiment de honte, de perte de masculinité et de virilité avec ses conséquences sexuelles, un vécu « d'impuissance », un mutisme avec l'enterrement dans le secret
- Qu'il soit responsable ou non il ne parlera pas de sa souffrance car il considère qu'elle n'est pas grand chose comparée à celle de sa compagne qui « subit » des traitements plus l'ours et qu'il ressent sa propre participation comme minime
- Ce sentiment est encore pire dans les cas de FIV pour raison masculine
- L'homme va chercher des solutions et être en général le premier à proposer le don de sperme (IAD), peut-être par amour ou par peur de l'abandon ?
- Ou alors il fuit

Le rôle du soignant pour l'homme

- Lui permettre de parler de ses doutes et de sexualité dans une consultation spécifique : andrologue ou accompagnement
- En couple, lui redonner un rôle d'homme : fonction de soutien social et de tiers séparateur entre la femme et l'emprise que prend pour elle le fait d'avoir un enfant : poser l'arrêt des traitements par exemple, prendre des vacances etc. En général, quand la femme commence à se projeter dans un projet de grossesse assistée elle arrête systématiquement tout le reste. À la charge du mari de la soutenir et remettre au goût du jour les activités externes.

Les deux types de réaction du mari vis-à-vis de sa femme

1. Celui qui « maternelle » sa compagne et qui s'exclut socialement par peur de blesser sa femme (si les amis parlent de couche culotte lors des dîners par ex...)
2. Celui qui fuit dans des activités sportives, associatives, informatiques ou n'importe quoi...

→ c'est peut-être pourtant le second type qui garde le plus son désir

E - Du point de vu du couple

Les deux grands liants du couple vont être :

1. Le secret (mon sperme n'est pas bon ou mes ovaires ne fonctionnent pas mais c'est notre secret à nous)
2. La qualité supposée de leur amour (car il passe par des épreuves)

Ces couples qui malgré toutes ces épreuves restent ensemble et mettent leur amour en avant vont inconsciemment s'imaginer que s'ils réussissent à procréer leur couple ne sera plus aussi fort (surtout dans les consultations d'amour non consommé).

IV - PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE ET SEXUALITE

L'infertilité et la sexualité interagissent de différentes façons : les dysfonctions sexuelles peuvent causer une infertilité, et inversement l'infertilité peut entraîner des difficultés ou des dysfonctions sexuelles.

Il y a toute une symbolique sexuelle dans la PMA :

- Le prélèvement de sperme correspond à de la MASTURBATION
- La stimulation folliculaire induit un rapport sexuel sur commande
- L'insémination artificielle par sperme du conjoint (I.A.C.) représente la symbolique du rapport sexuel
- Le transfert d'embryon, la symbolique de mère porteuse
- L'insémination artificielle par sperme de donneur (I.A.D.) a pour symbolique l'adultère

A - Les troubles sexuels à l'origine de l'infertilité

10% des cas découlent d'une dysfonction sexuelle masculine

1 - Les troubles sexuels masculins (TOUS)

TOUS les troubles sexuels masculins (mis à part l'éjaculation prématurée) peuvent entraver la fertilité, notamment :

- les troubles du désir (IDS),
- les troubles de l'érection (DE),
- l'éjaculation ante portas,
- l'anejaculation

2 - Les troubles sexuels féminins (Le vaginisme)

- Seul le vaginisme entrainera un problème de conception.
- Les dyspareunies et l'anorgasmie n'ont pas de retentissement direct sur la fertilité,

mais doivent être traités.

Le vaginisme est une maladie de l'intrusion (de dehors en dedans), donc pour l'accouchement il n'y a pas de problème puisque ça se passe de dedans en dehors. Comme le TV est impossible, on s'en passera tout simplement durant le travail (comme c'est le cas en Angleterre) puisque de toutes façons cela n'est en aucun cas indispensable à la surveillance de l'accouchement. Il est également inutile de proposer une césarienne de manière systématique et au contraire le fait qu'elle se rende compte qu'un enfant puisse passer par là peut débloquent qqch.

On est de plus en plus tolérant envers le vaginisme et la PMA, surtout qu'en général le délai de consultation est très long (5 ans en moyenne avant que la femme atteinte de vaginisme se décide à consulter) ce qui fait qu'en fonction de l'âge à laquelle ils consultent on proposera la thérapie si elle est jeune ou la seringue d'abord si la patiente commence à être un peu âgée (car dans ce cas sinon retarde encore la procréation avec une thérapie de 3 ans on diminue encore le chance de fertilité).

