

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mme DUBOIS-BUNEL Julia
Née le 19/11/1987 à Colombes

Présentée et soutenue publiquement le : 20 septembre 2016

**Représentations de la fertilité et attentes d'un entretien
médical sur la fertilité.**
Etude qualitative auprès de femmes d'Ile de France.

Président de thèse : Professeur NIZARD Jacky

Directeur de thèse : Docteur BECEL Emmanuelle

DES de médecine générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jacky Nizard, d'avoir accepté la présidence de ma thèse et de votre accueil dans le service de Gynécologie et Obstétrique de la Pitié Salpêtrière.

Aux membres du jury Madame le Professeur Isabelle Aubin-Auger et Madame le Professeur Nathalie Chabbert Buffet, pour avoir accepté de juger mon travail. Merci au Professeur Aubin Auger de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat comme tutrice et soutenue méthodologiquement pour ce travail de thèse.

A Madame le Docteur Emmanuelle Bécel, pour m'avoir soutenue et encadrée pour ce travail. Merci de m'avoir enseignée et fait partager ta vision d'une médecine globale, à l'écoute du patient, durant mon stage ambulatoire. Grâce à toi j'ai découvert ce que c'était et je poursuis sa mise en pratique tous les jours. Merci de m'avoir proposée une place dans votre cabinet.

Au cabinet du Chemin de l'Île à Nanterre, merci de votre participation à ce projet. Merci Rafika pour le recrutement des patientes. Merci au Dr Aline Mondo, Dr Corinne Langlait et au Dr Sarah Enser de me confier leurs patients et de m'accueillir dans leurs murs. Merci au Docteur Pochet Anne Flore pour son soutien hebdomadaire, ravie d'occuper bientôt le cabinet voisin du tien.

A l'équipe du centre de santé de Colombes, de votre participation à ce projet et de m'avoir accueillie comme remplaçante. Merci au Dr Marika Bonnet et Aline Seif pour leur accueil, je vous souhaite le meilleur ainsi qu'au centre de santé.

A Brigitte pour ta relecture, merci d'aimer l'orthographe et de m'avoir appris à *justifier*.

A mes anciens maîtres de stage ambulatoire pour leurs enseignements et leur accompagnement : Dr Alain Thyrode, Dr Aline Seif, Dr Brocheux, Dr Loyer, Dr Valin et Dr Menguy.

A tous les médecins et paramédicaux que j'ai rencontré durant ce long parcours pour leur expérience et leurs enseignements.

A mes anciens co-internes, toujours là pour un avis ou un dîner : Caroline et Delphine, et mes compagnons de l'externat : Lise, Marion, Céline et tous les anciens co-externes.

A mes amies les plus proches, merci de ne pas être médecin, et d'être présente en toute situations : Elsa, Caroline, Corentine et Chloé.

A mes parents pour leur soutien durant ces longues études.

A Vincent, pour ton écoute quel que soit l'heure, quel que soit le sujet. Vivement nos projets post thèse.

Table des abréviations

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRS : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMA : Procréation Médicalement Assistée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Table des Abréviations.....	3
I. Introduction	5
1. Contexte.....	5
2. Définitions	7
3. Facteurs influençant la fertilité en France	8
4. Hypothèses	19
5. Objectif.....	19
II. Matériel et Méthode	20
1. Choix de la méthode	20
2. Choix de la population	20
3. Elaboration du guide d'entretien	21
4. Déroulement et analyse des entretiens	22
5. Méthode de recherche bibliographique.....	23
III. Résultats	24
1. Description de l'échantillon.....	24
2. Résultats concernant la fertilité	28
3. Les facteurs influençant la fertilité	30
4. Evaluation d'un entretien médical sur la fertilité	44
5. Elaboration d'une fiche d'information.....	48
IV. Discussion	49
1. Les biais de notre étude	49
2. Les facteurs influençant la fertilité	50
3. L'entretien sur la fertilité	55
V. Conclusion.....	58
Bibliographie.....	60
ANNEXE I : Affichette annonçant l'étude.....	64
ANNEXE II : Guide d'entretien définitif.....	65
ANNEXE III : Fiche d'information sur la fertilité réalisée pour les entretiens.....	67
ANNEXE IV : Fiche d'information sur la fertilité réalisée après l'étude.....	68
ANNEXE V : Exemple de deux entretiens.....	71
Résumé.....	83

I. Introduction

1. Contexte

La loi Neuwirth a autorisé la contraception en 1967, développant l'utilisation des contraceptifs et permettant aux femmes de contrôler leur fertilité. En 2010, 78,5 % des femmes françaises de 15 à 49 ans qui ne souhaitent pas être enceintes utilisent un moyen de contraception nécessitant une intervention médicale (49,6% la pilule, 20,7% un dispositif intra utérin, et 4% les autres méthodes contraceptives : implant, patch ou anneau)(1).

De nouvelles normes contraceptives sont nées, imposant aux femmes une maternité contrôlée : après le temps médicalisé de la contraception vient celui de la maternité(2). Le temps de la fécondité n'est pas nécessairement médicalisé puisque la femme choisit seule le moment d'arrêter sa contraception. En effet, plus de 70% des femmes ont une contraception dont l'arrêt ne nécessite pas de médecin.

L'examen prénuptial, réalisé avec un médecin, était un temps d'échange autour de la fertilité et de la sexualité, il a disparu depuis 2008. Le suivi des femmes, de leur contraception, mais aussi de leur grossesse est réalisé en médecine ambulatoire par un généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Y a-t-il un temps dévolu à la fertilité dans ces consultations ?

Plusieurs études ont étudié les préjugés des femmes sur la contraception; elles observent une méfiance de l'effet des contraceptifs sur la fertilité (3). Une étude américaine a montré que les femmes qui consultaient pour une interruption de grossesse avaient une vision erronée de leur fertilité (4). Quels sont les préjugés des femmes sur les facteurs influençant leur fertilité ?

L'étude FECOND, conduite par L'INED depuis 2010, est composée de deux études successives avec des populations différentes. Une première étude sous forme d'enquête téléphonique (8645 sujets) en population générale, vise à évaluer les connaissances et les pratiques en termes de contraception, de fertilité et de dysfonction sexuelle. Une seconde étude concerne les médecins généralistes (500) et les gynécologues (500). Elle évalue leurs connaissances et leurs pratiques autour de l'avortement, la contraception, l'infertilité et les dysfonctions sexuelles. Les seuls résultats que nous avons pu consulter sont ceux liés à la contraception (ils évaluaient les pratiques en termes de contraception depuis le scandale autour des pilules de 3^{ème} génération) (5), l'utilisation des DIU (dispositif intra-utérin)(6) et l'implication des hommes en matière de contraception (7). Il n'y a pas, pour l'instant, de résultats publiés sur les connaissances en matière de fertilité, ni sur les pratiques des médecins.

Nous avons donc choisi d'étudier les représentations et les connaissances des femmes sur la fertilité ainsi que leurs attentes d'un entretien médical d'information sur la fertilité.

2. Définitions

La **fécondité** mesure le nombre d'enfants nés vivants (et l'infécondité l'absence d'enfants), soit au cours d'un intervalle d'âge déterminé (par exemple dans le calcul d'un taux de fécondité par âge), soit pour l'ensemble des âges (par exemple dans l'indice synthétique de fécondité, somme des taux par âge, observés sur une année donnée).

La **fertilité** mesure l'aptitude à procréer, indépendamment des souhaits des individus.

La **stérilité**, ou **infertilité**, est l'incapacité de concevoir ou de procréer, qui peut être temporaire (par exemple pendant la grossesse et une partie de la durée d'allaitement) ou définitive.

La **fécondabilité** est la probabilité de concevoir au cours d'un mois d'exposition au risque (sans protection contraceptive).

3. Facteurs influençant la fertilité en France

La fertilité ne peut être complètement évaluée, une partie des grossesses aboutissant à des fausses couches avant même l'apparition d'un retard de règles.

Des études sur des populations n'utilisant pas de contraception ont permis d'évaluer la fécondabilité par couple. On estime la fécondabilité moyenne à 20-25% par cycle pour un couple de 20 à 30 ans. Après 6 mois de tentatives non médicalisées, 75% des couples obtiendront une grossesse, 90% après 1 an et 97% après 2 ans. (8)

Ces chiffres sont des moyennes qui varient selon les couples et la fréquence des rapports sexuels.

a) L'âge

- Âge maternel

L'âge moyen à la naissance du premier enfant en France en 2013 est de 28 ans (INSEE) et l'âge moyen à la naissance quel que soit le rang 30,1 ans.

Les études menées sur la fécondité spontanée ont montré que la fertilité diminuait avec l'âge. Ainsi, Leridon *et al* ont évalué la proportion de femmes définitivement stériles (qui ne parviendront pas à obtenir une grossesse sans PMA) (8). Ils montrent que la probabilité de ne plus obtenir de naissance vivante passe de 5% à 25 ans, à 10% à 30 ans, 17% à 35 ans, 33% à 40 ans et 62% à 45 ans. Selon cette étude, le facteur principal expliquant cette progression est l'augmentation des fausses couches spontanées avec l'âge, liées aux erreurs génétiques et passant pour la plupart inaperçues car n'entraînant pas de retard de règles.

Les recommandations canadiennes sur la maternité tardive, publiées par Johnson *et al* en 2012 pour la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* étudient la probabilité de grossesse par cycle en fonction de l'âge(9)(10). Dans cette étude la

fécondabilité moyenne par cycle est de 25% à 22 ans (comme vu précédemment), 20% à 32 ans, 15% à 37ans et 10% à 39 ans.

Ils en concluent deux recommandations : informer les patientes sur la décroissance de la fertilité à partir de 32 ans et débiter les explorations de fertilité après 12 mois d'essai avant 35 ans et 6 mois après 35 ans.

Ils situent la fenêtre optimale pour obtenir une grossesse entre 20 et 35 ans.

Un sondage récent (11) réalisé par l'IFOP sur un échantillon de 1037 femmes a montré que l'influence de l'âge était sous-évaluée. Pour 69% des françaises interrogées « l'âge difficile pour avoir un enfant » se situe après 40 ans et seulement 25% des femmes interrogées le situe à 35 ans. Ainsi la fourchette optimale pour avoir un enfant est méconnue de la plupart des françaises.

- Âge paternel

Une étude anglaise de Ford *et al*, publiée en 2000 (12), a montré que, comparativement aux hommes de moins de 25 ans, les odds ratio de conception dans les 12 mois, ajustés sur l'âge maternel, la consommation de tabac, café, diminuaient significativement en fonction de l'avancée en âge paternel, dès l'âge de 30 ans. Mais ils n'arrivent pas à dégager d'âge-seuil à partir duquel cette diminution est significative. L'avancée en âge de l'homme a donc, elle aussi, un impact négatif sur la fécondité.

b) L'alimentation

Plusieurs études ont étudié les effets de l'alimentation sur la fertilité. Un taux élevé de cholestérol est associé à une augmentation du délai de conception. Un régime pauvre en protéines animales, riche en acides gras polyinsaturés et glucides complexes semble influencer positivement la fertilité (13)(14).

c) L'indice de masse corporelle (IMC)

L'enquête OpEpi-Roche faite en 2012, réalisée en partenariat avec l'Inserm(15), montre une prévalence du surpoids ($25\text{kg/m}^2 < \text{IMC} < 30\text{kg/m}^2$) chez les français de plus de 18 ans à 32,3%. On observe une obésité ($\text{IMC} > 30\text{kg/m}^2$) chez 15% des français majeurs. L'obésité est un facteur de risque important de complications obstétricales et néonatales (pré-éclampsie, diabète, césarienne, hypoglycémies néonatales...), mais aussi un facteur influençant la fécondité.

L'étude la plus récente ayant étudié l'impact de l'IMC sur la fertilité est celle de Van Der Steeg *et al* en 2008. Ils ont étudié l'impact de l'IMC dans une cohorte de 3029 couples avec des troubles de fertilité. L'augmentation du délai de conception augmentait de façon linéaire en fonction de l'IMC. Chaque augmentation de l'IMC d'un kg/m^2 au-dessus de 29kg/m^2 , augmentait la probabilité de ne pas pouvoir concevoir sans intervention médicale de 5%.

Une dénutrition ($\text{IMC} < 18\text{kg/m}^2$) est observée chez 3,5% des français. L'étude présentée précédemment étudie aussi l'influence d'un $\text{IMC} < 21\text{kg/m}^2$, qui semble allonger le délai de conception mais de façon non significative. Plusieurs études ont exploré les liens entre diminution de la fécondité et IMC bas, mais n'ont rien prouvé.

Il est toutefois admis qu'une anorexie mentale peut entraîner une aménorrhée et une anovulation qui sera à rechercher chez une patiente consultant pour des troubles de fertilité.

d) Les facteurs toxiques

- Le tabac

Le tabac est un facteur bien connu des médecins pour être responsable d'une diminution de la fertilité. De nombreuses méta-analyses, qui confirment cette influence sur la fertilité, ont été publiées sur le sujet. Hassan *et al* (16) ont ainsi montré que le délai pour obtenir une grossesse passe de 9 mois, chez les non fumeuses, à 11,1 mois, chez les fumeuses de

moins de 15 cigarettes par jour et 18,7 mois chez les fumeuses de plus de 15 cigarettes par jour.

Dans un objectif de santé publique, il existe un avertissement sur les paquets de cigarette : « Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité ».

- L'alcool

Le rôle délétère de l'alcool sur le fœtus, engendrant des anomalies du développement psychomoteur (syndrome d'alcoolisation fœtale et ses formes incomplètes) est bien connu. La prévention autour de l'alcool peut donc être débutée en avant la conception.

En 1969, Une cohorte suédoise de 7 393 patientes (17) a retrouvé une augmentation du risque de consultation pour infertilité (RR=1.59(95% confidence intervalle [CI]: 1.09 –2.31) chez les patientes ayant une consommation importante d'alcool (>140gr par semaine), comparativement à celles qui avaient une consommation modérée (entre 140 et 50gr par semaine).

Une méta-analyse de la revue Cochrane (18), a étudié les conseils à donner aux patients ayant un désir de grossesse. L'alcool est cité comme un facteur diminuant la fertilité.

Il n'existe pas de seuil de consommation décrit à partir duquel ce risque devient significatif.

- Le café

L'étude anglaise d'Hassan et al a aussi étudié l'influence de la consommation de café sur le délai de conception. Elle a montré qu'une consommation très importante de café (>7 tasses par jour) augmentait de façon significative le délai de conception, passant de 8,4 à 10,4 mois. Cette étude rétrospective, chaque facteur était ajusté en fonction de l'âge, de l'IMC, de la consommation de tabac. Toutefois cette relation semble incertaine, car elle n'a pas été retrouvée dans toutes les études sur le sujet.

La méta-analyse Cochrane (18), après étude de la littérature et des recommandations de différents pays, conseille de limiter cette consommation à 2 tasses de café par jour.

- Les médicaments

Dans la littérature, 3 types de molécules auraient un effet sur la fertilité : les inhibiteurs calciques, les chimiothérapies anticancéreuses et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS).

Les inhibiteurs calciques diminuent, in vitro, la fixation des spermatozoïdes sur l'ovule. In vivo, une dizaine de patients a réussi à concevoir après avoir changé de traitement antihypertenseur, passant d'un inhibiteur calcique à un inhibiteur de l'enzyme de conversion (19). En pratique, il serait utile de remettre ce traitement en question, s'il y a des difficultés à concevoir.

Les chimiothérapies anticancéreuses entraînent une atrophie ovarienne avec fibrose et une diminution de la réserve folliculaire, dont la toxicité varie en fonction de l'âge de la patiente et de la drogue utilisée (20).

Les IRS ont un impact sur la qualité du sperme (21). Une étude de Tanrikut a ainsi montré que, chez des sujets sains, la consommation de paroxétine augmentait le pourcentage de spermatozoïdes avec un ADN fragmenté. Ce paramètre est corrélé à la vitalité du spermatozoïde et à sa morphologie. Cet effet est réversible à l'arrêt du traitement.

e) Fertilité post-contraception

- Contraception hormonale orale

Il y a plusieurs années, il était conseillé aux femmes d'arrêter la pilule un mois par an « pour préserver leur fertilité future » et d'attendre quelques mois pour concevoir, après l'arrêt de la pilule. Ce principe, générateur de grossesses non désirées, a depuis été invalidé.

Barnarh et son équipe ont étudié la fertilité à l'arrêt d'une contraception, à l'aide d'une méta-analyse (22). Ils ont montré qu'il n'y a pas de différence de délai de conception entre les femmes qui utilisent une contraception hormonale orale (oestroprogestatif ou progestatifs seuls) et les femmes utilisant un autre moyen contraceptif (diaphragme, DIU). Une des études incluse dans la méta-analyse a d'ailleurs conclu à une réduction du délai de conception, que les auteurs expliquent par une conservation du pool d'ovocytes durant la contraception (23).

Ces observations peuvent être extrapolées aux patchs et anneaux contraceptifs qui utilisent les mêmes molécules, seule la voie d'administration étant modifiée.

- Implant contraceptif

Les essais thérapeutiques menés sur les implants contraceptifs (implanon ®)(24), ont montré que 94% des femmes avaient une ovulation 3 semaines après le retrait.

- Contraception d'urgence

L'OMS a publié une mise au point sur les idées reçues sur la contraception d'urgence en 2010 (25). Grâce à une méta-analyse, elle affirme que la fertilité n'est pas modifiée par la prise de contraceptif d'urgence, quel que soit le nombre de fois où elle est utilisée.

- Contraception mécanique : DIU au cuivre

Une étude norvégienne a suivi 207 femmes qui avaient participé à un essai thérapeutique sur les DIU (26). Douze mois après le retrait du DIU, le taux de fécondité était de 94% chez ces femmes. L'infertilité chez les couples qui n'ont pas réussi à concevoir s'expliquait par plusieurs infertilités masculines et une endométriose.

f) Fertilité après interruption volontaire de grossesse (IVG)

De nombreuses études ont étudiées la fertilité post-IVG, comparant le taux d'IVG chez des femmes consultant pour infertilité à celui des femmes consultant pour grossesse (27). Elles n'ont pas mis en évidence d'augmentation de l'infertilité chez les femmes ayant un antécédent d'IVG.

