

**L'INFERTILITÉ, C'EST DANS LA TÊTE ?
NON....MAIS OUI !
PRISE EN CHARGE TCC DES CONSÉQUENCES
PSYCHOLOGIQUES DE L'INFERTILITÉ**

Laure Camborieux

Psychologue-Psychothérapeute, Toulouse

laurecamborieux@hotmail.fr

42^{ème} Congrès de l'Association Française de Thérapie Cognitive et Comportementale

Paris, 12 décembre 2014

BLOG : 1001 CHOSES À NE PAS DIRE AUX INFERTILES



<http://1001chosesanepasdireauxinfertiles.blogspot.fr/2014/05/84-il-parait-que-linfertilite-cest.html>

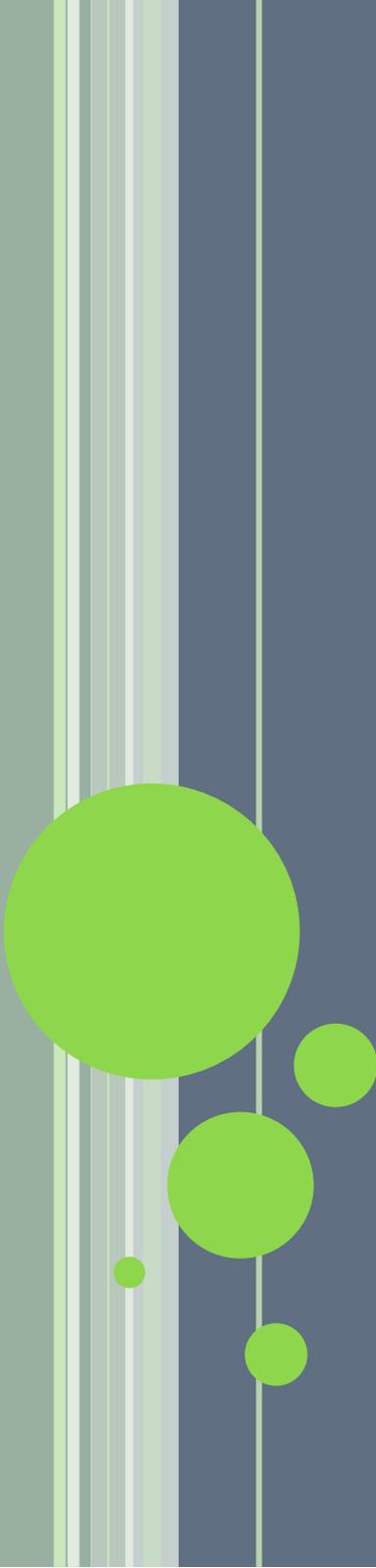
L'infertilité : un stress quasi chronique où l'environnement joue un rôle important



OBJECTIFS

- Connaitre le cadre médical, législatif et social de l'assistance médicale à la procréation
- Connaitre les principales difficultés psychologiques liées à l'infertilité et à l'assistance médicale à la procréation
- Savoir identifier les différents temps du parcours d'infertilité et adapter les prises en charge





L'INFERTILITÉ, QU'EST CE QUE
C'EST POUR VOUS ?

L'INFERTILITE CONCERNE ...

- 1 % de la population en âge de procréer ?
- 5 % de la population en âge de procréer ?
- 15 % de la population en âge de procréer ?



L'INFERTILITE CONCERNE ...

- L'infertilité touche entre 10 et 15 % de la population en âge de procréer,
- **500 000** couples consultent environ chaque année afin être aidés pour concevoir un enfant, soit environ 1 couple sur 7 et 1 sur 10 suit des traitements.
- En 2012, 142 708 tentatives regroupant différents types d'AMP (inséminations, fécondations *in vitro* et transferts d'embryons congelés)



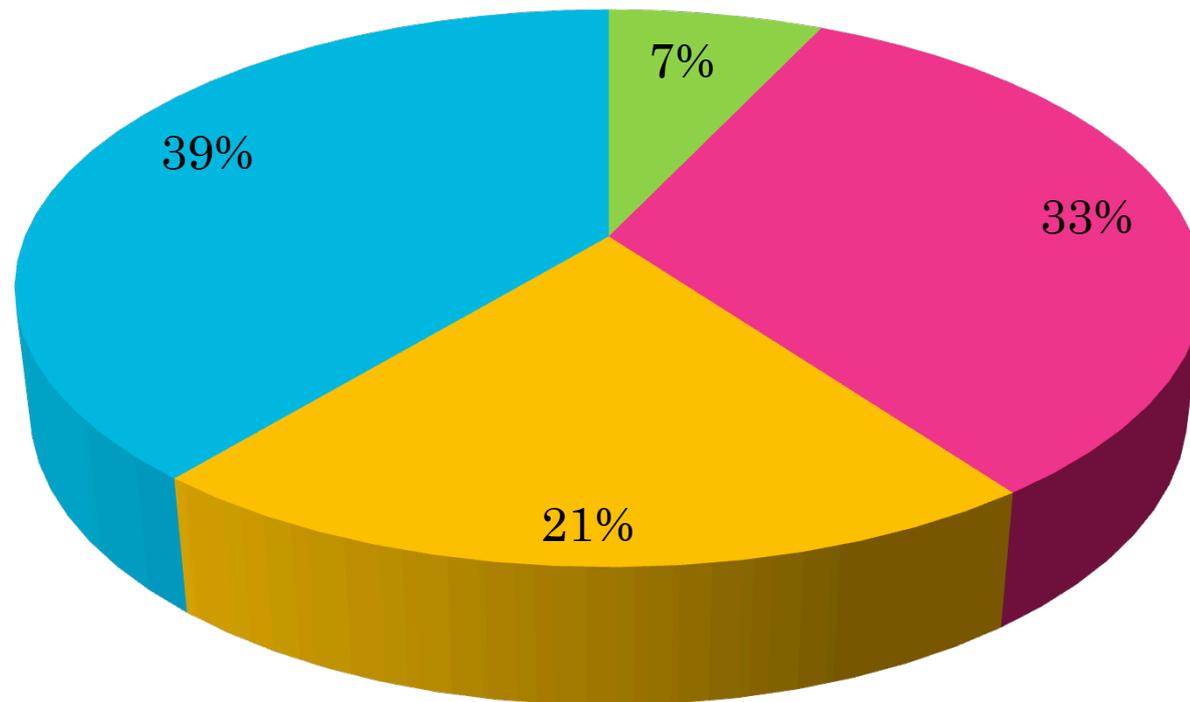
LES CAUSES DE L'INFERTILITÉ SONT :

- Principalement féminines ?
- Principalement masculines ?
- D'origine masculine et féminine ?



LES CAUSES DE L'INFERTILITÉ

Taux (en %)



■ Inexpliquée ■ Féminine ■ Masculine ■ Mixte



L'INFERTILITÉ PSYCHOGÈNE REPRÉSENTE :

- 20 % des cas d'infertilité
- La majorité des cas d'infertilité
- Un mythe qui a la peau dure !



L'INFERTILITÉ PSYCHOGÈNE : UN MYTHE QUI A LA VIE DURE !

- “Un point de vue exclusivement psychologique/psychodynamique sur la complexité de l'infertilité est aussi inapproprié qu'un strict point de vue somatique. L'infertilité devrait toujours être considérée comme une entité psychosomatique.”
- An exclusive psychological/psychodynamical point of view on the complexity of infertility is as inadequate as a strictly somatic point of view. Infertility should always be treated as a psychosomatic entirety.
- **Psychogenic infertility--myths and facts.** Wischmann TH. J Assist Reprod Genet. 2003 Dec;20(12):485-94.
- Inutilement culpabilisant
- Non opérationnel



LE STRESS ET LA DÉPRESSION DIMINUENT LA FERTILITÉ

- C'est totalement vrai : tous les couples infertiles doivent bénéficier d'une psychothérapie
- C'est totalement faux : l'infertilité est un problème médical, pas besoin de suivi psychothérapeutique

