

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 105 (2007)
Heft: 10

Artikel: "Preconception Care" aux Pays-Bas : une tâche pour les
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950016>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Malgré les efforts des programmes de prévention auprès des femmes enceintes, les fausses couches, les accouchements prématurés, les malformations n'ont guère diminué ces dernières années.



Les Pays-Bas, pays avant-gardiste dans les domaines de la sexualité et de la grossesse, ont lancé en 2006 un projet appelé «preconception care» et qui englobe conseil et prévention

primaire avant la conception, afin d'optimiser les chances de concevoir un enfant en bonne santé. Mais, à qui revient-il dès lors d'accomplir cette tâche immense: Au gynécologue? A la sage femme? A la conseillère en planning familial? A un nouvel agent de la santé? A partir de quel âge faudrait-il commencer à parler de cette prévention? Pourra-t-on ainsi avoir vraiment une influence sur les «bonnes» habitudes de santé? L'âge de la majorité sexuelle constituerait-il un temps idéal?

Le couple dans son projet de parentalité me semble être entouré par de plus en plus de professionnels de tout bord. Sa sexualité est de plus en plus mise sous la loupe: observation des glaires, des courbes de température, mesure des taux hormonaux, spermogramme, ultrasons, voire procréation médicale assistée. Sera-t-il bientôt nécessaire – ou n'est-ce pas déjà le cas – de s'entourer d'une armada de professionnel(le)s, chacun spécialisé dans une des phases bien précise du processus de procréation: généticien, gynécologue, sage-femme, doula, consultante en lactation, puéricultrice, éventuellement conseiller conjugal, psychologue, assistante sociale, physiothérapeute, diététicienne, etc. etc.?

Tous ces intervenants pourront-ils relever le défi de renforcer la confiance du couple, tout en travaillant à l'optimisation de leurs habitudes de santé? Sous le feu des projecteurs, le couple arrivera-t-il enfin à garder son désir intact, de même qu'une sexualité naturelle et spontanée?

Ces questions restent ouvertes et l'enjeu est immense. Bonne lecture.

Willemien Hulsbergen

«Preconception Care» aux Pays-Bas

Une tâche pour les

Les autorités responsables de la santé publique des Pays-Bas voudraient introduire le conseil et la prévention primaire avant même la conception, donc bien avant le début de la grossesse. Mais à quel groupe professionnel confier cette tâche? C'est à cette question qu'une récente enquête auprès des sages-femmes de la ville de Rotterdam et de ses alentours a voulu répondre¹. Résultats de l'enquête et discussion.

Erasmus University Medical Center, Rotterdam (Pays-Bas)

Aux Pays-Bas, les premières visites anténatales se situent normalement entre six et huit semaines après la conception et elles se font auprès d'une sage-femme ou d'un médecin généraliste. La prévention primaire reste limitée aux femmes qui ont déjà eu des complications obstétricales, celles qui sont identifiées comme pouvant présenter une grossesse à risque, celles qui sont sous médication ou celles qui ont connu des complications dans leur histoire familiale ou personnelle. Toutes ces femmes sont adressées à des médecins gynécologues.

Bien que ce système semble raisonnablement adapté pour réagir aux multiples risques et problèmes de grossesse, il néglige un potentiel important de prévention primaire. Ces dernières années, l'incidence des «accidents» en cours de grossesse

(tels que fausses couches précoces, accouchements prématurés et malformations congénitales) n'a pas diminué malgré tous les efforts entrepris durant les soins anténataux.