Toutefois, après curetage, il y a un risque de synéchies, qui augmente avec le nombre d'intervention. Ces synéchies peuvent dans certains cas être cause d'infertilité, mais c'est une cause curable (chirurgie itérative).

g) Fertilité et Infections sexuellement transmissibles (IST)

- Chlamydiae trachomatis

C'est la première cause de stérilité tubaire dans les pays développés (70%). En France et en 2006, la prévalence chez les 18 à 44 ans du chlamydiae trachomatis, (28), a été estimée à 1.4% (IC_{95%} 0.8 - 2.6%) chez les hommes , et 1.6% (IC_{95%} 1.0 - 2.5%) chez les femmes.

L'infection est asymptomatique dans 60 % des cas, mais provoque 20 % d'infection génitale haute, 2% de grossesses extra-utérines, 3% d'infertilité et 4% de douleurs pelviennes chroniques (29).

- *Neisseria gonorrhoeae*

En Europe, la prévalence estimée du gonocoque en 2005, était de 0,4% des femmes et 0,2% des hommes (30). Le gonocoque est responsable de stérilité tubaire, mais de plus en plus rarement en France (31).

h) L'influence du stress

L'influence du stress a été étudiée par plusieurs équipes. C'est un paramètre difficile à évaluer, en raison de son caractère subjectif.

Une méta-analyse réalisée en 2011 et publiée dans le *British Medical Journal* par J. Boivin (32), a cherché un lien entre anxiété et grossesse, chez des patientes en cours de PMA. Ils n'ont pas démontré de relation entre anxiété et durée de conception.

Une étude américaine a comparé trois groupes de femmes qui essayaient de concevoir un enfant depuis un à deux ans. Un premier groupe était pris en charge en thérapie cognitivo-comportementale pour lutter contre l'anxiété, un second groupe participait à des groupes de soutien, le dernier étant un groupe témoin. Malgré un nombre important de perdues de vue, les auteurs retrouvent un taux de naissance significativement plus important dans les deux groupes avec intervention par rapport au groupe contrôle (33).

Une autre étude américaine a étudié la corrélation entre la présence d'un marqueur de stress (alpha-amylase salivaire) et la survenue de grossesse. Le groupe qui avait le taux le plus élevé du marqueur a montré un taux significativement plus bas de grossesses (34).

Il n'a pas été démontré de relation entre l'anxiété ressentie et la durée de conception. Plusieurs études ont été menées, avec des questionnaires évaluant le stress, qui n'ont rien

démonstré pour l'instant. Ces études sont par ailleurs difficiles à réaliser, car la population à étudier (les couples avec un désir d'enfant) est difficile à recruter.

Un article publié en ligne dans un journal non médical, Slate (35), dénonce la liaison entre le problème de fertilité et le stress. Il voit dans la lutte contre le stress, un *leitmotiv* qui culpabilise les femmes ayant des délais de conception augmentés.

i) Les antécédents médicaux

Dans un couple infertile, l'infertilité est d'origine masculine dans 20% des cas, féminine dans 30% des cas, et est partagée dans 40 % des cas. Elle reste inexpliquée dans 10 % des cas.

- Les troubles de la fertilité

Toute pathologie touchant les trompes (salpingite, grossesse extra-utérine...) ou l'utérus (malformation utérine, utérus polyfibromateux...) entraîne de façon mécanique des troubles de la fertilité.

Les troubles de la fertilité peuvent aussi être liés à des pathologies ovariennes ou hormonales (insuffisance ovarienne, pathologie de l'axe hypothalamo-hypophysaire, syndrome des ovaires polykystiques).

L'endométriose provoque des troubles de la fertilité. Ces troubles s'expliquent par des mécanismes multiples : anomalies de l'ovulation, inflammations et effets mécaniques (adhérences, troubles de la captation des ovocytes, du transport tubaire).

- Autres pathologies retrouvées

Le système de santé allemand a organisé une centralisation du dossier médical informatique, ce qui lui permet de faire des corrélations entre les motifs de consultations, l'âge et les antécédents médicaux des usagers du système de santé. Ce système a permis la réalisation d'une étude rétrospective sur une cohorte de 60000 patientes ayant consulté leur gynécologue pour « infertilité » ou « désir de grossesse insatisfait » (*unfulfilled desire for children*).

Les données sur ces patientes étaient disponibles sur 11 années : leur âge, leurs antécédents médicaux et les traitements qu'elles avaient déjà utilisés. 22 700 des patientes ont réussi à obtenir une grossesse durant cette période.

Les facteurs montrant une diminution significative de la survenue de grossesse étaient : l'âge, l'endométriose, le diabète sucré, la dysfonction ovarienne, le syndrome des ovaires polykystiques et un antécédent d'infection génitale haute. A l'inverse, avoir déjà utilisé une contraception hormonale, avoir une assurance médicale, être parent, ou avoir utilisé une thérapie par progestatif, augmentait la fréquence des grossesses. (36)

j) L'environnement

- Pollution atmosphérique

Une étude Tchèque a montré une diminution de la fertilité, proportionnelle à l'augmentation du niveau de particules fines et de monoxyde d'azote dans l'air (37). Plusieurs autres polluants avaient été testés, mais leur effet sur la fertilité n'a pas été prouvé.

- Perturbateur endocrinien

La concentration en biphosphénol A, triclosan et phtalates, reconnus pour être des perturbateurs endocriniens, a été étudiée chez 2001 femmes canadiennes enceintes. Ces substances ont été recherchées au cours de la première consultation de grossesse, leur taux

a été mis en corrélation avec la durée nécessaire à la conception. Les résultats de cette étude montrent que les concentrations les plus élevées de biphosphénol A et triclosan étaient associées à une augmentation de la durée de conception.(38)

- Substance utilisée dans la production industrielle

Au cours de cette même étude canadienne, l'influence des dérivés perfluorés a été testée. Les composants perfluorés sont utilisés dans de nombreuses fabrications industrielles. Suite à cette production, on les retrouve dans l'environnement. Selon le même schéma utilisé pour les perturbateurs endocriniens, des taux élevés de dérivés perfluorés ont été corrélés à des durées de conception plus importantes.(39)

- Pesticides

Des études épidémiologiques, réalisées par l'INSERM, ont montré qu'il y avait « une présomption moyenne » de lien entre l'exposition professionnelle aux pesticides et des troubles de la fertilité et de la fécondabilité.

4. Hypothèses

L'hypothèse principale de ce travail est que la connaissance des facteurs influençant la fertilité féminine est mauvaise, avec des idées reçues notamment sur le rôle des contraceptifs, abortifs et de l'ensemble des médicaments. La seconde hypothèse est que le sujet n'est jamais abordé en consultation, mais qu'il existe une attente vis-à-vis d'un entretien sur la fertilité.

5. Objectif

L'objectif de cette étude est de recueillir les représentations des femmes à propos de la fertilité et leurs attentes en matière d'information médicale.

Les informations ainsi obtenues, sur les idées reçues et les attentes en matière de fertilité, nous permettront l'élaboration d'une fiche d'information sur la fertilité à l'usage des patients.

II. Matériel et Méthode

1. Choix de la méthode

Le but de cette étude est de connaître les représentations des femmes sur les facteurs influençant la fertilité et leurs attentes d'une information médicale relative à la fertilité. Devant l'absence de travaux sur ce sujet, la méthode qualitative a été choisie (40).

La méthode qualitative est bien appropriée à cette étude puisque prenant en compte les facteurs et les représentations personnelles. Une étude en groupe risquait de limiter ou de brider la parole des participantes. Il a donc été décidé de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés.

2. Choix de la population

Le sujet d'étude étant la représentation de la fertilité chez les femmes, la population étudiée est composée de femmes en âge de procréer de 18 à 55 ans.

Le recrutement des interviewées a été fait en consultation, sur les lieux d'exercice de l'investigateur :

- soit directement en consultation par l'investigateur ou ses collègues : le médecin proposait à des patientes de participer à l'étude.
- soit par le biais d'affichettes installées en salle d'attente (annexe I), les femmes intéressées laissaient leurs coordonnées au secrétariat du cabinet pour que l'investigateur les contacte.

Les patientes à qui l'on proposait l'étude, étaient sélectionnées les unes après les autres, pour essayer de diversifier au maximum le corpus. Les critères retenus pour favoriser cette diversité étaient l'âge, les antécédents de grossesse, d'IVG, la prise de contraception, les

antécédents de troubles de fertilité. Le recrutement a été arrêté après saturation des données.

3. Elaboration du guide d'entretien

La question de recherche est une question double : elle porte sur les représentations des facteurs influençant la fertilité, mais aussi sur les attentes d'un entretien médical sur la fertilité. Le guide d'entretien a été élaboré pour répondre à cette double attente.

La première partie de l'entretien est centrée sur les connaissances des femmes à propos de la fertilité et sur les facteurs qui l'influencent. Pour cela, des questions ouvertes sur la fertilité sont posées « comment définiriez-vous la fertilité des femmes ? », « comment voyez-vous votre propre fertilité ? », « quelles sont vos craintes sur la fertilité ? ».

Si les facteurs influençant la fertilité sont abordés, l'investigateur peut utiliser des relances (réitération, déclaration, interrogation) afin d'approfondir les déclarations des interviewées. L'entretien est ensuite recentré sur les facteurs influençant la fertilité par la question « quels sont les facteurs qui influencent la fertilité des femmes selon vous ? ».

Il a ensuite été choisi de faire des relances sur les principaux facteurs influençant la fertilité, s'ils ne sont pas cités spontanément : l'âge, le poids, les maladies chroniques, les IST, les antécédents d'IVG, le tabac et la contraception.

La seconde partie explore l'entretien médical sur la fertilité : les attentes des femmes d'un tel entretien, et, s'il a déjà eu lieu, son contenu. Pour cela, la question de relance était : « avez-vous déjà discuté de la fertilité avec un médecin ? ».

Il y a alors deux types de relances possibles en fonction de la réponse : Si un entretien médical sur la fertilité a déjà eu lieu, des questions portent sur son contexte, son contenu et les attentes autour de ces informations. Si les femmes interrogées n'ont jamais eu

d'entretien, les relances explorent leur désir d'un tel entretien : son déroulement et son contenu.

Que ces femmes aient eu un entretien ou non, il leur est finalement demandé leur avis sur sa réalisation par la question « quel moment serait approprié pour en parler selon-vous ? ».

Plusieurs questions permettant de connaître les caractéristiques des interviewées sont posées en fin d'entrevue (âge, profession, statut marital, pays d'origine, antécédents de contraception, gestité, désir de grossesse, usage ou non de tabac et d'alcool).

Après avoir réalisé les deux premières investigations, le guide a été retravaillé, la version définitive du guide d'entretien ainsi élaborée est présentée en annexe II.

4. Déroulement et analyse des entretiens

Les entretiens avaient lieu au cabinet médical ou au domicile des femmes, selon leur choix et une collation leur était proposée (boissons, gâteaux). Ils ont été enregistrés avec le dictaphone de l'iPhone 4S ® de l'investigateur, puis retranscrits sur un logiciel de traitement de texte (Word®).

Une analyse par la méthode des verbatim a été réalisée par l'investigateur. Tous les entretiens ont été relus par le directeur de thèse pour veiller à une double analyse des données et ainsi limiter les biais d'analyse.

A la suite des entretiens, une discussion non enregistrée avait lieu, durant laquelle l'investigateur donnait une information sur les facteurs influençant la fertilité, et remettait une

fiche explicative (annexe III) à l'interviewée. Cette fiche avait été réalisée avant le début des entretiens, à la suite de la première recherche bibliographique concernant les facteurs influençant la fertilité.

5. Méthode de recherche bibliographique

Une recherche bibliographique sur Pub Med, à l'aide des mots Mesh « time to pregnancy » « subfertility factor », les termes « fertilité » et « infertilité » et « fécondité » ont été recherchés en français et anglais selon les bases, sur les bases de la Cochrane Library, de Google scholar, de Cis'mef et Google. Une recherche similaire a été effectuée sur la base du CAIRN qui regroupe les publications de sciences humaines et sociales françaises.

III. Résultats

Quatorze interviews ont été réalisées entre décembre 2014 et décembre 2015. Les deux premières ont permis d'améliorer le guide d'entretien (annexe II). Leur durée allait de 08 :58 à 32 :17 minutes avec une médiane à 21 :38 minutes.

Douze femmes ont été recrutées dans un cabinet de groupe à Nanterre. Neuf entretiens ont été réalisés au cabinet, trois au domicile des interviewées.

Une femme a été recrutée au Centre Municipal de Santé de Colombes, l'entretien s'est déroulé dans un cabinet médical du centre.

La première femme du corpus à avoir testé le questionnaire, a été recrutée dans l'entourage de l'investigateur. Après relecture, il a été décidé que cet entretien serait inclus dans l'analyse.

Deux entretiens sont retranscrits dans l'Annexe V. L'intégralité des entretiens retranscrits, ainsi que les tableaux d'analyse des entretiens, réalisés à partir de la méthode des verbatim, se trouvent dans le CD Rom joint avec la thèse.

1. Description de l'échantillon

a) Âge

L'âge des participantes se situe entre 19 et 54 ans, la répartition de l'âge des femmes recrutées est présentée dans la **Figure 1**.

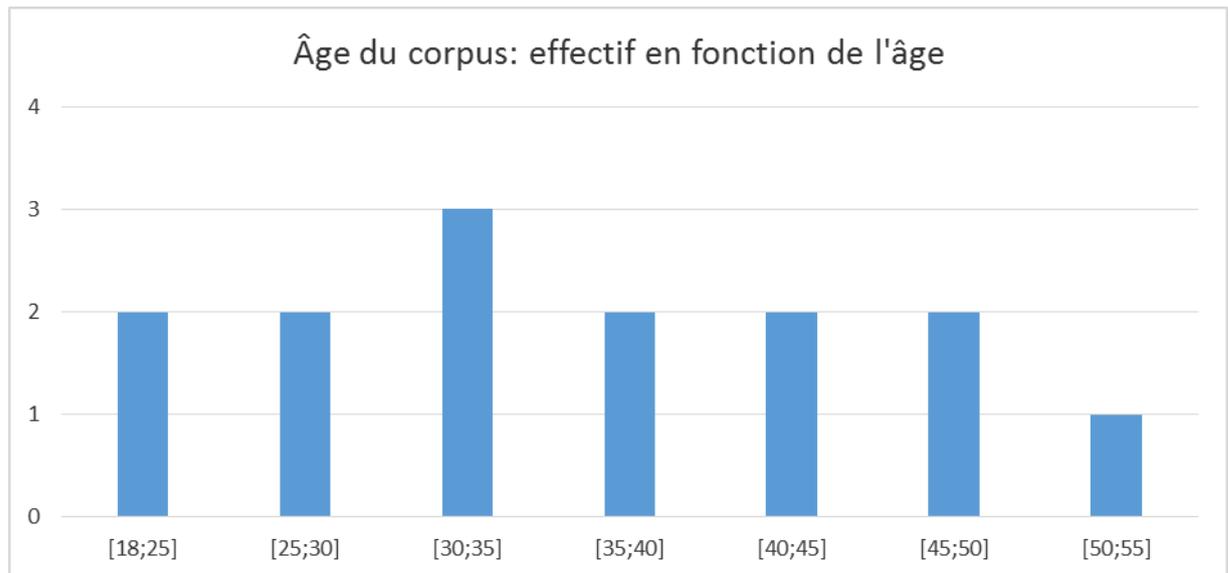


Figure 1 : Age du corpus : effectif en fonction de l'âge

On remarque qu'il y a plus de femmes de 30 à 35 ans ; c'est un choix de l'équipe, lors de la sélection des femmes participantes. Il a été estimé que, se situant à l'âge moyen de la maternité en France, elles se sentiraient plus concernées et auraient plus de représentations des questions de fertilité, ce qui enrichirait nos données.

b) Catégorie socio-professionnelle (CSP) et pays d'origine

Les catégories socio-professionnelles et les pays d'origine des femmes du corpus sont représentés dans le **Tableau 1**. La classification PCS 2003, de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), a été utilisée pour déterminer les catégories socio-professionnelles des femmes (41). Le **Tableau 2** en présente une version simplifiée.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques du corpus.

	Âge	Pays d'origine	Situation maritale	Profession	CSP
E1	24	France	Célibataire	Aide-soignante	536a
E2	19	Algérie	Célibataire	Etudiante	8400
E3	34	Algérie	Mariée	En recherche d'emploi	8500
E4	37	Martinique	Célibataire	Assistante de vie	563B
E5	47	Algérie	Mariée	Femme au foyer	8500
E6	54	France	Mariée	Professeur des écoles	421b
E7	36	France	Mariée	Assistante de direction	461a
E8	32	France	Mariée	Conseillère en économie sociale	434c
E9	46	Algérie	Mariée	Gestionnaire du personnel	5
E10	33	Laos	Mariée	Conseillère de vente	546b
E11	29	Haïti	Pacsée	Intérimaire administratif	543d
E12	44	Algérie	Divorcée	Agent hospitalier	525d
E13	30	France	Concubinage	Professeur des écoles	421b
E14	43	Réunion	Divorcée	Agent territorial spécialisé des écoles maternelles	5

Tableau 2 : Nomenclature PCS simplifiée

Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)	
PCS 2003	Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles
Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

Notre corpus est à 50% d'origine française, les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les catégories 4 et 5 ; il n'y aucune femme cadre, ni artisan, commerçante ou chef d'entreprise, ni agricultrice.

c) Antécédents gynécologiques

Une seule des femmes n'a jamais utilisé de contraception. Douze ont utilisé ou utilisent toujours une contraception hormonale orale, soit 85% du corpus. Une seule n'utilise que des préservatifs, en fonction de son cycle. Trois femmes (21%) ont déjà utilisé l'implant contraceptif, cinq un DIU (35%). Deux femmes (14%) ont déjà utilisé l'anneau contraceptif. Une seule a eu une ligature de trompes (7%). Une seule a déjà utilisé des spermicides.

La plupart des méthodes contraceptives disponibles en France (sauf patch contraceptif, progestatif retard et diaphragme), sont représentées dans notre corpus. La répartition des moyens utilisés est similaire aux répartitions observées en France (FECOND 2010).

Parmi les femmes de notre échantillon, quatre n'ont pas d'enfants, les dix autres ont entre 1 et 5 enfants. Deux des femmes interrogées avaient eu des grossesses sous pilule micro dosées.

Deux des femmes avaient interrompu une grossesse volontairement durant leur vie. Et trois avaient eu des fausses couches spontanées.

Nous retrouvons comme antécédents médicaux, deux femmes présentant une endométriose et une atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos.

d) Consommation de tabac

Six femmes sont fumeuses, dont trois sevrées depuis plusieurs années.

e) Projet de grossesse et problèmes de fertilité

Trois des femmes interrogées avaient un projet de grossesse, et une était enceinte. Deux étaient en cours de prise en charge médicale dans le cadre d'un parcours de PMA, une autre avait déjà consulté et pris des traitements dans ce cadre.