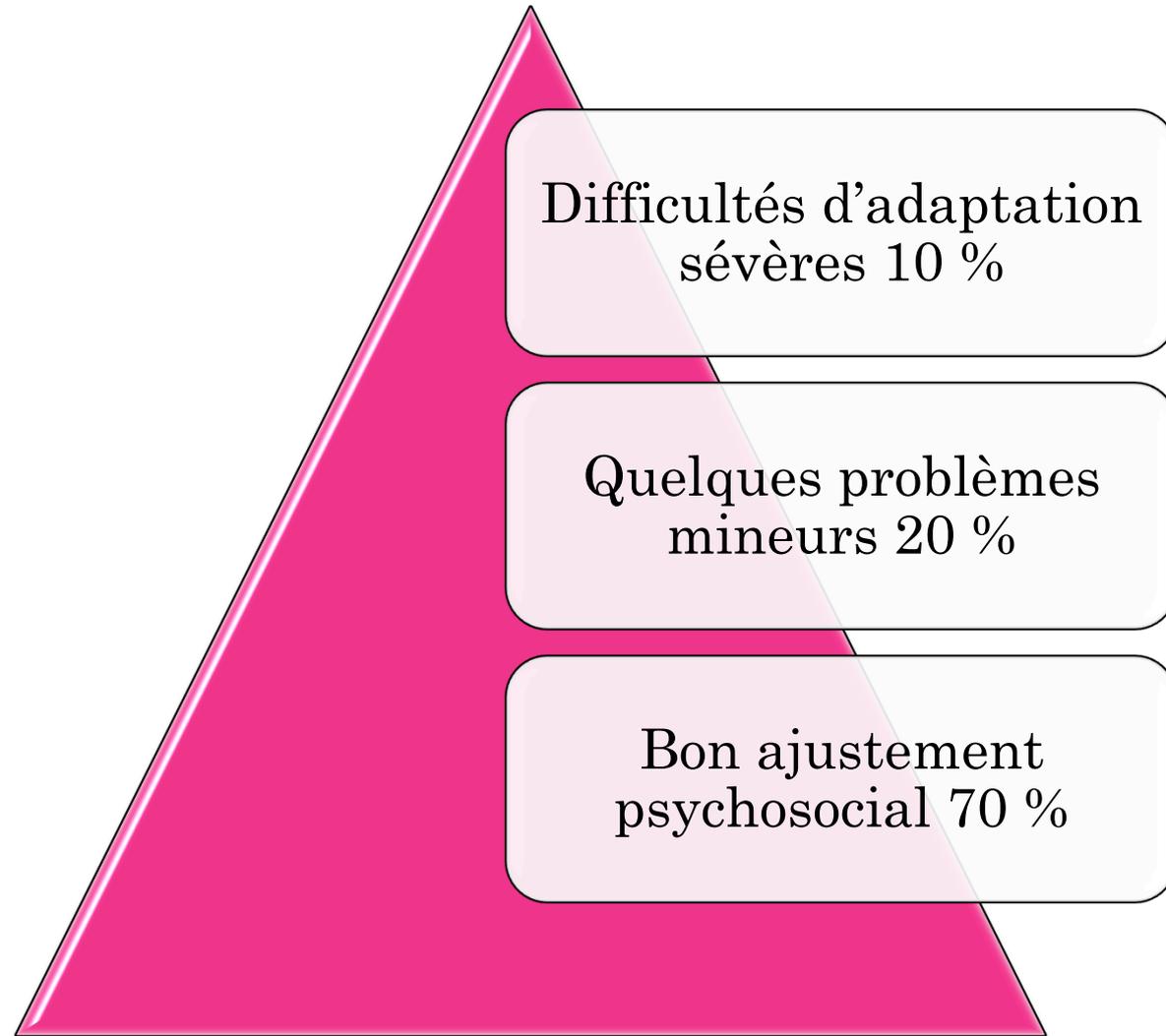


LE STRESS ET LA DÉPRESSION DIMINUENT LA FERTILITÉ

- Small but significant associations were found between stress and distress and reduced pregnancy chances with ART. However, there were a limited number of studies and considerable between-study heterogeneity. Taken together, the influence of stress and distress on ART outcome may appear somewhat limited. (Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis S.M.S. Matthiesen, et al. Human Reproduction, Vol.26, No.10 pp. 2763–2776, 2011)
- Il n'y a pas de corrélation nette entre stress et infertilité
- Il n'y a pas de corrélation nette entre thérapie du stress et augmentation de la fertilité
- Prise en charge psychothérapeutique :
 - Préserver la qualité de vie
 - Adhésion au traitement, prévention de l'arrêt brutal



TOUTES LES PERSONNES INFERTILES N'ONT PAS BESOIN DE PSYCHOTHÉRAPIE





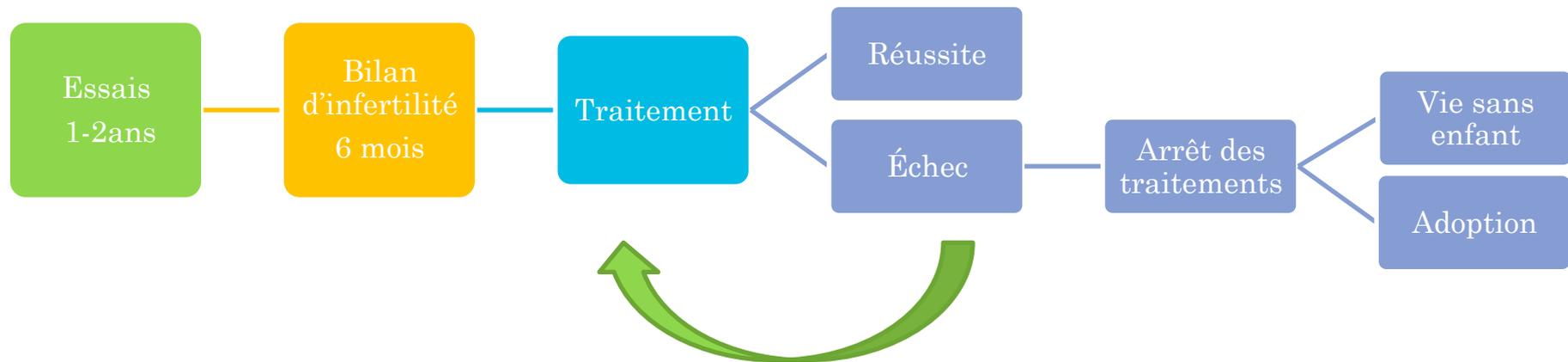
QUELQUES DONNÉES CONCERNANT L'INFERTILITÉ

QUELQUES DÉFINITIONS

- La fertilité ou fécondité:
 - capacité de procréer que possède normalement toute personne en santé et sexuellement mature.
- L'infertilité:
 - l'incapacité pour un couple de procréer ou de mener une grossesse à terme après deux ans de rapports sexuels réguliers non protégés
- Stérilité
 - connotation péjorative, très désagréable et lourd de conséquences.
 - Signifie littéralement une incapacité totale et irréversible à procréer, à n'utiliser que dans des cas très spécifiques.



LE PARCOURS D'UN COUPLE



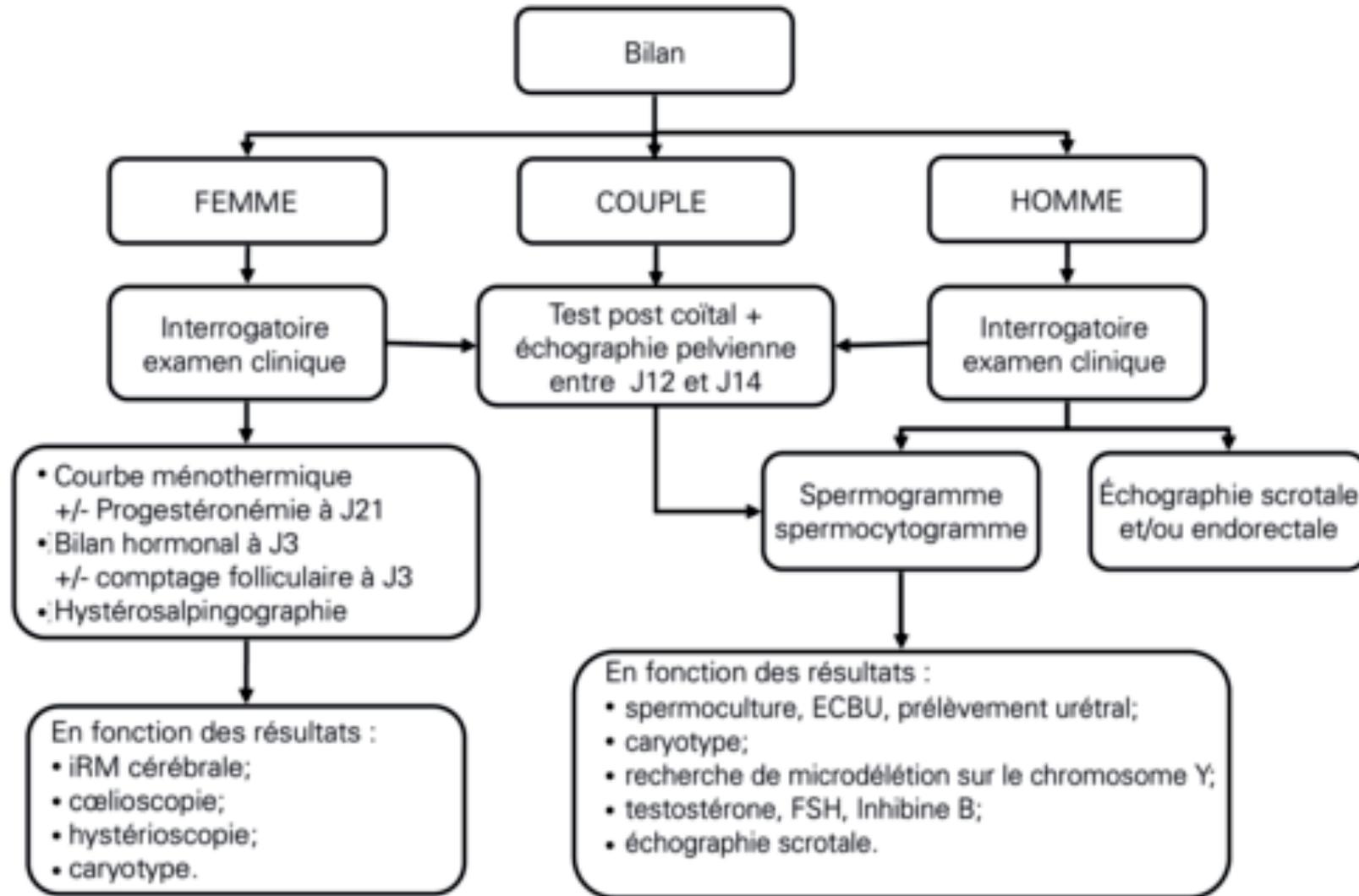
Dans une cohorte rétrospective reconstituant le parcours de couples ayant suivi un traitement par FIV, 70% d'entre eux ont réalisé leur projet parental **après un délai moyen de cinq à sept ans.**

Source : « Quelles sont les chances d'avoir un enfant durant ou après une prise en charge pour FIV ? Une enquête de cohorte rétrospective en France », Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, 14 juin 2011. Numéro thématique consacré à l'AMP.