Période sensible en début de grossesse

Lors de la première visite chez la sage-femme ou chez le médecin de famille qui se fait au mieux six à huit semaines après la conception, la période la plus sensible de formation du fœtus (organes, placenta) est en fait déjà largement passée. Dès lors, le but principal de la prévention préconceptionnelle serait de maximiser la qualité de vie du fœtus, puis du nouveau-né et de l'enfant, à travers une prévention de type primaire. La promotion de santé préconceptionnelle a aussi été décrite comme une préparation active à la grossesse afin de donner à l'embryon qui va s'y développer l'environnement le plus sain possible

Méthodologie

Participantés

Toutes les sages-femmes de la ville de Rotterdam et des 18 communes environnantes (129 sages-femmes réparties dans 49 cabinets différents) ont été incluses au départ. Chacun des cabinets ont été contacté par téléphone: les buts de l'enquête ainsi que le contenu du questionnaire ont été expliqués; les sages-femmes ont été invitées à y participer. Toutes les représentantes des 49 cabinets ont accepté de participer et de motiver leurs collègues.

Procédure et instruments d'analyse

A partir du questionnaire développé pour les médecins généralistes, un questionnaire de 24 questions a été

construit pour les sages-femmes. Il a été testé auprès de 10 sages-femmes sélectionnées au hasard.

Analyse

Le SSSP 9.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, Illinois) a été utilisé pour produire les résultats présentés ici.

Retour des questionnaires

102 sages-femmes ont retourné un questionnaire rempli par leurs soins. 59 de ces sages-femmes (58%) exerçant depuis plus de 7 ans (Moyenne = 14 ans). 97 (95%) étaient des femmes. 86 de ces sages-femmes étaient originaires des Pays-Bas et 16 d'autres pays.

sages-femmes?

(Moos, 1989). Pour ce faire, il faut promouvoir de bonnes habitudes de vie, éduquer les femmes à la planification des naissances et aux soins anténataux, identifier et réduire les facteurs de risques avant la conception.

Pour la population à hauts risques

Dans une population présentant de hauts risques, la prévention préconceptionnelle est déjà présente pour prévenir les complications: histoire obstétricale compliquée, troubles chroniques, antécédents de maladies malignes, obésité morbide avec prise de médicaments, malformations congénitales (dont les anomalies cardiaques congénitales), antécédents de transplantation, etc. Certains migrants peuvent aussi entrer dans les groupes à risques en raison de troubles de l'hémoglobine ou de forte consanguinité. Le médecin coordonne alors la prévention préconceptionnelle avec les hôpitaux universitaires ou d'autres services.

Et que fait-on en cas de bas risques?

Il n'existe aucun consensus international à ce sujet. Ce n'est que tout récemment que les Pays-Bas ne se sont posé le problème de la prévention préconceptionnelle pour tous les couples planifiant une grossesse. Etant donné que, aux Pays-Bas, les femmes planifient généralement leur grossesse, une bonne stratégie de prévention primaire pourrait viser une préparation active de cette grossesse. Une étude auprès des médecins généralistes (Cikot et al., 1999) avait déjà montré qu'ils étaient eux-mêmes intéressés par la prévention préconceptionnelle mais qu'ils se sentaient insuffisamment formés. Quant aux sages-femmes, on ne savait rien de leur opinion avant cette enquête.

Familiarité avec le «Preconception Care»

95 sages-femmes (93%) étaient déjà familiarisées avec les termes de «Preconception Care». La plupart d'entre elles



¹ van Heesch PN, de Weerd S, Kotey S, Steegers EA. 2006. Dutch community midwives' view on preconception care. *Midwifery* 2006 Jun; 22(2):120-124. Traduction et synthèse: Josianne Bodart Senn.

