



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2016

N°

**REPRESENTATION DE L'INFERTILITE ET DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE POUR
LES PERSONNES QUI EN SOUFFRENT, EN FONCTION DU MODE DE PRISE EN
CHARGE, AMP OU MEDECINE RESTAURATRICE DE LA FERTILITE.**

THESE

présentée

à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le jeudi 7 janvier 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Marion COULAUD-GUILLEM

Née le 11 décembre 1984

A Laxou

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

L'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Serge Douvier

Membres :

Monsieur le Professeur René Ecochard

Madame le Professeur Patricia Mercier

Monsieur Jean-Christophe Chauvet-Gelinier, Maître de conférences

Madame le Docteur Delphine Rubé

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Serge Douvier, président de jury,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse et d'avoir fait bon accueil au sujet présenté.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur René Ecochard,

Je suis très heureuse et honorée de cette rencontre à l'occasion de ce travail !

Merci d'avoir été cette présence rassurante qui m'a permis d'approfondir ce sujet qui me plait et d'oser me lancer dans cette aventure en confiance. Merci pour ta gentillesse, ton écoute et ta disponibilité, en tout temps. Merci pour ta pédagogie dans les conseils prodigués.

A Madame le Professeur Patricia Mercier, maître de thèse,

Je tenais à te remercier d'avoir accepté de diriger ce travail et pour la confiance accordée devant un sujet si peu connu. Merci pour ta disponibilité, pour tes conseils clairs et précis, pour ton aide et ton soutien pendant cette période extra-ordinaire qu'est ce temps de thèse !

Merci aussi pour ce dernier stage en SASPAS en 2013. Ton exemple de médecin alliant rigueur professionnelle, écoute active et discernement pour proposer des soins adaptés aux patients, en les prenant là où ils en sont m'a permis d'avancer dans mon propre chemin professionnel.

Merci pour ces moments partagés autour de la mort de Papiyug, mon grand-père.

A Monsieur Jean-Christophe Chauvet-Gelinier, maître de conférences

Je vous remercie d'avoir accepté si rapidement de juger ce travail et de me faire l'honneur de participer au jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Delphine Rubé,

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail !

Merci pour ces discussions passionnantes que nous avons pu avoir, pour ton accueil dans l'AJMC, pour cette jeune amitié qui nous lie et qui je l'espère grandira !

A tous les médecins vers qui je me suis tournée et qui ont accepté de m'aider dans mon travail. Je pense en particulier aux **Docteurs Caroline Guindon, Christel Le Ménager, Delphine Ollive, Fanny Pomel, Monique Marconnet et Françoise Gendre.**

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Familiale dédicace aux **Docteurs Bernard Guillem, Xavier et Bernadette Coulaud!**

A Monsieur le **Professeur Fabrice Guérif et toute l'équipe des unités CECOS-FIV** de l'hôpital de Tours.

Merci pour votre accueil pendant mon « mini-stage ».

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le **Docteur Christel le Ménager.** Merci pour ton accueil et ton aide dans ma compréhension de la Napro, à travers nos échanges et mon court passage nantais.

A Edwige de Bengy, Elisabeth de Sansal, Sophie Guérout, Justine Rulquin, Emmanuelle Emonet.

Un IMMENSE merci pour votre aide si précieuse dans l'élaboration de cette thèse ! Merci pour votre confiance, pour votre efficacité et votre réactivité joyeuse !

A Arnaud, Matthieu, Hélène et Christine, l'équipe de choc de Levet !

Merci de m'avoir permis de faire certains entretiens dans vos bureaux. Merci aussi pour votre accueil depuis le jour de mon arrivée dans le Cher. Merci pour la confiance que vous m'accordez pour assurer la prise en charge de vos patients. Chacun de vous force mon admiration !

Merci aussi à **Isabelle,** efficace et discrète mais sans qui mon quotidien serait tellement plus compliqué !

A Florent et Marie, mon couple « cobaye ».

Merci d'avoir accepté de tester mes questionnaires avant leur diffusion. Grâce à vous, mon travail a pu être plus précis ! Merci pour votre amitié.

A tous les couples qui ont accepté de participer aux entretiens, sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour. Merci de nous aider à mieux vous aider !

Aux couples qui connaissent la douleur de ne pas concevoir.

A tous les **médecins et les équipes paramédicales** rencontrés depuis le début de mes études. Par vos enseignements et vos exemples, j'ai pu avancer et confirmer mon désir de faire ce beau métier !

Un grand merci à **mes amis** pour cette belle amitié qui nous lie et qui m'ont aidé à avancer. Pensée particulière pour le Docteur **Virginie** Decrat et sa tant attendue progéniture !

Un grand merci à **ma famille**, si belle et tellement géniale! Un merci plus particulier à :

Mes parents : vous m'avez soutenue, encouragée et motivée dans ce travail, et depuis que je suis née en fait ! Merci pour ce que vous êtes: une présence aimante, qui donne son avis sans jamais l'imposer, et qui nous laisse devenir qui l'on est. Vous êtes un exemple pour moi, pour nous. Merci !

Hélène et Manu ainsi que **Astrid, Lucie, Charlie et Thibault** pour votre aide concrète au cours de ce travail, j'en ai été très touchée ! Merci aussi à **Benoît**, pour ton aide efficace dans l'élaboration des graphiques (trop beaux en plus !) ! Merci, merci pour ce gain de temps ! Merci à toi et à ta chère femme, **Blandine**, pour votre soutien pendant ces longs mois et pour votre aide pratique avec les enfants !

Mes beaux-parents : merci pour votre aide au cours des derniers mois (prêt de cabinet, avis sur les thèmes et sous-thèmes, garde d'enfants, logement... la liste est longue !). Merci pour votre accueil et votre amour inconditionnel !

A mon époux, Cyril : merci pour ton soutien indéfectible, patient et souriant au cours de ces mois de thèse (pour les enfants, la rédaction, les tableaux, la relecture etc.) ! Merci pour ton amour, merci pour ta personne et encore bravo Monsieur l'ingénieur ;-))

A nos enfants, Manon, Romane et Martin, dons de l'Amour: merci pour l'amour que vous m'avez manifesté pendant ces mois malgré mes absences et mes sautes d'humeur. Vous êtes mes rayons de bonheur quotidien et vous m'apprenez chaque jour l'importance de savourer le temps et de se donner malgré la fatigue et les soucis : la vie devient alors tellement belle !

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
MATERIEL ET METHODES	18
1. Type d'étude	18
2. Sélection du matériel de travail	19
3. Recueil des données	20
1/ Méthode d'intervention	20
2/ Données recueillies	21
4. Analyse des données	22
RESULTATS	23
1. Description de la sélection de population	23
2. Résultats pour le groupe NPT	24
1/ Feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas » dans le groupe NPT.	24
2/ Feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas?» dans le groupe NPT.	33
3. Résultats pour le groupe AMP	39
1/ Feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas » dans le groupe AMP.	40
2/ Feuille « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » dans le groupe AMP.	45
DISCUSSION	49
1. Points forts/points faibles de l'étude	49
1/ Points forts	49
2/ Points faibles	50
2. Discussion des résultats	51
1/ Interprétation des différences statistiquement significatives entre les deux groupes.	51
2/ Perception de la médecine dans les deux groupes.	52
3/ Vécus et actions face à l'infertilité dans les deux groupes	54
4/ Finalement, la médecine restauratrice de la fertilité peut-elle être une réponse aux attentes des couples français infertiles ?	55
3. Discussion sur la prise en charge du couple dans le parcours NPT	57
CONCLUSIONS	58

ANNEXES **62**

Annexe 1 : Présentation de la Naprotechnologie (NPT)	62
1/ Le système Fertilitycare du modèle Creighton (SMCr)	63
2/ Objectifs thérapeutiques en NPT	64
3/ Protocoles de prise en charge en NPT	65
4/ Prise en charge du couple	67
5/ Diagnostics en NPT	68
6/ Traitements en NPT (en dehors des actes chirurgicaux)	69
7/ Prise en charge chirurgicale	70
8/ La NPT en pratique en France	70
Annexe 2 : Formulaire de consentement	71
Annexe 3 : Feuille 1 : « Attendre un enfant qui ne vient pas. »	71
Annexe 4 : Feuille 2 : « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? »	71
Annexe 5 : Feuille « Exemple du sportif »	72
Annexe 6 : Questionnaire final	74
Annexe 7 : Description de la population NPT	75
Annexe 8 : Description de la population AMP	77
Annexe 9 : Données concernant les thèmes des groupes AMP et NPT de la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas. »	79
Annexe 10 : Données concernant les sous -thèmes de la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas. » pour le groupe AMP.	80
Annexe 11 : Données concernant les sous -thèmes de la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas. » pour le groupe NPT.	81
Annexe 12 : Données concernant les thèmes des groupes AMP et NPT de la feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? »	82
Annexe 13 : Données concernant les sous-thèmes de la feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » pour les groupes AMP et NPT.	83

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Différence de rang et d'importance et significativité du groupe AMP par rapport au groupe NPT en ce qui concerne la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas? ». _____	39
Tableau 2 : Différence de rang et d'importance et significativité du groupe AMP par rapport au groupe NPT en ce qui concerne la feuille « Qu'est- ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	39

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de l'infertilité dans le groupe NPT. _____	24
Figure 2 : Les thèmes de l'infertilité et leur polarité, leur fréquence, leur importance dans les groupes NPT et AMP. _____	25
Figure 3 : Répartitions des 76 associations pour chaque sous-thème du thème métaphysique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question "Attendre un enfant qui ne vient pas". _____	26
Figure 4 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème métaphysique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question "Attendre un enfant qui ne vient pas". _____	26
Figure 5 : Répartition des 41 associations pour chaque sous-thème du thème conjugal dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question "Attendre un enfant qui ne vient pas". _____	26
Figure 6 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème conjugal dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	26
Figure 7: Répartition des 73 associations pour chaque sous-thème du thème de la souffrance dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	28
Figure 8 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème de la souffrance dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	28
Figure 9 : Répartition des 140 associations pour chaque sous-thème du thème personnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	29
Figure 10 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème personnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	29
Figure 11 : Répartition des 96 associations pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	30
Figure 12 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	29
Figure 13: Répartition des 63 associations pour chaque sous-thème du thème relationnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	31
Figure 14 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème relationnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	31

Figure 15 : Répartition des 24 associations pour chaque sous-thème du thème temporel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	32
Figure 16 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème temporel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ». _____	32
Figure 17 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de la prise en charge médicale dans le groupe NPT. _____	33
Figure 18 : Les thèmes de l'infertilité et leur polarité, leur fréquence, leur importance dans les groupes NPT et AMP. _____	34
Figure 19 : Répartition des 108 associations pour chaque sous-thème du thème psychologique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	35
Figure 20 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème psychologique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	35
Figure 21 : Répartition des 79 associations pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	36
Figure 22 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	36
Figure 23 : Répartition des 54 associations pour chaque sous-thème du thème manques constatés/ressentis dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	38
Figure 24 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème manques constatés/ressentis dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». _____	37
Figure 25 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de l'infertilité dans le groupe AMP. _____	40
Figure 26 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de la prise en charge médicale dans le groupe AMP. _____	45

LISTE DES ABREVIATIONS

NPT : NaProTechnologie

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FIV : Fécondation In Vitro

FIV-ICSI : Fécondation In Vitro - Intra Cytoplasmic Sperm Injection (FIV avec micro injection)

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

SMCr : Système fertilitycare du Modèle Creighton

SOPK : Syndrome des Ovaires PolyKystiques

CC : Citrate de Clominophène

hCG : human Chorionic Gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope)

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General practitioners (société savante de médecine générale d'envergure mondiale)

INTRODUCTION

L'infertilité se définit comme l'incapacité à concevoir après au moins 12 mois de rapports sexuels sans contraception (définition de l'OMS).

Le domaine de la fertilité est depuis quelques temps devenu un problème de santé publique.

En effet, les suspicions de baisse de la fertilité ou de l'implication de certains facteurs environnementaux sur la fertilité sont grandissantes. Les autorités ont noté le besoin de construire un système de suivi de la fertilité et d'une surveillance systématique des indicateurs individuels de fertilité.(1) Cela permettra d'établir une base de données scientifiquement fiable sur laquelle des recherches ou des actions de santé publique pourront être menées.

Actuellement, les données sur la fertilité des couples en France sont partielles ou incertaines et difficiles à obtenir. En voici deux qui permettent d'illustrer le propos (2,3) :

- En se basant sur le délai nécessaire pour concevoir (DNC), un des indicateurs de fertilité d'un couple, l'infertilité concernait 24% des couples en France en 2008.
- Des travaux de l'InVS réalisés sur le territoire français retrouvaient en ce qui concerne les hommes une baisse de la qualité du sperme sur la période 1989-2005, et, sur la période 1998-2008, une augmentation des taux de cancer du testicule, de cryptorchidie et d'hypospadias.

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur auquel s'adresse un couple qui se pense infertile. En général, le bilan initial clinique et paraclinique débute après un an de relations sexuelles régulières sans contraception. En fonction des antécédents, des résultats, de l'âge de la femme et du nombre de mois d'essai de conception, l'attitude va être soit de rassurer le couple et temporiser, soit de l'orienter vers un spécialiste pour des explorations complémentaires et/ou débiter un traitement.

Quand cette prise en charge ne suffit pas, le couple est adressé à un centre d'assistance médicale à la procréation (AMP). En théorie, cette prise en charge se fait après 2 ans de relations sexuelles régulières en l'absence de contraception ou plus tôt si la femme a plus de 35 ans. En pratique, elle peut être d'emblée proposée selon l'indication posée par le clinicien et le biologiste au terme du bilan complet, masculin et féminin.

L'AMP consiste à manipuler un ovule et/ou un ou des spermatozoïde(s) pour procéder à une fécondation. Il existe plusieurs techniques : l'insémination artificielle avec sperme du conjoint, la fécondation in vitro (FIV) ou la FIV-ICSI (injection intra cytoplasmique d'un spermatozoïde). Ces techniques sont réalisables avec des gamètes donateurs.

En France, en 2012, 23887 enfants sont nés par une AMP toutes techniques confondues.(4) Il n'y a pas de données nationales concernant la prise en charge des couples infertiles en médecine de ville.

Une autre approche médicale d'aide à la procréation, moins connue, est la médecine de restauration de la fertilité. (5-10)

Cette approche vise principalement à identifier le(s) étiologie(s) de l'infertilité pour permettre la restauration ou l'optimisation d'une fonction reproductive efficiente. Celle-ci permettra aux couples d'optimiser leurs chances de conception au cours d'une union. Il n'y a donc pas de manipulation des gamètes dans la médecine restauratrice.

Si la conception peut se faire uniquement au cours d'une union, il est important de préciser que cette approche souhaite que les unions n'aient pas pour seul objectif la conception mais qu'elles restent des moments amoureux pour le couple.

L'exemple le mieux développé de médecine restauratrice de la fertilité est la Naprotechnologie (NPT) ou Natural Procreative Technology (procréation naturelle médicalement assistée). Le mot « naturelle » s'entend dans un sens biologique et anthropologique.

D'une manière globale, la NPT cherche à travailler en coopération avec le cycle féminin pour diagnostiquer et prendre en charge tout problème d'ordre gynécologique ou reproductif. Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressés à son approche dans l'infertilité. Vous trouverez en annexe un développement du sujet (annexe 1).

La NPT prend en charge tous les types d'infertilité sauf l'azoospermie et l'occlusion tubaire bilatérale irrémédiables.

L'objectif thérapeutique de la NPT est de restaurer un potentiel de fertilité avant la conception. Il s'agit d'obtenir des « cycles effectifs » ou optimaux correspondant à des critères de qualité cliniques, biologiques et anatomiques.

D'un point de vue médical, les axes majeurs qui la caractérisent sont :

- L'utilisation du système Fertilitycare du modèle Creighton (SMCr).
Ce mode d'auto observation de la glaire cervicale par la femme a été inspiré de la méthode de l'ovulation Billings. Il a été développé de manière standardisée afin que l'analyse soit reproductible et universellement compréhensible.
Le SMCr est ainsi utilisé comme outil clinique, diagnostique et thérapeutique dans l'aide médicale à la procréation. Il souhaite permettre d'optimiser la fertilité, de cibler les examens complémentaires et adopter les traitements de manière synchronisée avec le cycle féminin.
- L'accompagnement du couple.
Soigner la relation conjugale fait partie intégrante de la démarche de soins de la NPT. Elle apporte une grande attention à la perception par le couple de sa propre démarche. Elle s'efforce également à l'aider à avancer dans la compréhension de l'accueil d'un enfant.
- La Naprotechnologie chirurgicale.
Cette technique a été développée pour restaurer, si nécessaire, l'anatomie utérine, ovarienne et tubaire en évitant au maximum la formation d'adhérences (« near adhesion-free » surgery). (11)
Une autre particularité est l'utilisation de la technique dite « near contact » laparoscopy (« contact visuel rapproché ») qui utilise l'effet amplificateur du laparoscope pour établir un diagnostic précis.

La NPT est pratiquée par un médecin formé en NPT. Il peut s'agir d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue-obstétricien. La prise en charge est multidisciplinaire et est en partie réalisable au cabinet du médecin. Le SMCr est généralement enseigné aux couples par une instructrice formée, en lien avec le médecin.

En France, la NPT est apparue en 2009.

Actuellement, il y a 8 médecins formés en NPT, 5 pratiquant la NPT et 19 instructrices.

L'intérêt que représente la NPT réside dans :

- Le fait que l'utilisation du SMCr peut se faire dès le début du désir de conception par un couple ou même avant. Cela permet une prise en charge précoce si les observations sont anormales.
- Le fait qu'elle peut exploiter une nouvelle médicalisation de la fertilité de couple dans laquelle le médecin généraliste, en tant qu'acteur en soins primaires, a une place centrale.
- Le fait que la NPT propose une alternative pour les couples refusant les parcours d'AMP.

Toutefois, si la NPT est intéressante, cette technique doit être scientifiquement fiable pour la proposer de manière plus élargie aux patients.

Une thèse soutenue par Marie Charlotte Bourdel en 2013 fait une revue de la littérature concernant directement l'efficacité de la NPT pour connaître son intérêt à la proposer en soins primaires de gestion de l'infertilité. Il en résulte une nécessité d'évaluation scientifique plus large afin de mieux appréhender la technique. (12)

Pour essayer de pallier ce manque, l'étude iNEST, *International NaProtechnology Evaluation and Surveillance of Treatment* est en cours. Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique sur 20 ans. Elle fait entrer des personnes prises en charge par NPT pour infertilité ou fausses - couches à répétitions à raison de 500 couples par an pendant 20 ans. L'objectif principal de l'étude est de connaître le pourcentage de naissances vivantes avec le traitement NPT. Elle s'achèvera en 2026. (13)

Intrigués par cette approche restauratrice de la fertilité, nous avons voulu travailler le sujet pour connaître quelle place elle pourrait avoir dans la prise en charge de l'infertilité en France. Pour cela, nous avons choisi d'interroger les couples infertiles. Comment vivent-ils leur infertilité ? Comment considèrent-ils la prise en charge médicale, que ce soit l'AMP ou la NPT ? Qu'en attendent-ils ? Quelles sont les différences et les similitudes dans les réponses des deux groupes ?

Par leurs réponses à ces différentes questions, nous cherchons à comprendre le ressenti des couples face à leur infertilité et à leur accompagnement par des professionnels de santé. Cela pour répondre à notre question principale : la médecine restauratrice de la fertilité peut-elle être une réponse aux attentes des couples français infertiles ?

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

La méthode choisie est celle de l'évocation hiérarchisée d'Anna Maria de Rosa. Cette approche vise à étudier les représentations sociales d'un sujet donné.

Les représentations sociales peuvent être définies comme un savoir élaboré à travers des données diverses (savoirs scientifiques, savoirs naïfs, croyances, opinions, valeurs, idéologies...) partagées par un groupe social. Cela permet de construire une réalité commune nécessaire à toute communication sociale. Cela renforce l'identité du groupe donné et permet aux individus d'exprimer leur identité et de se situer dans le champ social. (14,15)

L'évocation hiérarchisée repose sur l'association d'idées et appartient aux méthodes associatives, très utilisées pour l'étude des représentations sociales. Il s'agit d'une étude qualitative (cherchant à produire et analyser des données descriptives) à laquelle on peut ajouter une étude quantitative (cherchant à résumer les tendances du groupe donné). (16)

Elle a été conçue dans le but :

- d'éviter autant que possible d'empêcher ou d'induire les réponses, c'est à dire limiter l'adaptation du discours aux attentes supposées de l'enquêteur
- de conduire l'analyse directement d'après les informations recueillies pour limiter les biais d'interprétation.

Dans notre cas, l'évocation hiérarchisée permet de mieux connaître la représentation de l'infertilité et de la prise en charge médicale pour les personnes qui en souffrent.

2. Sélection du matériel de travail

Notre échantillon était composé de 25 personnes, hommes et femmes, réparties en deux groupes : 10 personnes ayant eu recours à l'AMP, 15 personnes ayant eu recours à la NPT.

Le nombre de personnes initialement prévu était 30 (15 personnes pour chaque groupe). Il se voulait suffisant pour avoir une bonne diversité, sans être trop important pour la faisabilité de l'étude. Toutefois, il n'a été possible d'interroger que 10 personnes pour le groupe AMP, le recrutement des parcours de moins de 18 mois étant plus difficile.

Les critères d'inclusions étaient :

- Personnes suivies médicalement pour infertilité primaire ou secondaire, quel que soit le traitement et quel que soit le résultat (avec ou sans grossesse, avec ou sans naissance vivante).
- Parcours médical de plus de 18 mois pour 5 personnes de chaque groupe
- Parcours médical de moins de 18 mois pour les 10 personnes restantes
- Le choix d'avoir des parcours variés a été fait pour avoir une diversité comparable dans chaque échantillon. Les parcours de moins de 18 mois étaient les plus nombreux pour éviter un biais dans la représentation de l'infertilité (représentation logiquement plus négative après une longue attente).

Les critères de non-inclusion étaient :

- Absence d'infertilité
- Personnes ayant un parcours médical de plus de 18 mois une fois les 5 personnes trouvées
- Personnes ayant un parcours médical de moins de 18 mois une fois les 10 personnes trouvées

Le recueil de population s'est fait comme suit :

- Le groupe AMP a pu être recruté après contact d'une sage femme à Clermont-Ferrand, de 2 gynécologues-obstétriciens parisiens (via connaissance commune), d'un pédiatre marseillais (via connaissance personnelle), de 2 gynécologues-obstétriciens à Bourges, d'un gynécologue-obstétricien marseillais, d'un centre AMP à Tours ou lors d'une consultation au cabinet. Finalement, les réponses positives venaient de la sage femme, du pédiatre, des gynécologues-obstétriciens berruyais et d'un médecin parisien.
- Le groupe NPT a pu être constitué après contact d'un médecin NPT à Nantes et de 3 instructrices à Paris, Puligny-Montrachet et Marseille.