LE BILAN DE L'INFERTILITÉ



LES CAUSES DE L'INFERTILITÉ

- Causes féminines

- Anomalies de l'ovulation
- Anomalies des trompes
- Causes cervicales
- Endométriose



- Causes masculines

- Oligospermie
- Azoospermie
- Asthénospermie
- Nécrospermie
- Tératospermie
- Anticorps anti-spermatozoïdes
- Les troubles de l'éjaculation

L'infertilité diminue avec l'âge de la femme = l'horloge biologique

→ La prise en charge de l'infertilité commence par un bilan d'infertilité des deux membres du couple

LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS

Stimulation hormonale

- Traitement simple
- Par voie orale
- Peu d'examens
- Fécondation naturelle

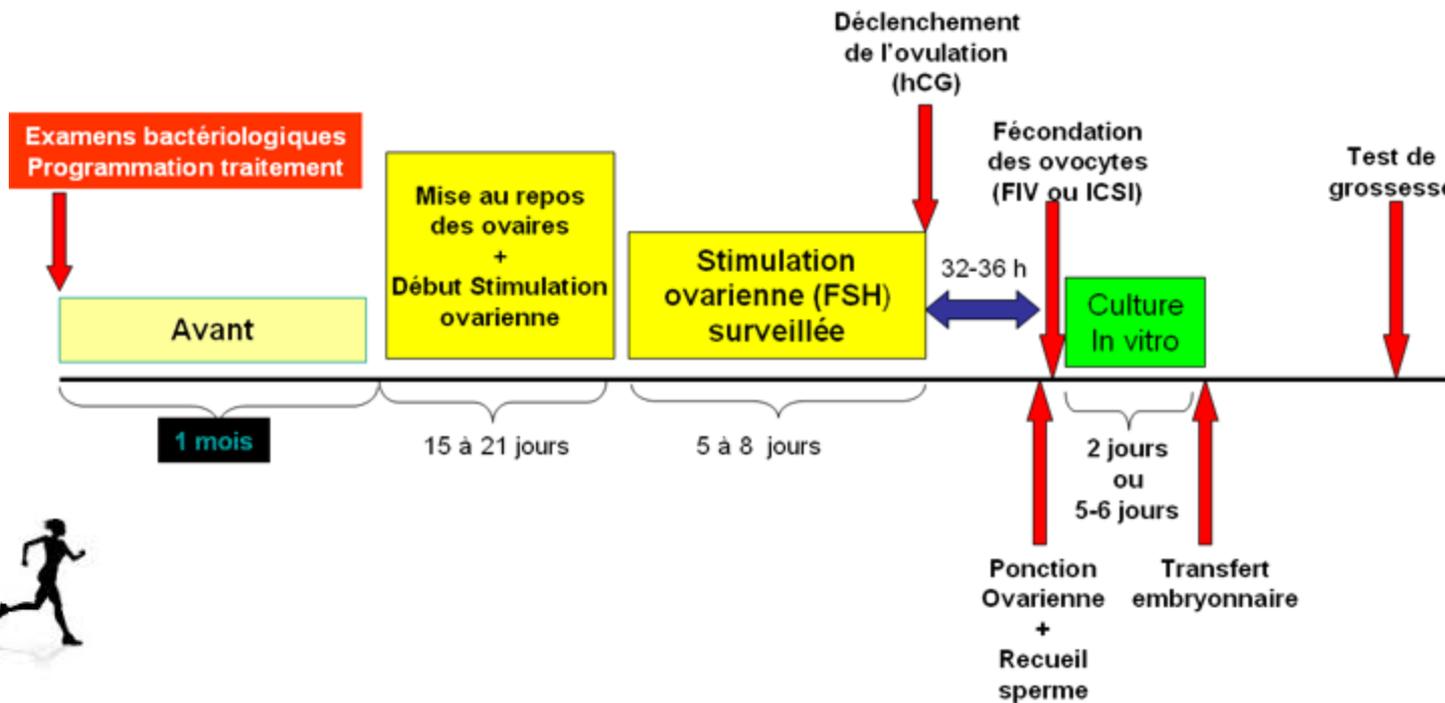
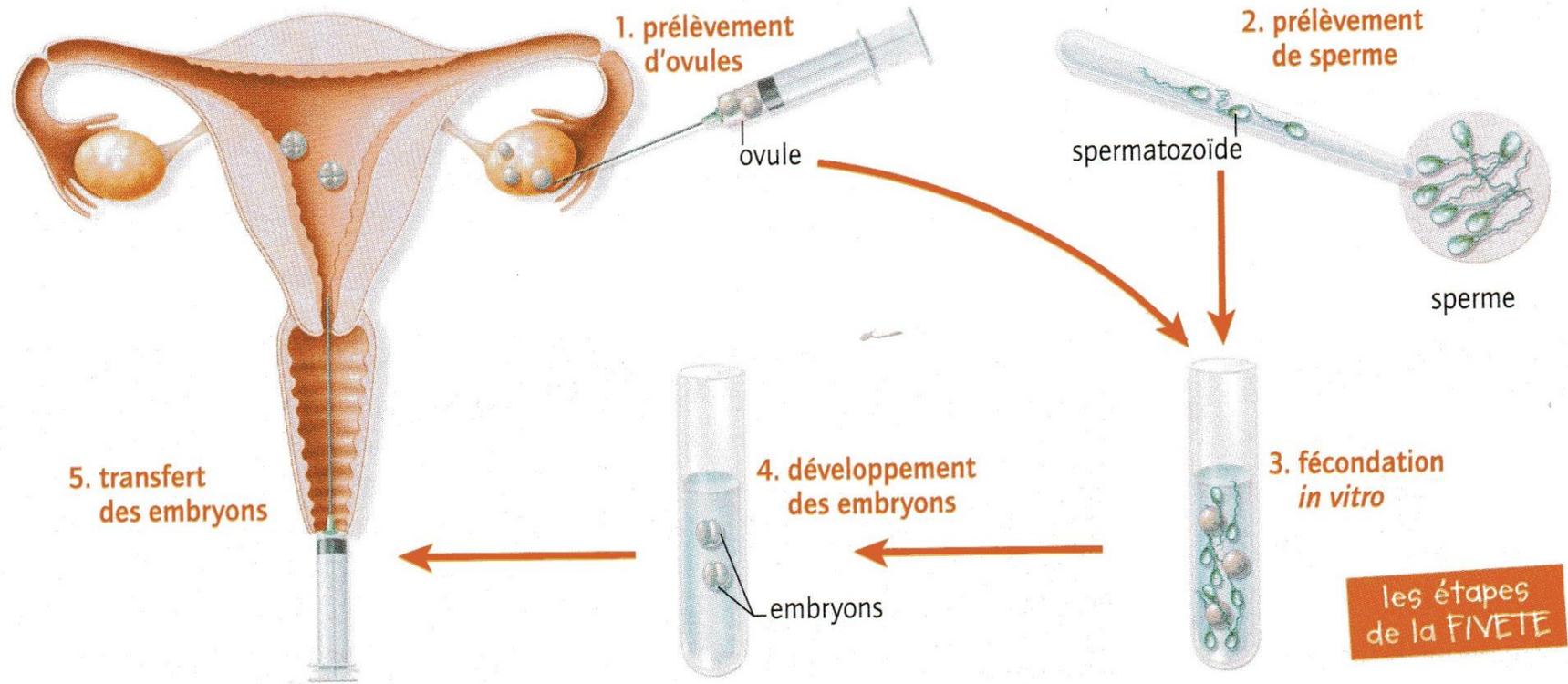
Insémination artificielle

- Stimulation ovarienne par comprimés ou pique
- Contrôles échographiques et sanguins
- Insémination chez le gynécologue

Fécondation in vitro (FIV, FIV ICSI, IMSI...)