3 - Les troubles sexuels du couple (Le mariage non consommé)

C'est essentiellement le **mariage non consommé** (MNC) qui représente **5% à 10%** des consultations

Face à une demande de procréation médicalement assistée dans le cas d'un mariage non consommé il faut distinguer 2 types de couples :

- Ceux qui ont des rapports sexuels (sans pénétration) et qui ont en général une sexualité riche car ils ont dû trouver d'autres alternatives. Ceux-là on va plutôt avoir tendance à leur donner des trucs et astuces pour les inciter à réaliser une insémination « sous les draps » (un peu de sperme du mari dans une seringue, le tour qu'on balance dans le vagin et le tour est joué)
- Ceux qui n'ont pas du tout de rapport et à qui cela convient aux deux et qui se posent la question d'avoir un enfant plus par convention sociale (ça fait X années qu'on est mariés) : ceux-là il ne faut surtout pas tenter quoi que ce soit de concret. Ces patients là vont plutôt être dans l'attente d'un « miracle » alors on va opter pour une stratégie consistant à les laisser dans le vague en leur proposant de les décontracter si on entend parler d'une nouvelle technique révolutionnaire/miraculeuse...

Au départ il était préconisé de faire des thérapies aux couples des MNC avant de proposer la PMA, mais en fait en suivant la règle ci-dessus et en proposant des techniques d'insémination « sous les draps » on se rend compte que les femmes qui arrivent à avoir une grossesse et un enfant seront ensuite plus motivés à suivre une vraie thérapie que si on les avaient forcé par le biais d'un chantage (on fait la thérapie et ensuite on voit pour l'enfant).

B - L'infertilité à l'origine des troubles de la sexualité

Il est presque impossible que la sexualité demeure intacte lors d'un démarche de prise en

charge d'une infertilité, même si il peut y avoir une rare augmentation de la sexualité (10%), le plus souvent transitoire.

Souvent la diminution est plus qualitative que quantitative.

La démarche dans l'infertilité influence le vécu sexuel du couple, puisque le système reproducteur représente le focus des dysfonctions et de l'examen.

Les troubles masculins

- Les plaintes vont essentiellement porter sur les symptômes masculins (troubles du désir, troubles de l'érection ou trouble de l'éjaculation) mais le problème c'est que les femmes pensent que c'est bandant pour un homme de faire un enfant alors que c'est loin d'être le cas puisqu'à partir de ce moment la sexualité se fera en général sur commande avec l'exemple typique du mari qui reçoit un SMS pour rejoindre en urgence sa femme parce que le thermomètre a pris +1°C.
- Les relations sexuelles prennent un tout autre sens, leur but devient la grossesse plutôt que le plaisir, et ce dernier s'en voit affecté. Les demandes du corps médical amènent les couples à voir les relations sexuelles comme une performance, comme un test qui sera ensuite évalué par les spécialistes. Le sexe ne fait que rappeler la douleur liée à l'infertilité. Les relations deviennent moins spontanées, puisque programmées par des tiers. Des DS peuvent apparaître (DE EP et anorgasmie) les érections reviennent une fois que les pressions reliées à la performance sont enlevées.

Les troubles féminins

- De plus en général les femmes prétendent que de leur côté tout est normal et qu'elles font tout bien
- Le cycle féminin habituel est remplacé par le cycle espoir-déception lors des règles, qui peuvent amener certains couples à mettre de côté les relations sexuelles afin de s'éviter ces montagnes russes émotives. Malgré l'information sur la fréquence des DS dans la population infertile, le ressenti des couples a longtemps été négligé.

Pasini qualifie les conséquences des traitements de l'infertilité comme « narcose de l'érotisme » ¹.

On est dans une iatrogenie collective (la parfaite inconnue du forum internet qui donnera ses conseils « si vous faisiez ci ou ça, va irait mieux... »), gynécologique (prendre 3 rdv à 3 endroits le jour où on a ses règles...) et médicale (aller chercher en avance les ampoules à la pharmacie et ne pas oublier de les prendre exactement 15 jours après etc...)

C - Les gynécologues face à ces demandes de « normalité »

- Sont conscients des enjeux autres que médicaux et biologiques
- Sont formés aux compétences techniques mais sont en difficulté pour les compétences relationnelles nécessaires

Il y a une nécessité de formation dans les facultés et de collaboration avec des psychologues acceptant de parler et de donner des avis.