3. Recueil des données

1/ Méthode d'intervention

Les entretiens ont été fait « de visu », à domicile ou sur le lieu de travail lorsqu'il n'a pas été possible de convenir d'un rendez-vous au cabinet médical (lieu privilégié).

Il a été demandé aux participants d'accorder entre 40 et 60 minutes de leur temps, de sorte que les réponses ne soient pas précipitées.

Les entretiens impliquant les 2 personnes du couple se sont passés au même moment. Chacun a répondu sans concertation avec l'autre (sauf pour la dernière partie du questionnaire, pour se mettre d'accord sur les dates).

Chaque entretien s'est déroulé avec le même enquêteur et comme suit :

- Rappel de l'objet de ma thèse : étudier le vécu de l'attente d'un enfant, tant dans l'attente en elle-même que dans la prise en charge médicale.
- Signature des formulaires de consentement sur lesquels il a été spécifié l'anonymat des réponses. (annexe 2)
- Remise de la 1^{ère} feuille d'évocation hiérarchisée « Attendre un enfant qui ne vient pas » (annexe 3) ainsi que de la feuille « Exemple du sportif » (annexe 5) expliquant les 4 étapes pour remplir le document. Les étapes ont également été expliquées oralement, en précisant qu'il n'existait pas de bonne ou mauvaise réponse et que ce qui importait était l'avis du participant.
- Remise de la 2^{ème} feuille d'évocation hiérarchisée « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » (annexe 4) une fois la 1^{ère} feuille remplie.
- Remise du questionnaire final (annexe 6) une fois la 2^{ème} feuille remplie.
- Vérification que chaque mot comportait 2 numéros et un signe polaire, que les mots étaient lisibles et demande de précisions si nécessaire par l'enquêteur.

Pour le groupe NPT :

- 15 entretiens ont pu être effectués
- 5 entretiens se sont déroulés au cabinet médical, 8 entretiens se sont déroulés à domicile, 2 entretiens se sont déroulés au bureau
- les entretiens ont été menés entre le 7 février 2015 et le 25 mai 2015

Pour le groupe AMP :

- 4 personnes ont finalement refusé de répondre, 1 personne n'a jamais répondu aux différentes sollicitations.
- Au final, 10 entretiens ont pu être effectués
- 5 entretiens se sont déroulés au cabinet médical, 5 entretiens se sont déroulés à domicile
- les entretiens ont été menés entre le 10 avril 2015 et le 22 septembre 2015

2/ Données recueillies

Dans les 2 premières feuilles, les participants devaient noter l'ensemble des mots ou groupes de mots qui leur venaient à l'esprit en lisant le concept inducteur « Attendre un enfant qui ne vient pas » ou « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

Ils devaient noter au fur et à mesure l'ordre d'apparition des mots par un numéro.

Dans un deuxième temps, ils pouvaient établir de nouvelles connexions entre les mots.

Ils devaient ensuite attribuer une valeur à chaque mot, positive (noté « + »), négative (« -») ou neutre (« 0 »).

Enfin, ils devaient classer par ordre d'importance (1 étant le plus important) l'ensemble des mots notifiés.

Dans le questionnaire final, les participants précisaient leur sexe, leur âge, leur profession, leur situation conjugale et sa durée, leur schéma familial actuel. Il leur était également demandé d'expliquer leur parcours médical (date de désir d'enfant, date de recours à la médecine, suivi). Chacun a été informé par l'enquêteur qu'il était libre de détailler ou non cette prise en charge médicale.

4. Analyse des données

L'analyse du contenu a consisté à regrouper les associations recueillies en thèmes et sous-thèmes.

La fréquence et l'ordre d'apparition, le rang médian d'importance, l'indice de polarité et l'indice de neutralité ont été mesurés pour chacun des thèmes et sous-thèmes et ont été comparés entre les deux groupes.

L'indice de polarité était défini comme suit (15):

Indice de polarité = (nombre d'associations positives – nombre d'associations négatives) / nombre total des associations.

Cet indice varie entre – 1 et + 1 et est directement proportionnel à la connotation positive ou négative des thèmes et sous-thèmes étudiés.

Ainsi, on parle de polarité négative lorsque l'indice est compris entre -1 et -0,41, de polarité neutre lorsqu'il est compris entre -0,40 et +0,40 et de polarité positive lorsqu'il est compris entre +0,41 et +1.

L'indice de neutralité était défini comme suit(15):

Indice de neutralité = nombre d'associations neutres – (nombre d'associations positives + nombre d'associations négatives) / nombre total des associations.

Cet indice varie aussi entre -1 et +1 et est directement proportionnel à la connotation neutre des thèmes et sous-thèmes étudiés.

Ainsi, on parle de neutralité faible lorsque l'indice est compris entre -1 et -0,41, de neutralité moyenne lorsqu'il est compris entre -0,40 et +0,40 et de haute neutralité lorsqu'il est compris entre +0,41 et +1.

L'ordre d'apparition était lié au rang d'apparition. La moyenne de rang était rapportée sur 10: 1 étant la première apparition, 10 étant la dernière. L'ordre d'importance était aussi rapporté sur 10 : 1 étant la plus grande importance, 10 étant la moins grande.

Le rang d'apparition, l'importance et la polarité des thèmes ont été comparés en utilisant un modèle de régression linéaire. La variable expliquée était le rang ou l'importance, et les variables explicatives, le thème, le groupe (AMP versus NPT), et d'autre part l'interaction entre le thème et le groupe, pour tester l'écart pour chacun des thèmes. La même démarche a été effectuée pour les sous-thèmes.

RESULTATS

1. Description de la sélection de population

Un tableau récapitulatif est disponible en annexe. (Annexes 7 et 8)

Dans le groupe NPT, 12 personnes ont répondu en couple, 3 femmes ont répondu seules.

3 couples avaient entamé d'emblée un parcours NPT depuis moins de 18 mois.

2 couples avaient un parcours médical de moins de 18 mois avec un temps en AMP avant de se tourner vers la NPT (refus de FIV). Un des couples attendait un enfant au moment de l'entretien (grossesse de 2 mois).

1 couple avait entamé un parcours NPT depuis plus de 18 mois.

Les 3 femmes ayant répondu seules avaient eu au moins 1 enfant sans aide médicale.

1 d'entre elles avait entamé d'emblée un parcours NPT depuis moins de 18 mois et avait pu concevoir un enfant. 2 d'entre elles avaient un parcours de plus de 18 mois avec un parcours AMP précédent la NPT. L'une d'elles s'est tournée vers la NPT après un refus de FIV. Elle a pu concevoir 2 fois après traitement NPT. L'autre s'est tournée vers la NPT après déception de la prise en charge de son médecin suite à une fausse couche spontanée après une stimulation ovarienne. Une 2^{ème} fausse couche spontanée est arrivée après traitement NPT.

Dans le groupe AMP, 6 personnes ont répondu en couple, 4 femmes ont répondu seules.

2 couples et 2 femmes avaient entamé le parcours depuis moins de 18 mois. Un des couples et une des femmes avaient pu concevoir après traitement.

2 femmes avaient entamé le parcours depuis plus de 18 mois et avaient pu concevoir après traitement.

1 couple avait un parcours long (plus de 18 mois) et compliqué puisqu'en attente de don d'ovocyte, avec une pause dans le traitement du fait d'un angiosarcome mammaire.

En ce qui concerne les résultats, nous avons préféré citer dans le corps de thèse les plus intéressants pour permettre une meilleure lisibilité. Toutefois, l'ensemble des résultats obtenus est disponible en annexe.

2. Résultats pour le groupe NPT

1/ Feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas » dans le groupe NPT.

L'analyse des 516 mots ou associations (groupes de mots) recueillis a permis d'identifier 7 thèmes et 32 sous-thèmes présentés dans la figure 1.

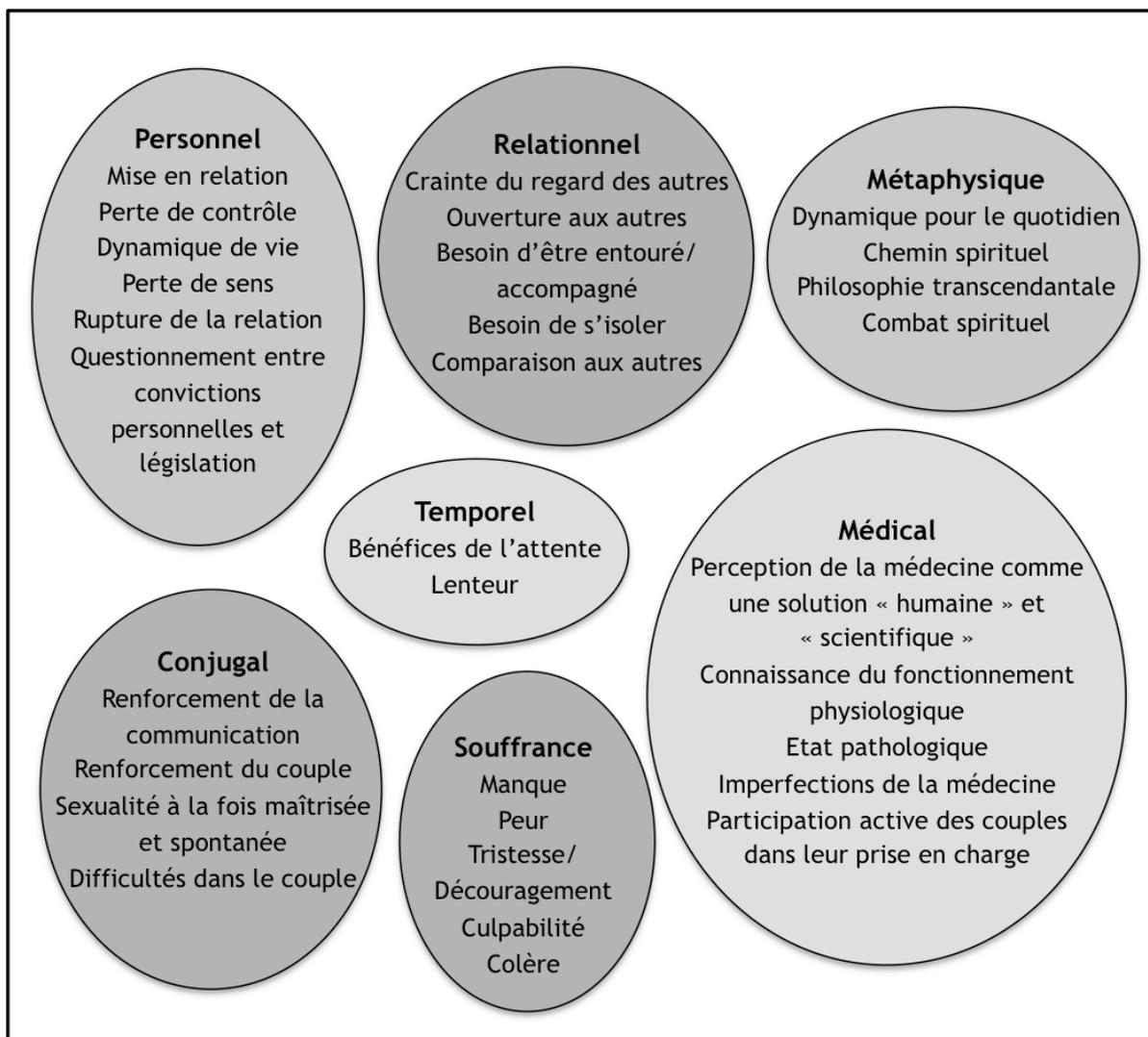


Figure 1 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de l'infertilité dans le groupe NPT.

A. Thèmes (annexe 9)

Les thèmes ont été définis comme suit : temporel (qui concerne le temps), conjugal (qui concerne le couple), médical (qui concerne la médecine), métaphysique (qui concerne ce qui est supérieur à l'humain), personnel (qui concerne la personne), relationnel (qui concerne les autres, l'entourage ou la société) et le thème de la souffrance (qui concerne ce qui est douloureux).

Tous les thèmes avaient une faible neutralité et, en dehors de la souffrance, du thème conjugal et métaphysique, les thèmes avaient une polarité neutre. Le peu de neutralité associé à une polarité neutre est en faveur d'une part d'une prédominance des réponses non neutres (neutralité faible) et d'autre part d'une proportion semblable entre les + et les -.

Cela reflète que les personnes ont été marquées par leur infertilité ; les mots qu'elles ont choisis ont une réelle importance pour elles, il y a une authenticité dans les réponses apportées. Et cela même si la plupart des thèmes abordés sont connotés autant positivement que négativement.

S'écartant de cette tendance globale, le thème de la souffrance avait une polarité négative, et les thèmes métaphysique et conjugal avaient une polarité positive.

Les premiers mots écrits (rang) concernaient : d'abord le thème de la souffrance, puis le thème temporel, métaphysique, personnel, médical, relationnel et enfin conjugal.

L'importance allait de 3,90 à 6,13 sur 10 : tous les thèmes avaient donc une importance moyenne. Les thèmes les plus importants étaient le thème métaphysique, le thème conjugal, le thème de la souffrance. Puis venait le thème personnel, le thème médical, le thème relationnel et enfin le thème temporel.

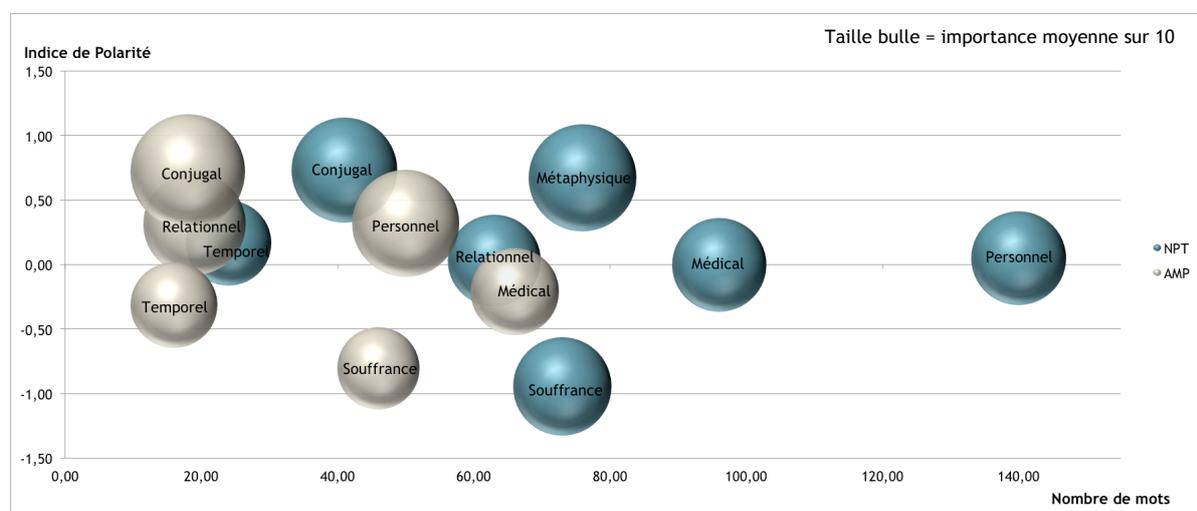


Figure 2 : Les thèmes de l'infertilité et leur polarité, leur fréquence, leur importance dans les groupes NPT et AMP.

B. Sous-thèmes (annexe 11)

a. Thème métaphysique

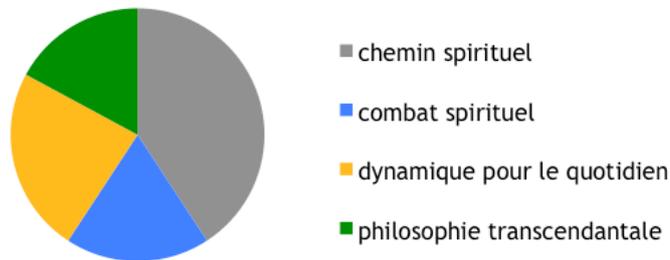


Figure 3 : Répartitions des 76 associations pour chaque sous-thème du thème métaphysique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question "Attendre un enfant qui ne vient pas".

La dynamique pour le quotidien et le chemin spirituel (ou cheminement intérieur) était les deux sous-thèmes les plus précoces et les plus importants. Puis venait en terme d'importance la philosophie transcendante et enfin le combat spirituel.

La dynamique pour le quotidien se définit comme l'énergie apportée à la personne après réflexion métaphysique. On retrouvait des sentiments (comme *espérance, espoir, joie, louange, émerveillement*), un apaisement (*apaiser son esprit, paix en Dieu et dans Dieu*) ou une aide pour l'action (*volonté, persévérance, engagement*).

Les associations retrouvées dans la philosophie transcendante était d'ordre philosophique : *vie, gratuité, don et pas dû, verticalité, respect de la vie, nous ne possédons pas la vie, éthique, cycle, dignité*.

Le combat spirituel est un aspect transcendantal du combat quotidien. On y trouvait des associations d'ordre religieux comme *épreuve, Dieu permet cette épreuve, combat, la croix dans la joie, pâques, mort, douleur, offrande, colère, doute*.

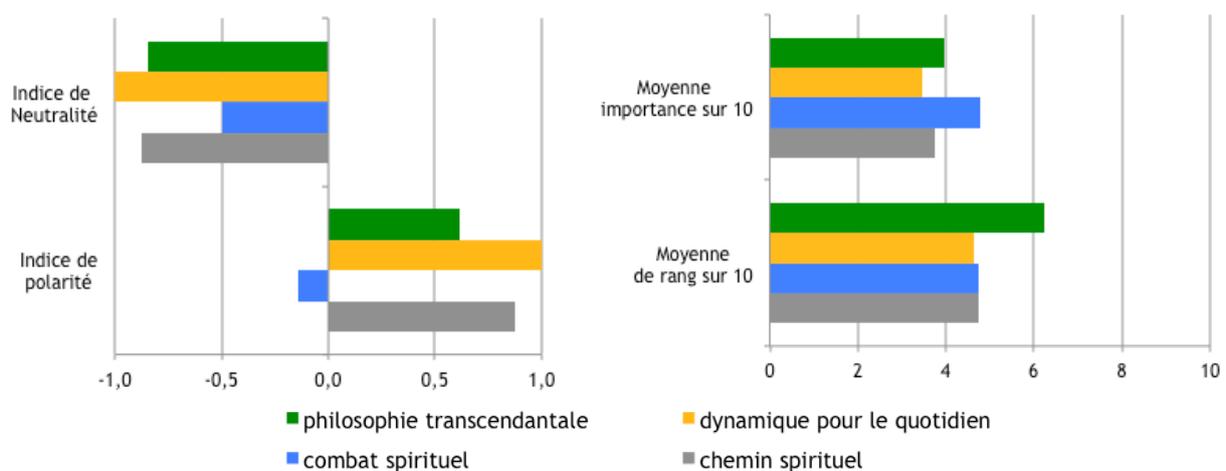


Figure 4 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème métaphysique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question "Attendre un enfant qui ne vient pas".

b. Thème conjugal

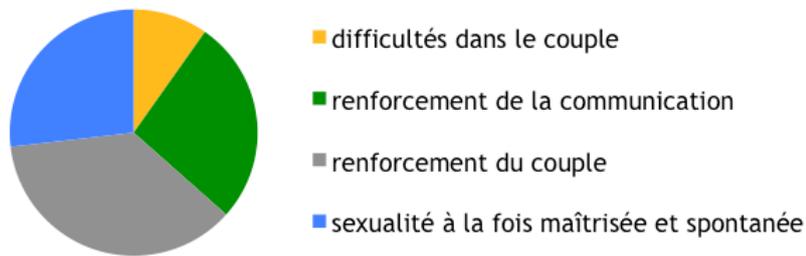


Figure 5 : Répartition des 41 associations pour chaque sous-thème du thème conjugal dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question "Attendre un enfant qui ne vient pas".

L'épreuve de l'infertilité semblait renforcer le couple dans sa communication et dans ce qu'il est. Ces deux sous-thèmes étaient les plus précoces et les plus importants.

Il pouvait exister des difficultés dans le couple, d'importance faible.

La sexualité avait une connotation positive malgré l'attente d'enfant. Une personne a détaillé l'aspect à la fois maîtrisé et spontané de cette sexualité.

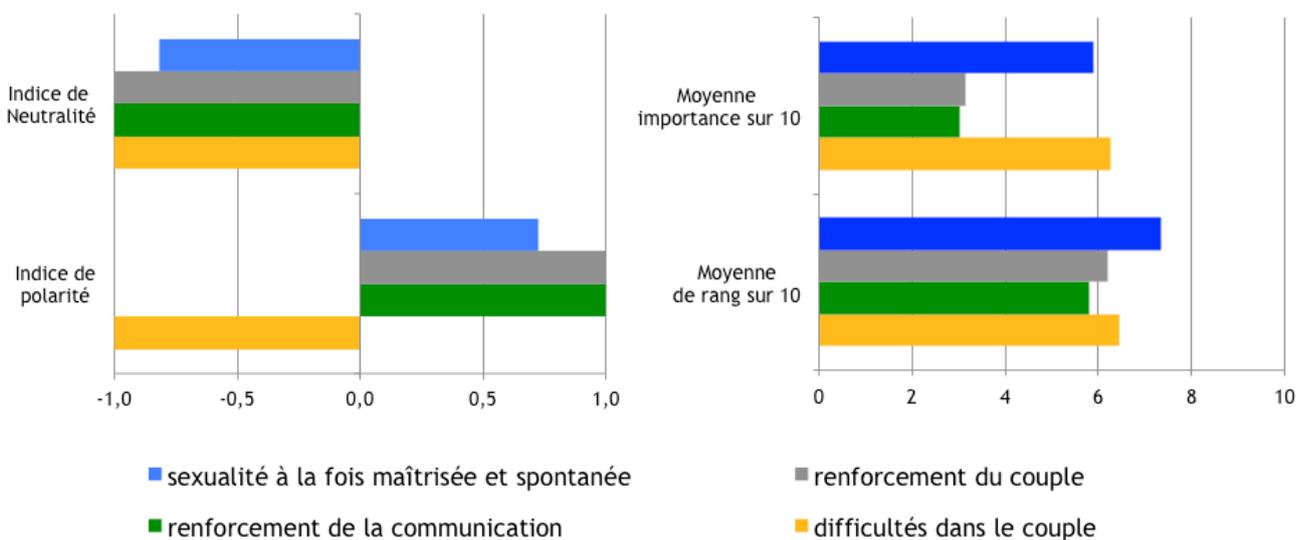


Figure 6 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème conjugal dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

c. Thème de la souffrance

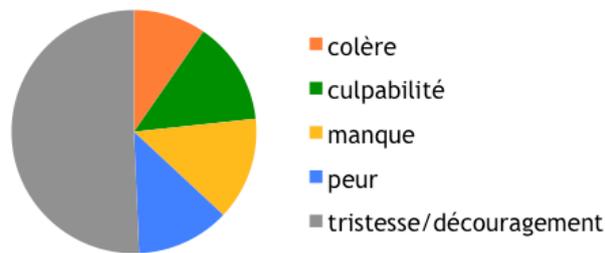


Figure 7: Répartition des 73 associations pour chaque sous-thème du thème de la souffrance dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

Toutes les polarités étaient négatives (entre -0,90 et -1) et toutes les neutralités étaient faibles (entre -0,80 et -1). L'ensemble des associations de ce thème était donc perçu résolument négativement.