Une des femmes a pris rendez-vous avec l'investigateur pour retirer son implant contraceptif à la fin de l'entretien. Elle a ensuite consulté l'investigateur, deux mois plus tard, pour débiter son suivi de grossesse.

2. Résultats concernant la fertilité

a) Définition

La fertilité est définie par les femmes du corpus comme la capacité à « être enceinte et pouvoir avoir un enfant » (E6). Elle est vécue comme « bonne » ou « normale » lorsque les grossesses ont été obtenues rapidement. Mais la définition de ce délai de conception rapide varie fortement entre les femmes.

Chez une des femmes, la définition de la fertilité se superpose à celle de la sexualité.

b) Le délai de conception

Le délai pour obtenir une grossesse, chez les femmes qui ont déjà eu une grossesse, allait du premier mois au cours duquel il y avait des rapports sexuels sans contraception, jusqu'à six ans.

Les femmes jugent ce délai comme allongé, lorsqu' il dépasse six mois à un an.

« Ça a pris du temps quand même [...] 6-7 mois » (E4)

c) Exploration de la fertilité

Le délai après lequel les femmes jugent qu'il faut consulter un médecin en absence de grossesse est de un an, pour la plupart, allant jusqu'à cinq an pour l'une d'elles.

« Je me suis compté un an » (E10) « comme on avait toujours rien au bout d'un an et demi, donc du coup on a commencé à faire les explorations » (E13)

Deux des femmes qui n'ont pas encore d'enfants (E1 et E11) pensent utile de faire des examens de leur fertilité, avant l'arrêt de la contraception.

E11 juge ces examens utiles pour se rassurer sur sa fertilité. Même si elle a déjà été enceinte sans le désirer (échec de contraception orale) et a interrompu cette grossesse, elle s'inquiète sur sa fertilité et aimerait se rassurer par des examens.

« Je vais commencer à faire un check-up et voir si tout va bien avant de commencer à essayer » (E11)

E13 a actuellement un projet de grossesse depuis deux ans qui n'aboutit pas. Des explorations du couple ont été réalisées. Comme le bilan est normal, la patiente reste sans réponse ce qu'elle vit difficilement. Ces explorations de fertilité sont vécues comme importantes pour comprendre et accepter les retards de conception.

*« J'étais prête à faire tous les examens possibles et à suivre n'importe quel traitement » (E13)
« mais ce qui est frustrant c'est que tout va bien, donc ça n'avance pas » (E13)*

d) Troubles de la fertilité

Les troubles de la fertilité, ayant un fort impact sur le moral, sont jugés difficiles à vivre. Ce sujet est décrit comme tabou, difficile à évoquer avec l'entourage.

« Même ma sœur, ma mère, j'en parle à personne » (E13) « j'en avais jamais parlé avec mes parents, c'était un sujet tabou avec les parents » (E7)

Une des femmes juge que les troubles de la fertilité peuvent être un sujet tabou pour les hommes, ce qui peut les amener à refuser toutes explorations.

« C'est toujours le mari qui bloque, il a honte d'aller en parler » (E12)

Les troubles de fertilité ont évolué selon E5.

« Avant les femmes étaient plus fertiles que maintenant » (E5)

3. Les facteurs influençant la fertilité

Les connaissances des facteurs influençant la fertilité sont analysées en deux étapes dans notre guide d'entretien. Une première question « quels sont les facteurs qui, selon vous... », permet d'explorer les facteurs spontanément cités. D'autres questions de relance ont permis d'explorer certains facteurs de manière spécifique : « pensez-vous que [tel facteur] modifie la fertilité ? ».

Une analyse des facteurs cités spontanément ou après relance, montre que tous les facteurs ont été cités spontanément par la plupart des femmes. Nous avons donc choisi de présenter ces résultats sans différencier les réponses spontanées des réponses après relance.

a) L'âge et le stress : cités par toutes femmes

- L'âge

Les femmes se représentent une évolution de la fertilité avec l'âge, débutant avec les règles et se finissant avec la ménopause.

Entre ces deux bornes, la majeure partie des femmes interrogées voit la fertilité diminuer progressivement avec l'âge.

« Plus on vieillit moins on a de chances d'avoir d'enfants » (E2)

L'âge à partir duquel la fertilité diminue est variable selon les femmes : de 25 à 40 ans. Mais la moitié du groupe place ce curseur à 40 ans.

« Passé 25 ans on commence à avoir une perte de fertilité » (E13) « la trentaine... 35 ans quelque chose comme ça et ça devient plus compliqué » (E2) « je pense qu'on est moins enceinte après 40 ans » (E6)

L'âge optimal pour obtenir une grossesse est défini entre 25 et 30 ans.

La relance spécifique a été utilisée avec quatre femmes du corpus. Elles ne citent pas le facteur âge spontanément, car elles mettent en doute ce déclin. Elles s'attachent au résultat, c'est-à-dire l'obtention d'une grossesse, et non au délai pour l'obtenir. Elles ne voient pas d'évolution de la fertilité au cours du temps.

« Dès le moment où l'on a toujours ses règles, je crois qu'une femme, elle peut tomber enceinte, que ce soit à 20 ou 40 ans » (E9)

L'âge est étudié sous l'angle de la fertilité, mais il a aussi permis aux femmes de parler de la maternité et des grossesses tardives. Selon les femmes du corpus, l'âge de la première grossesse est repoussé par la société actuelle et la carrière professionnelle des femmes.

« Les femmes, elles veulent une carrière, se pérenniser dans un métier, et ensuite fonder une famille » (E11) « dans le monde d'aujourd'hui, les femmes, elles font de plus en plus tard les enfants » (E11)

Il existe une autre contrainte : être une femme sans enfant peut être mal perçu par cette même société.

« À presque 30 ans ne pas concevoir c'est pas être diabolisée, mais ce n'est pas normal » (E11)

La dernière limite soulevée est la perte d'énergie et l'évolution de la représentation du rôle de parents, qui sont influencées par l'âge. Il est aussi affirmé que, pour des grossesses tardives, l'âge maternel influe négativement sur le fœtus, notamment sur le risque de trisomie.

« Après 40 ans, ça commence à être plus [...] dur [...] d'élever des enfants » (E6) « est-ce que je vais pouvoir être à la hauteur de... des attentes de l'enfant. Parce que ça demande quand même pas mal d'énergie » (E12)

- Le stress

Le stress a été spontanément cité par toutes les femmes, sauf une. Il ne faisait pas partie des questions de relance prévues dans le guide d'entretien, il est pourtant très fréquemment évoqué.

« Quand on est stressé on a du mal à concevoir un enfant » (E5)

Le stress est rattaché au psychisme et à l'inconscient. Le champ lexical de la psychologie est utilisé pour le définir : « *psychologique* », « *cerveau* », « *dans la tête* », « *appréhension* », « *blocage psychologique* », « *angoissé* », « *mental* », « *pression inconsciente* », « *l'inconscient* ». Il est ainsi vu comme un acteur majeur de la fécondité, capable de l'entraver, mais aussi de la libérer.

Les mécanismes de ce blocage sont reliés au cerveau, chef d'orchestre du corps humain, qui, par l'intermédiaire « *d'hormone* » ou par son seul « *inconscient* », est capable de « *bloquer les règles* » (E2) ou même de retarder l'arrivée d'une grossesse.

L'origine de ce stress est le mode de vie et les contraintes quotidiennes : « *lié au travail ou à la vie en général* » (E8) « *problèmes de couple, problèmes au travail ou dans la famille* » (E9). Ce stress est aussi déclenché par le désir de grossesse lui-même.

« On est obnubilé par ça, on ne pense qu'à ça, on ne fait que compter et du coup je pense qu'il y a un certain blocage qui se crée » (E13)

Le fait de « lâcher prise » et de se détendre est vécu comme un facteur positif et libérateur, permettant d'obtenir la grossesse désirée.

« Un bien être général, être posé dans sa tête » (E6)

Il est noté qu'il est toutefois très difficile de se débarrasser de ce stress.

« On se dit qu'il faut pas y penser et, à côté de ça, on vous fait prendre un médicament tous les jours qui vous le rappelle » (E13)

i. Comment se libérer du stress ?

E8 raconte qu'après avoir eu une grande discussion avec sa famille et son mari autour du désir de maternité, elle s'est libérée de ses inquiétudes. Elle était enceinte le mois suivant.

Elle raconte une adoption par des proches qui s'est suivi d'une grossesse spontanée. Elle conclut que l'adoption est un facteur libérateur d'un blocage psychologique de la fertilité. E4 décrit les périodes de voyage et de bord de mer comme des lieux favorables pour se libérer l'esprit et concevoir.

E5 raconte qu'après avoir attendu une grossesse pendant 5 ans, elle a consulté un gynécologue avec lequel il a été décidé de débiter un traitement hormonal. Sa grossesse a été découverte lors de l'échographie qui précédait la première injection. Elle attribue cette réussite prétraitement à la libération psychologique et au gain de confiance liés à sa prise de décision.

« J'étais peut-être un peu confiante et tout c'est psychologique » (E5)

ii. Atteindre un bien être psychologique

Plusieurs leviers d'un bien-être psychologique sont décrits au cours de l'étude. Ce bien-être favorise la fertilité pour le corpus, ces leviers sont donc des facteurs bénéfiques pour la fertilité. Ces facteurs cités sont : l'entente dans le couple, l'amour, l'envie de maternité.

Les femmes interrogées attribuent aussi au désir de grossesse des vertus positives sur l'entente du couple, l'amour et la sexualité. Elles construisent ainsi un véritable cercle vertueux, facteur d'épanouissement et terreau pour une grossesse.

Les femmes attribuent un grand rôle aux facteurs psychologiques dans leur fertilité.

*« je suis mieux dans ma peau, je suis mieux dans ma tête et je pense que ça peut aider après »
(E13)*

b) Un corps sain

- Une atteinte du système reproducteur

Les femmes interrogées avaient des connaissances sur la physiologie de la reproduction, avec les organes reproducteurs d'un côté, le cerveau et les hormones de l'autre. L'atteinte de ces différents intervenants est ainsi responsable d'une atteinte de la fertilité.

Les organes reproducteurs : trompes, utérus et ovaires sont estimés pourvoyeurs de troubles de fertilité. Plusieurs atteintes possibles sont citées : utérus hostiles, fibromes, kystes ovariens, fibromes utérins, trompes utérines non fonctionnelles, anomalie de la glaire cervicale et ligature de trompes.

Les antécédents d'IST sont eux aussi responsables d'une atteinte de la fertilité. Le mécanisme cité est une lésion des trompes, la bactérie *Chlamydiae* est citée par une des femmes. Une autre, ayant déjà été traitée deux fois pour des infections à *Chlamydiae*, ignore le nom de la pathologie. Le papillomavirus, dont on a beaucoup parlé avec la campagne de vaccination récente, est, lui aussi, cité comme facteur d'atteinte des organes reproducteurs.

L'IVG chirurgicale et le « *curetage* » sont décrits comme potentiellement délétères pour ces organes et donc pour la fertilité.

« L'aspiration, on dit qu'il y a plus de risques parce que ça atteint les parois, enfin on peut, éventuellement abîmer » (E13)

Le rôle des gamètes dans la fertilité est connu par certaines. Plusieurs types d'atteintes ont été envisagées : anomalie des ovules, anticorps anti-spermatozoïdes, anomalies du sperme.

Les hormones sont citées par les femmes du corpus pour leur effet sur la fertilité. Le « *déséquilibre des hormones* » (E3) ou des pathologies du cerveau qui atteindraient les hormones sont envisagés, mais les mécanismes cités sont plus flous que pour les pathologies précédentes : « *c'est un problème d'hormones* » (E12).

- Les consommations de toxiques

La consommation de tabac est citée spontanément dans notre étude. Pour ces femmes, l'usage du tabac altère la fertilité féminine.

Lorsque la question est posée sous forme de relance spécifique « pensez-vous que le tabac modifie la fertilité des femmes ? », plusieurs femmes répondent qu'il ne modifie pas la fertilité. Parmi ces femmes, la quasi-totalité sont fumeuses ou ex-fumeuses.

E1 est fumeuse, et après utilisation de la relance, elle pense que la fertilité pourrait être influencée par le tabac, mais seulement au-delà d'un paquet par jour. Elle estime même qu'une prise en compte de ce risque pourrait la pousser à arrêter de fumer. E9, elle, a arrêté de fumer lorsqu'elle a décidé de devenir mère.

« Ah si ! Sur les paquets, ils disent ça influence la fertilité » (E1), « plus d'un paquet » (E1), « si tu me dis que c'est à partir de 5 clopes par jour, j'arrête de fumer » (E1)

L'effet du tabac sur la fertilité masculine est évoqué. Une de femmes déclare que l'effet du tabac est d'ailleurs plus délétère pour la fertilité masculine que pour la fertilité féminine.

L'alcool est lui aussi cité spontanément, il ne fait pas partie des sujets de relance spécifique. Sa consommation est jugée nocive pour la fertilité, quelle qu'en soit la quantité.

« Vous ne m'avez pas posé de questions sur l'alcool [...] oui, moi, je pense que ça peut changer » (E5)

L'évocation du tabac et de l'alcool a souvent été suivie par les femmes d'une explication de l'effet de ces toxiques sur le fœtus, toxicité qui semble donc bien connu.

- Les médicaments

Les médicaments ont aussi une influence sur la fertilité, pour plusieurs femmes du groupe. L'une rapporte l'effet des antidépresseurs sur son partenaire, ce qui lui a été expliqué par un médecin. Une autre voit les médicaments comme un facteur de toxicité :

« Il y a quand même un produit chimique qui est entré dans mon corps, et qui pourrait avoir une incidence sur mes trompes, sur les ovaires » (E13)

Deux autres produits ont été cités comme nocifs pour la fertilité. Sans préciser leur propos, l'une parle des sportives qui *« pren[nent] trop de trucs » (E1)* et l'autre de *« la drogue » (E14)*.

- La pollution environnementale : nocive pour la santé et la fertilité

Elles attribuent à l'*« environnement »* un effet néfaste sur la fertilité. Cet effet est lié aux *« produits chimiques »* ajoutés à l'environnement. C'est à la fois une pollution de l'air, des sols et des végétaux.

« L'environnement avec tous les produits chimiques, les engrais » (E5) « la pollution tout ce qu'il y a dehors » « les produits qui sont utilisés au niveau entretien, au niveau peinture, revêtements, les meubles » (E8)

A contrario, une alimentation biologique, décrite comme naturelle, est bénéfique pour la fertilité.

« Pour moi, tomber enceinte, il faudrait que ce soit dans les champs, que des produits bio » (E7)

- Les effets de l'alimentation

Nous observons que, pour notre corpus, toute substance entrant dans l'organisme a un effet potentiel sur la fertilité, l'alimentation n'y fait pas exception. Ainsi, pour plusieurs femmes interrogées, la nourriture influe sur la fertilité. Cet effet est décrit de manière générale : *« la nourriture »(E2)*, mais aussi de manière plus précise :

« Certains fruits, elle m'avait dit que ça favorisait la fertilité » (E2) « ma mère m'avait dit que par rapport au sel, trop de sel ça influençait » (E2)

L'expérience d'E8 lui permet de formuler des hypothèses : elle essayait de concevoir depuis 5 ans et elle y parvient, finalement, après avoir consulté un gynécologue, mais avant tout traitement. Elle s'est interrogée sur les changements qu'elle aurait fait. Elle voit dans Chiba (nom arabe pour l'absinthe), consommée en tisane, le principal changement dans ses habitudes, elle se demande donc si ce ne serait pas le vecteur de cette grossesse.

Un corps sain, exempt de tout ajout, transformation, toxiques est ainsi considéré comme garant d'une bonne fertilité.

c) Les antécédents médicaux nuisibles

Nous venons de voir que les conditions optimales pour la fertilité étaient un esprit sain et un corps vierge de toute attaque toxique extérieure. D'autres pathologies sont aussi évoquées.

- Les cancers

Le cancer est cité spontanément par les femmes du groupe. De manière générale, l'expression citée s'apparente à « *un gros problème de santé, on va dire, comme un cancer* » (E9). Les mécanismes possibles cités sont les effets secondaires des traitements ou bien un cancer touchant le système reproducteur : « *hypothalamus* » (E5) « *ovaire* » (E5).

- Deux pathologies précises : diabète et endométriose

Le diabète est rapporté plusieurs fois par les femmes du groupe. Ses effets sur la physiologie de la fertilité n'ont pas été précisés.

Une des femmes est suivie pour des troubles de fertilité attribués à une endométriose. Une chirurgie est programmée pour essayer d'en limiter les conséquences. Elle cite donc l'endométriose comme un facteur délétère pour la fertilité.

- Influence de l'IMC

L'effet des poids extrêmes est rapporté par le corpus : le surpoids et l'anorexie modifient la fertilité. Une des femmes illustre son propos sur l'anorexie par des connaissances physiologiques : l'aménorrhée possible des femmes anorexiques, bloquant, *de facto*, la fertilité.

Le surpoids est cité par la moitié du groupe. Ces femmes relatent de nombreux conseils médicaux reçus directement en consultation ou rapportés par des connaissances.

« Les femmes qui sont en surpoids elles ont du mal à tomber enceinte » (E7) « ma gynéco m'avait conseillé de perdre du poids, ça aidait » (E13)

Les excès et insuffisances de poids faisaient aussi partie des relances spécifiques d'ailleurs plusieurs femmes répondent que ce facteur n'a pas d'impact particulier sur la fertilité.

- Les infections sexuellement transmissibles

Nous avons vu précédemment que les IST sont envisagées comme facteur d'agression des organes reproducteurs. Un point de relance spécifique porte sur les maladies sexuellement transmissibles, ce qui a conduit plusieurs des femmes à évoquer le rôle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Certaines le supposaient nocif par son impact sur « *la santé* » et donc sur la fertilité. La syphilis et le papillomavirus font partie des IST citées comme délétères pour la fertilité.

Plusieurs femmes redoutent les effets des IST dans le déroulement de la grossesse en leur attribuant un rôle fœtotoxique.

- Le sport

Le sport a un effet positif sur la santé, mais deux des femmes l'ont cité comme un facteur négatif sur la fertilité. L'excès de sport est vu comme un facteur susceptible d'abimer l'organisme, notamment s'il s'accompagne de prise de « trucs » (E1)

- Les médecines douces

Il a été conseillé à E13, qui a un désir de grossesse, d'expérimenter les médecines douces pour améliorer sa fertilité.

