

GUIDE PATIENT • GYNÉCOLOGIE

Fertilité

Comprendre, évaluer, agir

Dr Hugues Geoffrion

Médecin gynécologue

docteurgeoffrion.com

Avant de commencer

Si vous ouvrez ce guide, c'est probablement que l'attente dure depuis quelques mois et qu'elle a commencé à peser.

La première chose à savoir est que le temps normal pour concevoir est beaucoup plus long que ce que l'on imagine. La deuxième est qu'il existe un moment précis où il faut cesser d'attendre et consulter — et que ce moment n'est pas le même pour tout le monde.

Ce guide vous donne les deux repères, puis vous explique ce qu'un bilan de fertilité contient réellement, ce que les résultats veulent dire, et comment se déroule un parcours d'assistance médicale à la procréation si vous devez y venir.

Il ne remplace pas une consultation. Il devrait vous permettre d'y arriver en sachant quelles questions poser.

1 Ce que « normal » veut dire

Concevoir prend du temps, même quand tout va bien

À chaque cycle, la probabilité de grossesse chez un couple sans pathologie est d'environ **20 à 25 % avant 30 ans**. Autrement dit : dans le meilleur des cas, un cycle sur quatre.

Cette probabilité s'accumule au fil des mois :

Durée d'essai	Couples ayant conçu
6 mois	environ 60 %
12 mois	environ 85 %
24 mois	environ 92 %

Trois mois d'essai ne sont pas une infertilité. Six mois non plus, avant 35 ans. La définition médicale de l'infertilité commence à **douze mois** de rapports réguliers non protégés — et même à ce stade, une part des couples concevra spontanément l'année suivante.

À RETENIR

Sur dix couples qui n'ont pas conçu au bout de six mois, six auront conçu à douze mois sans aucune intervention. L'attente n'est pas de l'inaction : c'est encore la situation la plus fréquente.

L'âge, des deux côtés

Chez la femme, le stock d'ovocytes est constitué avant la naissance et décroît ensuite sans jamais se reconstituer. La baisse est progressive, puis **s'accélère nettement après 35 ans** et devient rapide après 40. La qualité ovocytaire diminue en parallèle, ce qui explique à la fois la baisse de fécondabilité et l'augmentation du taux de fausse couche.

Chez l'homme, la fertilité ne s'arrête pas, mais elle décline aussi. Après 40-45 ans, on observe une augmentation de la fragmentation de l'ADN spermatique, un allongement du délai à concevoir et une majoration de certains risques pour l'enfant à naître.

Ce point est souvent passé sous silence. Il ne devrait pas l'être : la fertilité d'un couple est la résultante de deux fertilités, et le bilan doit toujours être conduit des deux côtés en même temps.

2 Quand consulter

La règle est simple et dépend essentiellement de l'âge de la femme.

Situation	Consulter après
Rapports réguliers non protégés, femme de moins de 35 ans	12 mois
Femme de 35 à 39 ans	6 mois
Femme de 40 ans et plus	Sans délai

Sans attendre le délai, dans ces situations

Côté féminin

- Cycles absents, très espacés (plus de 35 jours) ou très irréguliers
- Endométriose connue, ou règles douloureuses au point de retentir sur votre vie
- Antécédent d'infection génitale haute (salpingite), de chirurgie pelvienne ou de grossesse extra-utérine
- Ménopause précoce chez votre mère ou votre sœur
- Antécédent de chimiothérapie ou de radiothérapie
- Deux fausses couches ou plus

Côté masculin

- Testicule non descendu dans l'enfance, même opéré
- Varicocèle, chirurgie ou traumatisme testiculaire
- Antécédent de chimiothérapie ou de radiothérapie
- Infection testiculaire (oreillons après la puberté)
- Troubles de l'érection ou de l'éjaculation

UN MOT SUR L'ARRÊT DE LA CONTRACEPTION

Après l'arrêt d'une pilule, d'un implant ou d'un stérilet, la fertilité revient rapidement — en un à trois cycles pour la plupart des femmes. La contraception, quelle qu'en soit la durée, ne diminue pas votre fertilité future. L'injection trimestrielle fait exception : le retour à l'ovulation peut demander plusieurs mois.

3 La fenêtre de fertilité

Six jours, pas davantage

L'ovule n'est fécondable que **12 à 24 heures** après l'ovulation. Les spermatozoïdes, eux, survivent jusqu'à **cinq jours** dans une glaire cervicale favorable.

La fenêtre utile est donc constituée du **jour de l'ovulation et des cinq jours qui le précèdent**. Après l'ovulation, le cycle est terminé sur le plan de la conception.

Ce qui marche

Des rapports tous les deux à trois jours, tout au long du cycle. C'est aussi efficace que le repérage précis de l'ovulation, et cela évite de transformer votre vie de couple en protocole.