Tableau 1: Thèmes discutés par les sages-femmes avec leurs clientes

	Nombre SF	Pourcentage
Acide folique	74	73
Tabac	84	83
Alcool	82	80
Drogues	79	77
Médicaments	84	82
Surpoids	70	69
Expositions aux rayons X	73	72
Expositions professionnelles (PC)	67	66
Age	70	69
Consanguinité	54	53
Prévention des infections	78	76
Solarium, Sauna	80	78
Alimentation	83	81
Histoire familiale	75	74

Tableau 2: Problèmes médicaux antérieurs à la grossesse

	Nombre SF	Pourcentage
Problèmes médicaux		
Maladies neurologiques	77	75
Maladies respiratoires	78	76
Maladies cardio-vasculaires	77	75
Hypertension	77	75
Troubles rénaux	75	74
Diabète	73	72
Thromboses et embolies	73	72
Infirmités et maladies congénitales		
Syndrome de Down	82	80
Spina bifida	78	76
Maladie de Huntington	45	49
Fibrose kystique	57	56
Hémophilie	56	55

donnaient déjà des conseils et il leur arrivait d'être sollicitée par des clientes posant des questions avant même la conception. Toutefois, comme le montre le Tableau 1, les conseils donnés se situaient plus généralement au tout début de la grossesse et ils relevaient d'une adaptation de leurs habitudes de vie à leur état de femme enceinte.

Presque toutes les sages-femmes ont en outre rencontré des problèmes médicaux

(voir Tableau 2) qui auraient pu être pris en charge avant la conception.

La majorité des sages-femmes (83%) se disaient prêtes à offrir désormais un conseil préconceptionnel. 55% étaient même de l'avis que cela faisait partie de leurs responsabilités.

79% pensaient que, dans la situation actuelle de visite au plus tôt durant le premier trimestre de grossesse, elles ne pouvaient offrir une prévention préconcep-

tionnelle adaptée. Un manque de temps et de connaissances étaient mentionnés comme obstacle principal.

75% pensaient qu'elles devraient répondre aux questions des femmes, faire un bilan des risques et donner des informations complémentaires sur la promotion de la santé.

Prérequis

La majorité des sages-femmes (90%) pensaient aussi qu'il fallait consacrer davantage de temps au thème du conseil préconceptionnel durant la formation de base des sages-femmes et que des cours postgrades devraient être mis sur pied.

Presque toutes les sages-femmes (94%) auraient envoyé leurs clientes dans un centre de santé préconceptionnelle et presque la moitié (45%) auraient souhaité travaillé dans un tel centre de manière intermittente (selon une clé de rotation: «on a rotating schedule»).

Un système à réorganiser

Traditionnellement, les sages-femmes ne voient leurs clientes que lorsqu'elles sont déjà enceintes. Il faudrait donc réorganiser le système en place dans tous les Pays-Bas. En janvier 2005, le ministre de la santé a été prié de donner son avis à ce sujet.

Aux Pays-Bas, le «Preconception Care» devrait se composer des quatre éléments suivants:

- Une évaluation des risques: une évaluation systématique et une identification des risques d'issues non souhaitables de la grossesse. Avec des examens complémentaires, des tests de diagnostic, des consultations auprès de spécialistes.
- Une promotion de la santé: les couples seront informés et instruits sur une variété d'objectifs de santé publique, y





Photos: Josianne Bodart Senn

compris la prise de suppléments d'acide folique en période préconceptionnelle, le sevrage d'alcool, tabac et autres drogues, l'usage contre-indiqué de certains médicaments, l'alimentation adéquate.

- Des interventions: afin de modifier ou d'éliminer les facteurs de risque.
- Un conseil: sous forme d'informations adaptées et de conseils aux couples présentant un haut risque, pour un choix éclairé sur la décision de mener une grossesse ou non (Steefers & Wildschut, 2005).

Un tel système pourrait reposer sur la création de centres de santé préconceptionnelle. Les cabinets privés prennent déjà en charge certaines tâches énoncées comme la prise de suppléments d'acide folique ou la cessation de fumer. Les sages-femmes qui estiment ne pas avoir assez de temps ou de connaissances pour assumer un conseil préconceptionnel global pourraient donner à leurs clientes un questionnaire d'évaluation de leur état de santé. Des instruments de dépistage allant dans ce sens ont déjà été développés, comme le «Preconception Health Appraisal» (Chapel Hill, North Carolina). Une version Internet d'un tel questionnaire existe déjà aux Pays-Bas (voir: www.zwangerwijzer.nl) avec des explications et des recommandations pour chacun des thèmes abordés.