Les sous-thèmes étaient, par ordre d'importance décroissante: le manque, la peur, la tristesse/le découragement, la culpabilité et la colère. Les importances étaient proches (entre 4,35 et 5,80 sur 10). Les associations étaient les plus nombreuses pour le sous-thème tristesse/découragement (37 associations pour 73 du thème).

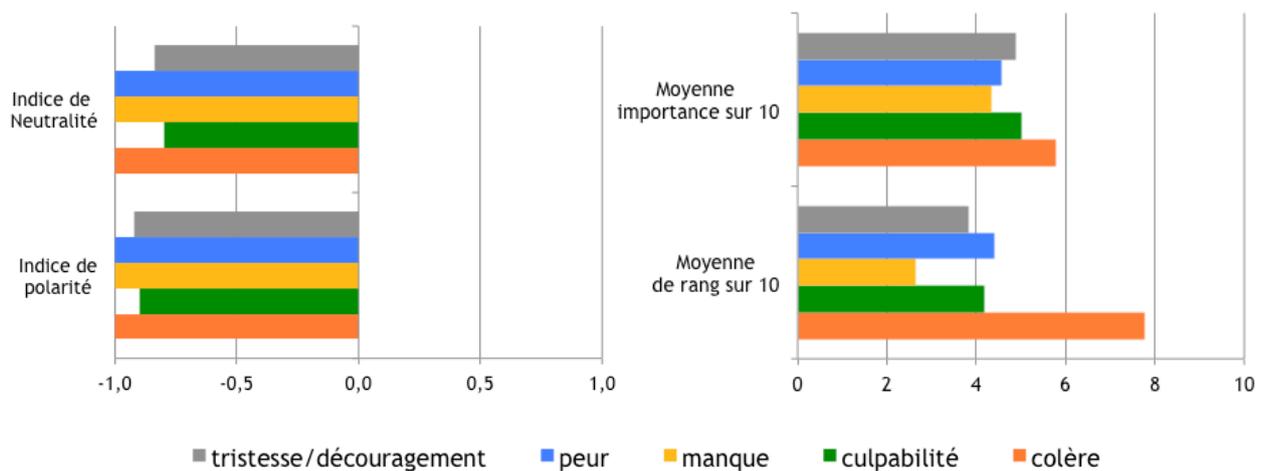


Figure 8 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème de la souffrance dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

d. Thème personnel

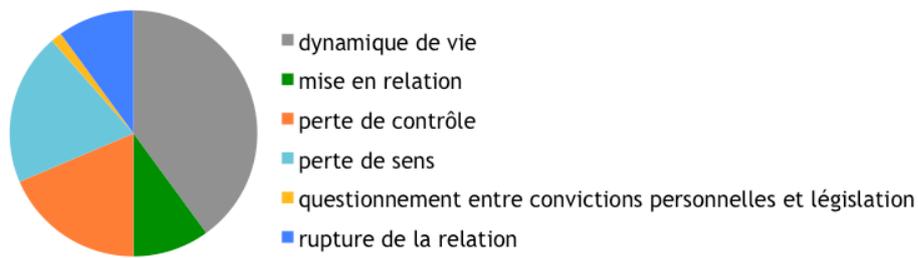


Figure 9 : Répartition des 140 associations pour chaque sous-thème du thème personnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

Au niveau personnel, les premières réactions étaient la perte de contrôle, la rupture de la relation avec l'entourage/la société et la perte de sens.

La dynamique de vie (énergie globale de la personne) et la mise en relation avec l'entourage/la société apparaissaient en 4^{ème} et 5^{ème} position.

En terme d'importance, on retrouvait presque l'inverse puisque la mise en relation était la plus importante, suivie de la perte de contrôle, puis de la dynamique de vie. La perte de sens et la rupture de la relation étaient parmi les sous-thèmes les moins importants.

Une personne a fait part de son questionnement entre ses convictions personnelles et la législation.

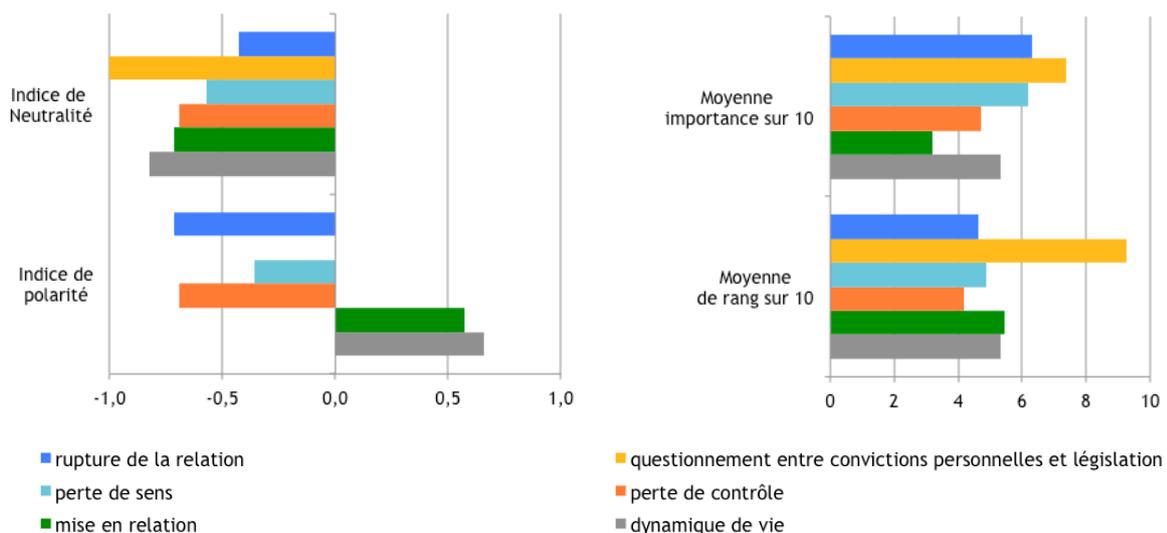


Figure 10 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème personnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

e. Thème médical

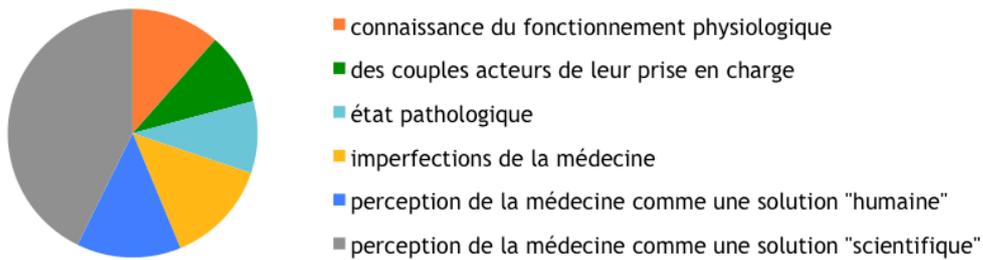


Figure 11 : Répartition des 96 associations pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

Le thème médical n'apparaissait qu'en 5^{ème} position en terme d'importance et toutes les importances étaient moyennes (entre 5,04 et 6,41 sur 10).

La médecine était perçue comme une solution à l'infertilité, précisant qu'elle devait être « humaine » et « scientifique » (importances similaires, les plus grandes du thème).

L'infertilité était considérée comme un état pathologique, arrivant en 1^{ère} position dans les associations du thème.

La connaissance du fonctionnement physiologique arrivait tôt et était le 3^{ème} sous-thème le plus important.

Certaines personnes ont précisé qu'elles se sentaient actives dans leur prise en charge (arrivée tardive et plus faible importance).

Les imperfections de la médecine (exigences du traitement, mauvaises expériences, avis négatif de l'AMP) arrivaient en dernier et étaient parmi les sous-thèmes les moins importants.

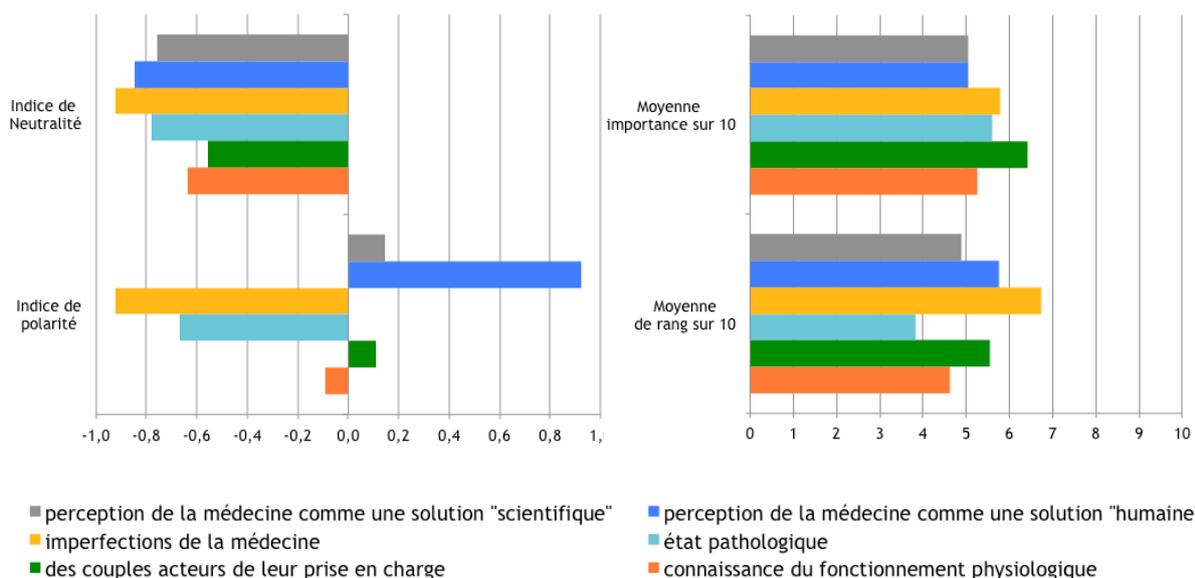


Figure 12 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

f. Thème relationnel

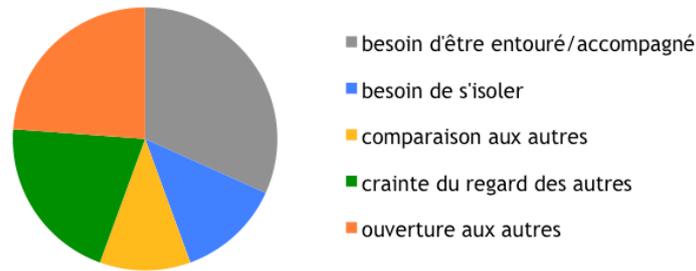


Figure 13: Répartition des 63 associations pour chaque sous-thème du thème relationnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

La comparaison aux autres venait en premier mais avait la plus faible importance.

La crainte du regard des autres et l'ouverture aux autres venaient ensuite et étaient les sous-thèmes les plus importants.

On notait aussi un besoin de s'isoler et un besoin d'être entouré/accompagné (plus important que le besoin de s'isoler et arrivant plus tardivement que ce dernier).

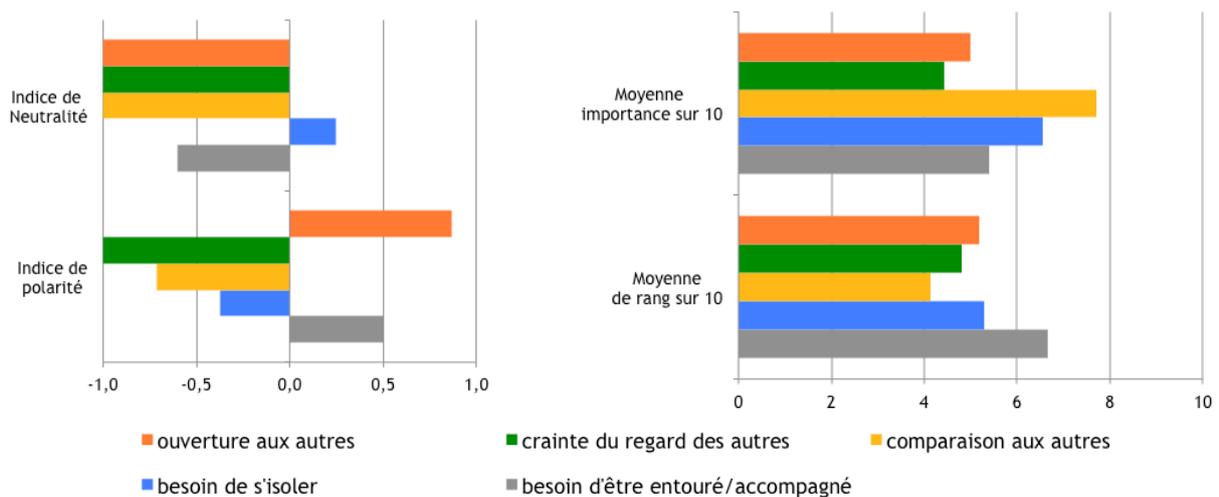


Figure 14 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème relationnel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

g. Thème temporel

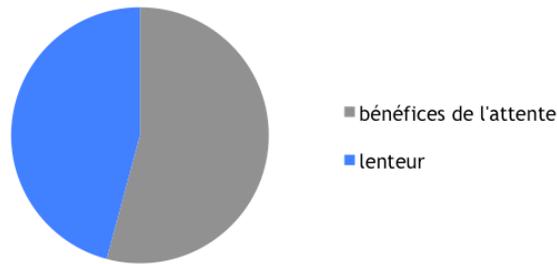


Figure 15 : Répartition des 24 associations pour chaque sous-thème du thème temporel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

Au niveau temporel, la lenteur arrivait précocement mais les bénéfices de l'attente étaient plus importants. Ainsi, malgré une attente qui paraît longue, le plus important est ce qu'il en ressort : apprentissage de la persévérance et appréciation du quotidien tel qu'il est.

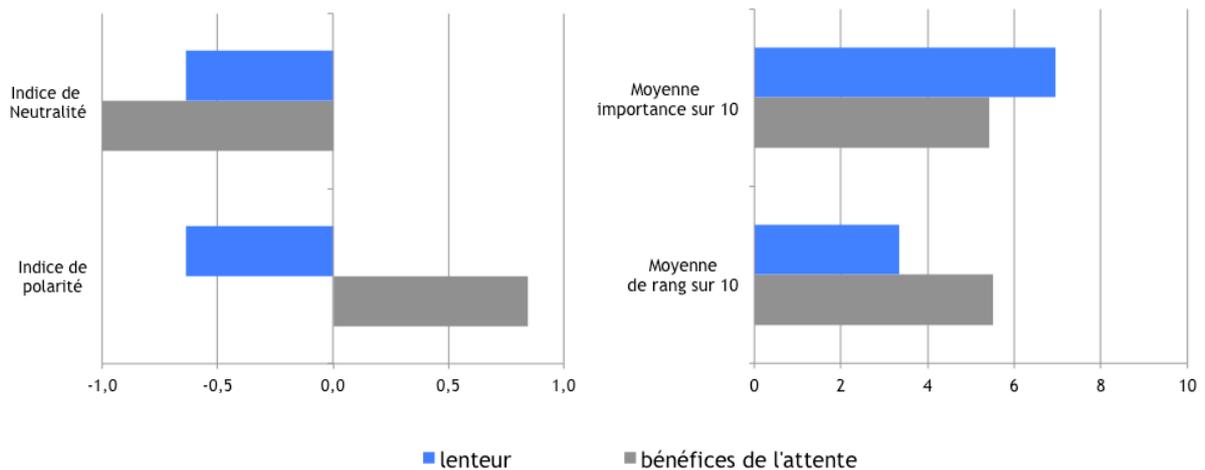


Figure 16 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème temporel dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

2/ Feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas? » dans le groupe NPT.

L'analyse des 246 mots ou associations (groupes de mots) recueillis a permis d'identifier 4 thèmes et 15 sous-thèmes présentés dans la figure 17.

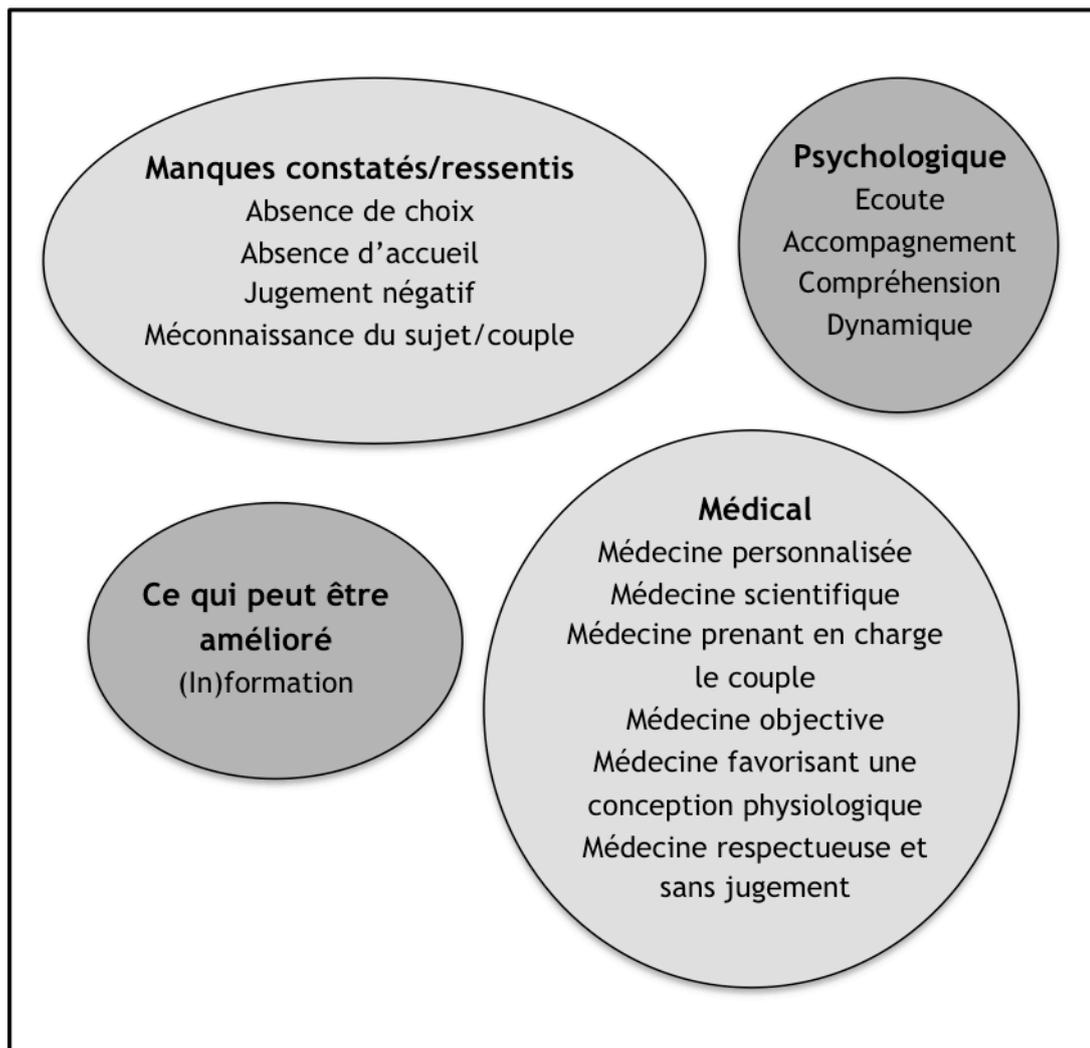


Figure 17 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de la prise en charge médicale dans le groupe NPT.

A. Thèmes (annexe 12)

Le thème psychologique était le plus important des thèmes. Il comptait le plus d'associations (108 sur les 246). Il arrivait en 2^{ème} position derrière « ce qui peut être amélioré ».

Le thème médical était le 2^{ème} plus important et arrivait en dernier.

En terme d'importance, on retrouvait ensuite « ce qui peut être amélioré » puis le sous-thème « manques constatés/ressentis ».

En dehors des « manques constatés/ressentis », connoté négativement et de « ce qui peut être amélioré », connoté de manière neutre, la polarité était positive. Ce que la médecine peut apporter est donc globalement connoté positivement.

En dehors de « ce qui peut être amélioré », la neutralité était faible : les personnes sont donc attachées aux associations qu'elles ont établies.

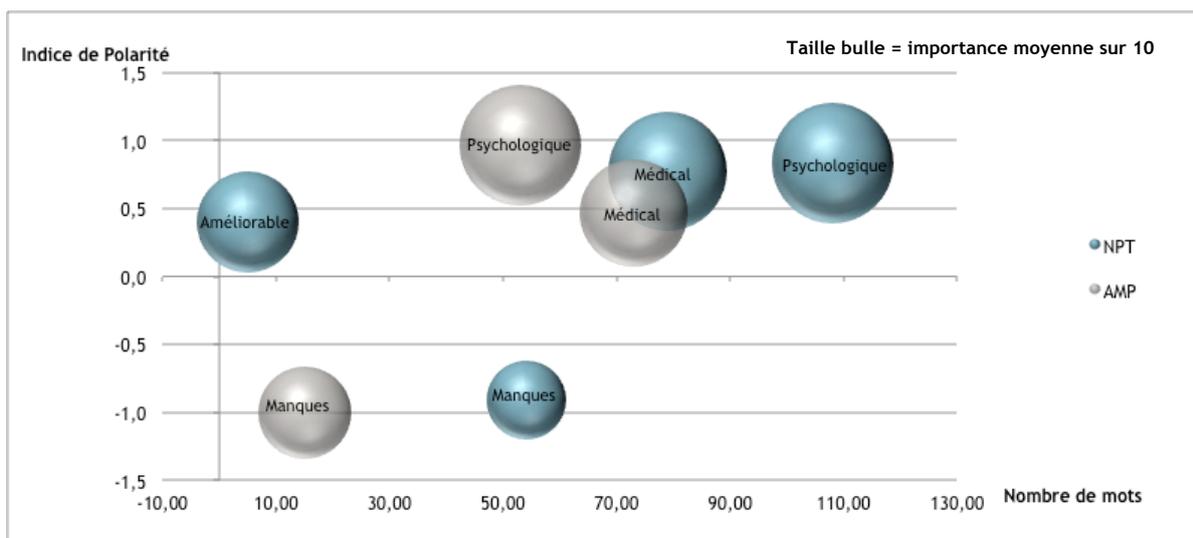


Figure 18 : Les thèmes de l'infertilité et leur polarité, leur fréquence, leur importance dans les groupes NPT et AMP.