C'est le message le plus important de ce chapitre. Beaucoup de couples s'épuisent à calculer un jour J, avec pour seul résultat une pression considérable et, souvent, des difficultés sexuelles qui aggravent la situation.

Les tests urinaires d'ovulation (détection du pic de LH) sont utiles si vos cycles sont irréguliers ou si vous voulez vous rassurer sur le fait que vous ovulez. Ils préviennent 24 à 36 heures à l'avance. Attention : ils donnent fréquemment des résultats faussement positifs en cas de syndrome des ovaires polykystiques.

L'observation de la glaire cervicale est un indicateur simple et gratuit. À l'approche de l'ovulation, elle devient abondante, transparente et filante — comparable à du blanc d'œuf cru.

Ce qui ne marche pas

La courbe de température est à abandonner. Elle ne détecte l'ovulation qu'une fois celle-ci passée. Elle ne peut donc pas vous aider à choisir le moment des rapports, et elle entretient une médicalisation quotidienne éprouvante.

Les positions, le fait de rester allongée après un rapport, surélever le bassin : aucune de ces pratiques n'a démontré d'effet.

Attention aux lubrifiants. Beaucoup de lubrifiants du commerce altèrent la mobilité des spermatozoïdes. Si vous en avez besoin, choisissez une formulation explicitement compatible avec la conception.

4 Le bilan de première intention

C'est ici que la plupart des parcours perdent du temps. Le principe est simple : **les deux partenaires sont explorés en même temps, dès la première consultation.**

Côté féminin

Évaluation de la réserve ovarienne

- **Dosage de l'AMH** (hormone antimüllérienne) — réalisable à n'importe quel moment du cycle
- **Compte des follicules antraux** en échographie, entre le 2^e et le 5^e jour du cycle

Les deux, et non l'un ou l'autre : ils ne mesurent pas exactement la même chose et se complètent.

Bilan hormonal

- TSH — un trouble thyroïdien, même modéré, retentit sur l'ovulation
- Prolactine
- Selon le contexte : testostérone, delta-4-androstènedione, 17-hydroxyprogestérone

Imagerie

- Échographie pelvienne : utérus, ovaires, recherche de myomes, de polypes, d'endométriose
- **Perméabilité tubaire** : hystérosalpingographie, ou **HyFoSy** (échographie avec produit de contraste), nettement mieux tolérée et sans irradiation

Sérologies réglementaires avant toute prise en charge en AMP.

Côté masculin

Le spermogramme est demandé d'emblée, en même temps que le bilan féminin. Pas dans un second temps, pas « si le bilan de madame est normal ».

Il s'accompagne d'un **spermocytogramme**, qui analyse la forme des spermatozoïdes.

Si le résultat est anormal, l'examen est **répété à trois mois d'intervalle** : un cycle complet de fabrication des spermatozoïdes dure environ **74 jours**, et une fièvre, une infection ou une période de stress peuvent altérer transitoirement un prélèvement.

L'ERREUR LA PLUS FRÉQUENTE DU PARCOURS

Une cause masculine est en jeu, seule ou associée, dans **environ la moitié** des couples infertiles. Faire attendre le spermogramme fait perdre des mois, expose la femme à des examens invasifs inutiles, et fausse d'emblée la répartition des responsabilités dans le couple. Un spermogramme coûte peu, ne fait pas mal, et se fait en une matinée.

Comprendre votre AMH

L'AMH est probablement le résultat le plus mal interprété de tout le bilan.

Ce qu'elle dit : une estimation du **nombre** d'ovocytes encore disponibles, et donc de la réponse probable à une stimulation ovarienne. C'est son intérêt principal.

Ce qu'elle ne dit pas :

- Elle ne mesure pas la **qualité** des ovocytes, qui dépend de l'âge, pas du stock
- Elle **ne prédit pas** votre probabilité de concevoir naturellement
- Elle ne prédit pas la date de votre ménopause avec une précision utile

Une AMH basse à 30 ans n'est pas une condamnation : de nombreuses femmes concernées conçoivent naturellement. Une AMH rassurante à 41 ans ne compense pas l'âge des ovocytes.

Si votre AMH est basse, la conclusion utile n'est pas « je ne pourrai pas » mais « il ne faut pas laisser passer le temps ».

5 Les grandes causes

Les causes se répartissent schématiquement en trois tiers : un tiers féminin, un tiers masculin, un tiers mixte ou inexpliqué.

Troubles de l'ovulation

Première cause féminine, dominée par le **syndrome des ovaires polykystiques**. Ils se traduisent le plus souvent par des cycles longs, irréguliers ou absents — mais pas toujours.

Ce sont aussi, et c'est important, les causes qui répondent le mieux au traitement.

Voir le guide SOPK/SMOP de cette collection.