« Acupuncture, ostéopathie, de ... parce que des fois certaines manipulations... » (E13)

Une bonne santé telle que défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), à la fois physique et mentale, est donc estimée favorable pour la fertilité.

« Une bonne santé, donc un bien être » « un bien être général, être posé dans sa tête » (E6)

d) Biographie gynécologique et évolution de la fertilité

- Être fertile

Ne pas avoir de troubles de fertilité dans sa famille, ainsi qu'avoir déjà été enceinte soi-même, sont deux facteurs rapportés comme gage d'une bonne fertilité.

« J'aurais des enfants, puisque tout le monde en a dans la famille » (E4) « ma mère m'avait toujours dit que, de toute façon, ça arrivait très facilement dans la famille, donc je m'étais dit que ce serait pareil pour moi » (E8)

- Les grossesses interrompues

Un antécédent de grossesse est un gage de fertilité. Mais si cette grossesse s'interrompt, que ce soit volontairement ou spontanément, plusieurs femmes du groupe pensent que cela peut nuire à leur fertilité future.

Les antécédents de fausses couches ne faisaient pas partis des relances systématiques, pourtant leur rôle supposé nocif pour la fertilité est rapporté plusieurs fois. Les femmes l'expliquent ainsi : les fausses couches, avec ou sans curetage, ont un impact sur le corps féminin qui impose de laisser un délai au corps féminin pour récupérer.

« Ça abime le... du coup y a un ovule en moins » (E1) « faut attendre deux-trois mois avant de pouvoir retenter le coup » (E1)

L'effet attribué est donc physique mais l'impact psychologique est aussi relevé.

« Ça peut peut-être jouer psychologiquement et, du coup, jouer aussi sur la fertilité » (E11)

D'un point de vue médical, la fausse couche est fréquente (une grossesse sur trois), définie comme une fécondation réussie mais non viable. Elle est généralement présentée aux patientes comme un facteur rassurant de la fertilité, prouvant le bon fonctionnement du système reproducteur.

Nous pensons que cette information n'est que partiellement entendue car les femmes interrogées restent ambivalentes sur le sujet. Ainsi E11, qui cite spontanément les fausses couches comme facteur modifiant la fertilité, termine son développement en affirmant le contraire :

« Moi j'ai des amies qui ont fait des fausses couches et juste après elles ont conçu un enfant » (E11)

- Grossesses interrompues volontairement

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont évoquées spontanément et jugées comme néfastes pour la fertilité. Les femmes qui pensent que l'IVG influence la fertilité s'appuient, pour la plupart, sur les IVG chirurgicales. Ce point de vue repose principalement sur le risque de lésions utérines au cours d'une aspiration. Les femmes développent ce propos en évoquant les conditions dans lesquelles ces IVG se déroulent, et jugent moins risquées les IVG se déroulant dans de « bonnes » conditions. Une seule attribue cet effet négatif spécifiquement à l'IVG médicamenteuse, mais elle ne l'explique pas.

Il est rapporté plusieurs fois que la répétition des IVG augmenterait de manière très importante le risque d'infertilité secondaire.

« J'ai subi une IVG à l'âge de 18 ans à peu près, donc j'ai cru comprendre que plusieurs IVG répétées... heu diminuaient un petit peu la fertilité de la femme » (E11)

Les femmes qui avaient déjà fait une IVG, ainsi que les femmes ayant des proches concernés, avaient été informées par les médecins de l'absence de risque pour leur fertilité. Mais elles remettent très fortement cette information en question.

« On m'a rassuré en me disant que non, et, malgré tout, je vois que moi je n'y arrive pas ; je me dis que forcément il y a un lien » (E13) « le médecin lui disait que non, mais bon... » (E14)

Lorsque la relance spécifique sur l'IVG est utilisée, la moitié du groupe affirme que l'IVG n'influence pas la fertilité.

Après avoir affirmé cette absence d'effet, certaines s'interrogent sur l'impact psychologique qui pourrait, lui, modifier la fertilité. Cet impact s'apparente à l'impact du stress.

« Physiquement non, mentalement peut-être » (E6)

- Le contrôle de la fertilité : effet des contraceptifs

Nous avons choisi d'inclure des questions spécifiques sur la contraception et les différents types de contraceptifs disponibles en France. La contraception étant un temps médicalement encadré, cette question explore les connaissances issues d'une consultation médicale.

La plupart des femmes l'a cité spontanément, nous n'avons pas eu à utiliser fréquemment la question de relance.

i. La contraception orale

La contraception orale, moyen de contraception le plus utilisé par les françaises, est génératrice de nombreuses craintes pour la fertilité future.

La moitié des femmes affirme un effet délétère de la contraception orale sur la fertilité. Cet effet serait proportionnel à la durée de prise de la pilule. Pour une des femmes, si la contraception est débutée avant d'avoir eu une première grossesse, le risque d'infertilité est encore plus important.

« Moi, j'ai jamais pris la pilule mais, à ce que j'ai entendu, ils disent que ça peut rendre stérile » (E5) « avant d'avoir son premier rapport, pour moi, on prend pas la pilule parce que on sait pas : ça peut bloquer l'ovulation » (E7) « on m'a toujours fait peur : « oui, tu vas prendre la pilule, t'auras jamais d'enfants » (E12)

Pour plusieurs femmes, l'effet contraceptif de la pilule durerait même après l'arrêt.

« Ça bloque les hormones en fin de compte. Donc, pour moi, si on bloque les hormones, le temps qu'après ça peut être long et ça peut ne pas redémarrer » (E7)

Un second point est rapporté pour justifier un délai entre l'arrêt de la contraception et la conception : la persistance des hormones synthétiques dans le corps féminin risquerait de modifier le fœtus.

ii. Le dispositif intra-utérin

Pour trois des femmes interrogées, le DIU a une influence négative sur la fertilité. Elles le jugent particulièrement nocif pour les nullipares, car il risquerait d'abimer les organes reproducteurs. Elles ajoutent qu'il est adapté aux femmes ayant déjà accouché.

Nous retrouvons ainsi un exemple de la norme contraceptive décrite dans les travaux de Nathalie Bajos : les nullipares utilisent la pilule, le stérilet est réservé au post-partum (1).

Quant au reste du groupe, soit elles ne se prononcent pas sur l'impact du DIU, soit elles pensent qu'il n'a aucun effet sur la fertilité. Elles citent en exemple les grossesses se développant à côté d'un DIU.

iii. L'implant contraceptif

Lorsqu'on les interroge sur l'implant contraceptif, deux des femmes pensent que son effet hormonal peut modifier la fertilité. L'une module son avis avec sa durée d'utilisation : plus il est utilisé longtemps, plus il y a de risque pour la fertilité.

E7 rapporte qu'il est déconseillé de débiter une grossesse dans les deux mois suivant le retrait d'implant, car celui-ci augmenterait le risque de fausses couches.

iv. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence est vue comme un produit très puissant. Mais une seule des femmes pense qu'il puisse avoir un impact sur la fertilité. Pour les autres, son effet est transitoire, il n'a donc pas d'impact sur la fertilité future.

- Améliorer sa fertilité : la surveillance du cycle menstruel

Plusieurs femmes du groupe racontent avoir optimisé leur fertilité en surveillant leur cycle. Elles augmentaient la fréquence des rapports sexuels au moment où elles pensaient ovuler. Les techniques de surveillance utilisées étaient le compte des jours depuis les dernières règles ou la prise de température quotidienne, afin de déterminer le pic ovulatoire.

« Si on était en période d'ovulation [...] c'est là... qu'on jouait le plus, qu'on avait le plus de relations sexuelles » (E9)

Ce calcul quotidien est vécu de manière très négative par E13, qui décrit une vie sexuelle contrôlée par sa période d'ovulation. Elle se culpabilise lorsque la grossesse n'arrive pas, se reprochant de ne pas en avoir assez fait. Elle voit un impact très négatif de ces calculs sur son équilibre psychologique. Elle tente maintenant de lâcher prise et, pour relâcher la pression, d'ignorer son cycle.

« C'est dur, psychologiquement, c'est une épreuve » « on a mis de côté le projet parce que, du coup, ça devenait trop pesant » (E13)

- Le hasard de la fécondation

Une part de mystère, de hasard lors de la fécondation, est évoquée par le groupe. De manière globale : chaque femme a sa fertilité propre, différente pour toutes.

Le hasard intervient aussi à l'échelle du couple : le rôle du partenaire est soulevé. Outre les pathologies de fertilité possibles, la compatibilité du couple est mise en question.

Les femmes décrivent également un hasard à l'échelle individuelle. Elles évoquent la « *nature* », ainsi que la spiritualité, pour caractériser une force qui déterminerait la fertilité de chacune, chaque mois.

« Je dis que c'est la nature [...] si j'ai un enfant, j'ai un enfant, si j'en ai pas, j'en ai pas » (E4)

4. Evaluation d'un entretien médical sur la fertilité

a) Modes d'informations sur la fertilité

Environ la moitié du groupe a déjà reçu, au cours d'une consultation médicale, une information sur la fertilité.

- Acteur de l'information reçue

Cet entretien a pu avoir lieu à l'initiative de la patiente ou du médecin. Plusieurs motifs de consultation ont conduit à cette information : les troubles de fertilité, la prise en charge d'une IST ou d'une fausse couche, la prescription de contraception ou lors d'une consultation autour d'une pathologie gynécologique (endométriose, kyste...).

Ces consultations avaient eu lieu, pour la majorité des femmes interrogées, avec des gynécologues. Pour certaines, l'interlocuteur avait été le généraliste. Il n'y a pas eu d'autres professions médicales concernées.

- Contenu de l'information reçue

Les informations reçues portaient principalement sur les facteurs modifiables influençant la fertilité (surpoids, tabac, pathologie de la fertilité). La fréquence des rapports sexuels et le rôle du stress font aussi partie des thèmes évoqués.

La physiologie de la fertilité et du cycle menstruel a été abordée moins fréquemment lors de cette information.

- Vecteurs non médicaux d'information

D'autres sources d'informations ont été utilisées : l'entourage (amis, famille...), les livres, la radio ou un cours de biologie au lycée.

E13 ne veut surtout pas faire de recherche sur la fertilité sur internet, elle a peur que les informations trouvées soient erronées ou inquiétantes. Elle fait confiance au corps médical pour s'informer sur le sujet.

« Vous êtes là aussi pour ça : pour nous rassurer, nous informer, au-delà du fait de nous soigner ! » (E13) »

b) Attentes d'un entretien sur la fertilité

- A quel moment ?

Le meilleur moment rapporté par les femmes pour aborder ce sujet, est celui du désir de grossesse. Les femmes qui n'avaient pas eu d'enfant l'affirment : lorsqu'elles auront ce désir, elles iront voir leur médecin pour s'informer et recevoir des informations.

Plusieurs femmes, déjà mères, n'avaient jamais abordé ce sujet avec un médecin. Elles racontent qu'elles ne l'ont pas fait, car elles n'en ressentaient pas le besoin, n'ayant pas de problèmes de fertilité.

« J'ai pas ce problème-là, du coup j'ai jamais parlé » (E3)

Nous avons demandé aux femmes si elles voyaient d'autres moments pertinents pour aborder ce thème. Elles ont alors proposé d'évoquer le sujet lors des premières règles, au début d'une relation de couple ou lors d'un frottis.

Enfin, un dernier moment a été proposé : lorsque les femmes atteignent l'âge d'être mère. Mais cet âge est difficile à fixer par les femmes puisque qu'il dépend de nombreux facteurs, variant d'une femme à l'autre et d'une époque à l'autre.

- Avec qui ?

Les femmes interrogées souhaitent que l'information sur la fertilité soit donnée par un médecin (gynécologue ou généraliste).

Le médecin semble être un interlocuteur privilégié, notamment pour les femmes qui voient la fertilité comme un sujet tabou. Pour elles, la fertilité est difficile à aborder que ce soit avec leurs amis ou leur famille. E13, qui traverse des troubles de fertilité, n'ose en parler à personne, ni sa famille, ni ses amies. Elle est d'ailleurs étonnée, lorsqu'elle en parle finalement à une amie, d'apprendre qu'elle vit des problèmes similaires. Elle trouve alors un véritable soutien, qu'elle n'avait pas envisagé puisqu'elle refusait d'en parler.

Une des femmes pense qu'il serait intéressant de lancer des campagnes d'informations sur la fertilité, notamment pour informer sur le rôle du stress.

- Quel en serait le contenu ?

Toutes les femmes interrogées estiment important de recevoir des informations sur la physiologie de la fertilité : le cycle, l'ovulation et la fécondation.

Rapportant le nombre de tests d'ovulation qu'elle voit en pharmacie, E5 aimerait connaître leur utilité et la façon de les utiliser. Il existe aussi une demande d'information sur l'évolution de la fertilité avec l'âge.

D'autres informations demandées concerneraient des informations pratiques : à quel moment arrêter sa pilule, sa contraception, à quel moment consulter un médecin, quel délai pour concevoir après l'arrêt de contraceptifs, quel délai pour débiter une grossesse.

Les méthodes pour favoriser la fertilité seraient aussi à aborder. L'alimentation à favoriser pour obtenir une grossesse, le plus rapidement et dans les meilleures conditions possibles, devrait en faire partie.

« Qu'est-ce qu'il faut faire pour avoir un corps sain et un bébé sain » (E7)

Une des femmes du groupe, qui a des troubles de fertilité, propose une information sur la possibilité d'infertilité afin d'être préparée au cas où il y aurait des difficultés pour être enceinte. Elle pense qu'en connaissant la possibilité de ces troubles, cela diminuerait leur impact sur le moral du couple.

Des points très précis sont développés selon les antécédents obstétricaux propres à chacune des femmes (streptocoque, toxoplasmose, difficulté de délivrance placentaire...). Il nous semble difficile d'aborder ainsi toutes les complications possibles lors de la grossesse lors d'une consultation se déroulant avant la fécondation.

5. Elaboration d'une fiche d'information

Les femmes sont convaincues de l'intérêt d'une information sur la fertilité « *quand on décide d'avoir un enfant* » (E8).

Cette information doit porter sur trois thèmes principaux :

- La physiologie de la fécondation avec des informations sur le cycle, les ovules et la fécondation.
- Les délais de conception notamment après l'arrêt de contraception.
- Les moyens favorisant la grossesse.

Lors de la construction méthodologique de l'étude, une fiche d'information sur les facteurs influençant la fertilité (annexe III) avait été préparée pour les participantes.

Après réalisation de l'étude, nous observons qu'elle ne répond pas aux attentes des femmes : elle ne parle ni de physiologie, ni de pollution, ni des moyens d'optimiser sa fertilité.

Une nouvelle fiche (annexe IV) a été élaborée, elle est plus complète et contient une information plus compréhensible. Nous avons utilisé comme références la recherche bibliographique faite en introduction, nos résultats et les recommandations du Collège des Gynécologues et obstétriciens français (42)

IV. Discussion

L'objectif de notre travail était de connaître les représentations des facteurs influençant la fertilité et les attentes d'un entretien médical sur la fertilité.

1. Les biais de notre étude

Malgré la volonté de varier au maximum notre échantillon et ainsi d'augmenter la validité de l'étude, nous ne retrouvons pas l'ensemble des catégories socio-professionnelles existantes. Il existe donc un biais de sélection de notre population.

Ceci est lié au lieu de recrutement des femmes : un cabinet médical et un centre de santé géographiquement proches. Les quartiers que nous avons ainsi explorés suivent cette répartition socio-professionnelle.

Par ailleurs, 50% de notre effectif est d'origine étrangère ce qui est supérieur à celui retrouvé, en moyenne, en France. Mais nous estimons qu'il a pu nous permettre d'obtenir un échantillon et des réponses plus variées.

Il existe aussi plusieurs biais d'exécution liés à l'investigateur. En effet l'enquêteur a réalisé des entretiens pour la première fois. Malgré des connaissances théoriques de la méthode, un investigateur novice peut nuire au contenu des entretiens. En voulant obtenir le maximum de réponses sur son sujet, il fait des relances qui peuvent l'en éloigner. Par ailleurs des relances trop précoces peuvent avoir interrompu le discours des personnes interrogées qui n'ont peut-être pas pu exprimer toutes leurs idées.

Cet investigateur est un des médecins remplaçant du cabinet, ce statut a pu influencer les interviewées qui n'osaient pas tout lui dire. L'investigateur a d'ailleurs dû plusieurs fois réexpliquer, durant les entretiens qu'il n'y avait pas de mauvaises réponses aux questions, que ce n'était pas un examen ; mais qu'il était intéressé par le point de vue des femmes. Ce statut est susceptible de mettre de la distance avec les femmes qui ne parlent pas de la

même manière face à un médecin, à un ami, à un inconnu ou à un interlocuteur n'appartenant pas au milieu médical.

Enfin, un biais lié à l'analyse existe sans doute. L'investigateur a lui-même réalisé, retranscrit et analysé les entretiens. Pour limiter ce biais, le directeur de thèse a relu l'ensemble des retranscriptions afin de vérifier la validité de l'analyse.

2. Les facteurs influençant la fertilité

Notre travail nous montre que les femmes connaissent la plupart des facteurs susceptibles d'influencer la fertilité mais qu'elles ont aussi plusieurs a priori.

Ces a priori portent principalement sur deux sujets : l'histoire de fertilité d'un côté, les effets des toxiques extérieurs de l'autre. Nous définissons l'histoire de fertilité comme l'ensemble des expériences de fertilité connues par une femme : règles, contraception, fausses couches, IVG, grossesse, accouchement et ménopause.

a) Préjugés et histoire de fertilité

Dans les histoires de fertilité, nous avons particulièrement relevé le rôle péjoratif des contraceptifs, fausses couches et IVG.

- Une vision très négative de la fausse couche

Nous avons été surpris par ce préjugé sur les fausses couches. Les fausses couches précoces surviennent dans plus de 10 % des grossesses (43). Elles n'ont pas d'impact sur la fertilité future.

La fausse couche est un témoin d'un bon fonctionnement de la fertilité : Il y a eu une ovulation puis une fécondation, ce qui atteste du bon fonctionnement du système reproducteur.

Plusieurs femmes ont d'ailleurs affirmé qu'avoir été enceinte témoignait d'une fertilité normale. Elles reconnaissent qu'avoir obtenu une fécondation est un marqueur de fertilité. Mais elles ne donnent pas la même qualité à une fausse couche.