B. Sous-thèmes (annexe 13)

a. Thème psychologique

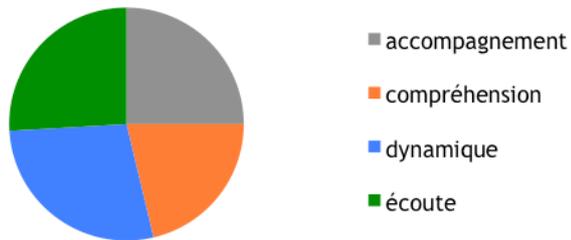


Figure 19 : Répartition des 108 associations pour chaque sous-thème du thème psychologique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

Au niveau psychologique il ressortait, par ordre d'importance décroissante, un besoin d'écoute, d'accompagnement, de compréhension. On notait aussi une « dynamique » qui relatait les différents sentiments par lesquels peuvent passer les personnes infertiles.

Ces sous-thèmes avaient une polarité positive et une neutralité faible.

Les importances étaient moyennes (entre 4,77 et 5,73 sur 10) sauf l'écoute qui avait une grande importance (3,18 sur 10).

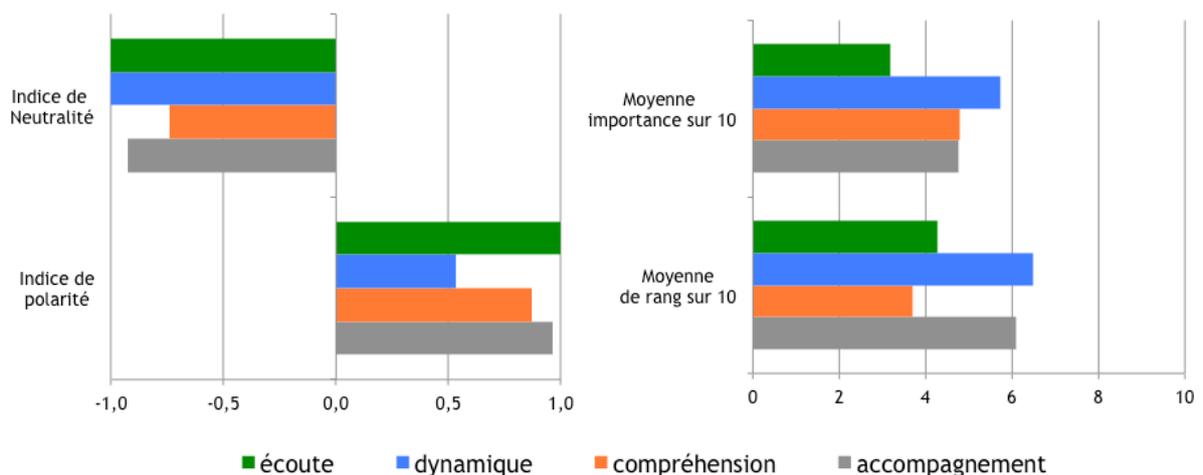


Figure 20 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème psychologique dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

b. Thème médical

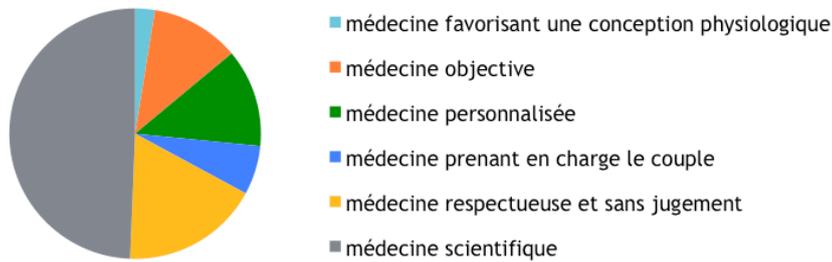


Figure 21 : Répartition des 79 associations pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

A la question « qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » les personnes ont décrit 6 visions de la médecine, toutes connotées positivement et de faible neutralité (sauf pour la médecine objective qui était de neutralité moyenne).

Les 3 visions les plus importantes arrivaient dans les premiers. En dehors de la médecine personnalisée (importance 2,86/10), les importances étaient moyennes (entre 4,62 et 5,90/10).

Ainsi, on retrouvait par ordre d'importance décroissante la médecine personnalisée, puis la médecine scientifique, la médecine prenant en charge le couple, la médecine objective, la médecine favorisant une conception physiologique, la médecine respectueuse et sans jugement.

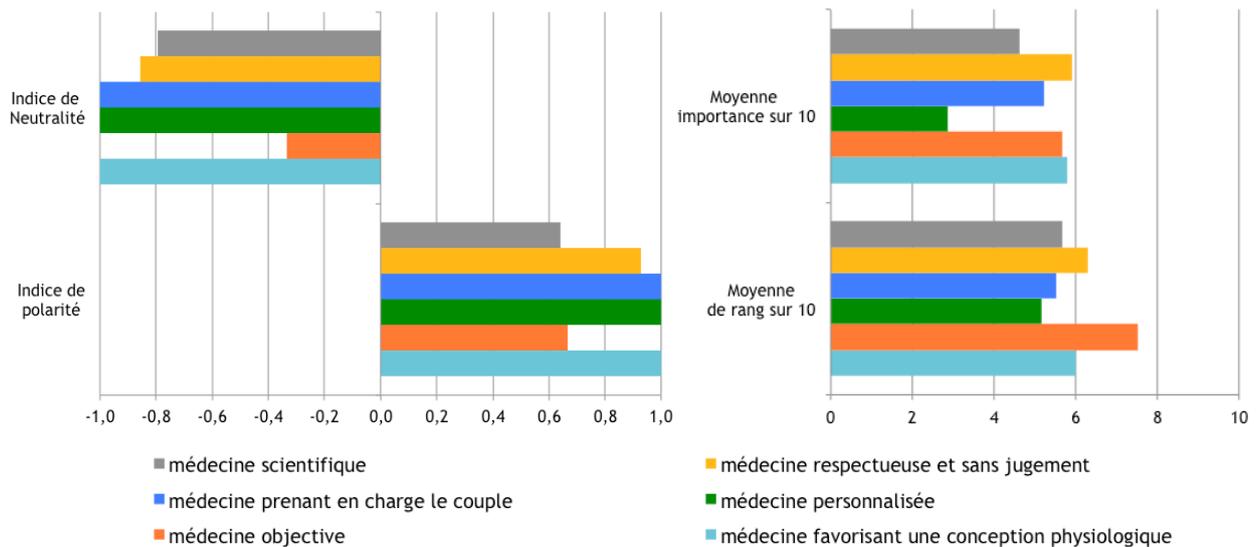


Figure 22 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème médical dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

c. Ce qui peut être amélioré

On retrouvait ici une demande d'information sur l'infertilité (*information, brochures, contacts de médecins et spécialistes, statistiques sur l'hypofertilité*).

On notait aussi une demande de formation sur les méthodes naturelles, notamment par l'anonyme 8 qui regrettait oralement de ne pas avoir été formée plus tôt aux méthodes naturelles. Elle pensait avoir perdu du temps dans la prise en charge de l'infertilité. Elle l'a manifesté en écrivant *aider à évaluer sa fertilité en amont, plus jeune (ados/début étude : 17-25 ans)*.

Ce sous-thème arrivait précocement (rang 3,30/10), était moyennement important (6,29/10), avait une polarité moyenne (0,4) et une neutralité moyenne (0,2).

d. Manques constatés/ressentis

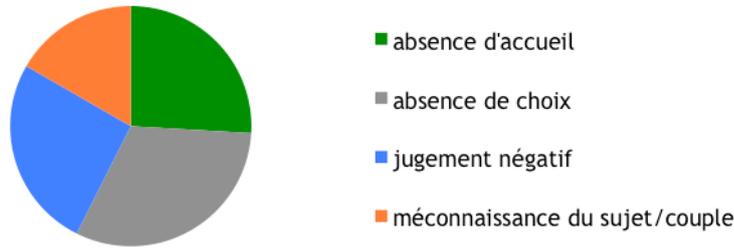


Figure 23 : Répartition des 54 associations pour chaque sous-thème du thème manques constatés/ressentis dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

Parmi les différents reproches des personnes envers la médecine, on notait, par ordre d'importance décroissante: l'absence de choix, l'absence d'accueil, le jugement négatif et la méconnaissance du sujet/couple.

Toutes les polarités étaient négatives et toutes les neutralités étaient faibles. Les importances étaient moyennes à faibles (entre 6,94 et 8,94 sur 10). Les rangs étaient moyens (entre 5,03 et 5,86 sur 10).

Pour certaines personnes, on comprenait que ces reproches concernaient l'AMP. C'est le cas de l'anonyme 5 qui précisait à chaque association PMA ou Napro. C'était également clair pour l'anonyme 2 qui a divisé la feuille en deux colonnes, avec d'un côté des liens autour de Napro, de l'autre différents liens, quasiment tous négatifs.

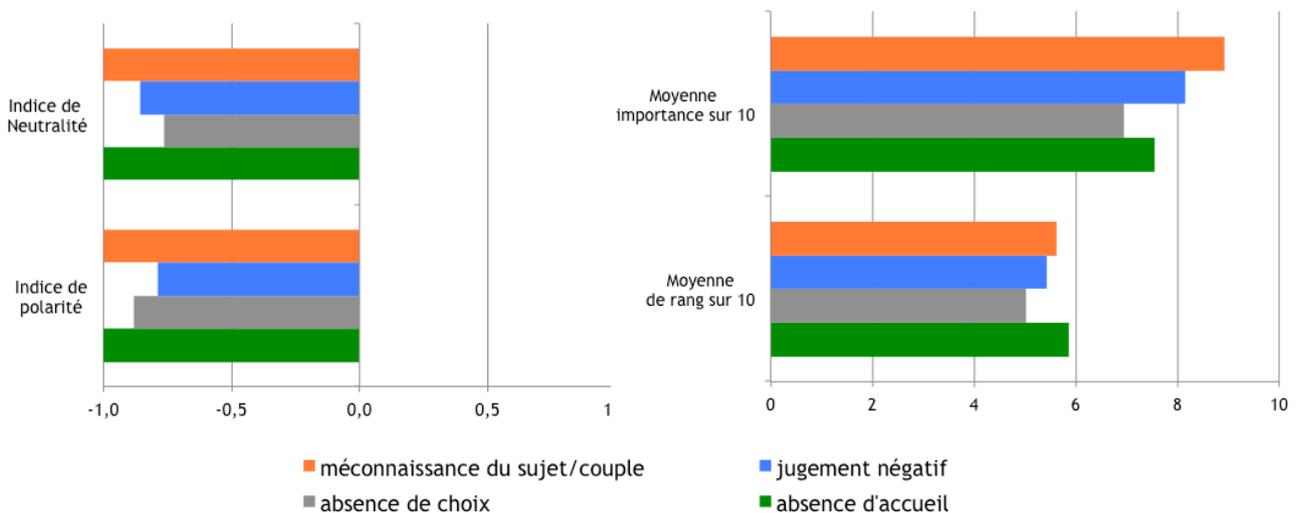


Figure 24 : Indices de neutralité et de polarité (à gauche) et moyennes d'importance et de rang (à droite) pour chaque sous-thème du thème manques constatés/ressentis dans le groupe NPT (15 personnes) concernant la question « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

3. Résultats pour le groupe AMP

Dans ce chapitre, nous exposerons les résultats du groupe AMP en les rapportant à ceux du groupe NPT.

Toute différence est intéressante à noter car l'échantillon est faible, mais elle l'est encore plus lorsqu'elle est statistiquement significative malgré le petit effectif (qui diminue la puissance des tests).

Nous plaçons ci-dessous 2 tableaux récapitulatifs comparant les différences des thèmes entre les groupes NPT et AMP concernant les 2 feuilles « Attendre un enfant qui ne vient pas. » et « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ». Ces tableaux seront commentés dans leur partie attitrée.

Thèmes	Différence de rang AMP-NPT	p (rang)	Différence d'importance AMP-NPT	p (importance)
Conjugal	-0,078	0,923	-1,115	0,159
Souffrance	0,398	0,460	1,573	0,003
Médical	0,173	0,705	0,593	0,185
Personnel	0,264	0,575	-1,341	0,004
Relationnel	1,220	0,103	-1,044	0,154
Temporel	-1,114	0,227	-0,057	0,950

Tableau 1 : Différence de rang et d'importance et significativité du groupe AMP par rapport au groupe NPT, en ce qui concerne la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas ».

Thèmes	Différence de rang AMP-NPT	p (rang)	Différence d'importance AMP-NPT	p (importance)
Psychologique	0,064	0,894	-0,059	0,896
Médical	-0,307	0,505	0,892	0,042
Manques ressentis/constatés	0,692	0,404	-0,833	0,289

Tableau 2 : Différence de rang et d'importance et significativité du groupe AMP par rapport au groupe NPT en ce qui concerne la feuille « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? ».

Lecture des tableaux : Les valeurs présentées dans le tableau correspondent à la différence du groupe AMP par rapport au groupe NPT.

Signification d'une valeur négative : rang plus précoce / importance plus grande

Signification d'une valeur positive : rang plus tardif / importance plus faible

1/ Feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas » dans le groupe AMP.

L'analyse des 218 mots ou associations (groupes de mots) recueillis a permis d'identifier 6 thèmes et 21 sous-thèmes présentés dans la figure 25.

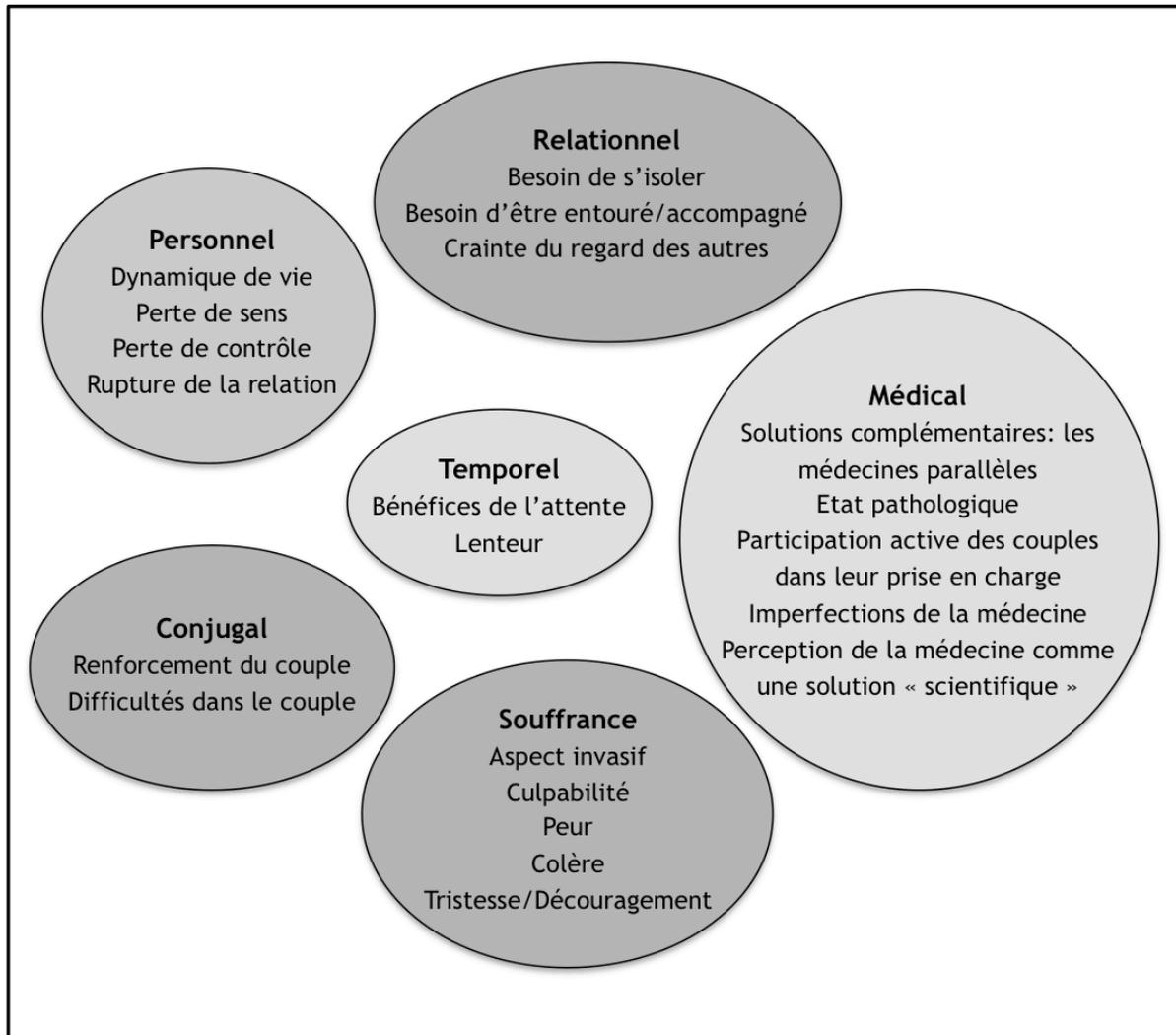


Figure 25 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de l'infertilité dans le groupe AMP.

A. Thèmes (annexe 9)

Les thèmes étaient les mêmes que pour le groupe NPT, en dehors du thème métaphysique qui n'existait pas dans le groupe AMP. Il y avait moins d'associations (c'est à dire de mots) pour le groupe AMP quelques soient les thèmes. La figure 2 (page 24) montre bien la différence entre les 2 groupes en ce qui concerne le nombre de mots, la polarité et l'importance.

L'ordre d'apparition des thèmes se ressemblait avec le groupe NPT : le thème temporel et le thème de la souffrance étaient les deux premiers, venaient ensuite le thème personnel et le thème médical et les deux derniers thèmes étaient le thème conjugal et le thème relationnel.

Les rangs d'apparition étaient comparables entre AMP et NPT. Le thème temporel semblait apparaître un peu plus tôt et le thème relationnel un peu plus tard dans le groupe AMP mais ces différences n'étaient pas significatives.

Le thème conjugal était le plus important du groupe AMP. Il paraissait plus important et moins positif dans le groupe AMP comparé au groupe NPT mais ces différences n'étaient pas significatives.

Le thème personnel était de manière statistiquement significative plus important dans le groupe AMP que dans le groupe NPT ($p=0,004$, intervalle de confiance [0,65-2,45]) et plus positif ($p=0,040$, intervalle de confiance [1,29-1,81]) dans le groupe AMP.

Le thème relationnel paraissait plus important et plus positif dans le groupe AMP, mais ces différences n'étaient pas significatives.

Le thème médical du groupe AMP avait une importance semblable au groupe NPT. Il paraissait moins positif dans le groupe AMP de manière presque significative ($p=0,098$).

Le thème temporel du groupe AMP avait une importance semblable au groupe NPT. Il paraissait moins positif que le groupe NPT de manière presque significative ($p=0,063$).

La souffrance était de manière statistiquement significative moins importante dans le groupe AMP que dans le groupe NPT ($p=0,003$, intervalle de confiance [0,52-2,58]). Elle apparaissait moins négative dans le groupe AMP mais cette différence n'était pas significative.

La neutralité était moins faible dans le groupe AMP (les indices de neutralité variaient entre -0,13 et -0,89 dans le groupe AMP vs entre -0,70 et -0,95 dans le groupe NPT). Cela signifie que pour un thème donné, la tendance du groupe AMP était d'avoir proportionnellement plus d'associations neutres que le groupe NPT.

B. Sous-thèmes (annexe 10)

a. Thème conjugal

On retrouvait 2 sous-thèmes identiques au groupe NPT : le renforcement du couple et les difficultés dans le couple.

Le renforcement du couple était plus important que pour le groupe NPT (2,41 vs 3,15/10). Il apparaissait un peu plus tôt (rang 5,88 vs 6,19/10). La polarité et la neutralité étaient similaires dans les 2 groupes. On retrouvait une consolidation du couple, comme pour le groupe NPT (*couple, cohésion, amour du couple, rapprochement, force*) et la notion d'*équipe, de partenaire, de solidarité*.

Les difficultés dans le couple apparaissaient plus tardivement que dans le groupe NPT (rang 10 vs 6,44/10) et étaient moins importantes (8,10 vs 6,28/10).

b. Thème personnel

Les associations de ce thème ont été regroupées en 4 sous-thèmes, identiques au groupe NPT. Il n'y a pas eu d'associations concernant la mise en relation ou le questionnement entre convictions personnelles et législation.

Les importances des sous-thèmes étaient plus grandes dans le groupe AMP. Les ordres d'importances différaient. Ainsi, la dynamique de vie était la plus importante, puis la perte de sens, la perte de contrôle et la rupture de la relation.

La perte de contrôle était le 1^{er} sous-thème en terme de rang dans les deux groupes. Elle arrivait plus tôt dans le groupe AMP (rang 3,66 vs 4,17/10).

La polarité et la neutralité des sous-thèmes étaient les mêmes dans les 2 groupes sauf pour la perte de sens. En effet, la polarité était plus positive dans le groupe AMP (0,10 vs -0,36) et la neutralité était moyenne (0 vs -0,57).

c. Thème relationnel

Le thème relationnel était perçu différemment dans les 2 groupes : les besoins d'isolement ou d'accompagnement étaient les plus importants dans le groupe AMP alors qu'ils l'étaient moins dans le groupe NPT.

A l'inverse, la crainte du regard des autres était perçue rapidement et était moyennement importante dans le groupe NPT alors qu'elle arrivait tardivement et était moins importante dans le groupe AMP.

Les sous-thèmes « ouverture aux autres » et « comparaison aux autres » étaient absents.