Cette enquête a été menée dans la seconde ville des Pays-Bas auprès de sages-femmes actives dans les communautés de cette agglomération. Sur la base de ces résultats, la Société royale néerlandaise des sages-femmes étudie les possibilités concrètes de conseil aux couples avec désir de grossesse et de prévention préconceptionnelle qui pourraient être prises en charge par les sages-femmes. ◀

Bibliographie: voir fin du texte en allemand, dans ce numéro p. 10.

Enquête Internet

Désir de grossesse et changement dans la sexualité

C'est à 910 femmes internautes que le gynécologue obstétricien français Michel Briex a récemment donné la parole pour tenter de comprendre les zones d'ombre, véritable mélange d'inconnues, de rituels et de croyances, qui échappent aux consultations médicales. Compte rendu¹ et commentaires.

Pour nous gynécologues, sexualité et procréation sont des sujets rarement abordés au décours de la consultation souvent davantage axée sur le pathologique; même dans le cadre de la prise en charge de l'infertilité ou de l'assistance médicale à la procréation, seule une faible partie de la réalité des couples apparaît.

Mon expérience sur Gyneweb avec la participation au Forum de questions Gynexpert (partie du site où des médecins répondent aux questions des internautes), m'a permis d'aborder un aspect très différent de cette réalité. D'abord il existe beaucoup de zones d'ombre, d'inconnues, de rituels ou de croyances des utilisatrices de Gynexpert et, au vu des questions posées, il

semble exister un fréquent changement dans la sexualité des couples avec le désir de grossesse.

Pour essayer d'évaluer plus précisément ce changement nous avons effectué une enquête Internet entre le 15 et le 27 février 2007 sur le site Gyneweb (<http://www.gyneweb.fr>) à laquelle ont répondu de façon anonyme 910 internautes ayant en commun d'être soit enceintes soit d'avoir déjà eu un ou plusieurs enfants.

Le travail ne prétend pas reposer sur un échantillon représentatif puisque n'ont répondu que celles qui le souhaitent; mais nous savons par l'expérience de précédentes enquêtes que la population évaluée est composée de femmes qui ont un accès à internet, qui semblent plutôt un peu plus instruites que la moyenne et qui sont globalement plus informées (elles ont davantage accès aux médias et lisent davantage livres ou journaux).

Michel Briex, gynécologue obstétricien à Libourne (France), modérateur et commentateur sur le site Gyneweb.

¹ Exposé de Michel Briex à la table ronde «Sexualité et Procréation» du 9^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse portant sur «La place de la vie sexuelle dans la médecine» (Paris, 23-25 mars 2007). Paru dans la Newsletter de GynWebPro/Fertilité de Mai 2007 et également dans la revue Spirale n. 42, août 2007, Edit. Erès.

Estimation

Date réelle de l'ovulation

Il existe peu d'études sur le sujet, en dehors d'études parfois partielles sur les méthodes de contraception dites naturelles. Dans une enquête publiée en 2000, Allen J. Wilcox et ses collègues relatent un suivi de 221 femmes planifiant une grossesse pour 696 cycles (un peu plus de trois cycles par femme) dans le cadre d'un travail prospectif. Il a étudié les métabolites urinaires et sanguins pour estimer la date d'ovulation. Il a trouvé qu'entre J6 et J21 du cycle, il y avait chaque jour 10% des femmes qui sont en période fertile. 4 à 5% sont encore fertiles à la 5^{ème} semaine de leur cycle. Seulement 30% sont en période fertile entre le 10^{ème} et le 17^{ème} jour de leur cycle. La majorité a donc ovulé soit avant, soit après.

Source: Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD: The timing of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. In: BMJ, 2000 Nov 18; 321(7271): 1259-62.