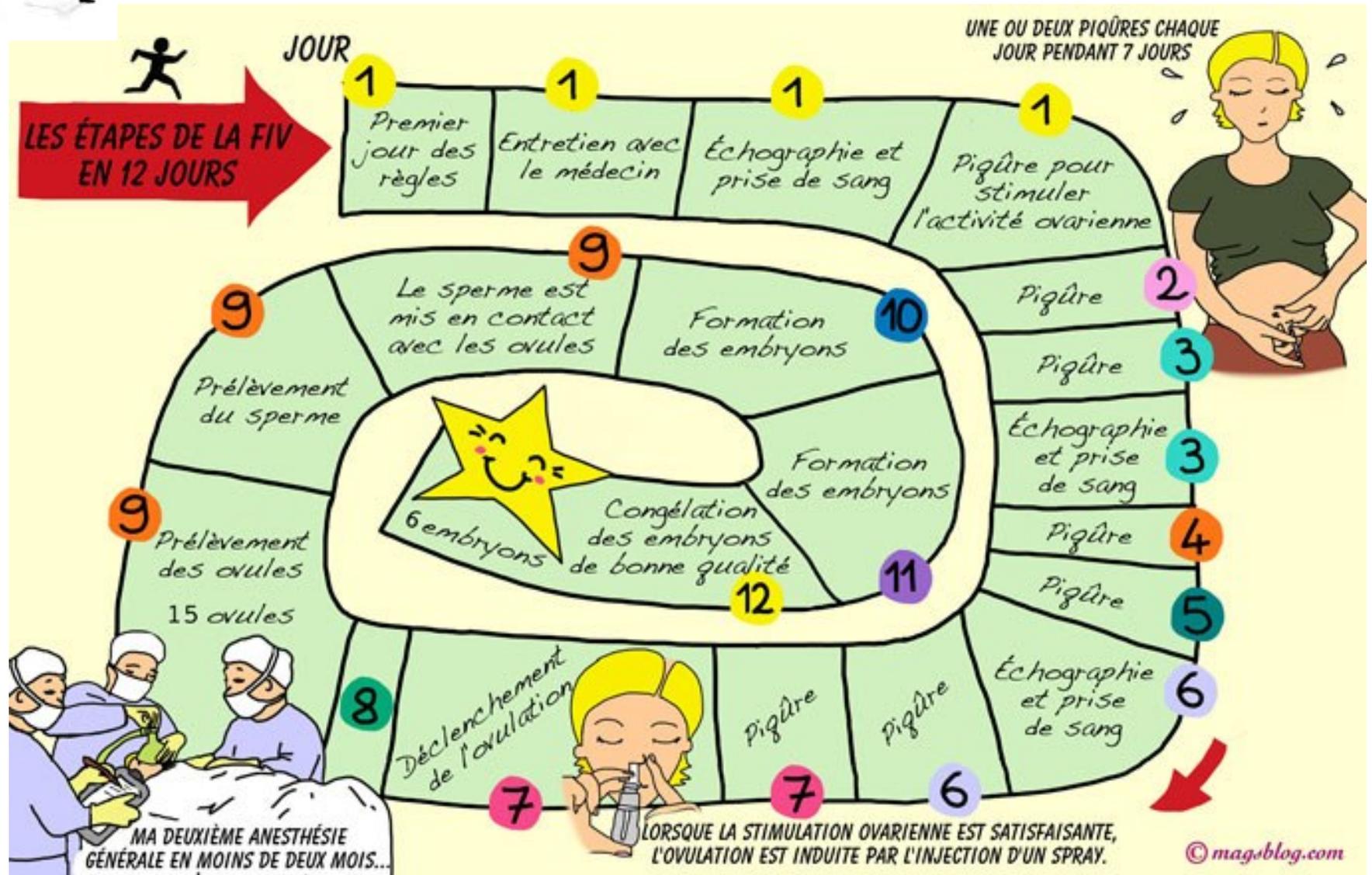
- Induction d'ovulation par pique : entre 15 jours et 3 semaines
- Contrôle sanguin et échographique tous les 2 jours
- Ponction transvaginale
- Transfert d'embryon in utero à J3 ou J5



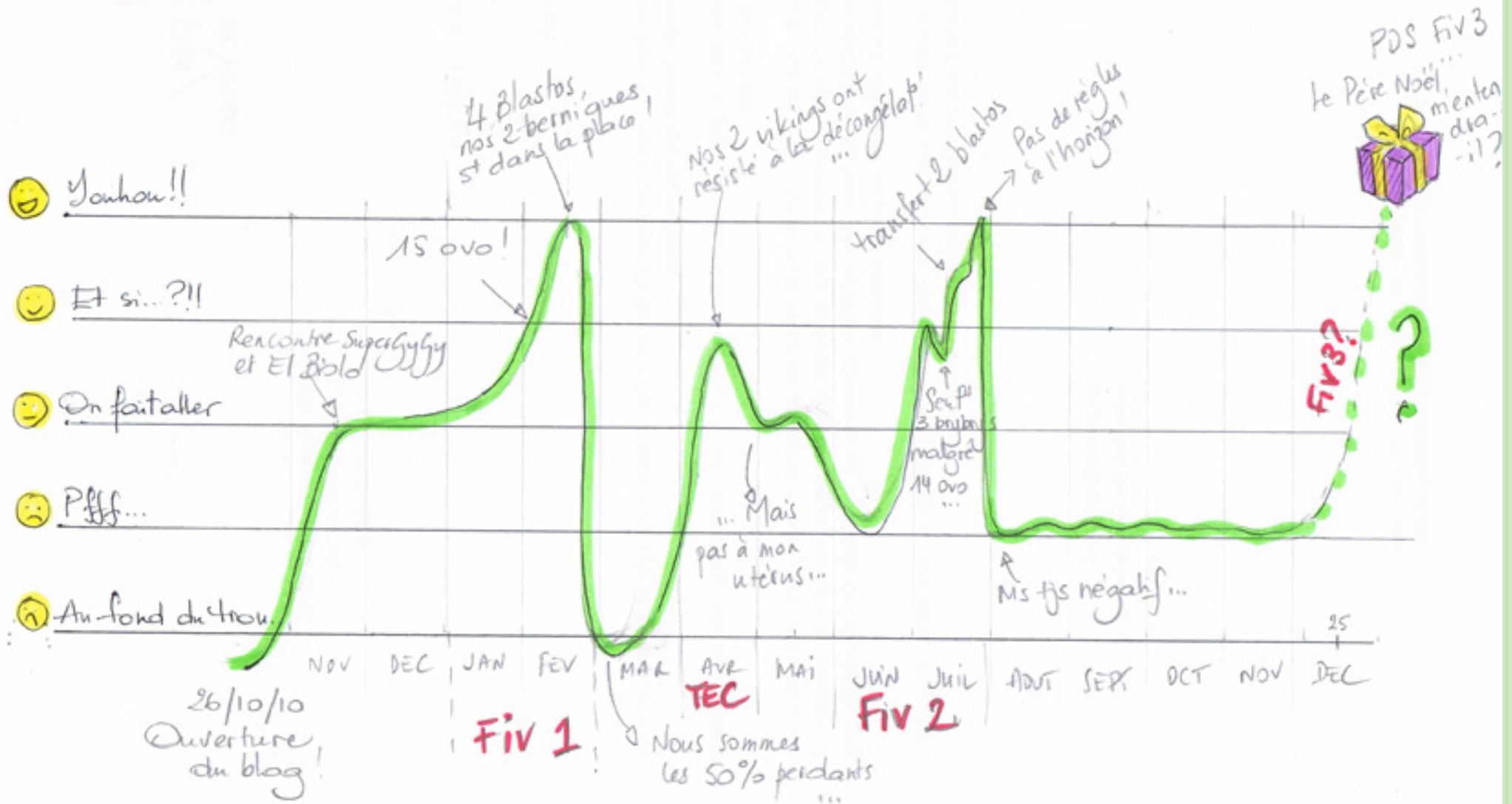




LES ÉTAPES DE LA FIV EN 12 JOURS



UNE ANNEE EN FIV...