Causes tubaires

Trompes bouchées ou altérées, le plus souvent par séquelle d'infection génitale haute (chlamydia au premier rang, souvent passée totalement inaperçue), par endométriose ou après une chirurgie pelvienne.

Endométriose

Elle peut altérer la fertilité par plusieurs mécanismes : atteinte tubaire, atteinte ovarienne, inflammation pelvienne. Le délai diagnostique reste beaucoup trop long. Des règles très douloureuses, des douleurs pendant les rapports ou des douleurs pelviennes chroniques justifient une exploration.

Voir le guide Douleurs pelviennes menstruelles de cette collection.

Causes utérines

Polypes, myomes déformant la cavité, cloison utérine, synéchies après un geste endo-utérin. Souvent accessibles à un traitement simple.

Causes masculines

Anomalies de nombre, de mobilité ou de forme des spermatozoïdes ; azoospermie ; varicocèle ; causes hormonales, génétiques ou obstructives. Une prise en charge urologique spécialisée est

justifiée dès qu'un spermogramme est anormal sur deux prélèvements.

Infertilité inexplicée

10 à 15 % des couples. Tous les examens sont normaux et la grossesse ne vient pas. C'est une situation frustrante, mais ce n'est pas une impasse : les taux de succès en AMP y sont plutôt bons.

6 Ce qui change vraiment les choses

Peu de facteurs de mode de vie ont un effet démontré. Ceux qui l'ont, l'ont fortement.

Le tabac

C'est de loin le premier. Chez la femme : altération de la réserve ovarienne, avancée de l'âge de la ménopause d'un à deux ans, augmentation du risque de fausse couche et de grossesse extra-utérine. Chez l'homme : diminution de la concentration et de la mobilité des spermatozoïdes.

L'effet est dose-dépendant et **largement réversible à l'arrêt**. C'est la mesure la plus efficace de toute cette liste, pour les deux partenaires.

Le poids

Les **deux extrêmes** pénalisent la fertilité, et pas seulement le surpoids.

Un IMC élevé perturbe l'ovulation, diminue les taux de succès en AMP et augmente les complications obstétricales. Un IMC bas — en dessous de 18,5 — ou une perte de poids rapide peuvent suspendre l'ovulation, tout comme une activité sportive très intense.

Une perte de 5 à 10 % du poids chez une femme en surpoids avec troubles de l'ovulation suffit fréquemment à restaurer des cycles ovulatoires.

Voir le guide Surpoids, obésité & gynécologie de cette collection.

Alcool, cannabis, chaleur

L'alcool a un effet dose-dépendant chez les deux partenaires. Le cannabis altère la spermatogenèse et la fonction érectile.

Chez l'homme, la chaleur testiculaire compte : bains chauds prolongés, sauna, ordinateur portable posé sur les genoux, station assise très prolongée.

Ce qu'il faut commencer dès maintenant

Acide folique, 400 µg par jour, dès l'arrêt de la contraception et non à la découverte de la grossesse — la fermeture du tube neural est achevée à la quatrième semaine, souvent avant que le test ne soit fait.

La dose passe à **5 mg par jour** en cas d'antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural, de diabète, d'obésité, de traitement antiépileptique ou d'antécédent de chirurgie bariatrique.

Voir également le guide Vitamine D de cette collection.

Ce qui n'a pas fait ses preuves

La grande majorité des compléments « fertilité » vendus en pharmacie ou en ligne n'a jamais démontré d'effet sur les taux de grossesse. Certains associations sont raisonnables dans des situations précises, sur prescription. Aucune ne remplace l'arrêt du tabac.

Le dire évite des dépenses inutiles et, surtout, la culpabilité de « ne pas en avoir assez fait ».

7 Le parcours d'AMP, expliqué

Les étapes, du plus simple au plus complexe

Stimulation ovarienne simple. Des comprimés ou des injections pour déclencher une ovulation, avec surveillance échographique et rapports programmés. Indiquée quand l'ovulation est le problème principal.

Insémination intra-utérine (IIU). Le sperme est préparé au laboratoire, puis déposé directement dans l'utérus au moment de l'ovulation. Geste simple, indolore, réalisé en consultation. Suppose des trompes perméables et un spermogramme correct ou peu altéré.

Fécondation in vitro (FIV). Stimulation ovarienne, ponction des ovocytes sous anesthésie, mise en contact avec les spermatozoïdes au laboratoire, puis transfert d'un embryon dans l'utérus. Les embryons surnuméraires sont congelés et pourront être transférés lors de cycles ultérieurs, beaucoup plus légers.

ICSI. Une FIV dans laquelle un spermatozoïde unique est injecté directement dans l'ovocyte. Indiquée principalement en cas d'anomalie spermatique importante.

Don de gamètes. Don d'ovocytes ou de spermatozoïdes, lorsque les gamètes du couple ne permettent pas la grossesse.