Commentaire

Au vu des chiffres de notre enquête, on peut se demander si cette programmation de la sexualité est utilisée comme un rituel? Ou bien comme une réponse technique favorisée par les informations médicales et qui fait passer l'acte sexuel plus du côté de la biologie que du désir? Traduit-elle l'impossibilité pour beaucoup de couples à s'en remettre à leur ressenti, leur difficulté d'être «passifs» face à la procréation et d'attendre simplement en vivant leur sexualité habituelle?

1. Population étudiée:

- 0% ont moins de 20 ans
- 285 (31%) 20-30 ans
- 340 (37%) 31-35 ans
- 160 (18%) 36-40 ans
- 126 (14%) plus de 40 ans.

Il s'agit d'une répartition qui est de l'ordre de celle que nous avons dans une consultation standard de grossesse et qui paraît conforme à la répartition nationale.

2. Profil:

Il s'agit d'une première grossesse pour 20%, 36% ont déjà un enfant et 44% plusieurs enfants.

Ces chiffres indiquent surtout qu'il ne s'agit pas majoritairement de «novices» ou de personnes venant à la découverte mais plutôt de femmes déjà informées (80%) et qui viennent approfondir leurs connaissances sur le net.

3. Quel a été le délai d'attente pour débiter cette grossesse?

- Un mois pour 147 couples soit 16%
- Un à trois mois pour 172 couples soit 19%
- Trois à six mois pour 133 couples soit 15%
- Six mois à un an pour 126 couples soit 14%
- Plus d'un an pour 332 couples soit 36%

Ces chiffres sont à peu près conformes à ce que l'on peut lire dans la littérature pour la fertilité spontanée mais ils sont à considérer avec l'âge de cette population (c'est-à-dire des couples de 2007) pour lesquels l'âge de procréer est un peu plus avancé que celui des couples de nos ouvrages de référence.

On lit par exemple que 92% des couples voient une grossesse débiter au bout d'un an alors qu'ici ils ne sont que 64% (nous verrons plus loin qu'en pratique les femmes inquiètes du délai ne sont pas uniquement celles qui ont attendu le plus longtemps).

4. Quelle était la fréquence moyenne de vos rapports sexuels avant le désir de grossesse?

- Moins d'un par semaine pour 15% (134 couples)
- Un par semaine pour 27% (243)
- Deux à trois par semaine pour 43% (388)
- Quatre cinq par semaine pour 11% (102)
- Un par jour pour 4% soit (32)
- Plusieurs par jour pour 1% (12)

Ces chiffres apparaissent conformes aux chiffres de la toute récente enquête INSERM sur la sexualité des Français puisque la fréquence moyenne serait de 8,4 rapports sexuels par mois, ce qui représente la moyenne dans cette enquête.

5. Quelle était la fréquence moyenne de vos rapports sexuels à l'arrêt de la contraception?

- Moins d'un par semaine pour 6% (53 couples)
- Un par semaine pour 13% (119)
- Deux à trois par semaine pour 52% (471)
- Quatre cinq par semaine pour 21% (189)

- Un par jour pour 6% (59)
- Plusieurs par jour pour 2% (20)

Le résultat est intéressant car – même si l'on s'en doutait un peu – les couples ont spontanément tendance à accroître la fréquence de leurs rapports avec le désir de grossesse; ceux qui avaient un rapport ou moins par semaine sont deux fois moins nombreux et tous les autres groupes augmentent. Le groupe ayant plusieurs rapports quotidiens – certes peu important – est multiplié pratiquement par deux. Les raisons restent à préciser pour faire la part des choses entre le désir des couples d'augmenter les chances de réussite en augmentant la fréquence des rapports et l'investissement affectif de la sexualité qui devient différent avec le désir d'enfant.