Nous supposons que cet a priori négatif sur les fausses couches est lié à leur impact psychologique. C'est un événement de vie souvent éprouvant où il faut surmonter le deuil de la grossesse et du futur nourrisson.

- La contraception : des a priori connus

Les idées reçues sur les l'effet des contraceptifs étaient plus attendues. En effet, une enquête de l'INPES, sur les idées reçues des Français en 2007 (3), montrait que 22% des français interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile. Nous avons réalisé une étude qualitative, nous ne pouvons donc pas chiffrer notre résultat. Mais nous observons le même fait : les françaises interrogées pensent que la pilule peut nuire à la fertilité. Elles attribuent, par ailleurs, un effet similaire à tous les contraceptifs.

Cette observation est utile pour notre future pratique. En effet, lors de la prescription d'un contraceptif, lors d'une IVG, lors de la survenue d'une fausse couche ou d'une pathologie utérine, il faudra prendre le temps d'informer les femmes sur la fertilité.

Nous avons vu que cette information avait parfois eu lieu : plusieurs femmes nous ont rapporté avoir été informées, lors d'une IVG, de son innocuité sur la fertilité. Pourtant, elles remettaient cette information en question. Nous pouvons supposer que cette contradiction est en lien avec les affects liés à l'IVG.

Il serait donc intéressant de travailler sur les moyens d'information qui permettraient d'améliorer l'adhésion à cette information.

b) Représentation des facteurs susceptibles de dégrader la fertilité

Lors de nos entretiens, la fertilité est associée à la nature et au naturel. Ce qui est susceptible de dégrader l'environnement dégrade la fertilité. Tout ce que l'homme a ajouté à son milieu naturel est supposé nocif pour l'environnement et donc pour la fertilité. Dans notre recherche bibliographique, nous avons vu qu'il existait effectivement des produits pour lesquels cet effet était démontré, pour d'autres la présomption était jugée comme « moyenne ».

Cette appréhension se retrouve aussi à l'échelle d'une vie humaine. Les femmes jugent que la fertilité est maximale à l'état naturel de la femme. La fertilité est ensuite dégradée par divers facteurs : prise de toxiques, de médicaments, de contraceptifs, maladies susceptibles de nuire au système reproducteur...

- Le paradoxe du tabac

Il est étonnant de noter que le rôle du tabac, dont l'effet nocif sur la fertilité n'est plus à prouver, est minimisé, notamment par les fumeuses. Il serait intéressant de savoir si cette observation se retrouve sur un plus large échantillon.

Une étude (44) prouve que donner des informations sur le tabac, chez des femmes en cours de prise en charge en PMA, permettait un sevrage tabagique. Pour l'instant, il n'y a pas eu d'étude similaire en population générale.

L'arrêt du tabac lors d'un désir de grossesse est doublement bénéfique : initialisation d'un sevrage tabagique et diminution de la durée de conception. Il serait utile de savoir si la connaissance des effets du tabac sur la fertilité permet un sevrage tabagique chez les femmes en âge de procréer, en population générale. Ce levier pourrait alors être utilisé en prévention du tabagisme.

c) Représentation autour de l'âge de la grossesse : normes sociales

L'âge est un des deux facteurs influençant la fertilité les plus cités dans notre étude. Comme dans le sondage IFOP mentionné en introduction, les femmes de notre groupe voyaient la fertilité diminuer à partir de 40 ans et non à partir de 32-35 ans.

Au vu des exemples qui suivaient l'évocation de l'âge de 40 ans, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette borne était socialement imposée. L'âge de 40 ans est l'âge auquel la parentalité devient « *dur* » (E6) et « *demande beaucoup d'énergie* » (E12). Nous supposons que l'âge physiologiquement optimal pour la fertilité déterminé dans nos entretiens est, en fait, l'âge socialement acceptable de la parentalité.

Les déterminants de cet « âge approprié » sont multiples. Nous avons notamment relevé dans nos entretiens la solidité des liens unissant le couple et le statut professionnel et économiques, notamment développé par E11. Ce sont les facteurs cités par N Bajos lors de la construction de la « norme procréative » (45) : la solidité du couple et la position professionnelle. Chacun de ces curseurs est influencé par le milieu social d'origine.

Cette norme procréative pousse l'âge du premier enfant à reculer. Nous voyons dans nos entretiens que l'âge optimal pour la fertilité est, en fait, l'âge de la première grossesse actuelle. Cet âge, socialement acceptable, situe la maternité entre 25 et 30 ans.

Mais cet intervalle n'est pas scientifiquement vérifié : les observations montrent que la fertilité est sensiblement stable jusqu'à 32 ans et diminue ensuite. Nous posons la question de l'inadéquation entre la physiologie et la société, qui pourrait expliquer l'augmentation des délais de conception et des recours aux explorations de fertilité

Une meilleure connaissance de la physiologie, sans devenir une contrainte, permettrait-elle aux femmes de faire des choix plus éclairés ? Modifierait-elle l'âge de la première grossesse ?

d) Le stress : comment diminuer son impact ?

Nous avons vu que le rôle du stress sur la fertilité était difficile à prouver, bien qu'admis par la quasi-totalité du groupe.

Les femmes admettent qu'avoir un esprit serein, exempt d'angoisse, est positif pour la fertilité. Dans nos entretiens, cette angoisse a plusieurs sources, notamment les contraintes quotidiennes et le désir de grossesse lui-même. Les moyens d'atteindre cet « esprit sain » ont alors des vertus bénéfiques sur la fertilité. Dans notre étude, l'entente du couple, l'amour, la communication sont citées comme des facteurs de cette bonne santé psychique.

Le rôle de l'information médicale lors d'un désir de grossesse, susceptible de diminuer ce stress, semble donc doublement intéressant : améliorant la santé psychique et améliorant peut-être aussi la fécondité. L'amélioration de la santé psychique des patientes pourrait-elle réduire le délai de conception ?

e) Questions posées sur le cycle reproducteur

Des questions sur la surveillance du cycle et de l'ovulation ont été formulées. Cette surveillance et ses conséquences sur la sexualité sont vécues avec difficulté par une des participantes. Pourtant, une autre femme demande comment peuvent être utilisés les tests d'ovulation qu'elle voit en pharmacie.

Une étude financée par les laboratoires qui produisent les tests d'ovulations (46), étudiait la durée de conception et le niveau de stress dans deux groupes. Un groupe liait les rapports

sexuels à l'ovulation objectivée par le test, l'autre avait des rapports tous les 2 à 3 jours. Cette fréquence de 2 à 3 jours est la fréquence recommandée par l'autorité de santé anglaise pour améliorer les chances de conception (47).

Cette étude n'a pas réussi à mettre en évidence une modification de la durée de conception. Les scores d'anxiété semblaient équivalents dans les deux groupes.

En pratique, il ne semble pas utile de proposer ces tests de manière systématique aux femmes ayant un désir de grossesse.

3. L'entretien sur la fertilité

Le second objectif de l'étude était d'évaluer l'intérêt d'un entretien médical sur la fertilité et les attentes des femmes lors de cet entretien.

Nous avons vu que la plupart des femmes qui n'avait pas eu ce type d'entretien n'en n'avait pas ressenti le besoin. Par contre, les femmes qui n'avaient pas encore été enceintes exprimaient ce besoin à partir du moment où elles envisageront une grossesse.

Devant la masse d'informations accessibles sur le net, le médecin est vu comme une source fiable, permettant une information de confiance.

a) Demande d'un « check-up » pré-conceptionnel

L'histoire de fertilité des femmes est de plus en plus médicalisée. La contraception est souvent issue d'une prescription médicale, mais son arrêt est souvent autonome (sauf pour les implants et stérilets dont le retrait nécessite une intervention médicale).

Plusieurs femmes rapportent que, lorsqu'elles voudront devenir mère, elles consulteront leur médecin pour faire des examens complémentaires, « un check-up », avant même d'avoir essayé.

Le rôle du médecin n'est alors pas simplement d'informer sur la fertilité, son déroulement physiologique, les moyens de l'optimiser. Il est aussi estimé capable de prédire la future fertilité. Cette demande s'explique par la volonté de se rassurer sur sa fertilité, de répondre à la question « est-ce que tout va bien chez moi ? ».

Dans notre société médicalisée, savoir si « tout va bien » est souvent associé à des examens médicaux, ces fameux « check-up ».

Au temps contrôlé de la contraception, suit le temps spontané de la fertilité. Nous voyons dans ce « check-up », une recherche de contrôle similaire. Les contraceptifs permettent de décider de ne pas être enceinte, il existe donc une recherche de contrôle, équivalent pour la fertilité. Le médecin est alors vu comme un vecteur de ce contrôle.

Nous concluons de cette observation qu'il est important d'informer les femmes sur ces examens complémentaires, notamment en leur expliquant leur inutilité en absence de signes d'infertilité.

b) Informer sur les délais

Le principal signe d'infertilité est un allongement du délai de conception. Lors de nos interrogatoires, la définition d'un délai de conception normal variait d'une femme à l'autre : d'un mois à plusieurs années.

Le délai pour obtenir une grossesse est médicalement normal jusqu'à un an de tentative, après quoi il y a une indication à débiter des explorations. Et pourtant, ce seuil n'est pas définitif : puisque parmi les 10% des couples n'ayant pas obtenu de grossesse après un an, 7% réussiront à devenir parents sans intervention médicale ! (8)

Durant nos recherches, nous avons découvert une application pour téléphone portable, qui permet de déterminer ses périodes d'ovulation grâce à ses dates de menstruations.

Cette application, lors son installation, conseille aux femmes d'aller consulter un médecin après 7 mois de tentatives, et non un an. Les médias modernes peuvent induire les femmes en erreur, il est donc important de rappeler les délais admis, lors d'un entretien sur la fertilité.

c) Une nouvelle fiche d'information issue de l'analyse des entretiens

Au terme de ce travail, une fiche d'information a été créée. Il serait intéressant de la tester lors d'une future étude à la fois chez les patientes et chez le personnel médical et paramédical. Une première étude pourrait porter sur la réponse aux besoins des différentes catégories testées.

Une seconde pourrait envisager les conséquences de la fiche sur l'anxiété des femmes ayant un désir de maternité.

V. Conclusion

Les femmes connaissent la plupart des facteurs influençant la fertilité mais avec de nombreuses idées reçues erronées.

L'effet du tabac sur la fertilité n'est pas connu de toutes les femmes, notamment les fumeuses. Quand il est connu il est sous-estimé. Peut-être qu'une meilleure connaissance dans ce domaine réduirait le tabagisme des femmes en âge de procréer ?

Les normes sociales influencent les femmes, notamment dans leurs représentations de l'influence de l'âge sur la fertilité. Le recul de l'âge de la première grossesse augmente les délais de conception et les recours à l'aide médicale à la procréation. Une meilleure connaissance de la physiologie pourrait peut-être modifier ces conséquences.

Le stress psychologique est reconnu par les femmes comme facteur augmentant le délai de conception. L'effet du stress sur la fertilité n'a pas été démontré scientifiquement mais il détériore la qualité de vie. Il serait intéressant de travailler sur les éléments susceptibles de diminuer ce stress.

Une méconnaissance des délais de conception, ajoutée à une volonté de contrôle de la fertilité (par la réalisation de « check-up »), est, elle aussi, une source d'anxiété pour les femmes.

Les femmes recherchent des informations sur la fertilité. Le médecin est considéré comme l'interlocuteur privilégié, car garant d'une information fiable.

Les informations souhaitées par les femmes portent sur la physiologie de la reproduction, les délais de conception et les moyens d'améliorer sa fertilité.

Une fiche d'information a été rédigée à partir de notre travail, centrée sur leurs demandes. Nous avons jugé important d'y ajouter des informations sur les idées reçues relevées dans notre étude. Son utilisation améliorera-t-elle les connaissances sur la fertilité et le vécu des couples lors d'un désir de grossesse ? Son évaluation pourrait faire partie d'une future étude.

Notre étude est qualitative et pourrait aussi servir de base pour de futurs travaux. En effet, les résultats sont-ils reproductibles sur une population plus importante ? Une étude quantitative confirmerait-elle les résultats ?

VI. Bibliographie

1. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, FECOND. La contraception en France:nouveau contexte, nouvelles pratiques? Popul Sociétés Ined. sept 2012;(492).
2. Bajos N, Ferrand M, Giné (France) I national de la santé et de la recherche médicale. De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2002.
3. INPES. Contraception que savent les français? 5 juin 2007 [cité 11 juin 2014]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00704392/>
4. Frohwirth L, Moore AM, Maniaci R. Perceptions of susceptibility to pregnancy among U.S. women obtaining abortions. Soc Sci Med. déc 2013;99:18-26.
5. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, FECOND. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? Popul Sociétés Ined. mai 2014;(511).
6. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9-16.
7. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N, FECOND group. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. Contraception. juill 2015;92(1):46-54.
8. Leridon H. L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité ? population et sociétés Ined. oct 2010;
9. Johnson J-A, Tough S, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Delayed child-bearing. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC. janv 2012;34(1):80-93.
10. Dunson DB. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. Hum Reprod. 1 mai 2002;17(5):1399-403.
11. ifop. sondage ifop pour cassettes les femmes et la fertilité. mai 2014.
12. Ford WCL. Increasing paternal age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: evidence for declining fecundity in older men. Hum Reprod. 1 août 2000;15(8):1703-8.
13. Chavarro JE, Rich-Edwards JW, Rosner BA, Willett WC. Diet and lifestyle in the prevention of ovulatory disorder infertility. Obstet Gynecol. nov 2007;110(5):1050-8.
14. Schisterman EF, Mumford SL, Browne RW, Barr DB, Chen Z, Louis GMB. Lipid Concentrations and Couple Fecundity: The LIFE Study. J Clin Endocrinol Metab. août 2014;99(8):2786-94.
15. ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids [Internet]. [cité 27 août 2014]. Disponible sur: http://www. Roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html

16. Hassan MA., Killick SR. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertil Steril.* févr 2004;81(2):384-92.
17. Eggert J, Theobald H, Engfeldt P. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertil Steril.* févr 2004;81(2):379-83.
18. Anderson K, Norman RJ, Middleton P. Preconception lifestyle advice for people with subfertility. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cité 13 janv 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008189.pub2/abstract>
19. bulletin d'informations de pharmacologie, service de pharmacologie clinique et centre de pharmacovigilance CHU Toulouse [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/bip2011_18_suppl2_23-39.pdf
20. Gauthier T, Piver P, Durand L-M, Donadel L, Pech J-C, Roux C, et al. Chimiothérapie et préservation de la fertilité féminine. *Presse Médicale.* juill 2010;39(7-8):786-93.
21. Tanrikut C, Feldman AS, Altemus M, Paduch DA, Schlegel PN. Adverse effect of paroxetine on sperm. *Fertil Steril.* août 2010;94(3):1021-6.
22. Barnhart KT, Schreiber CA. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. *Fertil Steril.* mars 2009;91(3):659-63.
23. Farrow A. Prolonged use of oral contraception before a planned pregnancy is associated with a decreased risk of delayed conception. *Hum Reprod.* 1 oct 2002;17(10):2754-61.
24. Croxatto HB, Mäkäräinen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon®: An overview of the data. *Contraception.* 1998;58(6):91S–97S.
25. Westley E, Glasier A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Bull World Health Organ.* 1 avr 2010;88(4):243-243.
26. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility — follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception.* févr 2007;75(2):88-92.
27. Hamy A-S, Mayenga J-M, Grefenstette I, Kerneis S, Belaisch-Allart J. Étude comparative sur les antécédents d'interruption volontaire de grossesse dans une population de femmes infertiles et dans une population de femmes accouchées. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2008;36(4):395-9.
28. Goulet V, de Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. *Sex Transm Infect.* 1 août 2010;86(4):263-70.
29. Paavonen J. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update.* 1 sept 1999;5(5):433-47.
30. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis. Methods and results used by WHO to generate 2005 estimates [Internet]. WHO; 2011 [cité 7 nov 2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502450_eng.pdf?ua=1

31. college National des enseignants de Dermatologie. Item 95 : Maladies sexuellement transmissibles : Infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas Favre) [Internet]. 2010. Disponible sur: http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_12/site/html/cours.pdf
32. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ* [Internet]. 2011 [cité 13 janv 2015];342. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043530/>
33. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril.* avr 2000;73(4):805-11.
34. Lynch CD, Sundaram R, Maisog JM, Sweeney AM, Buck Louis GM. Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study--the LIFE study. *Hum Reprod Oxf Engl.* mai 2014;29(5):1067-75.
35. Le lien ténu entre stress et infertilité [Internet]. *Slate.fr.* [cité 13 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/46647/faible-lien-infertilite-stress>
36. Ziller V, Heilmaier C, Kostev K. Time to pregnancy in subfertile women in German gynecological practices: analysis of a representative cohort of more than 60,000 patients. *Arch Gynecol Obstet.* mars 2015;291(3):657-62.
37. Slama R, Bottagisi S, Solansky I, Lepeule J, Giorgis-Allemand L, Sram R. Short-term impact of atmospheric pollution on fecundability. *Epidemiol Camb Mass.* nov 2013;24(6):871-9.
38. Vélez MP, Arbuckle TE, Fraser WD. Female exposure to phenols and phthalates and time to pregnancy: the Maternal-Infant Research on Environmental Chemicals (MIREC) Study. *Fertil Steril.* avr 2015;103(4):1011-1020.e2.
39. Vélez MP, Arbuckle TE, Fraser WD. Maternal exposure to perfluorinated chemicals and reduced fecundity: the MIREC study. *Hum Reprod Oxf Engl.* mars 2015;30(3):701-9.
40. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Singly F de, éditeur. Paris, France: A. Colin, DL 2007; 2007. 126 p.
41. Insee - Définitions, méthodes et qualité - PCS 2003 - Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées [Internet]. [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm
42. college National des gynécologues et obstétriciens français. La prise en charge du couple infertile. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2010;39(8):S1.
43. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique. Les pertes de grossesse. 2014.
44. Hughes EG, Lamont DA, Beecroft ML, Wilson DM, Brennan BG, Rice SC. Randomized trial of a « stage-of-change » oriented smoking cessation intervention in infertile and pregnant women. *Fertil Steril.* sept 2000;74(3):498-503.
45. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la reconstitution de la norme procréative. *Sociétés Contemp.* 2006;61(1):91.