Taux de succès : lire les bons chiffres

Un taux de succès « par tentative » et un taux « cumulé sur plusieurs tentatives » ne racontent pas la même histoire, et c'est la source de malentendu la plus fréquente.

Une FIV a un taux de grossesse par transfert qui peut sembler modeste ; le taux cumulé après plusieurs transferts, en comptant les embryons congelés, est nettement plus élevé.

Demandez toujours à votre équipe les deux chiffres, **pour votre âge et votre indication** — les moyennes générales ne vous concernent pas.

Prise en charge en France

L'Assurance Maladie prend en charge les actes d'AMP à **100 %**, dans les limites suivantes :

- Pour la femme qui porte l'enfant : **jusqu'à son 45e anniversaire**
- **La ponction d'ovocytes reste possible jusqu'au 43e anniversaire**

- Pour le conjoint ne portant pas l'enfant : jusqu'à son 60e anniversaire
- **6 inséminations** et **4 fécondations in vitro** au maximum, par grossesse obtenue

L'accès est ouvert aux couples hétérosexuels, aux couples de femmes et aux femmes non mariées.

UNE NUANCE QUI CHANGE TOUT

Les deux bornes d'âge sont distinctes. Après 43 ans, une nouvelle ponction d'ovocytes n'est plus possible — mais le **transfert d'embryons congelés** obtenus auparavant reste pris en charge jusqu'au 45e anniversaire. Beaucoup de patientes croient leur parcours clos à 43 ans alors qu'il ne l'est pas.

Préserver sa fertilité

Pour raison médicale — avant une chimiothérapie, une radiothérapie ou une chirurgie susceptible d'altérer la fertilité — la conservation de gamètes est possible **sans condition d'âge**. Elle doit être proposée systématiquement.

Hors indication médicale, depuis la loi de bioéthique de 2021 :

- **Ovocytes : de 29 ans à 36 ans révolus**
- **Spermatozoïdes : de 29 ans à 44 ans révolus**

C'est une possibilité encore mal connue, et la fenêtre est étroite. Si le sujet vous concerne, il vaut mieux en parler tôt : la démarche demande plusieurs mois.

8 Consulter sans attendre

Prenez rendez-vous rapidement, indépendamment de votre durée d'essai, en cas de :

- Absence de règles depuis plus de trois mois, hors grossesse
- Cycles de plus de 35 jours ou très irréguliers
- Règles douloureuses retentissant sur votre travail ou votre vie quotidienne
- Douleurs pendant les rapports
- Deux fausses couches ou plus
- Écoulement mammaire spontané
- Apparition d'une pilosité importante, d'une acné sévère ou d'une chute de cheveux
- Chez votre conjoint : troubles de l'érection ou de l'éjaculation, douleur ou masse testiculaire

9 Questions fréquentes

« **J'ai arrêté la pilule il y a deux mois, est-ce normal que rien ne vienne ?** » Oui. Le retour d'une ovulation régulière demande un à trois cycles, et il faut ensuite laisser jouer les probabilités habituelles. Le compteur des douze mois démarre à l'arrêt de la contraception.

« **Mon cycle fait 35 jours, est-ce un problème ?** » Un cycle de 35 jours peut être parfaitement ovulatoire — l'ovulation survient simplement plus tard, vers le 21^e jour. Ce qui doit alerter, c'est l'irrégularité importante ou l'allongement au-delà de 35 jours.

« **On m'a dit que j'avais des ovaires polykystiques à l'échographie.** » Un aspect polykystique à l'échographie n'est **pas** un syndrome des ovaires polykystiques. Le diagnostic exige l'association de plusieurs critères. Beaucoup de femmes ont cet aspect échographique sans aucun trouble de la fertilité.

« **Faut-il faire un bilan avant même de commencer à essayer ?** » En règle générale, non. Sauf si vous avez l'un des antécédents listés au chapitre 2, ou si vous avez plus de 35 ans et souhaitez anticiper : dans ce cas, une consultation préconceptionnelle est utile.

« **Le stress empêche-t-il de tomber enceinte ?** » Le lien direct est beaucoup plus faible qu'on ne le dit. En revanche, le stress lié au parcours lui-même réduit la fréquence des rapports et dégrade la vie du couple, ce qui a un effet bien réel. C'est une raison de plus pour ne pas transformer chaque cycle en examen.

« **Combien de temps faut-il continuer avant d'envisager une AMP ?** » C'est la question à poser à votre médecin dès la première consultation, en fonction de votre âge, de votre bilan et de votre histoire. Aucune règle générale ne s'y substitue.

Ce guide ne remplace pas une consultation médicale.

Dr Hugues Geoffrion — médecin gynécologue

© Reproduction interdite sans autorisation · docteurgeoffrion.com