6. Pour débiter cette grossesse, vous avez:

- Essayé de déterminer la date de votre ovulation: oui pour 226 couples soit 1/4 de la population
- Programmé vos rapports sexuels: oui pour 141 couples (15%)
- Augmenté volontairement la fréquence de vos rapports sexuels: oui pour 141 (15%).
- Rien fait de particulier en dehors de l'arrêt de la contraception: 256 couples (28%)

Les autres réponses concernent des couples ayant eu recours soit à la PMA, soit dont la grossesse n'était pas attendue, soit qui ont eu recours d'emblée à des tests d'ovulation, à l'étude de la glaire, soit pour 3 couples ayant eu des rapports sexuels dans des positions particulières auxquelles elles attribuent une meilleure efficacité.

Seulement 5 femmes précisent que leur désir était plus important à ce moment-là.

7. Pour les couples ayant programmé leur sexualité, cette programmation a été faite en fonction:

- Question sans objet pour 27% des couples
- Courbe de température pour 21% des couples
- Etude de la glaire pour 10% des couples
- Perception de l'ovulation pour 15% des couples
- Utilisation du calendrier pour 20% des couples
- Autre moyen pour 6% des couples (PMA, utilisation de logiciels, programmation par le médecin dans le cadre de cycles de stimulation)

On remarque ici que plus de la moitié des couples s'appuie d'emblée sur un



Photo: Dagmar Ittig

élément technique (courbe, glaire, etc.) alors qu'ils ne sont qu'une minorité (27%) à s'en remettre simplement à leur désir ou à leurs sensations 15% (perception de l'ovulation). Les rapports sexuels avec le désir de grossesse semblent apparaître dans cette population davantage comme l'application d'une technique que comme un élément particulier de la sexualité habituelle de ces couples.

8. Pensez-vous que ces changements dans votre sexualité ont eu des conséquences sur votre vie de couple?

Oui pour 36%

Non pour 18%

Question sans objet pour 46%

(c'est-à-dire les couples n'ayant pas modifié leur sexualité)

9. Pensez-vous que l'on augmente ses chances de grossesse en ayant davantage de rapports au moment présumé de l'ovulation?

Oui pour 626 réponses (69%)

Non pour 192 réponses (21%)

Je ne sais pas pour 93 réponses (10%)

Ces conseils ne sont pas donnés de façon habituelle par les médecins et les études dont nous disposons ne permettent pas d'affirmer que l'on peut accroître énormément ses chances de grossesse en programmant sa sexualité à la date présumée de l'ovulation par rapport à une sexualité régulière (dans la moyenne nationale).

10. Pensez-vous que certaines positions amoureuses soient plus propices pour obtenir une grossesse?

Oui pour 28% des réponses

Non pour 56%

Ne sait pas pour 16%

Il est assez surprenant de trouver près d'un tiers de cette population qui est convaincue de l'influence des positions amoureuses sur la fertilité; ce point n'apparaît nulle part; ni dans les ouvrages grand public, ni dans les revues médicales et semble plutôt relever d'une conception populaire ou transmise par le bouche à oreille. A la rubrique Détails, peu d'internautes ont détaillé ces positions mais celle qui revient le plus souvent consiste à garder

les jambes surélevées après le rapport. Ce sujet est d'ailleurs souvent abordé sur Gynexpert où l'on note des questions portant sur la capacité à «garder» le sperme dans leur vagin après les rapports et la mise en œuvre de moyens (dont ces positions) destinés à limiter cet écoulement post coïtal.

Cette idée est ancienne: Pierre Darnon dans «Le mythe de la procréation à l'âge baroque» (Seuil) cite par exemple Ambroise Paré qui recommande: «Quand les deux semences sont jetées, l'homme doit promptement se disjoindre et elle devra croiser et joindre cuisses et jambes le tenant doucement rehaussées...» En pratique, aucune étude scientifique ne vient valider cette croyance assez répandue.