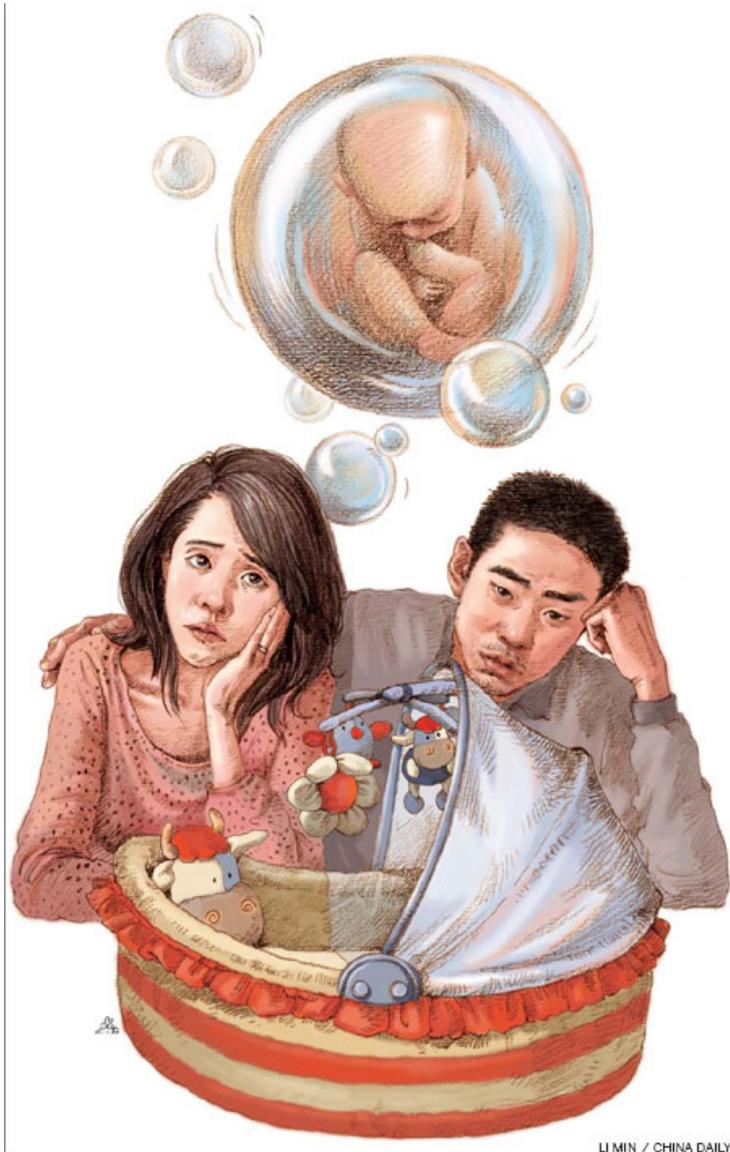


Les montagnes russes émotionnelles

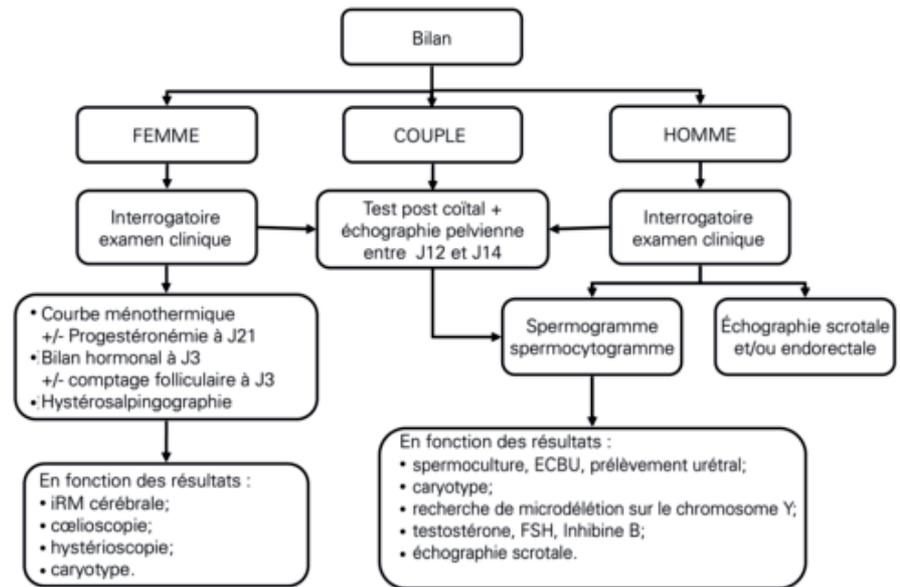


- Elle 32 ans, lui 35 ans.
2003 : Notre rencontre :)
2009 : Tests et début PMA RAS
2010 : Essais Clomid
2011 : 6 IAC et renvoie vers nouveau médecin pour FIV
Janvier 2012 : FIV 1 : un Ovocyte recueilli & mature pas d'embryon pas de transfert
Juin 2012 : FIV 1bis : un Ovocyte recueilli, pas mature pas d'embryon pas de transfert
On nous parle de DO assez brutalement, ce qui est très dur à accepter, je me ferme complètement et repense aux traitements très lourds. Tout ça pour ça !!!
Juillet 2012 : Changement de médecin. Résultats du bilan hormonal pas terrible, confirmation que l'ovulation est difficile, revenir le voir quand 10 kilos seront perdus ?
Mars 2013 : 10 kilos perdus !
Juillet 2013 : Tentative FIV 1ter : malgré la stim, 2 follicules donc pas de ponction pour le médecin. On se revoit en septembre... ou pas !!!
=> Pause. Suivi psy.
Janvier 2014 : Nouveau médecin. En deux séries d'exams il explique et détecte des anomalies encore jamais expliquées, et met des mots simples sur nos maux : Insuffisance Ovarienne. Essai deux FIV en cycle naturel car les stims à fortes doses n'aboutissent pas...
Février 2014 : Tentative FIV : 2 follicules de belle taille, ponction impossible car l'ovulation a eu lieu trop tôt :(
Mars 2014 : Tentative FIV 1quater : 1er contrôle ok. 2e pas d'évolution du follicule. 3e contrôle ça redémarre. Ponction : 1 follicule, 1 ovocyte non mature, dommage...
Il nous reste une tentative en cycle naturel... et le médecin évoque en parallèle le DO...
Mai 2014 : Pour espérer passer une étape celle du transfert, nous choisissons la FIVDO : bye mes gènes et bienvenue à notre bébé :), mais quelle clinique choisir ? 4 mois d'attente pour une donneuse d'ici là vivez et profitez il a dit mon gygy.
Je vis pas très bien l'attente et dois absolument trouver de quoi m'occuper ! Et bien j'ai trouvé: fini le régime, j'ai re mangé j'ai re bu j'ai re fait la fête : + 5kg en 4mois... Je me remets à fumer et
Septembre 2014 : donneuse trouvée. Youpiiii. Tant pis pour mes kilos...
Novembre : préparation écho Endo Gygy est optimiste, alors on va l'être aussi.
Decembre 2014: 13 ovocytes 9brybry. Transfert de 2 embryons a J3. 7 congelés. On croise les doigts. Merci.

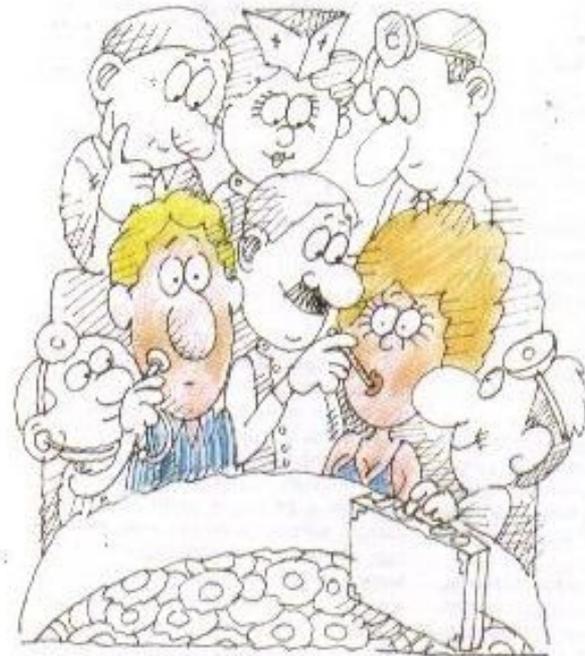




Ce à quoi pense le couple



Ce à quoi pense le médecin



Ce que vit le couple



Sur le site de l'agence de Biomédecine :

<http://www.procreationmedicale.fr/>

- Témoignages : voir les vidéos sur la site
- Informations médicales et légales





LES DONNÉES PSYCHOLOGIQUES

Revue de la littérature : Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. Eshre, en préparation, 2014

INFERTILITÉ : UNE CRISE MAJEURE

- Accumulation de plusieurs sources de stress simultanées plus ou moins durables :
 - Mise en question du projet de vie : « si je n'ai pas d'enfant, ma vie ne vaut plus rien »
 - Parcours invasif :
 - Parcours déshumanisé : « j'ai l'impression d'être un numéro »
 - Atteintes à l'intimité du couple,
 - Atteintes à l'intégrité physique
 - Marqué par une grande incertitude
 - Affecte les relations du couple, familiales, amicales et sociales
 - Stress organisationnel, professionnel et financier
- Réaction au stress dépend des traits de personnalité, des croyances liées à l'infertilité, du coping, du soutien social



AU PLAN INDIVIDUEL

- Atteinte à l'estime de soi
- Perte du sentiment de contrôle
- Dégradation de l'image du corps
- Emotions
 - Anxiété
 - Irritabilité, agressivité
 - Tristesse
 - Culpabilité
 - Honte
 - Jalousie
 - Injustice, ressentiment,



BIEN ÊTRE ÉMOTIONNEL AU COURS DU PARCOURS D'INFERTILITÉ (1)

○ Avant le parcours :