46. Tiplady S, Jones G, Campbell M, Johnson S, Ledger W. Home ovulation tests and stress in women trying to conceive: a randomized controlled trial. *Hum Reprod Oxf Engl.* janv 2013;28(1):138-51.
47. Fertility problems: assessment and treatment | 1-recommendations | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 23 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg156/chapter/1-Recommendations>

ANNEXE I : Affichette annonçant l'étude

Connaissances des facteurs influençant la fertilité

Bonjour,

Médecin généraliste, je réalise une étude sur les connaissances des facteurs modifiant la fertilité chez les femmes. J'aimerais savoir quelles sont vos attentes et vos connaissances sur ce sujet, afin d'apporter l'information la plus appropriée possible à mes futures patientes. Les résultats seront aussi diffusés à d'autres médecins qui pourront ainsi les utiliser avec leurs propres patientes.

Je réalise des entretiens en tête-à-tête avec des femmes de 18 à 50 ans. Ces entretiens seront anonymes. Pour pouvoir analyser ces entretiens, elles seront entièrement enregistrées (enregistrement sonore). Nous pouvons réaliser ces interviews dans le lieu de votre choix, je m'adapterai à votre emploi du temps.

Ce travail me permettra de réaliser ma thèse de doctorat. A l'issue de l'entretien, si vous le désirez, je pourrai vous donner toutes les informations que vous souhaiterez sur la fertilité.

Si vous le voulez, je pourrai vous communiquer les résultats de l'étude.

En vous remerciant de l'intérêt porté à ce travail, et en espérant votre participation.

Guide d'entretien

- Informations socio professionnelles

Age :

Profession :

Statut marital : célibataire en couple

Pays d'origine :

- I. « Comment définiriez-vous la fertilité pour les femmes ? »
- II. « Comment voyez-vous votre propre fertilité ? »
Ressenti/ histoire de fertilité
- III. « Quelles sont vos craintes sur la fertilité ? »
- IV. « Quels sont les facteurs qui influencent la fertilité des femmes selon vous ? »

Après avoir posé cette question, les relances suivantes sont utilisées, l'ordre d'utilisation des relances suit celui de la conversation. Si un thème n'est pas abordé spontanément, après avoir posé la question « Voyez-vous un autre élément qui pourrait influencer la fertilité ? » le thème est introduit par la première question de relance.

1. Les éléments intrinsèques

L'âge « Selon vous, l'âge modifie-t-il la fertilité ? A partir de quel âge pensez-vous que la fertilité diminue ? Quel est le meilleur âge pour obtenir une grossesse ? »

Le poids : « Pensez-vous que le poids peut modifier la fertilité ? Quel type de poids ? Le surpoids ? La maigreur ? »

Les maladies chroniques : « Pensez-vous qu'il y a des maladies qui modifient la fertilité ? Lesquelles »

Les IST : « Pensez-vous que les IST peuvent modifier la fertilité ? L'infection à chlamydiae ? »

Les antécédents d'IVG : « Pensez-vous qu'une IVG puisse modifier la fertilité ? Si c'est une IVG chirurgicale ? Médicamenteuse ? S'il y en a eu plusieurs ? »

2. Les éléments extérieurs

Le tabac « Pensez-vous que le tabac modifie la fertilité des femmes ? A partir de quelle consommation ? »

La contraception « Pensez-vous que la fertilité se modifie après l'utilisation de contraceptif ? L'implant contraceptif ? La pilule ? Le stérilet ? La pilule du lendemain ? »

V. « Avez-vous déjà discuté de la fertilité avec un médecin ? »

a. Oui

Contexte « A quelle occasion ? Qui a amené ce sujet dans la consultation ? »

Contenus de l'information « De quoi avez-vous parlé ? »

Désirs « Auriez-vous aimé aborder d'autres aspects de la fertilité ? Lesquels ? »

Futur « Quel serait le moment serait approprié pour en parler selon vous ? »

b. Non

Désirs « Auriez-vous souhaité en parler ? A quelle occasion ? »

« Qu'auriez-vous aimé savoir ? »

Freins « A votre avis pourquoi les médecins n'en parlent pas ? »

Futur « Quel moment serait approprié pour en parler selon vous ? »

• Antécédents

Contraception « Avez-vous déjà utilisé une contraception ? La ou lesquelles ? »

Gestité « Avez-vous déjà été enceinte ? »

Désir de grossesse : « Avez-vous un projet de grossesse actuellement ? »

Tabac « Fumez-vous ? »

Alcool « Buvez-vous de l'alcool régulièrement ? »

Informations sur les facteurs influençant la fertilité

Le délai moyen pour obtenir une grossesse est de 7 mois. Sur 100 couples essayant de concevoir un enfant, 90 auront réussi au bout d'un an. Parmi les 10 couples restants, 7 réussiront à concevoir naturellement dans l'année qui suivra et seuls 3 couples auront recours à une procréation médicalement assistée pour mener à bien leur projet (1).

La fertilité féminine diminue avec l'âge, à partir de 32 ans, mais surtout après 37 ans(2).

Chez les fumeuses consommant moins de 15 cigarettes par jour, le délai moyen pour obtenir une grossesse est de 11,1 mois. Chez les femmes fumant plus de 15 cigarettes par jour il est de 18,7 mois(3) !

Après l'arrêt d'une contraception par pilule, ou par stérilet on peut se retrouver enceinte au bout de 15 jours. Après avoir enlevé un implant contraceptif, au bout de 3 semaines.

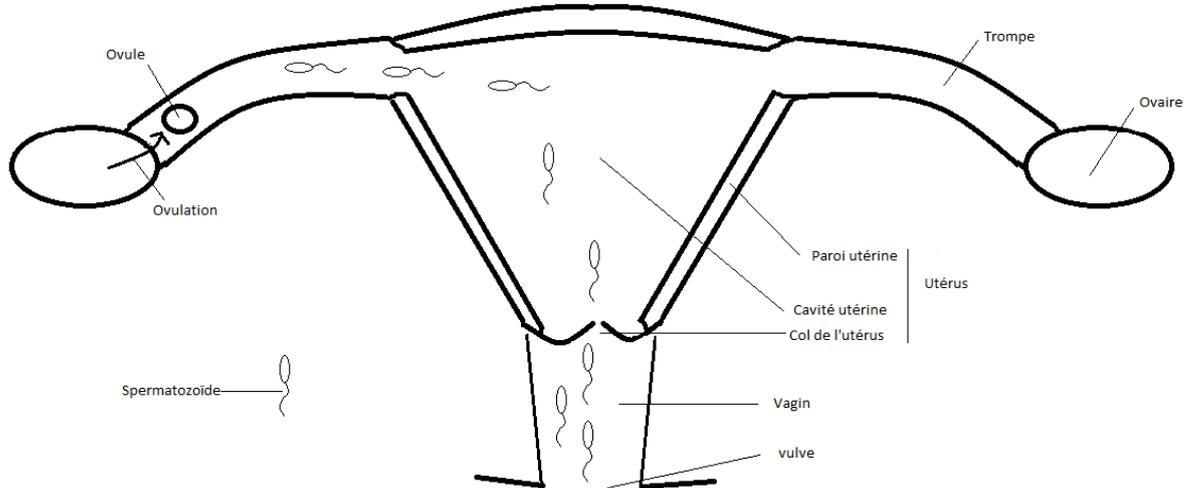
Les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse, ont la même probabilité de tomber enceinte que le reste de la population.

Merci d'avoir participé à cette étude !

1. Leridon H. L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité ? Population et sociétés Ined. oct. 2010;
2. Johnson J-A, Tough S, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Delayed child-bearing. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC. janv. 2012;34(1):80-93.
3. Hassan MA., Killick SR. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. Fertil Steril. févr. 2004;81(2):384-92.

La fertilité

- La fécondation : comment ça fonctionne ?



Tous les mois l'ovaire émet un unique ovule dans la trompe utérine pendant que l'ovaire opposé reste au repos. Les ovaires émettent un ovule par mois, chacun leur tour.

Le spermatozoïde émis par le partenaire, dans le vagin, traverse le col de l'utérus, remonte l'utérus et rejoint l'ovule dans la trompe.

C'est dans la trompe que l'ovule et le spermatozoïde fusionnent pour former un embryon.

L'embryon va alors migrer jusqu'à l'utérus et s'implanter dans la muqueuse utérine où il se développera ensuite.

Il n'y a qu'un ovule par mois et il ne vit que 24h, il n'a donc que très peu de temps pour rencontrer le spermatozoïde. Le spermatozoïde vit, lui, entre 3 et 5 jours.

C'est pourquoi il est conseillé d'avoir des rapports sexuels tous les 2 à 3 jours lorsque qu'on a un désir de grossesse, pour ne pas rater la fenêtre d'ovulation. L'utilisation de test d'ovulation ou le calcul des jours du cycle pour prédire l'ovulation n'ont pas montré plus d'efficacité pour être enceinte que d'avoir des rapports tous les 2 à 3 jours.

Lorsqu'il y a des troubles de la fertilité, il peut y avoir des atteintes à chaque étape de la fécondation (troubles de l'ovulation, atteintes des spermatozoïdes, atteintes des trompes qui empêcheraient la migration de l'embryon...)

- La fertilité : combien de temps pour être enceinte ?

Le délai moyen pour obtenir une grossesse est de 7 mois.

Sur 100 couples essayant de concevoir un enfant, 90 auront réussi au bout d'un an. Parmi les 10 couples restants, 7 réussiront à concevoir naturellement dans l'année qui suivra. Seuls 3 couples auront recours à une procréation médicalement assistée pour mener à bien leur projet.

Il n'est donc pas utile de faire des explorations de fertilité (échographie, prise de sang...) avant une année de tentative.

Pour les femmes ayant des antécédents de maladies particulières, elles peuvent en parler à leur médecin qui leur dira si cette maladie a une incidence particulière et si des examens sont nécessaires.

Annexe IV : Fiche d'information sur la fertilité réalisée après l'étude (2/3)

- Quand dois-je en parler à mon médecin ?

Lorsque l'on a un projet de grossesse, en informer son médecin peut être utile :

-Pour arrêter sa contraception : retrait de stérilet, d'implant...

-Pour mettre à jour ses vaccinations : certains vaccins doivent être fait chez les parents pour protéger le futur nourrisson.

La plupart de ces vaccinations ne peut être administrée aux femmes enceintes.

-Pour prendre de l'acide folique : c'est une vitamine qui permettra d'éviter certaines malformations du futur embryon.

-Pour arrêter de fumer

-Pour poser des questions sur la fertilité

- Qu'est ce qui peut bloquer ma fertilité ?

- L'âge

La fertilité féminine diminue avec l'âge, à partir de 32 ans, mais surtout après 37 ans.

- Le mode de vie : le tabac et l'alcool.

Durant la grossesse, le tabac a des incidences sur le fœtus : sa taille, ses poumons. Il influence aussi le délai pour être enceinte :

Chez les fumeuses consommant moins de 15 cigarettes par jour, le délai moyen pour obtenir une grossesse est de 11,1 mois. Et chez les femmes fumant plus de 15 cigarettes par jour, il est de 18,7 mois !

L'alcool a lui aussi de grave conséquence sur le fœtus : son cerveau, sa morphologie. Il augmente aussi le délai de conception.

- Le mode de vie : le poids

Avoir un surpoids augmente le délai entre l'arrêt de contraception et la grossesse. Si vous avez un doute sur votre poids, parlez-en à votre médecin.

- Les maladies

Peu de maladies ont une incidence sur la fertilité. Si vous avez un doute, parlez-en à votre médecin. Il existe des médicaments qui peuvent diminuer la fertilité, si vous prenez des médicaments tous les jours, il est utile d'en parler à votre médecin.

- Et l'environnement ?

De nombreuses études sont en cours pour évaluer l'influence de la pollution atmosphérique, mais aussi des fameux « perturbateurs endocriniens » et autres produits chimiques.

Il n'y a pas pour l'instant d'effet démontré de la pollution atmosphérique sur la fertilité. Il existe certaines substances utilisées dans la production industrielle qui ont pour effet d'allonger le délai de conception sans toutefois déclencher de stérilité.

- Et ma contraception ?

Les contraceptifs : pilule, stérilet, implant, sont utilisés depuis de nombreuses années. La fertilité des femmes qui les ont utilisés a été étudiée : elle est la même que celle des femmes qui n'ont jamais utilisé de contraceptif !

On peut arrêter une contraception à n'importe quel moment du cycle. Après l'arrêt d'une contraception par pilule ou par stérilet, on peut ovuler au bout de 15 jours. Il peut donc y avoir une fécondation et une grossesse au bout de 15 jours !

Après avoir enlevé un implant contraceptif, ce délai est de 3 semaines.

- Et si j'ai interrompu volontairement une grossesse ?

Les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse, ont la même probabilité d'être enceinte que les autres femmes.

Annexe IV : Fiche d'information sur la fertilité réalisée après l'étude (3/3)

- Et si j'ai fait une fausse couche lors de ma dernière grossesse ?

Lors d'une fausse couche en début de grossesse, l'ovule et le spermatozoïde ont bien réussi à se rencontrer et à fusionner. La fécondation a donc eu lieu, c'est l'œuf qui pose problème. Dans la plupart des cas, il y a une erreur dans le message génétique porté par l'ovule et/ou le spermatozoïde. Ces erreurs sont fréquentes (1/3 des grossesses), elles ne permettent pas d'obtenir un embryon normal, ce qui explique que la grossesse s'arrête d'elle-même.

C'est un évènement triste, c'est la fin d'une grossesse. Mais il est aussi témoin d'un bon fonctionnement de la fertilité : l'ovule a bien été émis, le spermatozoïde a réussi à l'atteindre et l'embryon s'est correctement implanté dans l'utérus ! Il n'y a donc aucun obstacle à une prochaine grossesse.

- Alors, comment faire pour être enceinte ?

Après l'arrêt d'une contraception, pour optimiser ses chances de concevoir, il est conseillé :

- D'arrêter de fumer
- D'avoir des rapports sexuels non protégés tous les 2 à 3 jours.
- D'avoir une alimentation équilibrée et variée
- De conserver une activité physique régulière
- De diminuer sa consommation d'alcool.

ANNEXE V : Exemple de deux entretiens

Entretien 6 (E6) F. 31 :40

« J :-*Quel est votre âge ?*

F :- J'ai 54 ans, je vais avoir 55 ans dans 15 jours.

J :-*Votre profession ?*

F :-Je suis retraitée

J :-*Quelle était votre profession ?*

F :- J'étais institutrice... Professeur des écoles mais je préfère le terme d'institutrice

J :- *Etes vous mariée, célibataire ou en couple ?*

F :- Mariée

J :- *Quel est votre pays d'origine ?*

F :-La France

J :- *Comment définiriez la fertilité pour les femmes ?*

F :-... [Réfléchis]

J :-*Pour vous qu'est-ce que c'est la fertilité ?*

F :- La fertilité c'est... Pour une femme, pouvoir donner... Etre enceinte et pouvoir avoir un enfant

J :-*Pouvoir avoir un enfant ?*

F :-Oui en étant... Avoir un enfant dans son ventre, accoucher et que l'enfant soit... soit un enfant.

J :-*En bonne santé ?*

F :-Oui plutôt oui

J :-*Comment voyez-vous votre propre fertilité ?*

F :-... Normale

J :-*Normale ? Au jour d'aujourd'hui vous la ressentez comment ? Qu'est-ce que vous entendez par « normale » ?*

F :-Heu... Alors si c'est le fait d'avoir des enfants, on repart sur le premier, sur ce qu'on a dit au début. Heu, moi j'ai eu trois enfants, et après mon troisième enfant on a décidé heu... de... On a décidé de faire l'ablation des trompes, c'est ça non ?

J :-*Oui, la ligature*

F :-La ligature, voilà bon. Et donc moi ça fait 20 ans que j'ai plus de... de... fertilité comme on dit. Voilà. Par rapport à ce qu'on disait et voilà ça c'est, c'est super. Et sinon normale : j'ai eu une fertilité normale c'est que j'ai eu mes règles, j'ai pris la pilule, enfin j'ai eu mes règles je devais avoir 11-12 ans, assez tôt je trouve, je trouve que c'est tôt. Heu, j'ai pris la pilule en allant au planning familial

J :-*A quel âge ?*

F :-J'étais en seconde, donc heu... 15-16 ans, 15 ans. Ettttt donc... J'ai pris la pilule heu entre heu, j'ai rencontré mon mari, enfin qui n'étais pas mon mari, on a décidé d'avoir des enfants, donc j'ai arrêté la pilule... Et donc j'ai eu mes enfants, entre temps j'ai dû mettre un stérilet, je sais plus... oui sûrement. Puis heu... Puis après une fois que j'ai eu mes trois enfants heu voilà.

J :-*Vous avez décidé d'arrêter ?*

F :-Heu, oui

J :-*Et pour vos enfants, ça s'est passé comment le « tomber enceinte », ça a mis du temps ?*

F :- Non, non non, bah j'étais pas pressée, enfin on n'était pas obnubilé, pas... pas pressé et non non ça c'est... C'est pour ça que j'ai pas de... Pour moi c'est, c'était très bien... On a dit « bon on voudrait, ce serait bien qu'on ait un enfant » et bah je pense que j'ai dû arrêter la pilule, je sais plus, je me souviens plus, et puis les choses se sont faites mais bon j'avais pas non plus [claque des doigts] envie d'avoir un enfant dans la seconde... Parce que des fois c'est un peu ça aussi donc voilà... Après, heu... on voulait deux enfants rapprochés,

donc heu... ce qui s'est fait enfin assez rapproché, bon après on était... Moi j'avais plus envie heu d'avoir un enfant assez vite et puis après c'était mon mari qui était plus non plus heu, très motivé donc le temps qu'on se de nouveau... D'accord tous les deux, après on a eu notre troisième enfant très bien voilà quoi.

J :-Vous avez enlevé votre stérilet ? Et vous êtes tombée enceinte tout de suite ?

F :-Voilà, non, enfin... pas tout de suite tout de suite mais assez rapidement... Je sais pas... Dans les 3-4 mois

J :-Vous vous souvenez ?

F :-3-4 mois oui

J :-Et les premiers c'était après le même délai ?

F :-Oui je pense, enfin il me semble...

J :-Vous n'étiez pas inquiète, vous me disiez, sur le délai ?

F :-Bah non

J :-Et ça s'est passé tout seul ?

F :-Bah j'ai l'impression... Donc c'est pour ça que c'est assez normal et j'étais pas très inquiète et voilà...

J :-Donc pour vous c'était assez serein, ce que vous.