11. Pensez-vous que le plaisir augmente les chances de grossesse?

Oui pour 29%

Non pour 51%

Je ne sais pas pour 20%

La répartition est assez semblable à celle de la question précédente avec toujours la même proportion de Oui



dans cette population. A l'opposé, s'il n'existe pas ici d'articles de la littérature médicale étayant cette hypothèse, on constate que nombreux sont les ouvrages de physiologie ou de vulgarisation citant les contractions orgasmiques de l'utérus comme susceptibles de favoriser l'ascension des spermatozoïdes. Bien qu'à ma connaissance il n'y a pas d'étude ayant montré que l'anorgasme pouvait réduire la fertilité...

Il pourrait par contre être plus intéressant de rechercher plutôt ici la symbolique se rattachant à ce lien ancien entre fertilité et orgasme que citait déjà Hippocrate en parlant de la génération et du mélange des semences.

12. Quel délai vous semble anormalement long pour débuter une grossesse?

Plus d'un mois: 8 réponses (1%)

Plus de trois mois: 34 réponses (4%)

Plus de six mois: 218 réponses (24%)

Plus d'un an: 447 réponses (49%)

Plus de 18 mois: 104 réponses (11%)

Plus de deux ans: 84 réponses (9%)

Je ne sais pas: 16 réponses (2%)

La fertilité spontanée qui se définit par la probabilité de grossesse est située autour de 20% par cycle pour les couples ayant une activité sexuelle régulière (de l'ordre de la moyenne nationale), avec bien entendu des variations de cette fertilité en fonction des tranches d'âge.

Au bout d'un an sans contraception, 90 à 95% environ des femmes concernées ont débuté une grossesse. Pourtant, pour les 5 à 10% restant, aucune grossesse n'a débuté bien qu'il n'y ait pas de pathologie... Ce thème est celui qui est abordé le plus souvent sur Gynexpert avec plus de 60 000 questions sur la base de donnée où les internautes sont inquiètes de l'absence de grossesse dès le premier ou second cycle sans contraception: on voit à leurs questions que leur conception de la fertilité est très technique et mécanique et que, pour ces couples, si l'on a un rapport sexuel au moment de son ovulation, cela va forcément mar-

cher. Un peu comme une réaction chimique qui se produira inévitablement si les bons éléments sont réunis. A ce sujet, Clara nous dit: «Je ne comprends pas pourquoi cela n'a pas marché alors que j'ovule normalement et que mon compagnon n'a aucun problème».

Pour ces couples, la pression morale qu'ils se donnent est importante et, pour eux, le désir de grossesse devient une sorte de passage d'examen dont la sexualité est l'épreuve «clissante» avec des échecs très mal vécus, car incompris.

Conclusion

Le lien entre sexualité et procréation reste à ce jour un sujet rarement abordé en consultation que ce soit pour le suivi des grossesses où nous ne sommes pas habituellement informés par les parturientes sur ce point mais aussi même dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation où les spécialistes de la prise en charge de l'infertilité, s'attachent eux davantage à rechercher et traiter la pathologie.

Cette connaissance du point de vue sur la procréation qu'ont les couples que nous suivons me semble pourtant particulièrement importante; elle permet de mieux comprendre et appréhender ce besoin de médicalisation qui apparaît souvent dès le désir d'enfant. Avec cette conception souvent mécaniste de la procréation viennent cohabiter croyances et besoins de rituels se traduisant eux aussi par une plus grande demande de soins médicaux. De ce point de vue, alors que nous pourrions être tentés par exemple de prescrire examens et traitement «pour rassurer», le résultat est souvent inverse puisque nous pouvons aggraver les manques de confiance en soi dont peuvent souffrir ces femmes et ces hommes en les confortant dans l'idée d'un échec.

Il reste donc important dans ce domaine d'agir préventivement en n'oubliant pas de préciser ce qui est de l'ordre de la variation physiologique, ce qui est prouvé et ce qui ne l'est pas. ◀