- Les patients infertiles commençant les FIV ne sont pas plus dépressifs que la population générale
- Les données concernant l'anxiété sont inconsistantes ; les consultantes présentent une anxiété trait
- Les femmes : symptomatologie dépressive et anxieuse plus marquée que les hommes
- La dépression ne dépend pas du type d'infertilité ; lorsque l'infertilité est masculine, les femmes ont un niveau d'anxiété plus élevé
- Coping passif (évitement, rumination) : détresse plus élevée
- Partenaire soutenant : niveau de stress diminué



BIEN ÊTRE ÉMOTIONNEL AU COURS DU PARCOURS D'INFERTILITÉ (2)

- Pendant le parcours :
 - Niveau de stress : montagnes russes émotionnelles
 - Pic au moment de la ponction ovocytaire, du transfert de l'embryon, l'attente du test de grossesse
 - Niveau de stress et d'anxiété dépend des anticipations pendant l'attente
 - Détresse émotionnelle en cas d'échec
 - 25 % des femmes et 10 % des hommes ont un trouble dépressif au moment du test de grossesse
 - Effet négatif du coing passif
 - Le niveau d'émotions positives diminue au cours du cycle
 - Anxiété et dépression élevée en cas d'échec si :
 - Faible acceptation de l'infertilité et de la vie sans enfant
 - Sentiment d'impuissance



BIEN ÊTRE ÉMOTIONNEL AU COURS DU PARCOURS D'INFERTILITÉ (3)

- En cas de grossesse, anxiété plus élevée :
 - Après une FIV que grossesse naturelle
 - Après de multiples échecs de FIV ou si stress élevé
 - En cas de grossesse multiple
- En cas d'échec :
 - Après 10 ans, plus de risques de troubles psychiatriques pour les femmes
 - Si le désir de grossesse persiste 3 à 5 ans après les échecs : davantage de symptômes que chez les femmes qui ont trouvé de nouveaux buts dans la vie



ASPECTS COMPORTEMENTAUX

- 1/10 patients ayant consulté refusent les traitements
- De nombreux patients ont un style de vie délétère pour la fertilité : sexualité, consommation de substance, trouble du comportement alimentaire
- Difficulté d'adhésion et de compliance au traitement : arrêts brusques, retard dans la prise de rendez vous, délai augmenté entre deux traitements (vs horloge biologique)
- Les couples qui restent sans enfant après traitement ont plus de risque d'utiliser davantage de somnifères, ont une consommation plus importante de tabac et d'alcool que les couples avec enfants



RELATION SOCIALES

○ Avant le traitement :

- Les femmes rapportent davantage de stress concernant la sexualité et les relations sociales
- Le coping évitant (ex : les femmes enceintes) associé avec un stress social supplémentaire
- Les couples en désaccord sur l'importance de la parentalité et les relations sociales : moindre satisfaction conjugale

○ Pendant le traitement

- Les hommes rapportent moins de soutien perçu que les femmes
- Les femmes rapportent moins de soutien social perçu
- 60 % des patients rapportent des absences du travail



RELATION SOCIALES

○ Echec des traitements

- Les patients restés sans enfant 5 ans après un échec de traitement ont 3 fois plus de risques de se séparer que ceux qui sont devenus parents



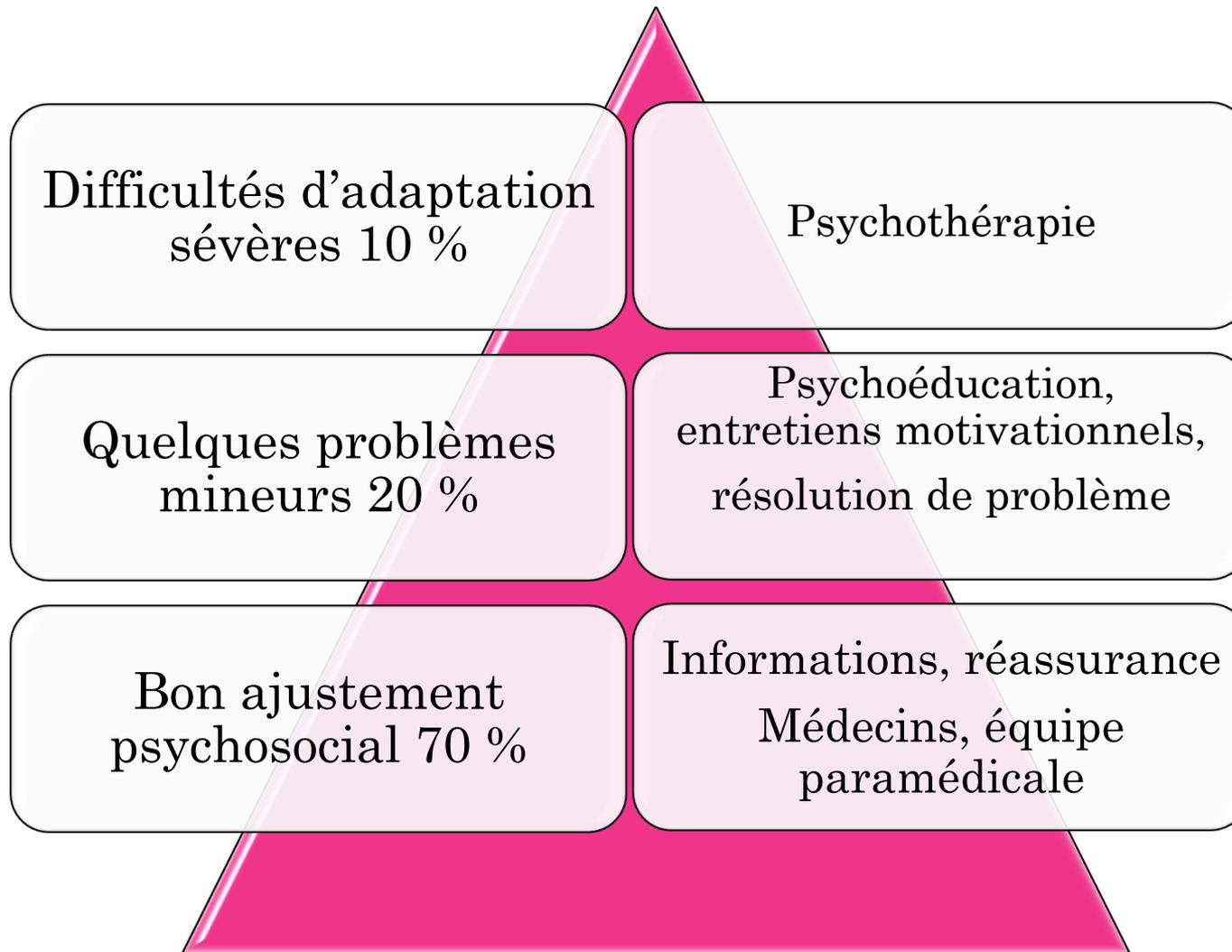


PRISE EN CHARGE TCC DES CONSÉQUENCES DE L'INFERTILITÉ

Objectifs

- Prévenir ou traiter les troubles psychiatriques
- Préserver la qualité de vie de la personne et du couple
- Préparer à la parentalité

DIFFÉRENTS NIVEAUX D'INTERVENTION



QUI CONSULTE ? QUAND ?



- Consultation précoce : en phase de prédiagnostic ou diagnostic
 - Préoccupations :
 - Comment cela va-t-il se passer ?
 - Est-ce que c'est psychologique ?
 - « je veux mettre toutes les chances de mon côté »
 - Prise en charge :
 - Entretien d'évaluation
 - Psychoéducation par rapport au parcours d'infertilité
 - Réassurance
 - Prise en charge si nécessaire



QUI CONSULTE ? QUAND ? (2)



- En cours de parcours médical
 - Après un ou plusieurs échecs : « les montagnes russes émotionnelles »
 - L'infertilité et les traitements impactent grandement un ou plusieurs secteurs de la vie personnelle
 - Les stressseurs sont nombreux et variés
 - « Je n'en peux plus, c'est trop dur », « j'ai peur de ne pas y arriver »
 - Prise en charge :
 - Évaluation complète et approfondie (cf supra)
 - Identifier les différents stressseurs
 - Choisir les priorités, établir le plan de traitement
 - Aborder la question de l'adoption et de la vie sans enfant





QUI CONSULTE ? QUAND ? (3)

- Au moment d'une transition
 - Après un ou plusieurs échecs : le parcours médical semble impossible à poursuivre :
 - Pour des raisons médicales : proba. de réussite trop faibles (âge, situation médicale...)
 - Pour des raisons psychologiques : épuisement personnel et/ou du couple
 - « Je veux passer à autre chose », « je ne veux plus en entendre parler », « je n'y crois plus »
 - Prise en charge :
 - Évaluation complète et approfondie (cf supra)
 - Envisager les différentes options
 - Travailler les transitions :
 - Don de gamète ou d'embryon ?
 - Adoption ?
 - Vie sans enfant