La polarité et la neutralité des sous-thèmes étaient les mêmes dans les 2 groupes sauf pour le besoin de s'isoler (neutralité faible dans le groupe AMP, neutralité moyenne dans le groupe NPT).

d. Thème médical

Au niveau médical, on retrouvait les mêmes thèmes excepté la perception de la médecine comme une solution « humaine » et la connaissance du fonctionnement physiologique.

Il existait un nouveau sous-thème, absent dans les réponses du groupe NPT : les médecines parallèles comme solutions complémentaires (*acupuncture* ou *relaxation sous hypnose*). Elles étaient décrites par l'anonyme 24. L'apparition était tardive mais l'importance était la plus grande (2,8/10).

Les importances des autres sous-thèmes étaient moyennes (entre 5,72 et 6,31 sur 10).

L'infertilité était perçue comme un état pathologique avec une importance, une polarité et une neutralité comparables au groupe NPT.

L'action des couples dans leur prise en charge arrivait plus rapidement et avait une plus grande importance dans le groupe AMP. Les neutralités étaient semblables dans les 2 groupes, la polarité était plus négative dans le groupe AMP (-0,25 vs 0,11).

Les imperfections de la médecine arrivaient plus tôt dans le groupe AMP et avaient une importance plus faible. On retrouvait comme pour le groupe NPT la notion de *colère*, de parcours *difficile*. On retrouvait aussi un aspect invasif (*intrusion*, *gêne*) et la notion d'*échec*. Les polarités et neutralités étaient semblables dans les 2 groupes.

La perception de la médecine comme une solution « scientifique » était le sous-thème le moins important dans le groupe AMP alors qu'il était le 2ème plus important dans le groupe NPT. La polarité de ce sous thème était neutre dans le groupe AMP et la neutralité moyenne alors qu'elle était faible dans le groupe NPT. La médecine est donc perçue de manière plus neutre dans le groupe AMP.

e. Thème temporel

L'ordre d'apparition, l'importance et la polarité des 2 sous-thèmes étaient comparables dans les 2 groupes.

Le sous-thème « bénéfiques de l'attente » comptait plus de mots dans le groupe NPT (13 vs 4 dans le groupe AMP) alors que la « lenteur » en comptait autant (11 vs 12 dans le groupe AMP). Les neutralités des 2 sous-thèmes étaient moyennes dans le groupe AMP alors qu'elles étaient faibles dans le groupe NPT. Le temps et les bénéfiques de l'attente étaient donc perçus de manière plus neutre dans le groupe AMP.

f. Thème de la souffrance

Les importances des sous-thèmes du thème souffrance étaient moins grandes dans le groupe AMP (entre 5,08 et 6,61 sur 10 vs entre 4,35 et 5,80 sur 10). On retrouvait par ordre d'importance décroissant: l'aspect invasif, la culpabilité, la peur, la colère et la tristesse/le découragement.

Ainsi, le sous-thème « tristesse/découragement » était perçu comme moins important dans le groupe AMP alors qu'il avait la 3^{ème} plus grande importance dans le groupe NPT.

A l'inverse, la culpabilité avait la 2^{ème} plus grande importance dans le groupe AMP alors qu'elle était dans les dernières importances dans le groupe NPT.

On ne retrouvait pas la notion de « manque » dans le groupe AMP.

Un nouvel aspect de la souffrance, absent dans le groupe NPT, apparaissait dans les 1ers et était le plus important des sous-thèmes. C'était l'aspect invasif. L'anonyme 16 l'a développé. Elle liait la *douleur* avec la *peur*, l'*intrusion*, la *gêne*.

Toutes les polarités étaient négatives (entre -0,63 et -1) et toutes les neutralités étaient faibles (entre -0,69 et -1) comme pour le groupe NPT.

2/ Feuille « Qu'est-ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » dans le groupe AMP.

L'analyse des 141 mots ou associations (groupes de mots) recueillis a permis d'identifier 3 thèmes et 13 sous-thèmes présentés dans la figure 26.

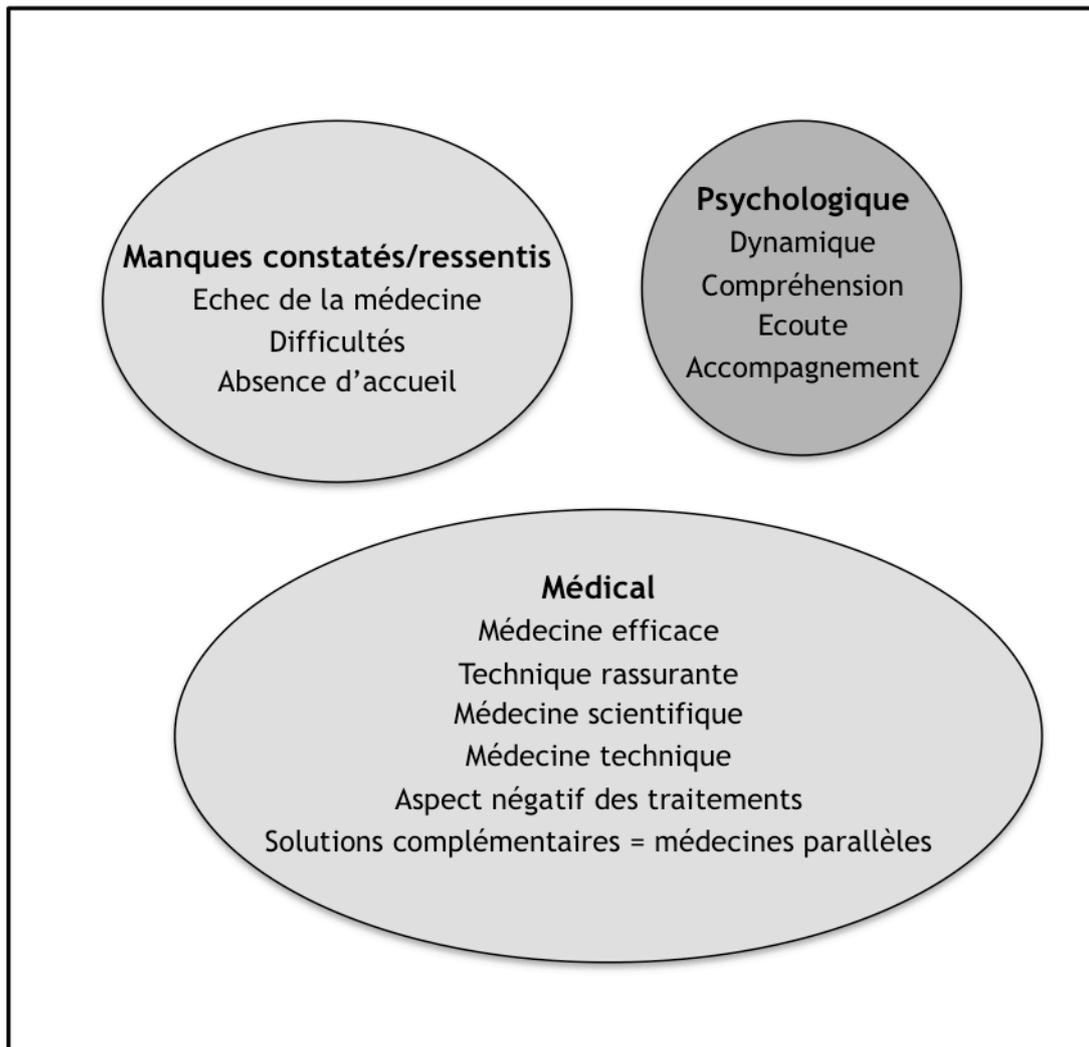


Figure 26 : Thèmes et sous-thèmes des représentations de la prise en charge médicale dans le groupe AMP.

A. Thèmes (annexe 12)

La figure 18 (page 33) montre bien la différence entre les 2 groupes en ce qui concerne le nombre de mots, la polarité et l'importance.

On retrouvait les mêmes thèmes que dans le groupe NPT en dehors de « ce qui peut être amélioré ».

Le thème psychologique était le plus important du thème dans les 2 groupes. Il apparaissait un peu plus important dans le groupe AMP (4,57 vs 4,63 sur 10) mais cette différence n'était pas significative. Il apparaissait en 1^{er} en terme de rang. Les polarités et les neutralités étaient semblables dans les 2 groupes.

Le thème médical venait en 2^{ème} en terme d'apparition et d'importance dans les 2 groupes. Il était de manière statistiquement significative moins important ($p=0,042$, intervalle de confiance [0,70-2,41]) et moins positif ($p=0,0003$, intervalle de confiance [1,39-1,71]) dans le groupe AMP que dans le groupe NPT.

Le thème « manques constatés/ressentis » arrivait en dernier et était le moins important. Il arrivait plus tardivement et était plus important dans le groupe AMP que dans le groupe NPT, mais ces différences n'étaient pas significatives. Les polarités et les neutralités étaient semblables dans les 2 groupes.

B. Sous-thèmes (annexe 13)

a. Thème psychologique

Les 4 sous-thèmes étaient les mêmes dans les deux groupes. Les polarités étaient toutes positives (entre 0,88 et 1) et les neutralités toutes faibles (entre -0,75 et -1), à l'instar du groupe NPT. Les rangs d'apparition étaient moyens (entre 4,56 et 6,49 sur 10).

La dynamique avait la plus grande importance (3,29/10) dans le groupe AMP alors qu'elle était le sous-thème le moins important dans le groupe NPT. On retrouvait essentiellement des associations (c'est-à-dire des mots ou groupes de mots) concernant l'action (*voyage, travailler sa patience, réactivité, action*). On trouvait des associations négatives dans le groupe NPT qui n'existaient pas dans le groupe AMP (*frustration, tristesse, déception, souffrance*).

La compréhension était le 2^{ème} sous-thème le plus important dans le groupe AMP.

L'écoute arrivait en 3^{ème} position en terme de rang et d'importance alors qu'elle était le sous-thème le plus important dans le groupe NPT.

L'accompagnement était le sous-thème le moins important dans le groupe AMP alors qu'il était le 2^{ème} plus important dans le groupe NPT. On retrouvait 24 associations sur les 53 du thème, concernant le *soutien, l'aide* comme dans le groupe NPT mais aussi des associations de l'ordre de la prise de recul (*dédramatiser, relativiser*).

b. Thème médical

En dehors de la médecine scientifique, les sous-thèmes médicaux différaient de ceux du groupe NPT. On retrouvait : la médecine efficace, la technique rassurante, la médecine scientifique, la médecine technique, l'aspect négatif des traitements et les médecines parallèles comme solutions complémentaires.

Les rangs d'apparition étaient moyens voire tardifs (entre 5,08 et 7,65 sur 10). Les polarités étaient positives sauf pour l'aspect négatif des traitements (polarité négative) et pour la médecine technique (polarité neutre). Les neutralités étaient faibles sauf pour la médecine technique (neutralité moyenne).

La médecine efficace était le sous-thème le plus important (2,61/10) dans le groupe AMP, apparaissant en 3^{ème} position. Par efficace, on entendait *réussite, enfant, des résultats, surprise, bonheur, sa puissance*.

La technique rassurante était le 2^{ème} sous-thème le plus important (4,14/10).

La médecine scientifique comptait le plus d'associations (36 pour 73 du thème). Elle apparaissait en 1^{er} en terme de rang et en 3^{ème} en terme d'importance (alors qu'elle était la 2^{ème} plus importante dans le groupe NPT). Sa polarité était moins positive et sa neutralité moins faible dans le groupe AMP. Elle était donc perçue de manière plus neutre dans le groupe AMP et plus positive dans le groupe NPT.

La médecine technique arrivait en 4^{ème} position en terme de rang et d'importance. La polarité était neutre (0,31) et la neutralité moyenne (0,38).

Entre la technique rassurante et la médecine technique, on comprend que la technique est moyennement importante et perçue de manière neutre, néanmoins elle présente un aspect rassurant qui est important.

L'aspect négatif des traitements apparaissait le plus tardivement et avait une faible importance (7,39/10). Sa polarité et sa neutralité étaient négatives (-1). On retrouvait des associations comme *redondance, traitements connoté négativement, peur (des traitements), angoisse*.

Les médecines parallèles comme solutions complémentaires étaient les moins importantes (8,38/10). Elles ont été développées par l'anonyme 24. On retrouvait des associations comme *acupuncture, méditation, relaxation, sophrologie, solutions*.

c. Thème manques constatés/ressentis

Les sous-thèmes de ce thème différaient du groupe NPT en dehors de l'absence d'accueil (qui était le sous-thème le plus tardif et le moins important).

Toutes les polarités étaient négatives et toutes les neutralités étaient faibles.

L'échec de la médecine était le sous-thème le plus important (6,31/10) de ce thème dans le groupe AMP. On retrouvait des associations comme *désespoir, rien* (à apporter dans la prise en charge de l'infertilité), *impuissance, échec*.

Les difficultés arrivaient en 1^{er} et étaient les 2èmes plus importantes. On retrouvait des *complications, administratives* ou dans le parcours (expliqué oralement) ainsi que des *difficultés financières*.

DISCUSSION

1. Points forts/points faibles de l'étude

1/ Points forts

Cette méthode de recueil des données permet de limiter l'adaptation des réponses du sujet aux attentes supposées de l'enquêteur.

D'une part, le fait que les réponses soient écrites limite le sentiment de jugement que pourrait ressentir le sujet vis à vis de l'enquêteur (comme dans le cas d'un entretien oral par exemple).

D'autre part, le fait que le sujet réponde librement, c'est à dire avec ses propres mots, permet qu'il ne se sente pas jugé sur ses choix ou sur son histoire (un questionnaire aurait pu soulever ce sentiment à travers les différentes propositions possibles).

Cette méthode laisse une grande liberté dans les réponses et il n'y avait pas de limitation dans le nombre d'associations à rendre. Cela a permis d'obtenir de nombreuses données malgré un faible échantillon sélectionné.

Les connexions que le sujet établit entre les différents mots permettent de reconstituer une trame textuelle et de mieux comprendre la signification qu'il donne aux mots qu'il emploie. On limite ainsi le biais d'interprétation de l'enquêteur.

Bien qu'ils soient moins nombreux dans les 2 groupes, il était intéressant d'interroger les hommes. Cela a multiplié la diversité des réponses.

Un homme dans le groupe AMP a accepté de répondre mais ne se sentait pas impliqué dans la prise en charge de l'infertilité. Il s'agissait d'une attente de moins de 18 mois et d'une prise en charge uniquement féminine. Il a mis 3 mots sur chaque feuille, témoignant surtout de la souffrance de son épouse.

A l'inverse, un homme dans le groupe NPT a mis 74 mots sur la 1ère feuille et 35 sur la 2^{ème}. L'attente était aussi inférieure à 18 mois.

Il serait intéressant d'étudier les résultats entre hommes et femmes, en prenant un échantillon comparable en terme d'histoire et de sexe.

Pour le groupe AMP, nous avons interrogé 10 personnes alors que 15 étaient initialement prévues. La faiblesse de l'effectif n'a pas eu, a priori, d'influence sur les thèmes et sous-thèmes identifiés au stade de l'analyse. En effet, les associations étant nombreuses, il apparaissait que la saturation était atteinte dès le 8^{ème} sujet interrogé.

Les sujets suivants venaient affiner les thèmes et sous-thèmes, mais il n'a pas été noté de nouveau thème. Il était en outre rare de voir apparaître un nouveau sous-thème (seul l'anonyme 24, 9^{ème} sujet interrogé du groupe AMP, a mentionné le sous-thème «solutions complémentaires : les médecines parallèles»). Les réponses des 2 groupes sont donc représentatives des couples infertiles.

2/ Points faibles

Il a parfois été compliqué pour les sujets d'établir un ordre d'importance : un désir d'accorder la même importance à deux associations est survenu à plusieurs reprises.

Dans certains cas, la difficulté était de savoir quelle importance donner à un mot connoté négativement (importance que cette notion a eu dans l'expérience du sujet, importance qu'elle avait au moment de répondre, ou grande importance pour insister sur la nécessité d'améliorer cette notion dans la prise en charge?).

La phrase stimulus de la 2^{ème} feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » a été comprise de 2 manières. Pour certains, la question était comprise comme une demande de témoignage. Pour d'autres, il s'agissait d'une demande d'avis sur les améliorations à faire dans la prise en charge médicale.

Les réponses étaient intéressantes dans les 2 cas puisque les conseils d'amélioration donnés étaient directement liés à l'histoire du sujet. Toutefois, cette ambiguïté de la question a induit des réponses différentes pour certains sujets.

Le fait que l'effectif du groupe AMP soit plus petit que l'effectif du groupe NPT a vraisemblablement contribué au fait que les associations du groupe AMP soient moins nombreuses que celles du groupe NPT. Cela a également pu affecter l'analyse statistique comparant les 2 groupes (dans sa partie qualitative), à cause du manque de puissance lié au faible effectif.

Par contre, cela n'a pas influencé les différences statistiquement significatives des groupes: ce qui est significatif l'est malgré la faiblesse de l'effectif, ce qui témoigne d'une différence assez grande entre les deux groupes.

L'enquêteur a été la seule personne à classer les associations en thèmes et sous-thèmes. Il n'y a pas eu de 2^{ème} avis indépendant.

2. Discussion des résultats

Il n'y a pas de résultats accessibles dans la littérature permettant de comparer notre étude à d'autres travaux. Notre discussion ne pourra donc pas avoir la même construction que d'autres études.

Toutefois, nous allons nous attarder sur quelques résultats qui nous ont intéressés ou interpellés. Nous les discuterons en prenant notre point de vue de médecin généraliste.

1/ Interprétation des différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

A. Le thème personnel était statistiquement plus important et plus positif dans le groupe AMP.

Lorsque l'on étudie les sous-thèmes communs aux deux groupes, on réalise que ces différences d'importance et de polarité s'expliquent essentiellement par des différences au niveau des sous-thèmes « dynamique de vie » et « perte de sens ».

La dynamique de vie se définit comme l'énergie apportée à la personne par l'attente. Elle englobe les sentiments et forces de caractères aidant à vivre le quotidien (*espérance, désir, courage, volonté, espoir, motivation*) et les évolutions de la personne dans l'attente (*autres projets, changer de vie, adoption, démarches, solutions, vie*).

Son importance était plus grande et sa polarité plus positive dans le groupe AMP.

La perte de sens se définit comme un questionnement de vie (*pourquoi, incompréhension, avenir incertain, à qui transmettre ? sens de la vie*). Son importance était plus grande et sa polarité plus positive dans le groupe AMP (les associations étaient majoritairement neutres alors qu'elles étaient majoritairement négatives dans le groupe NPT).

Ainsi, la perte de sens était plus importante et plutôt perçue comme un état de fait dans le groupe AMP. Son importance était moindre dans le groupe NPT et cela est probablement lié au fait que les personnes trouvaient du sens dans leurs réflexions métaphysiques. Cette perte était toutefois perçue de manière plus négative.

Notons que la perte de sens et la perte de contrôle étaient les premiers sous-thèmes à apparaître dans les deux groupes. Cela met en valeur une des premières constatations de la personne souffrant d'infertilité : sa confrontation à un non-événement pourtant programmé/désiré.

Cette perte de contrôle sur sa propre vie entraîne une *inquiétude*, un sentiment de *différence*, de *handicap*, une impression d'être *anormal*. Il y a aussi une remise en question de ses capacités (*capacité à donner la vie, confronté à son ignorance, impuissance, féminité*) et une forme de colère (*frustration, remise en cause du désir*). La perte de contrôle était plus importante dans le groupe NPT et perçue plus négativement dans le groupe AMP.

B. Le thème de la souffrance était statistiquement moins important dans le groupe AMP.

Les sous-thèmes étaient similaires sauf le manque qui n'apparaissait pas dans le groupe AMP et l'aspect invasif qui n'apparaissait pas dans le groupe NPT. L'importance des sous-thèmes était moindre dans le groupe AMP. Ce résultat ne signifie pas que les personnes du groupe AMP souffrent moins que celles du groupe NPT. Par contre, l'importance accordée à la souffrance au moment de répondre était moindre.

Cela peut s'expliquer par le fait que le groupe NPT avait proportionnellement moins d'enfants que le groupe AMP au moment des entretiens (3 couples sur 15 avaient au moins un enfant dans le groupe NPT, 4 couples sur 10 avaient au moins un enfant dans le groupe AMP). La souffrance était probablement notée différemment selon que l'attente d'enfant était en cours ou passée au moment de l'entretien.

Les critères d'inclusion n'incluaient pas la présence ou l'absence d'enfant, bien que des histoires variées étaient recherchées. Il serait intéressant de pouvoir mener la même étude en incluant un nombre d'enfants similaire dans les deux groupes pour savoir si cette différence de vécu se retrouve.

Bien que cela ne reste qu'une hypothèse, on peut supposer que l'importance de la souffrance est moindre parce que l'action qui en découle paraît plus importante. Cette différence va dans le sens de ce que nous décrivons ci-après, à savoir que le groupe AMP trouve plus d'importance dans l'action que le groupe NPT.

2/ Perception de la médecine dans les deux groupes.

A. Le thème médical avait une importance moyenne.

Les importances étaient moyennes dans les 2 groupes et sur les 2 feuilles (« Attendre un enfant qui ne vient pas. » et « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? »). Cela nous a surpris car l'infertilité est à ce jour considérée comme un problème de santé pour lequel la principale réponse est médicale. Nous pensions qu'elle aurait donc une plus grande importance.

Ce fait était confirmé par d'autres résultats. En effet, dans les 2 groupes et dans les 2 feuilles, la relation primait sur la médecine.

Pour la 1^{ère} feuille, les thèmes les plus importants étaient :

- métaphysique et conjugal pour le groupe NPT
- personnel et relationnel pour le groupe AMP

Pour la 2^{ème} feuille, le thème psychologique était plus important dans les deux groupes.

D'autre part, dans la 2^{ème} feuille, le thème médical était statistiquement moins important et moins positif dans le groupe AMP. Cela est probablement dû au fait que le thème médical a été développé sous un angle essentiellement relationnel dans le groupe NPT alors qu'il était essentiellement technique dans le groupe AMP.

B. Perception de la médecine dans le groupe AMP

Dans la 1^{ère} feuille, en dehors d'une personne qui mentionnait l'existence de médecines parallèles comme solutions complémentaires, la médecine était une solution par son aspect scientifique.

Dans la 2^{ème} feuille, la médecine était principalement perçue comme un savoir scientifique, comme une technique.

Cette technique offre un cadre qui rassure (*étapes du concret, rassurant*).

Cette médecine technique est essentiellement attendue dans son efficacité (*réussite, enfant, des résultats, sa puissance*). A l'inverse, on peut lui reprocher son échec, son *impuissance*, plus importants que les difficultés du parcours ou l'absence d'accueil.