F :-Ha je ne suis pas quelqu'un de serein, donc heu mais... Oui ça par contre oui, ça c'est bien oui... Passé sans... sans souci... ha si j'ai, j'ai fait une fausse couche la première fois. Ah ça c'était pas très drôle, parce que c'était au bout de 6 semaines, comme c'était le premier... Donc bon. Ca... C'était pas très drôle mais pas très grave non plus. Enfin c'était même plutôt bien que ça se fasse là et voilà...

J :-Ça vous a inquiété ? Sur votre fertilité ? Cette fausse couche ?

F :-Non, je n'ai pas le sou... Je crois pas, non, non non, parce que tout le monde m'a dit que c'était... Heu que ça arrivait donc voilà... enfin bon, non franchement moi j'ai pas eu... Bon je peux être inquiète je peux être angoissée tout ça mais, par rapport à ça... A ces grossesses... Non c'était normal, enfin c'était le déroulement de la vie... voilà, et j'ai rien eu non plus qui me fait penser autrement, tout c'est bien passé. Si j'ai fait cette fausse couche j'imagine que c'était, le bébé devait pas être heu... viable ou je sais pas donc c'était très bien. Bon, c'était pas très agréable parce que, c'est vrai qu'on investit tout de suite, dès qu'on sait qu'on est enceinte on investit bah, mais enfin là au bout de 6 semaines c'était quand même très... Bon, très rapide. Bon. Et puis, franchement moi j'ai bien aimé être enceinte, j'ai bien aimé grossir, ça c'était... Je crois que c'est ça que je préférais. Et voilà, se faire un peu dorloter, j'ai trouvé ça bien, enfin bon, j'ai trouvé tout bien [rires]

J :- Avez-vous eu des craintes sur la fertilité ?

F :-... Je n'en ai pas souvenir, je crois pas, j'ai pas eu de souvenir.

J :- D'événements qui aurait pu la changer, de choses qui aurait pu la perturber ?

F :-Je comprend pas bien, j'ai pas eu de craintes donc... Donc vous pensez qu'il y a eu ?

J :-Non je vous demande, y a-t-il eu dans votre vie des moments de craintes sur la fertilité, sur des événements qui aurait pu la perturber ?

F :-... Bah non parce que moi j'ai... Non. Déjà ça ne s'est pas produit donc, heu je ne peux pas vous dire ! En plus j'ai une vie très plan-plan je veux que moi j'ai toujours habité, enfin je me suis installée à Nanterre et puis après je suis toujours restée chez moi, j'ai jamais déménagé, j'ai toujours travaillé, enfin j'ai une vie de fonctionnaire c'est ça. Donc bon rien. Mes parents m'ont... J'avais mes parents qui n'habitaient pas loin... Enfin bon j'ai eu une petite vie très classique, rien qui puisse... Pas de gros chocs, de cassure de vie ou je ne sais pas quoi qui aurait pu perturber une fertilité.

J :-Pour vous qu'est ce qui pourrait perturber la fertilité ?

F :-... Bah je pense que c'est... Psychologique surtout. Enfin heu bon, y a toutes les causes médicales mais ça... Bon bah oui.

J :-Des maladies ? Vous voyez des maladies en particuliers qui pourraient perturber ?

F :-Vous parlez pour les autres ?

J :- Oui pour les autres pas pour vous.

F :-Ha des maladies...

J :-Parce que vous me parliez des causes médicales

F :-Bah je sais pas moi... On a heu, l'utérus, je sais pas moi ce qui peut se passer, y a des femmes qui ont ...heu des problèmes, bah les femmes... Oui je sais pas, après y a aussi bon aussi le compagnon qui peut aussi avoir des problèmes, et puis... Moi je pense avec ma philosophie de comptoir que c'est surtout [montre sa tête]

J :-*Dans la tête ?*

F :- Dans la tête que ça se passe pour les deux, enfin pour l'homme et la femme.

J :-*Quand vous dites dans la tête c'est par rapport à quoi ?*

F :-Pff, bah alors là je pense que...

J :- *Non, dans ce que vous vous en avez,*

F :-Ce que j'imagine ? Ce que j'en ai vécu ?

J :-*Ou autour de vous ? Pas forcément dans votre vécu à vous parce qu'il n'y avait pas forcément...*

F :-Oui

J :-*Dans ce que vous imaginez, ce que vous avez vu autour de vous.*

F :-Bah je sais pas... Y a des gens qui veulent, qui veulent trop bien, trop bien faire ou des gens qui veulent que ce soit parfait, y a des gens qui veulent que ce soit tout de suite, ou... Et puis je pense, enfin c'est terrible, quand on y pense tout le temps, quand on pense qu'à ça, toute la vie est... Enfin y a des gens c'est comme ça, je comprend, je, je... Je comprend mais toute leur vie tourne autour de ça, ils pensent plus qu'à ça et puis après c'est un cercle vicieux, ils veulent un enfant, ils veulent une enfant, ils en ont pas mais plus ils y pensent moins ils en ont.

J :- *Vous pensez que la pression qu'on se met par rapport à la grossesse peut, en elle-même, empêcher...*

F :- Moi j'imagine, ouai. Bon. Pour preuves [rires] pour preuve : mon frère... Heu... A... Ma belle-sœur en l'occurrence, a été enceinte, quand ils ont fait une demande d'adoption, ils ont fait une demande d'adoption et elle était... et... elle

J :-*Elle est tombée enceinte ?*

F :-Oui elle a été enceinte, « tomber » je n'aime pas cette... C'est pour ça je savais pas comment dire parce que « on tombe » c'est un peu acci... Je sais pas j'aime pas... Elle est devenue enceinte c'est pas mieux ? Je sais pas comment on dit. Enfin bref...

J :-*Il y a eu une grossesse*

F :-Voilà, et donc, et après ils ont adopté un autre enfant vu que ils avaient demandé et ils ont persévéré dans leur ... dans leur demande, mais, bon...

J :-*Donc pour vous le changement d'objectif, qu'elle ne l'a plus dans la tête, ça a favorisé...*

F :-Oui, je pense. Et je crois qu'elle n'est pas... ce n'est pas un cas unique. Je crois que... Ça arrive, ça arrive quoi. Ou heu des gens qui disent « bah tant pis on laisse tomber » ou je sais pas quoi et bah tient justement... Bon. Mais je comprends aussi que quand on a ça en tête on pense plus qu'à ça et que bon... Mais comme tout de façon il y a quand même un facteur temps... C'est ça qui est un peu...

J :-*De quel temps vous parlez ?*

F :-Bah c'est-à-dire que, bon, je vais faire ma réac, je pense qu'après 40 ans ça commence à être...

J :-*Dur ? Plus dur ?*

F :- Dur, et d'être enceinte et d'élever des enfants, et bon... Je pense qu'on doit paniquer, on se dit bon, « j'ai pas encore d'enfant » voilà quoi... Et puis le temps passe vite malgré tout donc voilà.

J :-*Donc pour vous à partir de 40 ans c'est l'âge à partir duquel c'est compliqué de tomber enceinte ? Pour la fertilité ?*

F :-oui parce que vous c'est ça qui vous intéresse, la fertilité. Moi c'est... Je trouve que c'est plus compliqué de surtout élever des enfants, que les gens ont un rapport à leurs enfants un peu spécial, qui est beaucoup moins naturel, beaucoup plus intellectualisé et voilà bon voilà ! Mais moi c'est, vous c'est la fertilité donc, pff, je sais pas, je pense que c'est, je pense qu'on est moins enceinte après 40 ans.

J :-*Quel est le meilleur âge pour vous pour obtenir une grossesse ? Pas forcément pour les élever ?*

F :- Pour moi ou alors pour ma fille ?

J :- *Pour, pour les deux, enfin comme... Pour vous puis pour votre fille ?*

F :-Alors pour moi 25 ans, parce que c'est ce qui m'est arrivé donc heu parfait. Pour mes filles heu, j'aimerais bien, j'imagine, une trentaine d'année, 30 ans, je pense que, après 35 ans... On est... On se fatigue quand même, on a plus la même... Parce que moi y a pas que la fertilité, y a quand même après on a quoi, 20 ans minimum de... Faut tenir la distance quoi...

J :-*Et par rapport à la fertilité ? Même si je sais que j'insiste un peu dessus ?*

F :-Bah oui c'est normal [rires]

J :-*Pour vous c'est aussi dans ces fourchettes là les âges les plus « faciles » pour tomber enceinte, si on devait dire...*

F :-Entre 25 et 35ans ? Oui moi je trouve ça bien, enfin, je sais pas si c'est les plus faciles, dans ma tête, mon schéma, c'est les plus... convenables [rires] on va dire. Oui

J :-*C'est un bon âge pour plein de choses, pas simplement pour la fertilité.*

F :-Bon c'est bien quand on finit ses... Maintenant quand on a fini ses études, alors quand on a trouvé un boulot... Donc là ça devient compliqué mais bon.

J :- *Pensez-vous que le poids peut modifier la fertilité ?*

F :-Heu... Pff... Ecoutez, moi j'en sais rien, je suis pas médecin, franchement là... Je dirais, une idée...plutôt oui... Pas sur la fertilité en soit mais la difficulté, la difficulté d'une grossesse oui. Mais la fertilité je vois pas, pas spécialement oui...

J :-*Pas vraiment d'idée là-dessus ?*

F :-Non j'ai pas vraiment d'idée la dessus.

J :- *Quels sont. Est-ce qu'il y a des facteurs selon vous qui pourraient influencer la fertilité des femmes ? Des facteurs externes ou internes ?*

F :- Bah oui, un bien être, enfin une bonne... Evidemment une bonne santé, mais il y a des gens, femmes qui ne sont pas en bonne santé et qui sont fertiles, mais une bonne santé donc un bien être ou des gens qui assument leur mauvaise santé. Un bien être, un confort matériel, bon ça c'est, je dis ça, c'est ici. Je pense que dans des pays, d'autres pays que, d'autres endroits qu'ici, que la région parisienne, enfin que la France, c'est peut-être pas ça qui rentre en ligne de compte... En fait c'est par rapport à ce qu'on disait, les gens qui se prennent la tête... Bon je pense qu'ici c'est bien quand on a un compagnon, parce ce que bon, je pense qu'il y a des femmes qui sont fertiles avec un compagnon occasionnel, aussi, c'est... C'est possible ça s'imagine, mais bon je connais, je connais pas, enfin j'envisage pas trop les choses comme ça. Mais.... Oui je pense qu'un bien être général, être posé dans sa tête, de...

J :-*C'est le meilleur moyen, la meilleur façon de tomber enceinte ?*

F :- Enfin la meilleur façon c'est d'avoir des rapports sexuels [rires] c'est d'abord ça donc... Après, bon, après y a toutes ces femmes qui sont enceinte et qui s'en rendent pas compte et tout et tout. Bon ça je sais pas...

J :-*Pensez-vous que les IST puissent modifier la fertilité ? Les infections sexuellement transmissibles ?*

F :-Oui,

J :-*Quelles, heu, est ce que vous avez une idée d'une infection en particulier qui pourrait la modifier ?*

F :-Je dis oui, ça c'est, je sais pas ça peut... La fertilité peut être pas mais peut-être qu'il y a des maladies pour le fœtus, pour heu...

J :-*Y en a*

F :-C'est ça donc la fertilité en soit peut être pas. Sauf qu'il y a des gens qu'on pas envie d'avoir des relations sexuelles, je sais pas, mais sinon....

J :-*Est-ce que vous avez déjà entendu parler de l'infection à chlamydiae ?*

F :- Au Chlamydiae ? Je vais dire non, mais peut être que si. C'est quoi ?

J :-*C'est une bactérie qui donne pas beaucoup de signes cliniques chez la femme mais qui peut boucher les trompes donc, qui peut donner des problèmes de stérilité.*

F :-D'accord

J :-*Pensez-vous qu'une interruption de grossesse puisse modifier la fertilité ?*

F :-Bah heu pffffffffffff... Physiquement non mentalement peut-être, mais enfin bon. Je connais... Moi j'ai jamais eu personnellement affaire à ça mais heu... Je connais plein de gens qui ont eu des... Qui ont eu des avortements et qui ont eu des enfants après, donc voilà !

J :-*Quel que soit le type d'interruption, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse ? Pour vous est ce que ça peut changer quelque chose ?*

F :- Heu bah il faut qu'elle soit médicalisée surtout.

J :-*Que ce soit par chirurgie ou par médicament vous pensez qu'il y en a une qui puisse perturber la fertilité et pas l'autre, ou pareil ?*

F :-Bah ça dépend ce qu'on enlève, oui ça dépend. Enfin si c'est un avortement... Si on n'abîme rien, je sais pas comment vous dire... Evidemment il faut que ce soit fait par des, des professionnels. Je vous parle pas de l'avortement sur la table de cuisine...

J :-*S'il y en a eu plusieurs, vous pensez que ça peut modifier la fertilité ?*

F :- C'est quoi plusieurs ?

J :-*Plusieurs interruption, plusieurs avortements au cours d'une vie.*

F :-Je sais pas...

J :-*Pensez-vous que le tabac modifie la fertilité des femmes ?*

F :-Alors je crois que oui, je pense pas grand-chose là dessus mais je crois que oui...De toute fa... Enfin... Ce que je crois, ce que j'ai compris, de toute façon ça perturbait le fœtus. Donc la fertilité, si la fertilité c'est le départ peut être pas, mais la progression du fœtus, oui je pense que oui ce n'est pas très « tendance » de fumer en ce... Ni l'alcool

J :-*L'alcool, pour vous c'est pareil pour la fertilité ?*

F :-Bah, pour le développement du fœtus voilà, hein, parce que c'est quoi la fertilité ? C'est ça aussi, on revient au début. Si c'est... Non c'est quand même mener à bien une grossesse donc oui je pense que c'est pas bien dans tous les sens du terme. C'est-à-dire qu'avec un bébé, le mieux constituer possible quoi.

J :-*Et la contraception ? Pensez-vous que la contraception puisse modifier la fertilité ?*

F :-Non

J :-*Quel que soit le type de contraceptif ?*

F :-[souffle]... Enfin moi j'ai pris la pilule, ça n'a pas contrarié... Enfin moi j'ai... Non, enfin c'est non. Y a peut-être des contraceptions étranges, que je connais pas mais...

J :-*Avez-vous déjà discuté de la fertilité avec un médecin ?*

F :-Non, parce que j'en ai pas eu besoin

J :-*Est-ce que vous auriez souhaité en parler ?*

F :-Non [rire] je suis d'une banalité accablante, parce que tout s'est déroulé, heu tranqui... enfin pour ça vraiment...

J :-*Est-ce que vous auriez aimé savoir des choses en plus ?*

F :-..... Pas spécialement mais c'est pas bien de dire ça...

J :-*Si, si si*

F :-Mais bon, je sais pas moi, là je me souviens plus, mon fils va avoir trente ans, mon bébé a 22 ans, ça fait déjà... Loin ! Et heu... A l'époque je me suis quand même renseigné... enfin bon

J :-*Vous vous êtes renseignée comment ?*

F :-Heu, y avait pas... En lisant des bouquins, en discutant avec les copines... Enfin bon voilà

J :-*Et qu'est-ce que vous avez appris ? C'était sur la physiologie de la grossesse ? Sur le cycle hormonal ?*

F :- Y avait les cours d'accouchement sans douleur quand même.

J :-*Ca c'était pour la fin ?*

F :-Oui mais avant je ne me suis pas trop posé de questions ! C'était nor... Enfin... J'ai l'air d'une gourde

J :-*Non, pas du tout y a pas de...*

F :-Si on avait le bouquin, à l'époque, mais bon c'était heu... *Notre corps nous-même*, vous connaissez ?

J :-*Non*

F :-Vous ne connaissez pas ce bouquin ?

J :-[rires]

F :-D'ailleurs je sais pas où il est... C'était des trucs, des hippies américaines, c'était bon... C'était marrant. Et puis... Après c'était Laurence Pernoud *J'attends un enfant*. Ca alors là vous connaissez [rires] Voilà, ça c'est très soft, enfin c'est très... Bien-pensant comme y faut.

J :-Et qu'est-ce que vous auriez aimé savoir de plus ? Ou rien du tout ?

F :- Non mais moi j'aime pas trop savoir, enfin par rapport à tout ce qui est médical... Mais c'est pas bien hein ! Tout le monde me regarde, tous mes amis, mon mari, ne comprennent pas bien, mais moi je... comment dire, par rapport au médical je veux pas trop trop en savoir.

J :-Donc vous ça vous va très bien, l'information que vous avez eue, reçue, et vous auriez pas aimé en savoir plus.

F :-Oui bon enfin... J'ai com... Oui. J'allais au planning familial, j'ai lu des bouquins... Enfin, de... vulgarisation. Heu bon c'était un moment où mes copines avaient le même âge que moi, on était dans la même... Dans le même trip bon donc on parlait pas mal de ça. Donc voilà.

J :- et vous avez appris sur quoi ? Sur la physiologie...

F :-Non, ça c'était plus dans les bouquins... Non mais des discu... Ah oui la fertilité... Non avec les copines on parlait plus, une fois qu'on était enceinte, comment ça se passait... Et tout ça

J :-Avant ? Avant d'être enceinte, vous aviez pas eu de discussions particulièrement sur le sujet ?

F :- Sur la fertilité ? Heu non, non. Parce que j'étais jeune, enfin je veux dire, j'avais 25 ans, j'étais pas pressé ! J'aurais eu 40 ans, je pense que oui je me serai... Mais moi j'ai vraiment le... le parcours classique, enfin classique, fonctionnaire, tout tout tout... Enfin bon je vais pas beaucoup vous aider !

J :-Non bien au contraire, ça m'intéresse. Quel moment serait le plus approprié pour vous pour en parler, à un médecin avec son patient ? Aucun ? La réponse ça peut être aucun.

F :- Pour une femme ou pour moi ?

J :-Pour une femme. Pour parler de fertilité entre une femme et un médecin ?

F :-Bah quand on décide d'avoir un enfant, quand on a le projet d'avoir un enfant et d'en parler avec son médecin, son médecin généraliste, ou son gynécologue j'imagine.

J :- Quel sujet pourrait être abordé pour vous ? Dans cette discussion ?