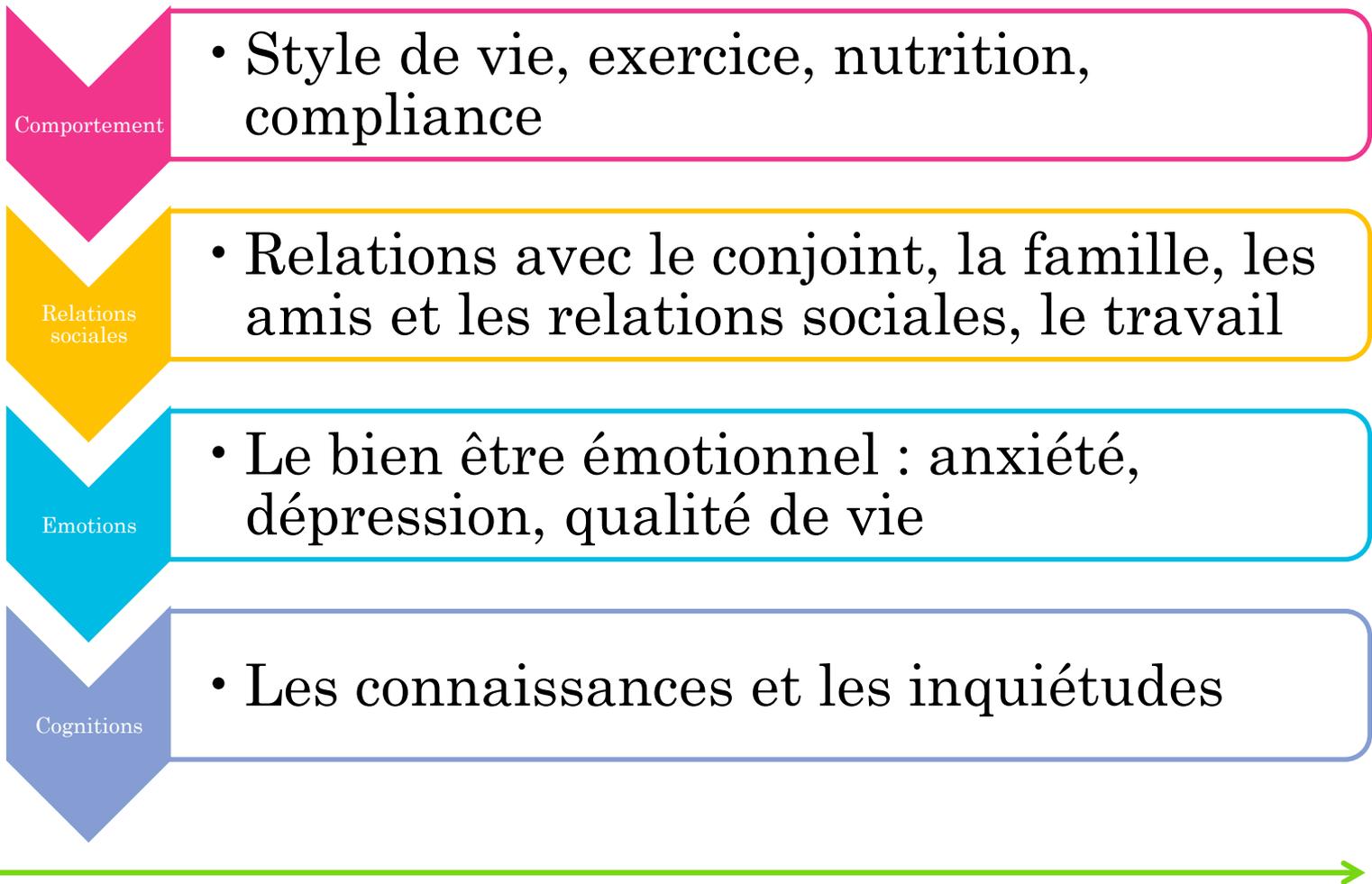


CONSULTATION INDIVIDUELLE OU DE COUPLE ?

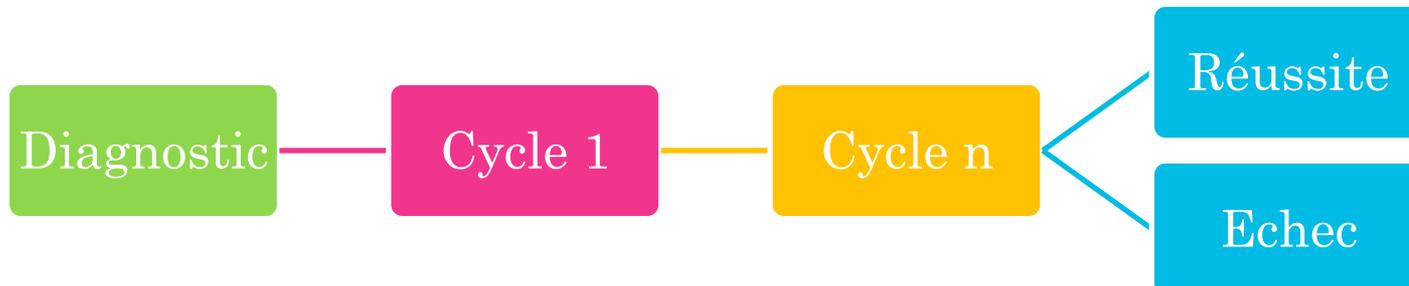
- Le plus souvent : la femme consulte seule
- Parfois le couple
- Consultation individuelle :
 - Toujours évaluer la relation de couple, la perception du vécu de l'autre
 - Toujours proposer au conjoint de venir au moins une fois
 - Si évaluation problématique : demander expressément qu'il vienne
- Consultation de couple :
 - Évaluer les besoins individuels
 - Evaluer la pertinence d'un suivi de couple ou individuel
 - Orienter si nécessaire



Adapté aux besoins du patient



Adapté au stade du traitement





Le couple

La famille,
les amis

Aspects
médicaux

Organisation



HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (1)

- Objectif s:
 - Approche exhaustive des aspects psychologiques et sociaux de l'infertilité
 - Attention aux facteurs de risque particuliers
 - Préciser les problématiques soulevées par l'infertilité
 - Préparer le plan de traitement

Infertility Counseling - A Comprehensive Handbook for Clinicians. Edited by: *Sharon N. Covington, Linda Hammer Burns.* Cambridge University Press. *Nouvelle édition en cours.*



HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (2)

1. Histoire reproductive

a. Histoire de l'infertilité

- Depuis combien de temps ?
- Diagnostic ?
- Primaire ou secondaire ?
- Traitements déjà vécus/subis ?

b. La grossesse

- Enfants vivants : conception naturelle ? FIV ? Famille recomposée ? Adopté ?
- Grossesse à risque ? Fausses couches ? Interruption Médicale de Grossesse ? Accouchement traumatique ? Deuil périnatal ?



HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (3)

- c. Antécédents (médicaux, génétiques, chromosomiques)
 - Cancer du système reproducteur ? chimiothérapie
 - Exposition au distilbène
 - Anomalies congénitales du système reproducteur
 - Antécédents familiaux d'anomalies génétiques

2. Etat mental

- a) Histoire psychiatrique/psychologique
 - Hospitalisations psychiatriques
 - Psychothérapies antérieures
 - Psychotropes
 - Abus de substances
- b) Etat mental actuel



HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (4)

- b) Etat mental actuel
 - Symptômes dépressifs
 - Symptômes anxieux
 - Symptômes obsessionnels
- c) Altération récente de l'état mental
- d) Augmentation récente des symptômes psychiatriques

3. Sexualité

- a) Fréquence et satisfaction
- b) Dysfonctionnements
- c) Antécédents
 - Précédents de viol ou inceste
- d) Changements dans le comportement sexuel suite à l'infertilité ou aux traitements



HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (5)

5. Relations sociales

a) Maritales

- Histoire conjugale : mariage/divorce
- Entente/mésentente conjugale, thérapie
- Relations extraconjugales
- Satisfaction/ insatisfaction
- Adhésion/ambivalence au sujet du traitement médical et de l'AMP

b) Familiales

- Qualité des relations familiales
- Naissances ou décès récents
- Pertes familiales

c) Sociales

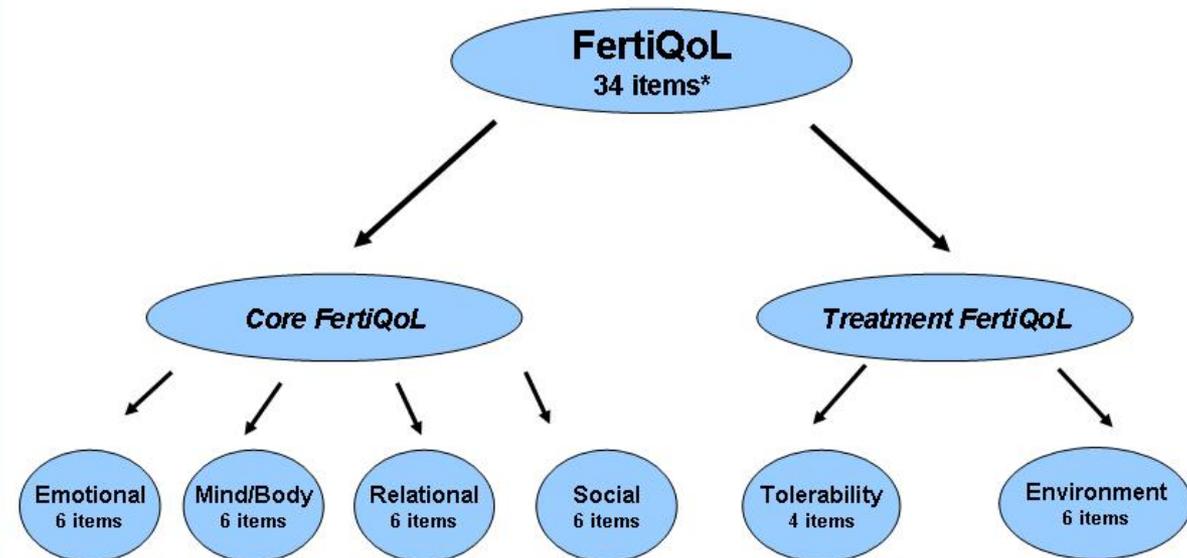
- Soutien social disponible
- Impact professionnel