La prise en charge psychologique était plus importante que la prise en charge biomédicale.

Ce qui importait le plus était la dynamique, soit la mise en mouvement (*réactivité, action, sourire, espoir*). Venait ensuite le besoin de réponses (*réponses, explication rationnelle, compréhension*), d'écoute (*disponibilité, écoute, dialogue*) puis d'accompagnement (*soutien, aide, réconfort, rassurer, relativiser*).

C. Perception de la médecine dans le groupe NPT

L'aspect scientifique de la médecine avait la même signification dans les deux groupes (*diagnostic, examens, bilan sanguin, démarche scientifique, traitement*).

Toutefois, cette médecine scientifique semblait indissociable d'une prise en charge de la personne pour le groupe NPT. Dans la 1^{ère} feuille, médecine « scientifique » et médecine « humaine » avaient la même importance. Dans la 2^{ème} feuille, la médecine personnalisée était plus importante que la médecine scientifique.

On comprend que la prise en charge des couples infertiles doit tenir compte de l'histoire des personnes, de leur chemin, de leur couple, de leur corps (*couple care, écoute de la femme, respect de notre intimité*).

Certains sujets ne souhaitaient pas de manipulation des gamètes (*ne pas instrumentaliser l'union conjugale*). On note d'ailleurs que plusieurs personnes (anonymes 5 et 6, 11 et 12, 15) ont noté dans le questionnaire final qu'elles avaient refusé les pratiques de FIV proposées par leur gynécologue avant de se tourner vers la NPT.

Le besoin d'écoute était très important dans ce groupe, plus important que l'accompagnement, la compréhension et la dynamique.

Les personnes du groupe ayant connu l'AMP puis la NPT ont eu le sentiment de ne pas avoir été écoutées comme elles le désiraient lors de leur prise en charge par AMP (*absence d'écoute, impasse, incompréhension de ce que cela implique quand on choisit l'éthique*). Le cadre rassurant décrit dans le groupe AMP s'est alors transformé en *chemin tout tracé, protocole*, perçus négativement. L'impression était celle d'un *enfant à tout prix, d'un choix forcé, d'un acharnement*.

Les manques de la médecine concernaient d'ailleurs les sentiments d'absence de choix, d'absence d'accueil, de jugement négatif. Ces trois sujets résultent souvent d'un sentiment d'absence d'écoute. Il n'y avait pas de notion d'échec comme pour le groupe AMP.

3/ Vécus et actions face à l'infertilité dans les deux groupes

Nous sommes partis du postulat que ce qui reflétait mieux le ressenti des personnes parmi nos indices était l'ordre d'importance. Nous avons donc pris les plus grandes importances (comprises entre 1 et 4/10) des deux feuilles pour connaître les principales caractéristiques de chaque groupe.

Dans le groupe AMP, les plus grandes importances étaient dans l'ordre décroissant: renforcement du couple, médecine efficace, solutions complémentaires = les médecines parallèles, dynamique, dynamique de vie, besoin de s'isoler, besoin d'être entouré/accompagné.

Dans le groupe NPT, elles étaient: médecine personnalisée, renforcement de la communication conjugale, renforcement du couple, écoute, mise en relation, dynamique pour le quotidien, chemin spirituel et philosophie transcendante.

La plupart des sous-thèmes sont communs, mais les importances diffèrent. Les vécus de l'infertilité se ressemblent, comme le renforcement du couple, mais d'autres points se distinguent.

Par exemple, la dimension métaphysique était évoquée exclusivement dans le groupe NPT et son importance était une des plus grandes. Cela a alimenté la différence dans le vécu de l'infertilité.

La « dynamique » la plus importante (ou énergie apportée à la personne) était manifestée dans le sous-thème « dynamique pour le quotidien », c'est à dire qu'elle était liée à la dimension métaphysique (*volonté, persévérance, engagement, apaiser son esprit*). On retrouvait des connexions entre cette énergie et le chemin spirituel (*prière, foi, abandon (confiance), chemin, offrande, compassion*) ou le combat spirituel (*combat, croix, épreuve*). On comprend que c'est la spiritualité qui aide la personne à traverser l'épreuve de l'attente d'enfant, en lui donnant l'énergie, la force d'agir.

La différence entre les deux groupes réside surtout dans la manière de réagir face à l'infertilité.

Pour le groupe AMP, attendre un enfant qui ne vient pas amène à une action spontanée. En témoignent les dynamiques des thèmes personnel et psychologique (*motivation, efforts, démarches, avancer, lutte, combat, solutions, réactivité, action, sourire*). Pour le groupe NPT, l'action semble plus réfléchi, au sens où il y a d'abord une considération qui amène à une action. En témoignent l'écoute, le chemin spirituel (*écoute, écoute active, compassion, empathie, réconfort, faire parler le couple du sujet, prière, espérance*). Même la dynamique jugée la plus importante découle d'une réflexion métaphysique.

Autrement dit, dans son action, le groupe NPT accorde plus d'importance à la prise de recul (besoin d'écoute, prière) tandis que le groupe AMP accorde plus d'importance à l'agir (*démarches, action*).

4/ Finalement, la médecine restauratrice de la fertilité peut-elle être une réponse aux attentes des couples français infertiles ?

Nous avons vu que les ressentis des deux groupes sont proches lorsque l'on compare les différents thèmes et sous-thèmes. Toutefois, en ce qui concerne le vécu et la prise en charge de l'infertilité, il semble que le groupe AMP trouve plus d'importance dans l'action quand celle du groupe NPT est pour l'attention (ou prise de recul).

A partir des réponses des couples, on peut entrevoir leurs attentes en terme de prise en charge médicale. En effet, dans les réponses à la question « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » il y a le vécu de ce qui a été apporté mais aussi de ce qui aurait du être apporté. Or ces attentes diffèrent :

Dans le groupe AMP, ce qui apparaît le plus important est son aide psychologique pour avancer (dynamique) et sa solution technique pour avoir un enfant.

Dans le groupe NPT, ce qui apparaît le plus important est son écoute et son aspect personnalisé et scientifique.

Ces différences se retrouvent dans les approches de l'une et l'autre méthode. L'objectif principal de l'AMP est d'aider un couple infertile à avoir un enfant. Celui de la NPT est d'aider un couple infertile à avoir une bonne santé gynécologique, reproductrice et psychologique pour lui donner toutes les chances d'avoir un enfant naturellement.

La médecine de restauration de la fertilité cherche à améliorer la santé gynécologique, reproductrice et psychologique d'un couple. D'une manière plus large, elle vise à optimiser la santé globale de l'individu et du couple. Cela rentre dans le cadre de la définition de la santé par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, définition de 1946).

Cette approche est intéressante : elle est accessible pour le médecin généraliste, en premier recours et va dans la continuité de son travail de promotion et d'éducation pour la santé. Cette attitude correspond au but attribué à la médecine générale par la WONCA qui entend "*favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace*" et considère le médecin généraliste comme « *le premier contact avec le système de soins* » (Wonca Europe, 2002).

Ainsi, malgré des besoins globalement similaires chez les personnes souffrant d'infertilité, les attentes dans la prise en charge diffèrent.

Une partie d'entre elles accorde une plus grande importance à une médecine qui, tout en restant scientifique, insiste sur l'attention au couple et à ses désirs ainsi que sur l'attention au fonctionnement physiologique. Ces personnes peuvent trouver une réponse à ces attentes dans la médecine de restauration de la fertilité.

3. Discussion sur la prise en charge du couple dans le parcours NPT

L'accompagnement proposé par le parcours NPT nous a paru enrichissant pour le couple et nous a semblé être un axe de réflexion pour améliorer notre pratique. Il nous paraît donc intéressant d'en discuter, sans prétendre être exhaustif.

L'individu central de la prise en charge est, non pas l'enfant à venir, mais le couple. Il s'agit d'accompagner le couple dans sa démarche d'attente et de l'aider à « émonder » son désir d'enfant.

En effet, si le désir d'enfant est une bonne chose en soi, l'attente peut en révéler certains écueils.

D'une part, elle peut faire passer ce « projet de couple » d'avoir un enfant en « fondement du couple ».

D'autre part, cette attente peut faire grandir l'« obsession » de cet enfant (comme l'a manifesté l'anonyme 13 du groupe NPT en écrivant *obsédant* en réponse à la phrase stimulus « attendre un enfant qui ne vient pas »).

Un travail de distanciation face au désir d'enfant nous paraît nécessaire à faire. Il permet d'aider le couple à prendre du recul vis à vis de cette attente, à réfléchir sur ce que cette épreuve représente pour chacun, sur les souhaits de chacun dans le couple.

L'accompagnement du couple vise à favoriser ce travail de distanciation et à apprendre au couple à transformer le « désir d'enfant » en « désir d'accueillir un enfant ». L'attente devient ainsi un chemin de préparation pour l'accueil d'un enfant ; préparation en couple, d'ordre psychologique, physique, médicale et sociale.

Cela change la perception du quotidien et des démarches : les soins ne sont plus des soins « pour avoir » un enfant mais deviennent des soins « en vue d'accueillir » l'enfant.

Ce travail face au désir d'enfant et à la démarche effectuée pour remédier à cette infertilité nous semble être une étape nécessaire pour chaque couple. Il revient aux professionnels en lien avec les couples de les aider à cheminer en ce sens, quelque soit le parcours choisi, NPT ou AMP. Il faudrait pour cela proposer une formation adaptée aux professionnels qui ne souhaitent pas être des substituts de psychologues mais dont le rôle est d'aider le couple dans son chemin de préparation à l'accueil de l'enfant pour l'aider à mieux vivre ce temps de l'attente.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE
THESE SOUTENUE PAR Madame Marion COULAUD-GUILLEM

CONCLUSIONS

La médecine de restauration de la fertilité est une aide à l'infertilité visant à restaurer ou améliorer une fonction reproductive efficiente, en vue d'optimiser les chances de conception d'un couple au cours d'une union. L'exemple le mieux développé à ce jour est la Naprotechnologie, qui se déploie en France depuis 2009. Cette approche est intéressante pour le médecin généraliste puisque la méthode permet une prise en charge précoce, globale et basée sur la clinique. Elle peut aussi être une alternative pour les couples refusant les parcours d'Assistance Médicale à la Procréation.

Nous nous sommes interrogés sur la place de la médecine restauratrice de la fertilité dans l'aide à la conception en France. L'objectif de cette étude était de savoir si elle répondait à une attente des couples infertiles.

Pour cela, nous avons étudié et comparé les représentations de l'infertilité et de la prise en charge médicale chez 15 personnes ayant eu recours à la Naprotechnologie (NPT) et 10 personnes ayant eu recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Les entretiens ont été faits selon la méthode du réseau d'associations développé par Anna Maria de Rosa. Pour avoir des groupes comparables, les histoires médicales dataient de moins de 18 mois pour 2/3 des personnes de chaque groupe.

Les personnes interrogées devaient citer librement des mots ou groupes de mots (associations) à partir du concept inducteur « attendre un enfant qui ne vient pas » puis « qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ». Les associations identifiées ont été classées en thèmes et sous-thèmes. Les rangs d'apparition, les importances, les neutralités et les polarités ont été comparés entre les deux groupes.

Concernant la feuille « attendre un enfant qui ne vient pas », les thèmes étaient les mêmes dans les deux groupes, en dehors du thème métaphysique qui n'existait pas dans le groupe AMP. Le thème personnel était plus important ($p=0,004$, intervalle de confiance [0,65-2,45]) et plus positif ($p=0,040$, intervalle de confiance [1,29-1,81]) dans le groupe AMP que dans le groupe NPT. La souffrance était moins importante dans le groupe AMP ($p=0,003$, intervalle de confiance [0,52-2,58]). Le thème relationnel paraissait plus important et plus positif dans le groupe AMP.

Le thème médical du groupe AMP avait une importance moyenne (5,95/10), semblable au groupe NPT (5,35/10). Il paraissait moins positif dans le groupe AMP ($p=0,098$). Le thème temporel du groupe AMP avait une importance semblable au groupe NPT (respectivement 6,07 et 6,13/10). Il paraissait plus négatif que le groupe NPT ($p=0,063$).

Concernant la feuille « qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas », les thèmes étaient les mêmes dans les deux groupes, en dehors du thème « ce qui peut être amélioré » qui n'existait pas dans le groupe AMP. Le thème psychologique était le plus important des thèmes. Le thème médical était moins important ($p=0,042$, intervalle de confiance [0,70-2,41]) et moins positif ($p=0,0003$, intervalle de confiance [1,39-1,71]) dans le groupe AMP que dans le groupe NPT. Le thème « manques constatés/ressentis » était le moins important.

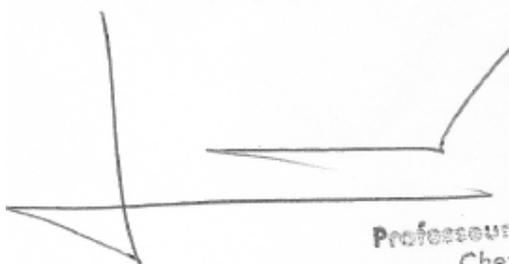
Les ressentis des deux groupes sont proches lorsque l'on compare les différents thèmes et sous-thèmes. Toutefois, en ce qui concerne le vécu et la prise en charge de l'infertilité, il semble que le groupe AMP trouve plus d'importance dans l'action quand celle du groupe NPT est pour l'attention.

On retrouve cette différence au niveau médical. Dans le groupe AMP, ce qui apparaît le plus important dans la médecine est son aide psychologique pour avancer (dynamique) et sa solution technique pour avoir un enfant. Dans le groupe NPT, ce qui apparaît le plus important dans la médecine est son écoute et son aspect personnalisé et scientifique.

Ces différences se retrouvent dans les approches de l'une et l'autre méthode. L'objectif principal de l'AMP est d'aider un couple infertile à avoir un enfant. Celui de la NPT est d'aider un couple infertile à avoir une bonne santé globale (gynécologique, reproductrice et psychologique) pour lui donner toutes les chances d'avoir un enfant naturellement.

En dehors du fait qu'elle représente une alternative pour les couples ne souhaitant pas faire appel aux techniques d'AMP, la médecine restauratrice de la fertilité place le médecin généraliste en acteur de soins de premier recours. En effet, les observations de la glaire cervicale peuvent débiter rapidement, il peut donc agir en conséquence et travailler en partenariat avec d'autres acteurs de santé. Cette prise en charge globale cherchant à d'abord promouvoir la santé d'un couple répond à la demande de certains patients qui expriment clairement un besoin plus particulier d'écoute, de prise en charge adaptée à l'histoire et aux désirs du couple.

Le Président du jury,



Professeur Serge DOUVIER
Chef de Service
Service de chirurgie gynécologique et oncologique
Département de gynécologie-obstétrique
et biologie de la reproduction
CHU DIJON
21079 DIJON CEDEX

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 8 DECEMBRE 2015
Le Doyen



Pr. F. KUET

BIBLIOGRAPHIE

1. BEH n°7-8-9/2012 / 2012 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 2 août 2015]. Disponible sur l'URL: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-7-8-9-2012>
2. dossier11.pdf [Internet]. [cité 2 août 2015]. Disponible sur l'URL: <http://www.ors-rhone-alpes.org/environnement/pdf/dossier11.pdf>
3. Rapport_causes_infertilite_VFinale.pdf [Internet]. [cité 3 août 2015]. Disponible sur l'URL: http://www.inserm.fr/content/download/69562/527627/version/2/file/Rapport_causes_infertilite_VFinale.pdf
4. Combien d'enfants naissent grâce à une assistance médicale ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 août 2015]. Disponible sur l'URL: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/combien-d-enfants-naissent-grace-a-une-assistance-medicale/>
5. Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy. Use effectiveness. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur l'URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9653695>
6. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage [Internet]. [cité 25 nov 2014]. Disponible sur l'URL: <http://www.cfp.ca/content/58/5/e267.full.pdf+html>
7. Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice [Internet]. [cité 25 nov 2014]. Disponible sur l'URL: <http://www.jabfm.org/content/21/5/375.long>
8. Self-identification of the clinical fertile window and the ovulation period. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 juin 2015]. Disponible sur l'URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25724738>
9. Boyle P, Stanford J. Natural Procreative Technology - A multifactorial approach to the chronic problem of infertility. *Biomedicina* - ISSN 1392-6373 Sveikatos Mokslai, Volume 21, Number 3, 2011, p. 37-42
10. PII: S0029-7844(02)02382-7 - timing_intercourse.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur l'URL: http://npr.pl/badania/timing_intercourse.pdf
11. Near Adhesion-Free Reconstructive Pelvic Surgery: Three Distinct Phases of Progress Over 23 Years | Abstract [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur l'URL: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/gyn.2009.0031>
12. Bourdel M-C, Thévenot J. Y a-t-il un intérêt à proposer la NaProTechnology(tm) dans la gestion de l'infertilité de couple en médecine générale ? Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2013.

13. International NaProTechnology Evaluation and Surveillance of Treatment for Infertility and Miscarriage (iNEST) - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur l'URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01363596>
14. RENAUD L. Éditorial. Les représentations sociales : un vecteur-clé des interventions en santé publique. *Sante Publique (Bucur)*. 10 2007;(5):351-2.
15. 2003_reseau_associations.pdf [Internet]. [cité 9 juill 2015]. Disponible sur l'URL: http://www.europhd.it/html/_onda02/07/PDF/10th_lab_scientificmaterial/derosa/2003_reseau_associations.pdf
16. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales [Internet]. [cité 28 oct 2015]. Disponible sur l'URL: <http://sociologies.revues.org/993>
17. Hilgers TW. *The Medical and Surgical practice of Naprotechnology*. Omaha, Nebraska. Pope Paul VI Institute Press, 2004.-1244p
18. THESE - denis_these.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2014]. Disponible sur l'URL : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/denis_these.pdf
19. Zorn J-R, SAVALE M. *Stérilité du couple*. 2^{ème} édition. Paris. Masson, 2005. -327p

Formations :

1^{ère} partie de formation en Naprotechnologie (Education phase 1) du 14 au 22 novembre 2015, à Liverpool.

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation de la Naprotechnologie (NPT)

1/ Le système Fertilitycare du modèle Creighton (SMCr)	62
2/ Objectifs thérapeutiques en NPT	63
3/ Protocoles de prise en charge en NPT	64
4/ Prise en charge du couple	66
5/ Diagnostics en NPT	67
6/ Traitements en NPT (en dehors des actes chirurgicaux)	68
7/ Prise en charge chirurgicale	69
8/ La NPT en pratique en France	69

La Naprotechnologie (NPT) ou Natural Procreative Technology (procréation naturelle médicalement assistée) se veut être une « science médicale qui éduque les femmes dans leurs signes objectifs de cycles menstruels et fertiles pour pouvoir développer un partenariat avec leur médecin dans l'évaluation et le traitement de tout éventuel problème d'ordre gynécologique et reproductif » [17]

Elle a été développée dans les années 90 aux Etats Unis par le Dr Thomas Hilgers, gynécologue-obstétricien, et son équipe et est aujourd'hui pratiquée dans différents pays (Canada, Irlande, Pologne, Australie, Taiwan, France, Ukraine, Allemagne, Gibraltar, Hongrie, Pays-Bas).

Ce chapitre a été écrit à partir du livre de référence en Naprotechnologie, « The medical and surgical practice of Naprotechnology » de Thomas Hilgers. Il s'agit d'une description des pratiques, sans développer leurs justifications (celles-ci sont détaillées dans le livre).

L'objectif de cette présentation n'est pas d'être exhaustif, mais de donner un bon aperçu de la méthode. Nous développerons essentiellement la prise en charge de l'infertilité.

La NPT propose en effet une approche médicale et chirurgicale de restauration de la fertilité pour optimiser les conditions de fécondation in vivo. Elle prend en charge tous les types d'infertilité sauf l'azoospermie et l'occlusion tubaire bilatérale irrémédiables.

1/ Le système Fertilitycare du modèle Creighton (SMCr)

L'auto-observation a pour but de définir les signes indicateurs de la fertilité. Cela se base sur l'observation de la glaire cervicale qui est un bon reflet de la fertilité [8].

Il est conseillé d'observer selon 3 étapes :

- décrire la sensation produite au passage du papier hygiénique,
- observer le papier pour constater la présence ou l'absence d'écoulement,
- s'il y a écoulement, le tester au doigt, entre le pouce et l'index pour observer son élasticité, sa couleur, sa consistance.

L'observation se fait à chaque passage aux toilettes, avant et après chaque miction ou selle, et une fois avant le coucher. A la fin de la journée, l'observation la plus fertile sera notifiée sur le tableau d'observation.

Le jour Pic (P) correspond au dernier jour de glaire la plus fertile. L'ovulation a lieu à P + ou - 2 jours. Cela est confirmé par la courbe de température ou les analyses biologiques.

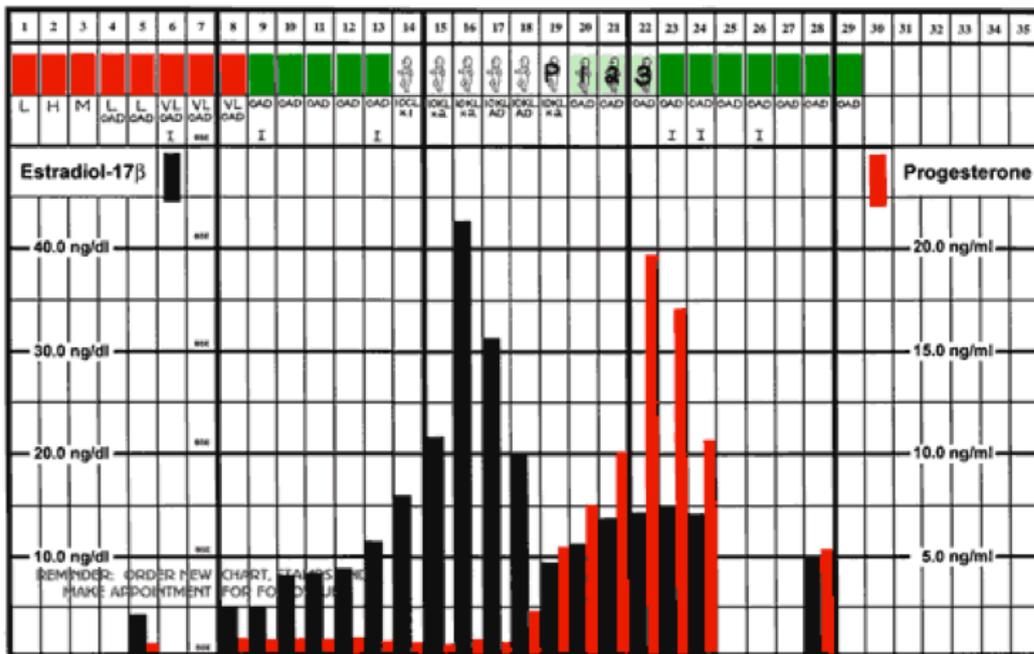


Figure 1 : Exemple d'un tableau de relevé d'observations d'un couple avec dosages des taux d'oestradiol et de progestérone quotidiens. Profil hormonal normal [17].