- Par exemple, les vulvodynies sont des pathologies encore plus fréquentes que le vaginisme et les femmes qui en sont atteintes rencontrent en France 4,2 spécialistes en moyenne avant qu'on leur pose un diagnostic et c'est en général les dermatologues, les gynécologues ou les sexologues qui s'en occupent alors qu'un examen de la vulve et un bon interrogatoire permet de faire facilement le diagnostic et qu'un traitement local permettra d'améliorer les symptômes.
- Le cancer de la prostate à 45 ans est dramatique pour la sexualité du patient qui s'entend dire par l'urologue qu'il doit apprendre à vivre sans sexualité (et même à 70 ans cela reste un problème tout aussi valable avec des patients qui en souffriront tout autant)

V - LE ROLE DU SEXOLOGUE

A - Pour l'homme

- Lui permettre de parler de ses doutes et problèmes dans une consultation à lui (andrologue ou psychiatre)
- Être pédagogue (notamment pour le prélèvement) avec la réaffirmation des fantasmes nécessaires, la nécessité de se « décoller » un peu, de vivre etc...
- Souvent l'homme n'ose pas fantasmer pendant le prélèvement ou le jour du rapport avec sa femme
- Il y a un travail sur l'estime de soi à faire
- On peut proposer des traitements :
 - Les IPD5 (Inibiteurs de la Phospho-Diestherase de type 5) comme le Viagra(R), le Cialis(R) ou le Levitra(R) qui ne créent pas une érection mais permettent de soutenir une érection voulue. Il existe du Cialis(R) à petite dose qu'on va prendre quotidiennement plutôt que de devoir planifier la prise du médicament 15 min avant le rapport... Fin 2014 le Viagra(R) sera générique à 1€ le comprimé
 - Les IRS (Inhibiteurs de la Recapture de la Serotonine) qui sont des anti-dépresseurs

B - Pour la femme

- Supporter les pleurs (boîte de Kleenex sur le bureau)
- Décoder l'agressivité comme expression de la souffrance, de la culpabilité et d'anormalité. Accueillir l'agressivité et la comprendre avec l'empathie.
- Arrêter de conseiller de ne pas y penser
- Conseiller de continuer à vivre et se faire aider psychologiquement

C - Pour le couple

- Garder à l'esprit la souffrance morale des deux membres du groupe
- Redonner son rôle à l'homme

- Faire entendre la souffrance masculine à la femme qui la dénie souvent
- Leur permettre de se poser et de les faire sortir de la « course folle » dans laquelle ils se sont parfois engagés
- Leur parler de sexualité ludique, qu'ils ont souvent oublié
- Penser au futur bébé qui a intérêt à être conforme à des exigences souvent disproportionnés

D - Pour l'enfant

- Le « chemin de croix » des traitements ou de l'adoption va peser lourd sur l'enfant
- Les exigences parentales sont souvent exorbitantes, à la mesure des sacrifices et souffrances endurées
- Attente d'amour, de réussite scolaire, sportive, musicale etc, en fonction des frustrations de chaque parent
- Faut-il dire « toute la vérité » aux enfants ? Attention à ne pas confondre l'exactitude des faits et la vérité...

CONCLUSION

Les facteurs biopsychosociaux indispensables à prendre en compte pour une sexothérapie sont les mêmes que pour accepter une PMA sans danger :

- La motivation du couple à faire une thérapie
- Le degré d'attraction entre les partenaires
- L'absence de désordres psychiatriques majeurs
- L'acceptation de suivre les conseils proposés
- La motivation de l'homme pour le résultat de la thérapie

Aujourd'hui la PMA est un dû :

- Dévalorisation des savoirs
- Le seul domaine accepté est celui de la technique- non pas le savoir mais les moyens dont l'efficacité est immédiatement vérifiable, rentable.
- Relation contractuelle et non plus transférentielle en médecine: nous n'avons plus de patients mais des usagers de santé
- Remboursement à 100% donc c'est un droit voire un devoir que vous ou que l'on se reprochera plus tard

Devant ces glissements sociaux et ces progrès scientifiques :

- Gardons nous d'être des idéologues, gardons nous d'être les promoteurs d'une sexualité idéale, d'un couple idéal, d'une famille idéale.....
- Essayons chacun de donner des outils de compréhension, de dédramatisation, de meilleure santé, de meilleure santé psychique et sexuelle à nos patients
- Continuons de travailler pour mieux comprendre dans nos domaines et ouvrons nous aux spécialistes des autres domaines, à l'art, la poésie etc

POUR EN SAVOIR PLUS

LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN



A quoi sert le couple ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Pasini W. in *Les sexes de l'homme*, Paris, Seuil, 1985 ↵