OUTILS POUR L'EXPLORATION : FERTIQOL

- FertiQoL, version française : Auto-questionnaire validé pour estimer la qualité de vie des personnes infertiles

FertiQoL Structure



*Two additional items measure overall satisfaction with physical health and quality of life

FERTIQOL GLOBAL

- FertiQoL global : 4 sous échelles
 - Emotions
 - Jalousie, notamment à la vue de femmes enceintes ou avec bébé
 - Ressentiment, notamment vis-à-vis de jeunes parents
 - Tristesse
 - Dépression : perte d'espoir, sentiment d'impuissance
 - Psychosomatique
 - Fatigue
 - Douleur
 - Concentration
 - Impact sur le comportement (arrêt des activités quotidiennes et des projets de vie)
 - Relationnel
 - Interactions sociales



FERTIQOL GLOBAL

- FertiQoL global : 4 sous échelles
 - Emotions
 - Psychosomatique
 - Relationnel
 - Sexualité
 - Communication
 - Engagement au sein du couple
 - Interactions sociales
 - Insertion sociale
 - Attentes d'autrui
 - Stigma (honte et culpabilité)
 - Soutien social



FERTIQOL TRAITEMENT

- FertiQoL Traitement : 2 sous échelles
 - Environnement : du système de soin
 - Accessibilité
 - Qualité perçue
 - Tolérabilité
 - Symptômes physiques liés au traitement
 - Symptômes psychiques liés au traitement



OUTILS POUR L'EXPLORATION : SCREEN IVF

- ScreenIVF : un auto-questionnaire pour identifier les personnes présentant des risques de difficultés d'adaptation, en prévention du traitement Fiv/ICSI
 - 10 items mesurant l'anxiété état (version courte du Spielberger State and Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983)
 - 7 items mesurant la dépression d'après le Beck Depression Inventory (Beck et al., 1997)
 - 6 items mesurant le sentiment d'impuissance et 6 items mesurant le manque d'acceptation, issus du Illness Cognition Questionnaire for IVF patients (Evers et al., 2001; Verhaak et al., 2005)
 - 5 items mesurant le soutien social perçu issu du Inventory of Social Involvement (Van Dam-Baggen and Kraaimaat, 1992).



ITEMS OF IRRATIONAL PARENTHOOD COGNITION QUESTIONNAIRE

- Having a child is the most important thing in life
- A life without children is useless and empty
- It is absurd that some people can have children quite easily, while others never do
- The whole world revolves around children
- Friends have no idea what people who cannot have children go through
- It is impossible to understand why some women decide to have an abortion
- You start feeling inferior when you cannot have children
- You start hating your body when you cannot have children
- An IVF treatment is extremely heavy and painful
- Your whole world is destroyed when you/your partner have/has your/her period after replacement of the embryos
- The waiting during an IVF cycle puts you through hell
- One's whole world is destroyed when the last IVF treatment fails
- Not having children causes lifelong suffering
- One would want to do anything to get pregnant



CE QUE RÉVÈLE L'HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (1)

- Les troubles anxieux
 - Phobie spécifique : phobie des piqûres : à traiter rapidement, permet souvent une amélioration rapide de l'état anxieux (cf le parcours médical)
 - Trouble anxieux non spécifié : ruminations +++, anticipations, évitements
 - Episode de stress post traumatique
 - Anxiété sociale
- Dépression
- Difficultés de communication au sein du couple, désaccord sur la suite à donner
- Difficultés de communication avec l'entourage, manque de soutien social



CE QUE RÉVÈLE L'HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (2)

- Troubles du comportement alimentaire : excès ou insuffisance d'IMC
 - Obésité : peut être une raison de refus de prise en charge en AMP
 - MAIS : message violent et très culpabilisant pour les patientes
 - Retard dans la prise en charge → facteur important de stress
- Abus de substances : Tabac, alcool, drogues
 - Affecte la fertilité de l'homme et de la femme
 - Peut provoquer des dommages sur les cellules germinales de l'enfant in utero



CE QUE REVELE L'HISTOIRE DE L'INFERTILITÉ (3)

- Dysfonction sexuelle à l'origine de l'infertilité pour environ 2.4 % des couples
- Un trouble sexuel à l'origine de l'infertilité
 - Asexualité pour 1 % des couples
 - Dysfonction érectile, Anéjaculation
 - Vaginisme
- Une sexualité quasi absente conséquence de l'infertilité :
 - Infertilité masculine = atteinte à la virilité
 - Spermogramme et prélèvement de sperme par masturbation
 - Diminution de la sexualité récréative : « à quoi bon ? »





PRISE EN CHARGE TCC

- La psychoéducation : tout au long du parcours :
 - Infertilité : les causes et les répercussions
 - Le contexte médical, juridique et financier
 - Les traitements : choix en fonction du diagnostic, déroulement, etc
 - Les difficultés psychologiques
- Travail de deuil et/ou ESPT si IMG, fausse couche, deuil périnatal : prioritaire
- Acceptation de l'infertilité : le principe de réalité
- Défocaliser
 - Maintenir la qualité de vie du couple
 - Trouver de nouveaux buts, retrouver les sources de plaisir
 - Réactiver les projets en suspens



PRISE EN CHARGE TCC

- Mise en place d'une thérapie « classique » pour les troubles anxieux ou dépressifs
- Travail sur l'estime de soi et l'affirmation de soi...
- Travail d'acceptation des transitions : don de gamète, adoption, la vie sans enfant (à manier avec précaution) : on recommence à zéro
 - À faire régulièrement au cours du parcours
 - Psychoéducation : contexte juridique, financier et social, le choix des options, les difficultés psychologiques, les questions spécifiques
 - Choix des axes thérapeutiques si nécessaire



TECHNIQUES DE GESTION DU STRESS

- Relaxation, respiration
- Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. Peterson et al. Cognitive and Behavioral Practice, Volume 18, 2011, p 577–587. *“The data from this preliminary case study also suggest that ACT may be helpful for couples following IVF treatment failure. Treatment gains were maintained 1-year posttherapy, indicating that an ACT approach to treating infertility has the potential to produce lasting change.”*
- Evaluation of a group programme of mindfulness-based cognitive therapy for women with fertility problems. Sherratt and Lunn 2013, Vol. 33, p 499-501 *« The results showed clinically significant improvements in participants ’ wellbeing scores and psychological distress.”*
- Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. Journal of Obstetrics & Gynaecology. A Galhardo, et al. - Fertility and Sterility, 2013. *« Increasing mindfulness and acceptance skills, as well as cognitive decentering from thoughts and feelings, seem to help women to experience negative inner states in new ways, decreasing their entanglement with them and thus their psychological distress.”*



CONCLUSION (1)

- Détresse liée à l'infertilité : une expérience déplaisante et multi factorielle
- De nature psychologique, sociale, spirituelle
- Qui peut interférer avec les capacités d'adaptation à l'infertilité et aux traitements
- Elle s'étend sur un continuum allant de sentiments normaux de vulnérabilité, tristesse et peur à
- Des difficultés handicapantes telles que la dépression, l'anxiété, l'isolement social et une crises existentielle



CONCLUSION (2)

- Ce stress peut être long voire chronique, en cas d'échec sans nouveau projet de vie
- Ces effets dépendent des traits de personnalité et des stratégies de coping de l'individu et de son conjoint
- L'analyse fonctionnelle approfondie permet de mettre en évidence les pistes de traitement
- La prise en charge psychologique doit tenir compte de la temporalité de la prise en charge médicale ; le facteur temps toujours présent



CONCLUSION (3)

- L'approche TCC de la troisième vague est efficace et appréciée par les patients
- Le thérapeute doit avoir une bonne connaissance du contexte médical, juridique, social de l'infertilité, des traitements médicaux, de l'adoption



THE IDEAL INFERTILE COUPLE





MERCI DE VOTRE ATTENTION