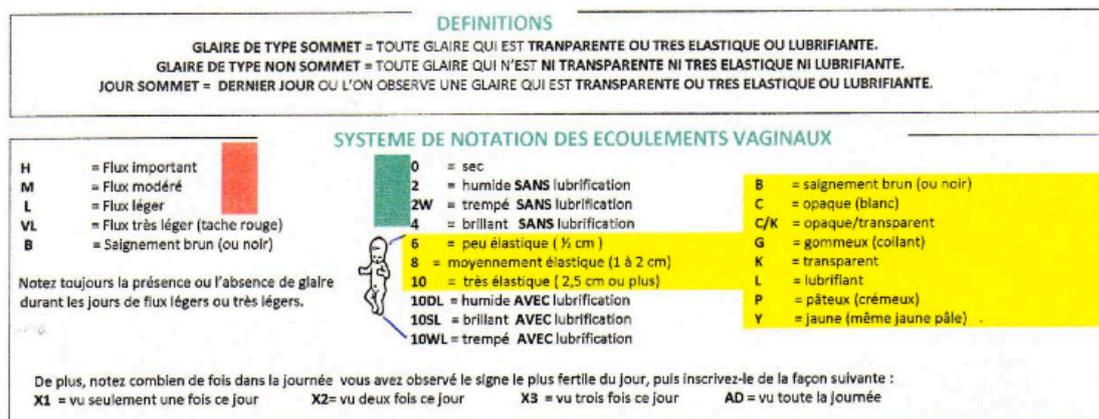


Figure 2 : Codification de l'observation de la glaire cervicale selon le modèle SMCr.

Les travaux du Dr Hilgers sur ce modèle de description standardisée des caractéristiques de la glaire cervicale au cours du cycle ont permis d'avoir des applications dans le cadre de la santé gynécologique globale de la femme et de la fertilité.

Ainsi, le SMCr est utilisé :

- Pour éviter ou favoriser une grossesse dans le cadre de la planification familiale naturelle, [5]
- Pour identifier et traiter certaines pathologies comme métrorragies, syndrome prémenstruel, kystes ovariens récidivants, dépression du post partum.
- Pour identifier et traiter les causes d'infertilité ou de fausses couches à répétition.

2/ Objectifs thérapeutiques en NPT

L'objectif thérapeutique de la NPT est de restaurer un potentiel de fertilité avant la conception. Il s'agit d'obtenir des « cycles effectifs » correspondant à des critères de qualité cliniques, biologiques et anatomiques.

Ainsi, sur le plan clinique, on recherche :

- des cycles menstruels de qualité (réguliers, règles normalisées, absence de saignement anormal, absence de syndrome prémenstruel)
- une glaire cervicale en quantité et qualité satisfaisantes
- des rapports sexuels privilégiés pendant les jours fertiles
- un contrôle, dans la mesure du possible, du stress physique et psychique (règles hygiéno-diététiques, activité physique, gestion de l'anxiété, du sommeil, des pathologies intercurrentes, de douleurs, etc.)

Sur le plan biologique, on recherche :

- des taux de progestérone et d'œstrogènes corrigés
- un spermogramme dans les limites de la normale

Sur le plan anatomique, on recherche :

- une correction des anomalies anatomiques éventuelles par geste endoscopique, chirurgical ou traitement laser, afin d'assurer la normalité de la cavité pelvienne, la vacuité utérine ou la perméabilité tubaire.
- une rupture folliculaire confirmée par monitoring échographique.
- Une correction éventuelle chez l'homme également (cure de varicocèle, chirurgie d'une azoospermie obstructive)

3/ Protocoles de prise en charge en NPT

a) Agenda-type de la prise en charge

1. Définir l'objectif avec le couple. Entretien motivationnel pour un programme de 18 à 24 mois.
2. Eduquer au modèle SMCr
3. Bilans biologiques sur le 2^{ème} cycle
4. Bilan échographique et 2^{ème} consultation médicale sur le 3^{ème} cycle
5. Une fois le(s) diagnostic(s) établi(s), traitement des différentes pathologies
6. Monitoring mensuel pour la femme : oestradiol et progestérone à P +7, monitoring trimestriel du spermogramme si suboptimal
7. Améliorer la glaire cervicale si besoin
8. Confirmer la bonne ovulation d'un follicule mature par échographie. Ajustements thérapeutiques si besoin.
9. Continuer les traitements pour avoir des cycles effectifs : taux hormonaux à P +7 optimaux, glaire cervicale en quantité suffisante, unions synchronisées aux fenêtres fertiles, prise en charge des facteurs psychologiques et gestion du stress
10. Si au bout de 5 à 6 cycles effectifs, il n'y a eu aucune conception, discuter une prise en charge chirurgicale (laparoscopie, hystéroscopie...)
11. Si aucune conception n'a eu lieu après 12 cycles effectifs de traitement : discuter avec le couple de leur désir (adoption, acceptation de rester sans enfant, AMP)

b) Exemples de protocoles

La prise en charge diagnostique diffère modérément selon le type de cycle, qui se détermine facilement à l'interrogatoire [9]. Il existe les cycles réguliers, les cycles longs et irréguliers et les aménorrhées.

Protocole pour les cycles réguliers :

1. Histoire des patients (Antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux, antécédents gynécologiques, recherche de prise de toxiques, recherche d'allergies)

2. Tenue du tableau SMCr sur 2 cycles

3. Puis examen clinique et prescription d'examens paracliniques :

- Pour l'homme, bilans similaires à l'AMP
- Profil hormonal de base :
 - o Jour 5 du cycle : FSH, LH, β endorphines
 - o Pic -5 à Pic +2 : oestradiol tous les 2 jours
 - o P + 3, 5, 7, 9, 11 : progestérone et oestradiol
 - o P +5, 7, 9 : β endorphines
 - o P +7 : testostérone, testostérone libre, DHEAs, androsténone, FSH, LH, prolactine, TSH, T4 totale et libre, T3 totale et reverse, ratio T3/rT3

Les critères NPT de normalité des taux hormonaux diffèrent des critères habituels, les prises de sang étant adaptées au cycle (par exemple au jour P +7 la progestéronémie doit être entre 20-30 ng/mL et l'Oestrogénémie entre 110-245 pg/mL)

Autres examens : FCV et recherche d'infection sexuellement transmissible, NFS plaquettes, ferritinémie, recherche d'une carence en vitamine B12, B6, zinc, cuivre, vitamine A, EAL, homocystéine, recherche d'une intolérance au gluten, sérologies toxoplasmose, TPHA-VDRL, VHB, VIH 1 et 2, rubéole, parvovirus B19.

Notons que le dosage des β endorphines est difficile à obtenir. En pratique, il n'est donc pas fait de manière systématique. De même, si pour diverses raisons le profil hormonal ne peut être fait complètement, il faudra privilégier un dosage à P +7.

- Echographie pelvienne (recherche d'une ovulation normale)
 - o Jour 5 du cycle : échographie pelvienne
 - o P -5 jusqu'à la rupture folliculaire : échographie quotidienne
 - o P+7 : échographie pelvienne

Les critères NPT d'une ovulation normale sont : la présence d'un follicule mature (diamètre moyen folliculaire ≥ 1.9 cm, mesuré dans les 3 plans de l'espace), du cumulus oophorus au sein du follicule ovarien, d'une croissance folliculaire suivie d'une rupture folliculaire complète suivie de la formation du corpus luteum dans les 24 heures.

- Laparoscopie diagnostique, hystérocopie et hystérosalpingographie selon les cas

4. Mise au point d'un protocole de traitement en fonction des résultats trouvés

Protocole pour les cycles longs et irréguliers :

Même procédure sauf l'ordonnance d'une échographie pelvienne unique (à la recherche d'un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)) et d'une prise de sang unique (mêmes examens + test d'hyperglycémie orale provoquée)

Protocole pour les aménorrhées :

Même procédure que pour les cycles réguliers sauf la tenue du tableau sur 4 à 8 semaines. La laparoscopie diagnostique est optionnelle, l'étiologie la plus fréquente d'aménorrhée étant d'origine hypothalamique.

4/ Prise en charge du couple

L'apprentissage du SMCr consiste à observer le cycle féminin comme décrit plus haut, mais aussi à découvrir une nouvelle manière de vivre la sexualité du couple.

En effet, le SMCr différencie contact génital (contact physique entre les organes génitaux masculins et féminins) et contact sexuel. Le contact sexuel implique la participation de toute la personne et est donc multidimensionnel : à la fois **S**pirituel, **P**hysique, **I**ntellectuel, **C**réatif/communicatif et **E**motionnel/psychologique (**SPICE**).

Aussi, tandis qu'un couple doit s'abstenir du contact génital les jours fertiles s'il veut éviter une grossesse, il ne devrait jamais s'abstenir du contact sexuel.

L'apprentissage du SPICE fait donc partie intégrante de l'apprentissage du SMCr. L'index SPICE proposé aux couples est différent selon que le couple est fertile ou infertile. Il s'agit d'un questionnaire auquel chacun répond pour lui-même et pour l'autre. Cela permet d'engager un dialogue dans le couple.

Ce soin de la relation conjugale est recherché par chaque acteur en lien avec le couple. Toutefois, c'est l'instructrice qui propose l'index SPICE au couple.

L'accompagnement du couple fait partie intégrante de la démarche de soins de la NPT. Il apporte une grande attention à la perception par le couple de sa propre démarche. Il s'efforce également à l'aider à avancer dans la compréhension de l'accueil d'un enfant.

5/ Diagnostics en NPT

L'infertilité est un symptôme d'une ou plusieurs pathologies sous jacentes, parfois chroniques. Les diagnostics à traiter correspondent donc aux anomalies qui empêchent la rencontre des gamètes jusqu'à la fusion des membranes.

Les bilans étant effectués de manière coordonnée au SMCr, les critères pathologiques diffèrent de l'AMP (comme l'insuffisance lutéale ou l'insuffisance folliculaire).

Il existe également des diagnostics nouveaux tels un déficit en endorphines ou la recherche d'intolérance alimentaire qui, s'ils n'ont pas de consensus dans le monde médical, entrent dans le cadre d'une hygiène générale et d'une « bonne gestion de sa santé ».

Voici un tableau répertoriant les principaux diagnostics en NPT. Les 2 grandes catégories sont les anomalies structurelles et fonctionnelles, qui co-existent souvent. A celles-là peuvent s'ajouter d'autres problèmes médicaux (dysthyroïdie,...) [17]

Anomalies fonctionnelles	Anomalies structurelles
Insuffisance folliculaire type A, B, C et/ou lutéale type I, II, III, IV Anomalies d'ovulation (anovulation, petit follicule, follicule vide, rupture partielle du follicule, LUF syndrome ou syndrome du follicule lutéinisé non rompu) SOPK Anomalies de la glaire cervicale Infection chronique à bas bruit type endométrite Maladie pelvienne inflammatoire Causes immunologiques (anticorps anti spermatozoïdes, anti ovariens) Stress chronique Oligospermie Varicocèle	Endométriose SOPK Polypes endométriaux, fibromes utérins, septum utérin Azoospermie sur obstruction des canaux déférents

6/ Traitements en NPT (en dehors des actes chirurgicaux)

La plupart des traitements médicaux en NPT ne sont pas nouveaux et sont bien connus (citrate de clomifène, progestérone, oestradiol, hCG). La particularité de la NPT est de les administrer en fonction du cycle de chaque femme. Les posologies diffèrent également. [17]

Ainsi, le citrate de clomifène (CC) peut être utilisé comme support d'une phase folliculaire déficiente, d'une phase lutéale déficiente, ou pour les troubles de l'ovulation (les posologies varient entre 25mg par jour du 3^{ème} au 5^{ème} jour du cycle et 150mg par jour entre le 5^{ème} et le 9^{ème} jour du cycle selon l'indication).

Le traitement par hCG peut être utilisé comme support de la phase folliculaire, de la phase lutéale, d'un LUF syndrome. Les posologies varient entre 100 UI et 10000 UI à différents moments du cycle selon l'indication, le taux d'oestrogènes et de progestérone et la durée de la phase post pic.

Les ménotropines peuvent être utilisées comme support de la phase folliculaire, de la phase lutéale, de troubles ovulatoires.

Les oestrogènes peuvent être utilisés en période post pic dans certaines insuffisances lutéales.

La progestérone peut être utilisée dans les insuffisances lutéales ou les métrorragies.

Les traitements favorisant la production de glaire utilisés sont : Vitamine B6 500mg par jour, Guaifenesine de P -4 à P +2, Amoxicilline 500mg par jour de P-4 à P ou Prednisone.

D'autres traitements peuvent également être prescrits : metformine si syndrome métabolique associé (notamment dans le SOPK), GnRH pulsatile dans les aménorrhées d'origine hypothalamique, naltrexone dans les déficits en β endorphines, bromocriptines dans les hyperprolactinémies, dexaméthasone dans l'hyperandrogénie, régime pour un bon indice de masse corporelle, exercice physique modéré, antibiotiques dans certaines infections type endométrite chronique.

D'une manière générale, le monitoring du traitement est assuré par le SMCr, les dosages hormonaux et l'échographie pelvienne.

7/ Prise en charge chirurgicale

La Naprotechnologie chirurgicale a été développée pour éviter au maximum la formation d'adhérences (« near adhesion-free » surgery). Elle est utilisée pour restaurer, si nécessaire, l'anatomie utérine, ovarienne et tubaire.

Une autre particularité est l'utilisation de la technique dite « near contact » laparoscopy (« contact visuel rapproché ») qui utilise l'effet amplificateur du laparoscope pour établir un diagnostic précis.

8/ La NPT en pratique en France

La NPT est pratiquée par un médecin formé en NPT. Il peut s'agir d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue-obstétricien. La prise en charge est multidisciplinaire et est en partie réalisable au cabinet du médecin.

Le SMCr est généralement enseigné aux couples par une instructrice formée, en lien avec le médecin.

En France, la NPT est apparue en 2009. Actuellement, il y a 8 médecins formés, 5 pratiquant la NPT et 19 instructrices.

Cette prise en charge n'étant pas reconnue, elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Les entrevues avec l'instructrice ne sont donc pas remboursées et coûtent 50 euros. Les consultations médicales n'ont pas de tarif fixe car cela dépend de l'installation du médecin. Globalement, la fourchette varie entre 50 et 70 euros partiellement remboursables.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Après vous avoir expliqué le contexte de mon étude, décrit le déroulement de l'entretien et avant d'obtenir votre accord, je souhaite préciser que je m'engage à

- Rendre anonyme toutes les informations que vous fournirez.
- Ne pas conserver vos coordonnées (numéro de téléphone, adresse électronique, adresse postale etc.) une fois mon travail terminé.
- Vous envoyer, si vous les désirez, les résultats de mon étude.

Etabli le :

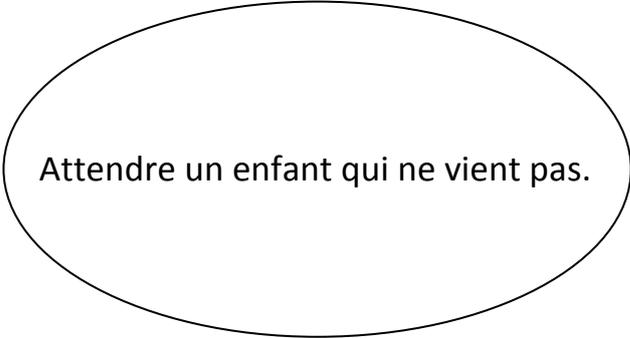
A :

Marion GUILLEM

Lu et approuvé par

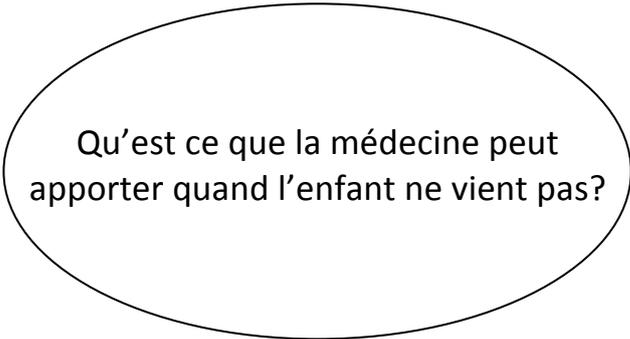
, d'accord pour participer à l'étude.

Annexe 3 : Feuille 1 : « Attendre un enfant qui ne vient pas. »



Attendre un enfant qui ne vient pas.

Annexe 4 : Feuille 2 : « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? »

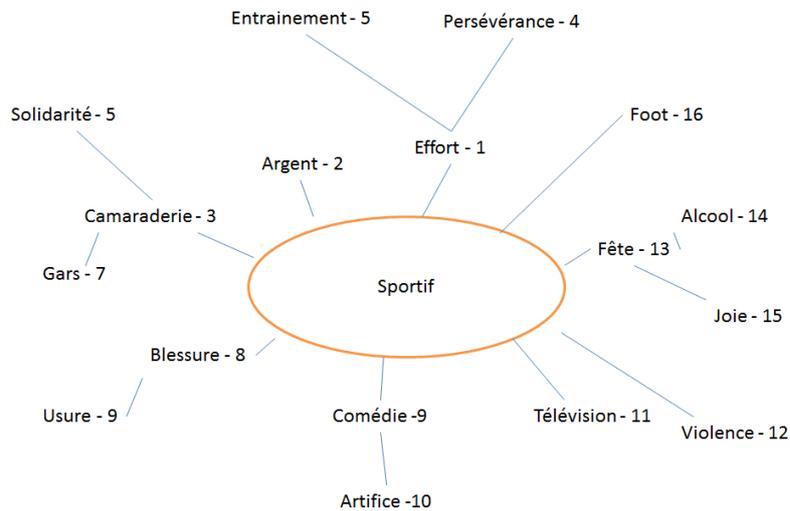


Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas?

Annexe 5 : Feuille « Exemple du sportif »

Etape 1 : A partir du mot entouré, écrivez tous les mots (adjectifs, noms) ou groupes de mots qui vous viennent à l'esprit. Utilisez tout l'espace disponible. Notez leur ordre d'arrivée par un numéro placé à droite du mot.

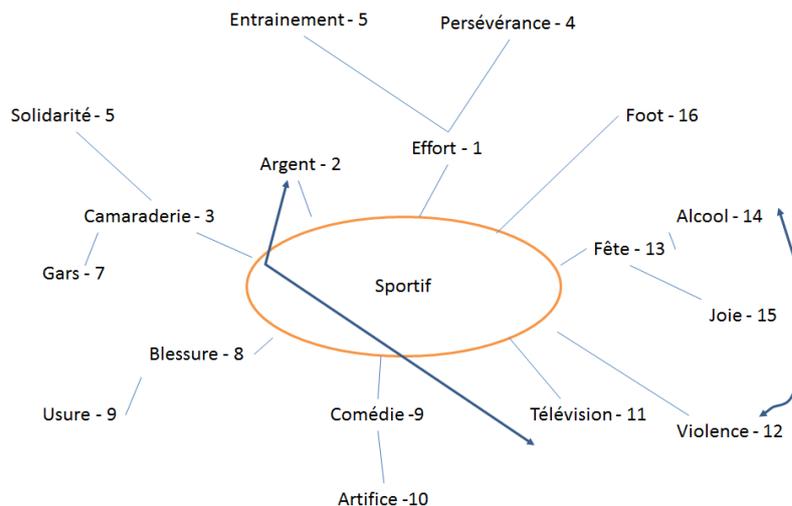
Voici un exemple de cette étape 1 :



Cette structure est ce qu'on appelle un « réseau d'associations ».

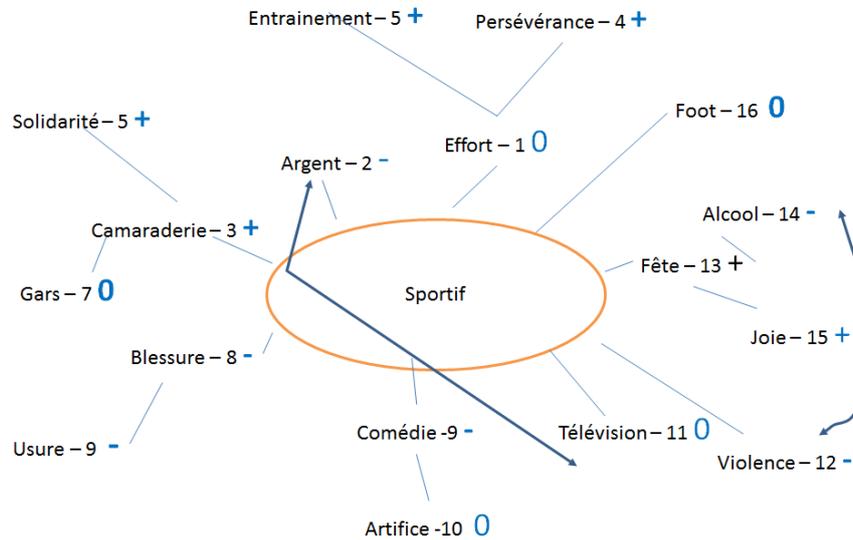
Etape 2 : Regardez de nouveau le « réseau d'associations » que vous avez construit. Si vous trouvez que cela est nécessaire, établissez de nouvelles connexions entre les mots ou groupes de mots, en utilisant des flèches.