F :- Bah qu'est ce qui, quelles sont les meilleures conditions pour heu, pour avoir un enfant dans... les meilleures conditions, qu'est ce qui faudrait... Enfin comment dire..... Oui bah par exemple je vais voir un médecin, mon médecin, et je lui dis bon j'aimerais bien avoir un enfant, qu'est ce, qu'est-ce que... Pas qu'est-ce que vous en pensez parce que il a rien à penser de ça [rire] mais qu'est-ce qui serait le mieux pour moi, bon est-ce que voilà.... Bon... Qu'est ce qu'on pourrait imaginer, je prends la pilule, qu'est-ce que, quand est-ce que je peux l'arrêter ? Quand est-ce que vous pensez je peux tomber enceinte ? Voilà, des questions comme ça et puis, puis voilà. J'ai un stérilet, quand est ce que je pourrai me le faire enlever, je voudrai être enceinte, oui. Et puis c'est le médecin qui, je reviens à une des questions que vous aviez posé précédemment, qui va dire « vous êtes trop grosse, vous avez du diabète » pas pour moi, à l'époque j'étais mince, mais je repense à des copines... Oui vous êtes un peu grosse, il va falloir penser à maigrir, avant de... Voilà, faites attention au diabète, et tout, voilà.

J :- Donc plutôt sur des facteurs de l'ex... environnementaux ? Des facteurs médicaux de la patiente ? Sur ce qu'on peut supprimer pour favoriser au mieux la grossesse ?

F :- Hum, hum.

J :-Si j'essaie de résumer...

F :-Hum

J :- Avez-vous déjà utilisé une contraception ?

F :-Oui la pilule, et le stérilet, et puis la ligature des trompes. Mais ça c'est truc alors génial, vraiment. Enfin génial... Mais vraiment quelque chose... Personne n'en parle... Et c'est vraiment bien

J :- Fumez-vous ?

F :-Non

J :-*Buvez-vous de l'alcool ?*

F :-Avez-vous fumez ?

J :- *Avez-vous fumez ?*

F :-Très peu

J :-*Avez-vous fumez régulièrement ?*

F :-Non bah heu je fumais entre 18 et 25 ans, et heu pff, vraiment pas, pas beaucoup. Jamais beaucoup

J :-*Et vous aviez arrêté parce que ? Parce que vous étiez enceinte, parce que les dates se recourent ?*

F :-Oui, parce que j'aimais pas tellement ça et oui...

J :-*Vous aviez arrêté au moment où vous aviez voulu tomber enceinte ou lorsque vous étiez enceinte ?*

F :-Pff, je fumais pas beaucoup donc, quand j'étais enceinte j'ai encore fumé, peut-être même après... Mais bon une cigarette par semaine ou je sais pas...

J :-*C'était très occasionnel ?*

F :-C'était plus par rapport à moi qui aimais pas, enfin je me sentais pas... A l'époque c'était pas tant, tant décrié que maintenant, tant alarmant... Donc heu non, je fume pas, j'ai pas fumé.

J :- *Et par rapport à l'alcool ?*

F :-Oui

J :-*Buvez-vous de l'alcool régulièrement ?*

F :-Heu oui, on va dire oui

J :-*Et buviez-vous durant vos grossesses, avant vos grossesses ?*

F :-Oui, avant oui, pendant... Je pense que j'ai fait attention... Mais moins que je ferais attention maintenant.

J :-*Parce que on entend plus...*

F :-Oui, oui oui, je pense que j'arrêteraient complètement de boire de l'alcool en fait,

J :-*Si vous étiez enceinte aujourd'hui ?*

F :-Oui alors que c'était pas du tout ce que j'ai fait...

J :-*Pourquoi ? Parce que vous avez plus entendu ou plus vu ?*

F :- Oui je pense, on en parle beaucoup plus maintenant, mais peut être que je voulais pas entendre aussi, je sais pas...

J :-*Merçi*

Entretien 1, E1, S 11 :40

C'est le premier entretien réalisé, le guide d'entretien a ensuite été amélioré.
J est l'interviewer, S l'interviewée

« J :-*Quel est ton âge ?*

S : -24 ans

J : *Quel est ta profession ?*

S : Aide-soignante

J : *Es-tu célibataire ou en couple ?*

S : Célibataire

J : *Quel est ton pays d'origine ?*

S : *France »*

« J :-*J'aimerais savoir quels sont les éléments qui peuvent modifier la fertilité selon toi au cours de leur vie ?*

A ton avis c'est quoi ces éléments ?

Je vais te les laisser les citer.

S :-Ces éléments... [S'interroge]

J :-*Qui pourraient modifier la fertilité des femmes au cours de leur vie ?*

S : L'âge

J : *Pour toi ça modifie comment ?*

S : Bah déjà quand on a nos règles et puis à la ménopause

J : *A partir de quel âge penses-tu que la fertilité diminue ?*

S : Vers 40 ans

J :-*40 ans. Et quel est le meilleur âge selon toi pour obtenir une grossesse ?*

S :-25-30 ans

J :-*Est-ce que tu verrais d'autres facteurs, d'autres éléments qui pourraient influencer cette fertilité ?*

S :-D'autres trucs d'autres maladies ?

J :-*D'autres choses, n'importe quoi des éléments extérieurs, des éléments internes.*

S :-Ha bah le stress

J :-*Le stress ?*

S :-La pression

J :-*ça pourrait modifier comment ?*

S :-Bah, y a des gens, je ne sais pas, t'as l'impression qu'ils se mettent grave la pression pour avoir un enfant et bah après t'as l'impression qu'ils n'arrivent pas à faire d'enfants ou des fausses couches, des trucs comme ça.

J : *Comment les fausses couches à ton avis influencent la fertilité ?*

S : Bah après ça dépend... heu... je ne sais pas... parce que ça fait des faux bébés donc du coup après quand ... je ne sais pas...c'est... ça abîme le... ça utilise déjà un ovaire, un ovule donc du coup y a un ovule en moins dans le corps de la femme, les spermatozoïdes c'est illimité mais pas les ovules [rires]

J : *Donc à ton avis le fait d'avoir eu une fausse couche ça diminue la possibilité de retomber enceinte derrière ?*

S : Bah je sais qu'il faut attendre un peu après avoir fait une fausse couche faut attendre 2-3 mois avant de pouvoir retenter de faire un enfant et du coup bah ça te... y a des femmes qui sont moins fertiles alors du coup...

J : *Est-ce que tu verrais d'autres facteurs ? D'autres éléments qui pourraient modifier la fertilité ?*

S : Non

J : *à ton avis, penses-tu que le poids peut modifier la fertilité ?*

S : Ah oui j'avais vu un truc sur ça, les femmes obèses elles étaient beaucoup moins fertiles, parce qu'elles étaient trop en surpoids

J : Est-ce que tu penses que la maigreur ça pourrait modifier aussi ?

S : Oui les anorexiques je pense qu'elles apportent moins d'aliments dans leur corps du coup... faut bouffer quoi. Faut être un peu comme nous. Comme ça [nous désigne]

J : Est-ce que tu penses que les maladies, qu'il y a des maladies qui peuvent modifier la fertilité ?

S :-Bah celles qui ont des cancers oui parce qu'elles se prennent tellement de rayons dans ... que à la fin ... sauf si elles congèlent leurs ovules

J :-Ça marche pas encore parfaitement mais peut être qu'un jour ça marchera, mais c'est vrai qu'on les congèle mais on n'arrive pas toujours à les décongeler

S : [rires]

J :-Est-ce que tu penses que les maladies sexuellement transmissibles peuvent modifier la fertilité ?

S :-Bah celles qui ont le SIDA elles peuvent avoir des enfants

[Acquiescement de J]

S :-Donc non pas spécialement

J :-Est-ce que t'as déjà entendu parler de l'infection à chlamydiae ?

S :-Entendu parler, j'ai jamais eu

J :-Est-ce que tu penses que le chlamydiae ou le gonocoque ça peut modifier la fertilité ?

S :-Ça fait comme des mycoses ça... je ne sais plus

J :-ça peut faire des infections qui remontent un petit peu dans les trompes en fait...

S :-Ha bah je ne sais pas ...

J :-Est-ce que tu vois d'autres facteurs qui pourraient influencer la fertilité, d'autres choses, qui pourraient avoir un impact sur la fertilité des femmes au cours de leur vie ?

S :-Bah non... enfin... après les grandes sportives des fois elles s'abîment un peu, à prendre trop de trucs.

J :-Est-ce que tu penses que la fertilité se modifie après une interruption de grossesse volontaire ? Après une IVG ?

S :-Non sauf si le curetage se passe mal.

J :-Et si tu penses que c'est une méthode médicamenteuse ?

S :-Normalement non parce que il s'expulse tout seul le bébé... normalement.

J :-Est-ce que tu penses que s'il y en a plusieurs on diminue la fertilité ou pas ?

S :-Ha bah ça doit pas faire du bien ça par contre...oui... je ne sais pas ... oui... sûrement... je pense parce que le corps à force...

J :-Je te donnerai des réponses après

S :-Cool

J :-Est-ce que tu penses qu'il y a des éléments extérieurs qui peuvent modifier la fertilité ?

S :-Des éléments extérieurs ?

J :-Par exemple le tabac ?

S :-L'alcool oui

J :-L'alcool oui ? Comment ? Ça augmente, ça diminue ?

S :-Ça diminue je pense

J :-À partir de... si on boit beaucoup ? Si on boit tous les jours ?

S :-Si on boit tous les jours, tout le temps, des grosses quantités je pense parce que des petites, un petit verre de temps en temps je ne pense pas. Mais déjà rien que quand t'es enceinte l'alcool ça fait des bébés heu qui se retrouvent chez moi [elle travaille dans un service de neurologie pédiatrique] mais...

J :-Qu'est-ce que tu penses du tabac ?

S :-Ça fait des petits bébés mais ça influ... Ah si sur les paquets ils disent ça influence la fertilité [glousse]

J :-A ton avis à partir de quelle consommation ça peut jouer sur la fertilité ?

S :-Bah plus d'un paquet

J :-Plus d'un paquet ? Par jour ? Plus d'un paquet par an ?

S :-Oui par jour, parce que si tu me dis que c'est à partir de 5 clopes par jours, j'arrête de fumer !

J :-Est-ce que tu penses que la fertilité se modifie après l'utilisation de contraceptif ?

S :-Bah je pense que... après je sais pas on dit que la pilule de la prendre trop longtemps ça... c'est pas spécialement bon mais après... y a plein de femmes qui prennent la pilule qui ont des enfants donc bon... je pense pas Ce n'est pas non plus le préservatif... Ou le stérilet quand t'as pas eu d'enfants ça peut peut-être t'abîmer à l'intérieur mais pfutt...

J :-Pour toi ça diminue, donc quand on arrête la pilule on a moins de chance qu'avant de l'avoir pris ?

S :-Non, je pense que non, non.

J :-Quel que soit la durée de la prise ?

S :-Oui

J :-Et le stérilet pour toi ça peut influencer ?

S :-Quand on n'a pas encore eu d'enfant après, quand t'en as eu... ils disent que ce n'est pas bon, que ça peut... mais bon généralement y a des femmes qui ont enlevé leur stérilet et qui ont eu des enfants donc je pense que ça doit pas influencer plus que ça...

J :-Est-ce que tu as déjà entendu parler de l'implant contraceptif ?

S :-Oui j'ai une copine qui vient de se le faire poser.

J :-Et tu penses que ça peut diminuer la fertilité ou pas quand on l'enlève ?

S :-Bah non ... parce que normalement ça te bloque les ovules comme la pilule c'est pareil

J :-Donc de l'enlever pour toi ça change rien à la fertilité d'avant ?

S :-Rien tu l'enlèves et tu reprends [pause] où ça s'est arrêté.

J :-Où ça s'est arrêté, donc on revient au même endroit, pour toi ce serait pareil pour la pilule, ou pour le stérilet ?

S :-Pareil, on peut avoir des bébés quand même

J :-Et la pilule du lendemain ?

S :-Alors ça...

J :-La contraception d'urgence celle que tu prends quand...

S :-Bah non je ne pense pas que ça puisse influencer

J :-Comme les autres ?

S :-Comme les autres, tout pareil

J :-Est-ce que tu as déjà discuté de la fertilité avec un médecin ? T'as déjà parlé de ce sujet-là ? De pouvoir tomber enceinte ?

S :-Oui avec ma gynéco

J :-Et qui en as parlé ? C'est elle ou c'est toi qui voulais avoir des informations ?

S :-C'est moi

J :-C'est toi ? De quoi avez-vous parlé ? Est-ce que tu t'en souviens un petit peu ?

S :-Bah on avait parlé des kystes et tout...

J :-C'était par rapport à toi, c'était par rapport à ton sujet ?

S :-Savoir si ça endommage [les kystes] pas tout et si on peut quand même avoir des bébés. Même si on avait un utérus hostile.

J :-Est-ce que t'aurais aimé aborder d'autres aspects de la fertilité avec elle ? D'autres sujets ?

S :-Bah oui mais elle a dit qu'on verrait quand je voudrai des enfants pas avant. Que pour l'instant fallait pas se tracasser avec, ça viendra quand ça viendra mais...

J :-Et qu'est-ce que t'aurais aimé savoir ?

S :-Qu'est-ce qu'il faut faire... Bah tous les tests, tous les trucs...

J :-Tous les tests... Parce que tu penses que c'est compliqué de réussir ?

S :-Ha maintenant oui.

J :-Comment ça se serait compliqué ? Qu'est ce qui t'inquiète sur le sujet ?

S :-Bah que ça marche pas

J :-Que ça marche pas ? Qu'est ce qui pourrait empêcher de marcher selon toi ?

S :-L'utérus hostile

J :-L'utérus hostile ? Et d'autres éléments extérieurs ou ?

S :-Non juste le côté médical, bon après je pense que si on se met trop la pression... Généralement ça aide pas trop, vaut mieux se dire que ça arrivera quand ça arrivera

J :-Et à ton avis quel serait le moment approprié pour en parler avec un médecin ?

S :-Bah le jour où on a envie de commencer à avoir des enfants

J :-Est-ce que qu'avant ça pourrait être utile ?
S :-Moi je pense que avant ça pourrait être utile mais...
J :-D'avoir des informations ?
S :-D'avoir des informations et de savoir à peu près comment ça se passe... Prévoir un peu ... savoir toutes les étapes et tout.
J :-Donc toi ce qui t'intéresserait plus c'est d'avoir des informations sur la physiologie de la grossesse et comment ça se passe ou sur comment le faire au mieux ?
S :-Comment le faire au mieux, le « après » ça va, j'ai bien vu.
J :-Est-ce que tu penses, à quelle occasion un médecin pourrait en parler ? Au moment de...
S :-Au moment de... quand on commence à être plus grand, en âge de pouvoir le faire... Enfin après... J'allais dire après 25 ans mais non il y en a qui en ont à 20 ans donc ça change rien... Donc quand on commence à en parler avec les médecins... Là ils pourraient commencer à ... Peut être pas de soi-même mais vers heu... dès lors qu'on commence à se dire qu'on pourrait avoir un enfant...
J :-T'aurais aimé qu'on t'en parle directement plutôt que d'avoir à demander à ta gynécologue d'en parler ?
S :-Après je sais que je ne peux pas arrêter ma pilule comme ça... Je sais que dès lors où je vais arrêter ma pilule elle va peut-être plus m'en parler mais... autrement oui peut être un peu avant. Parce que quand il demande à chaque fois... oui faut demander.
J :-Faut demander sinon les questions elles ne sont pas... ouvertes toutes seules ?
S :-Elle ne dit pas d'elle-même
J :-Elle ne dit pas d'elle-même donc toi t'aimerais...
S :-Ou elle m'a juste demandé :-« tu prévois de faire un bébé ? » et c'est tout
J :-Et si tu lui dis non elle s'arrête là ?
S :-Elle s'arrête là
J :-Je vais juste de poser quelques questions sur toi: Est-ce que tu as des soucis de santé particuliers ? T'as le droit de pas répondre, tu n'es pas obligée.
S :-Moi j'en ai aucun [rires] j'ai eu mon kyste hémorragique à l'ovaire et j'ai toute la paroi gauche collée
J :-Est-ce que tu as déjà été traitée pour une infection sexuellement transmissible ?
S :-Non
J :-Est-ce que tu as déjà été opérée ?
S :-Oui
J :-Est-ce que tu as déjà utilisé une contraception ?
S :-Oui
J :-Laquelle ?
S :-Je suis sous pilule
J :-Est-ce que tu es déjà tombé enceinte ?
S :-Non
J :-Est-ce que tu as des projets de grossesse actuellement ?
S :-Non
J : Est-ce que tu fumes ?
S : Oui
J : Est-ce que tu bois de l'alcool régulièrement ?
S : Non
J : Est-ce que tu consommes d'autres drogues ?
S : Non

Je lui ai ensuite présentée la fiche sur les facteurs influençant la fertilité, qu'elle a prise avec plaisir et l'ai remerciée pour sa participation.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université *UPMC - Paris 6*

Le Professeur: *NIZARD, Jacky*

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI SM

Date *06/07/16*

GRUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
SERVICE de GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
Professeur Marc DOMMERMUES
Docteur Jacky NIZARD
Maitre de Conférence Universitaire - Praticien Hospitalier
N° RPPS : 1001532166
01.42.17.77.01

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

Philippe RUSZNIEWSKI

Résumé

Contexte : Depuis la disparition de l'entretien prénuptial, il n'y a plus de consultation dédiée à la fertilité. Les études montrent que les connaissances à propos de l'influence de l'âge et des contraceptifs sur la fertilité sont erronées.

Problématique : Quelles sont les représentations des femmes sur les facteurs influençant la fertilité ? Souhaitent-elles une information médicale ?

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés.

Résultats : 14 entretiens ont été réalisés entre décembre 2014 et décembre 2015 dans les Hauts de Seine. Le délai de conception normal est méconnu. Il y a une demande d'exploration de la fertilité avant l'arrêt de contraception. L'âge est cité, mais l'âge de diminution de la fertilité est peu connu. Le stress psychologique est considéré comme un facteur négatif. Les modifications du système reproducteur (contraception, IVG, fausses couches) sont estimées néfastes pour la fertilité. Les femmes considèrent que les substances nocives pour l'environnement ou la santé (pollution, tabac, médicaments) ont aussi des conséquences sur la fertilité mais plusieurs femmes fumeuses pensent que le tabac n'a pas d'influence. Le rôle des IST est évoqué mais le Chlamydiae est inconnu. Il y a une demande d'entretien médicale sur la fertilité concernant notamment la physiologie de la fécondation, le délai pour concevoir et les facteurs influençant la fertilité.

Conclusion : Les facteurs influençant la fertilité sont méconnus des femmes qui souhaiteraient approfondir leurs connaissances. Une fiche d'information a été élaborée à l'issue de ce travail. Une meilleure connaissance de ces facteurs pourrait modifier la fertilité.

Mots clés : Fertilité, Médecine générale, Représentations, Information, Etude qualitative