Regardez l'exemple ci-dessous. Les flèches montrent les liens supplémentaires possibles entre les mots ou groupes de mots :

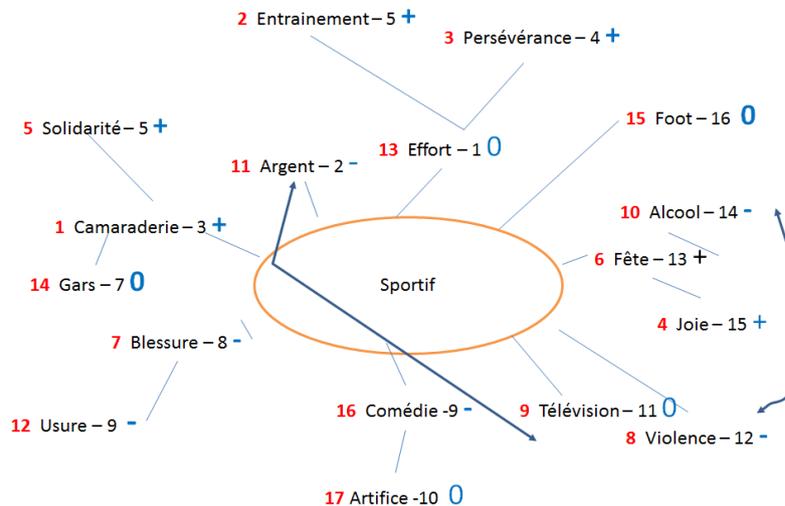


Etape 3 : Maintenant, attribuez à chaque mot une valeur ou bien positive (écrivez « + » à droite du mot), ou bien négative (écrivez « - » à droite du mot) ou bien neutre (écrivez « 0 » à droite du mot), selon la signification que ce terme a pour vous dans le contexte.

Regardez l'exemple de cette étape 3, ci-dessous :



Etape 4 : Pour finir, regardez le « réseau d'association » que vous avez dessiné. A l'aide d'un stylo rouge, indiquez devant le mot, par un numéro, l'importance que vous lui accordez : 1 pour le plus important, 2 pour celui qui vient ensuite, etc...
Merci de vérifier qu'aucun mot n'a été oublié.



Annexe 6 : Questionnaire final

Numéro de dossier :

1/ Pour mieux vous connaître :

Etes vous Un homme ? Une femme ?

Quel est votre âge ?

Avez-vous une ou des activités professionnelles ? Si oui, la(les)quelles ?

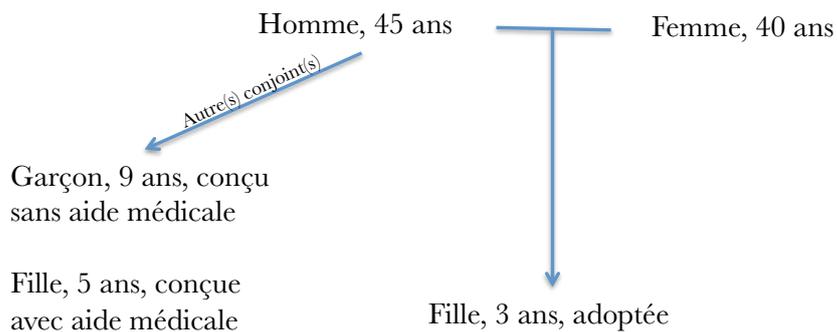
Quelle est votre situation parmi les suivantes (réponse à entourer) :

Marié(e) Pacsé(e) En couple Autre (à préciser)

Depuis combien de temps?

Merci de faire un schéma résumant votre famille aujourd'hui. Voici deux exemples :

Exemple 1 :



Exemple 2 :



2/ Pour mieux connaître votre situation actuelle :

- Depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ?

- A partir de quand avez-vous fait appel à la médecine pour vous aider à concevoir un enfant ?

- Quelle a été votre démarche médicale ?

Annexe 7 : Description de la population NPT

a. Caractéristiques socio démographiques

Dossier	H/F	Age	CSP	Situation conjugale	Remarques	Enfants/conception
1	F	26	4	Mariés depuis 1,5 ans		0
2	H	28	3			
3	F	42	8	Mariés depuis 2,5 ans		0
4	H	43	3			
5	F	31	3	Mariés depuis 7,5 ans		0
6	H	31	3			
7	F	45	5	Mariée depuis 5 ans		1 fille/sans aide médicale
8	F	32	5	Mariés depuis 7 ans	en couple depuis	0
9	H	31	3		14 ans	
10	F	38	4	Mariée depuis 8 ans		3 filles/ 2 sans, 1 avec aide médicale
11	F	28	3	Mariés depuis 3,5 ans		enceinte
12	H	29	3			
13	F	29	4	Mariés depuis 2 ans		0
14	H	31	5			
15	F	39	8	Mariée depuis 7 ans		3 garçons/ 1 sans, 2 avec aide médicale dont un décédé

b. Données médicales

Dossier	Désir d'enfant depuis	Appel à la médecine après	Démarche médicale
1 2	13 mois	9 mois	Parcours NPT
3 4	2,5 ans	1,5 an	Parcours NPT
5 6	6,5 ans	6 mois	Parcours AMP : stimulation ovarienne pendant 3 ans (en cumulé). Insatisfaction dans la prise en charge. Refus de FIV. Parcours NPT depuis septembre 2013. Grossesse en décembre 2014 puis FCS en janvier 2015.
7	3,5 ans	1,5 ans	Parcours AMP : stimulation ovarienne : grossesse puis FCS. Parcours NPT : grossesse puis FCS après 1 an de traitement.
8 9	2 ans	1 an	Parcours AMP : proposition de traitement en même temps que découverte NPT. Parcours NPT en novembre 2014 : pour l'accompagnement, le suivi et la notion de couple dans la prise en charge.
10	2 ans	1 an	Parcours NPT : grossesse après 1 an de suivi
11 12	2,5 ans	1 an	Parcours AMP : orientation d'emblée vers un CECOS au vu du spermogramme/ refus Parcours NPT en septembre 2014, grossesse en cours en février 2015.
13 14	2 ans	1 an	Parcours NPT
15	4 ans	3 ans, après 2 FCS	Parcours AMP : stimulation ovarienne, puis orientation pour FIV/refus Parcours NPT en avril 2012. 1 ^{ère} grossesse en novembre 2012, bébé décédé. 2 ^{ème} grossesse en décembre 2013.

Annexe 8 : Description de la population AMP

a. Caractéristiques socio démographiques

Dossier	H/F	Age	CSP	Situation conjugale	Remarques	Enfants/conception
16	F	34	3	pacsés depuis 10 ans		1 fille (3 ans) et 1 garçon (4 mois) conçus avec aide médicale
17	H	33	5			
18	F	35	2	Mariée depuis 3 ans		1 garçon (9 mois) conçu avec aide médicale
19	F	31	3	Mariée depuis 3 ans		1 garçon (3 mois) conçu avec aide médicale
20	F	35	5	Pacsée depuis 4 ans		1 fille (4 mois) conçue avec aide médicale
21	F	41	4	Mariés depuis 6 mois	Pacsés depuis 9 ans, en couple depuis 11 ans	0
22	H	42	4			
23	F	32	4	Pacsée depuis 3 ans	En couple depuis 5 ans	0
24	F	28	4	Pacsés depuis 7 ans		0
25	H	31	6			

b. Données médicales

Dossier	Désir d'enfant depuis	Appel à la médecine après	Démarche médicale
16 17	2 ans (fille) et 3 mois (garçon)	10 mois et 1 mois	3 inséminations (fille) et 1 insémination (garçon)
18	5 ans	10 mois	1 ^{er} centre : 2 inséminations et 1 FIV, puis FCS naturelle avant prise en charge par 2 ^{ème} centre 2 FIV ICSI
19	19 mois	7 mois	Stimulation ovarienne sur 5 cycles puis 1 insémination
20	3 ans	1 an	FCS début 2013, diagnostic de SOPK en février 2013, drilling ovarien puis insémination en mars 2014
21 22	10 ans	1,5 an	2006 : médecins généralistes 2009 : gynécologues 2010 : orientation vers CECOS pour FIV ICSI avec don d'ovocyte. 2013 : FIV à Madrid, 2 transferts de 2 embryons Traitement angiosarcome mammaire/ retrait DIU Mai 2015 : préparation pour FIV en France mais pas de transfert
23	2,5 ans	1 an	Stimulation ovarienne, attente de prise en charge chirurgicale pour malformation utérine
24 25	11 mois	3 mois	Régularisation des cycles, stimulation ovarienne, orientation vers CECOS

Légende :

FCS = fausse couche spontanée

CSP = catégorie socio professionnelle

- 2 : artisans, commerçants et chef d'entreprise
- 3 : cadres, professions intellectuelles supérieures
- 4 : professions intermédiaires
- 5 : employés
- 6 : ouvriers
- 8 : sans activité professionnelle

Annexe 9 : Données concernant les thèmes des groupes AMP et NPT de la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas. »

Groupe	Thèmes	Nombre de mots	Rang du sujet	Importance du sujet	Positif	Négatif	Neutre	Neutralité	Polarité
AMP	conjugal	18	6,3378	3,0461	15	2	1	-0,89	0,72
AMP	de la souffrance	46	4,5637	6,4445	2	39	5	-0,78	-0,80
AMP	médical	66	5,3669	5,9457	17	31	18	-0,45	-0,21
AMP	personnel	50	5,2936	3,9564	28	12	10	-0,60	0,32
AMP	relationnel	19	6,6915	4,4568	11	5	3	-0,68	0,32
AMP	temporel	16	3,3957	6,0726	2	7	7	-0,13	-0,31
NPT	conjugal	41	6,4156	4,1607	35	5	1	-0,95	0,73
NPT	de la souffrance	73	4,1659	4,8719	0	69	4	-0,89	-0,95
NPT	médical	96	5,1939	5,3523	42	42	11	-0,76	0,00
NPT	métaphysique	76	4,9762	3,9043	60	9	6	-0,83	0,67
NPT	personnel	140	5,0299	5,2971	63	56	21	-0,70	0,05
NPT	relationnel	63	5,4710	5,5004	28	26	9	-0,71	0,03
NPT	temporel	24	4,5097	6,1292	13	9	2	-0,83	0,17

Annexe 10 : Données concernant les sous -thèmes de la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas. » pour le groupe AMP.

Groupe	Thèmes	Sous-thèmes	Nombre de mots	Rang du sujet	Importance du sujet	Positif	Négatif	Neutre	Neutralité	Polarité
AMP	conjugal	difficultés dans le couple renforcement du couple	2	10,0000	8,0952	0	2	0	-1,00	-1,00
AMP	conjugal		16	5,8801	2,4150	15	0	1	-0,88	0,94
AMP	de la souffrance	aspect invasif colère	3	3,8095	5,0794	0	3	0	-1,00	-1,00
AMP	de la souffrance		8	5,2675	6,4612	1	6	1	-0,75	-0,63
AMP	de la souffrance	culpabilité peur	2	4,7386	6,2255	0	2	0	-1,00	-1,00
AMP	de la souffrance		7	2,9462	6,4578	0	7	0	-1,00	-1,00
AMP	de la souffrance	tristesse/découragement des couples acteurs de leur prise en charge	26	4,8561	6,6102	1	21	4	-0,69	-0,77
AMP	médical		8	3,2116	5,7871	2	4	2	-0,50	-0,25
AMP	médical	état pathologique imperfections de la médecine	14	4,8115	5,7161	0	12	2	-0,71	-0,86
AMP	médical		13	4,8988	6,2218	1	11	1	-0,85	-0,77
AMP	médical	perception de la médecine comme une solution "scientifique" solutions complémentaires = médecines parallèles	28	6,3671	6,3147	11	4	13	-0,07	0,25
AMP	médical		3	6,4000	2,8000	3	0	0	-1,00	1,00
AMP	personnel	dynamique de vie perte de contrôle	31	5,4447	3,4825	25	2	4	-0,74	0,74
AMP	personnel		4	3,6562	5,2215	0	3	1	-0,50	-0,75
AMP	personnel	perte de sens rupture de la relation	10	4,7145	4,1280	3	2	5	0,00	0,10
AMP	personnel		5	6,8254	5,5397	0	5	0	-1,00	-1,00
AMP	relationnel	besoin d'être entouré/accompagné besoin de s'isoler	14	6,3489	3,8759	10	1	3	-0,57	0,64
AMP	relationnel		3	6,8252	3,6577	1	2	0	-1,00	-0,33
AMP	relationnel	crainte du regard des autres bénéfices de l'attente	2	8,8889	9,7222	0	2	0	-1,00	-1,00
AMP	temporel		4	6,4645	5,3116	2	0	2	0,00	0,50
AMP	temporel	lentueur	12	2,3728	6,3263	0	7	5	-0,17	-0,58

Annexe 11 : Données concernant les sous -thèmes de la feuille « Attendre un enfant qui ne vient pas. » pour le groupe NPT.

Groupe	Thèmes	Sous-thèmes	Nombre de mots	Rang du sujet	Importance du sujet	Positif	Négatif	Neutre	Neutralité	Polarité
NPT	conjugal	difficultés dans le couple	4	6,4379	6,2781	0	4	0	-1,00	-1,00
NPT	conjugal	renforcement de la communication	11	5,7895	3,0274	11	0	0	-1,00	1,00
NPT	conjugal	renforcement du couple	15	6,1901	3,1469	15	0	0	-1,00	1,00
NPT	conjugal	sexualité à la fois maîtrisée et spontanée	11	7,3411	5,9062	9	1	1	-0,82	0,73
NPT	de la souffrance	colère	7	7,7843	5,7955	0	7	0	-1,00	-1,00
NPT	de la souffrance	culpabilité	10	4,1814	5,0009	0	9	1	-0,80	-0,90
NPT	de la souffrance	manque	10	2,6409	4,3520	0	10	0	-1,00	-1,00
NPT	de la souffrance	peur	9	4,4089	4,5581	0	9	0	-1,00	-1,00
NPT	de la souffrance	tristesse/découragement	37	3,8303	4,8791	0	34	3	-0,84	-0,92
NPT	médical	connaissance du fonctionnement physiologique	11	4,6342	5,2652	4	5	2	-0,64	-0,09
NPT	médical	des couples acteurs de leur prise en charge	9	5,5453	6,4111	4	3	2	-0,56	0,11
NPT	médical	état pathologique	9	3,8378	5,6069	1	7	1	-0,78	-0,67
NPT	médical	imperfections de la médecine	13	6,7265	5,7986	0	12	0	-0,92	-0,92
NPT	médical	perception de la médecine comme une solution "humaine"	13	5,7643	5,0420	12	0	1	-0,85	0,92
NPT	médical	perception de la médecine comme une solution "scientifique"	41	4,8979	5,0442	21	15	5	-0,76	0,15
NPT	métaphysique	chemin spirituel	31	4,7496	3,7303	28	1	2	-0,87	0,87
NPT	métaphysique	combat spirituel	14	4,7558	4,7790	4	6	3	-0,50	-0,14
NPT	métaphysique	dynamique pour le quotidien	18	4,6363	3,4741	18	0	0	-1,00	1,00
NPT	métaphysique	philosophie transcendante	13	6,2248	3,9729	10	2	1	-0,85	0,62
NPT	personnel	dynamique de vie	56	5,3429	5,3363	44	7	5	-0,82	0,66
NPT	personnel	mise en relation	14	5,4312	3,1870	10	2	2	-0,71	0,57
NPT	personnel	perte de contrôle	26	4,1702	4,6983	2	20	4	-0,69	-0,69
NPT	personnel	perte de sens	28	4,8908	6,1785	6	16	6	-0,57	-0,36
NPT	personnel	questionnement entre convictions personnelles et législation	2	9,2568	7,3649	1	1	0	-1,00	0,00
NPT	personnel	rupture de la relation	14	4,6471	6,3041	0	10	4	-0,43	-0,71
NPT	relationnel	besoin d'être entouré/accompagné	20	6,6588	5,3849	13	3	4	-0,60	0,50
NPT	relationnel	besoin de s'isoler	8	5,2935	6,5627	0	3	5	0,25	-0,38
NPT	relationnel	comparaison aux autres	7	4,1448	7,7114	1	6	0	-1,00	-0,71
NPT	relationnel	crainte du regard des autres	13	4,8062	4,4174	0	13	0	-1,00	-1,00
NPT	relationnel	ouverture aux autres	15	5,1771	4,9946	14	1	0	-1,00	0,87
NPT	temporel	bénéfices de l'attente	13	5,5048	5,4301	12	1	0	-1,00	0,85
NPT	temporel	lenteur	11	3,3337	6,9555	1	8	2	-0,64	-0,64

Annexe 12 : Données concernant les thèmes des groupes AMP et NPT de la feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? »

Groupe	Thèmes	Nombre de mots	Rang du sujet	Importance du sujet	Positif	Négatif	Neutre	Neutralité	Polarité
AMP	manques constatés/ressentis	15	6,1422	6,9101	0	15	0	-1,00	-1,00
AMP	médical	73	5,6139	5,6995	44	10	19	-0,48	0,47
AMP	psychologique	53	5,2864	4,5727	51	0	2	-0,92	0,96
NPT	ce qui peut être amélioré	5	3,2981	6,2788	2	0	3	0,20	0,40
NPT	manques constatés/ressentis	54	5,4498	7,7433	1	50	3	-0,89	-0,91
NPT	médical	79	5,9213	4,8072	66	5	8	-0,80	0,77
NPT	psychologique	108	5,2229	4,6318	97	7	4	-0,93	0,83

Annexe 13 : Données concernant les sous-thèmes de la feuille « Qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ? » pour les groupes AMP et NPT.

Groupe	Thème	Sous-thème	Nombre de mots	Rang du sujet	Importance du sujet	Positif	Négatif	Neutre	Neutralité	Polarité
AMP	manques constatés/ressentis	absence d'accueil	7	6,2585	7,2336	0	7	0	-1,00	-1,00
AMP	manques constatés/ressentis	difficultés	4	5,9722	6,9444	0	4	0	-1,00	-1,00
AMP	manques constatés/ressentis	échec de la médecine	4	6,1086	6,3095	0	4	0	-1,00	-1,00
AMP	médical	aspect négatif des traitements	6	7,6538	7,3859	0	6	0	-1,00	-1,00
AMP	médical	médecine efficace	7	5,5351	2,6077	7	0	0	-1,00	1,00
AMP	médical	médecine scientifique	36	5,0772	5,5544	22	4	10	-0,44	0,50
AMP	médical	médecine technique	13	5,9017	6,6784	4	0	9	0,38	0,31
AMP	médical	solutions complémentaires = médecines parallèles	5	5,2381	8,3810	5	0	0	-1,00	1,00
AMP	médical	technique rassurante	6	6,5757	4,1353	6	0	0	-1,00	1,00
AMP	psychologique	accompagnement	24	4,7479	5,5167	23	0	1	-0,92	0,96
AMP	psychologique	compréhension	8	4,5623	4,0161	8	0	0	-1,00	1,00
AMP	psychologique	dynamique	13	6,4907	3,2869	13	0	0	-1,00	1,00
AMP	psychologique	écoute	8	5,6694	4,3867	7	0	1	-0,75	0,88
Groupe	Thème	Sous-thème	Nombre de mots	Rang du sujet	Importance du sujet	Positif	Négatif	Neutre	Neutralité	Polarité
NPT	ce qui peut être amélioré	(in)formation	5	3,2981	6,2788	2	0	3	0,20	0,40
NPT	manques constatés/ressentis	absence d'accueil	14	5,8607	7,5504	0	14	0	-1,00	-1,00
NPT	manques constatés/ressentis	absence de choix	17	5,0317	6,9395	0	15	2	-0,76	-0,88
NPT	manques constatés/ressentis	jugement négatif	14	5,4292	8,1453	1	12	1	-0,86	-0,79
NPT	manques constatés/ressentis	méconnaissance du sujet/couple	9	5,6323	8,9365	0	9	0	-1,00	-1,00
NPT	médical	médecine favorisant une conception physiologique	2	6,0000	5,7778	2	0	0	-1,00	1,00
NPT	médical	médecine objective	9	7,5299	5,6567	6	0	3	-0,33	0,67
NPT	médical	médecine personnalisée	10	5,1511	2,8595	10	0	0	-1,00	1,00
NPT	médical	médecine prenant en charge le couple	5	5,5214	5,2214	5	0	0	-1,00	1,00
NPT	médical	médecine respectueuse et sans jugement	14	6,2994	5,8992	13	0	1	-0,86	0,93
NPT	médical	médecine scientifique	39	5,6591	4,6158	30	5	4	-0,79	0,64
NPT	psychologique	accompagnement	27	6,0953	4,7712	26	0	1	-0,93	0,96
NPT	psychologique	compréhension	23	3,6980	4,8016	20	0	3	-0,74	0,87
NPT	psychologique	dynamique	30	6,4859	5,7280	23	7	0	-1,00	0,53
NPT	psychologique	écoute	28	4,2810	3,1836	28	0	0	-1,00	1,00

REPRESENTATION DE L'INFERTILITE ET DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE POUR LES PERSONNES QUI EN SOUFFRENT, EN FONCTION DU MODE DE PRISE EN CHARGE, AMP OU MEDECINE RESTAURATRICE DE LA FERTILITE.

RESUME

Introduction :

La médecine de restauration de la fertilité est une aide à l'infertilité visant à restaurer ou améliorer une fonction reproductive efficiente, en vue d'optimiser les chances de conception d'un couple au cours d'une union. L'exemple le mieux développé à ce jour est la Naprotechnologie, qui se développe en France depuis 2009.

L'objectif de cette étude était de savoir si la médecine restauratrice de la fertilité répondait à une attente des couples infertiles en France.

Matériel et méthode :

Pour cela, nous avons étudié et comparé les représentations de l'infertilité et de la prise en charge médicale chez 15 personnes ayant eu recours à la Naprotechnologie et 10 personnes ayant eu recours à l'Assistance Médicale à la Procréation. Les entretiens ont été faits selon la méthode du réseau d'associations développé par Anna Maria de Rosa.

Les personnes interrogées devaient citer librement des mots ou groupes de mots (associations) à partir du concept inducteur « attendre un enfant qui ne vient pas » puis « qu'est ce que la médecine peut apporter quand l'enfant ne vient pas ». Les associations identifiées ont été classées en thèmes et sous-thèmes. Les rangs d'apparition, les importances, les neutralités et les polarités ont été comparés entre les deux groupes.

Résultats :

Les ressentis des deux groupes sont proches lorsque l'on compare les différents thèmes et sous-thèmes. Toutefois, en ce qui concerne le vécu et la prise en charge de l'infertilité, il semble que le groupe AMP trouve plus d'importance dans l'action quand celle du groupe NPT est pour l'attention.

On retrouve cette différence au niveau médical. Dans le groupe AMP, ce qui apparaît le plus important dans la médecine est son aide psychologique pour avancer et sa solution technique pour avoir un enfant. Dans le groupe NPT, ce qui apparaît le plus important est son écoute et son aspect personnalisé et scientifique.

Conclusion :

La médecine restauratrice de la fertilité est une prise en charge globale cherchant à d'abord promouvoir la santé d'un couple. Elle répond en ce sens à la demande de certains patients qui expriment clairement un besoin plus particulier d'écoute, de prise en charge adaptée à l'histoire et aux désirs du couple.

MOTS-CLES : Médecine restauratrice de la fertilité – Naprotechnologie - réseau d'associations – évocation hiérarchisée - médecin généraliste