



HAL
open science

Mise en place du lien mère-enfant dans le post-partum après une grossesse issue d'un don d'ovocyte

Alix Caupin

► **To cite this version:**

Alix Caupin. Mise en place du lien mère-enfant dans le post-partum après une grossesse issue d'un don d'ovocyte. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02091317

HAL Id: dumas-02091317

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02091317v1>

Submitted on 5 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Académie de Paris
École de Sages-Femmes – Hôpital Saint Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI
Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme

**Mise en place du lien mère-enfant
dans le post-partum après une
grossesse issue d'un don d'ovocyte**

Caupin Alix

Née le 05/10/1995 à Fontainebleau

Nationalité Française

Co-directrices de mémoire :

Dr Emmanuelle Mathieu d'Argent

Mme Charlotte Dudkiewicz-Sibony

Année universitaire 2017-2018

Académie de Paris
École de Sages-Femmes – Hôpital Saint Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI
Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme

**Mise en place du lien mère-enfant
dans le post-partum après une
grossesse issue d'un don d'ovocyte**

Caupin Alix

Née le 05/10/1995 à Fontainebleau

Nationalité Française

Co-directrices de mémoire :

Dr Emmanuelle Mathieu d'Argent

Mme Charlotte Dudkiewicz-Sibony

Année universitaire 2017-2018

REMERCIEMENTS

A Mme Dudkiewicz-Sibony, co-directrice de ce mémoire, pour le temps qu'elle a pris à m'encadrer et m'aider à réaliser mes entretiens, ainsi que ses précieux conseils.

Au Dr Mathieu d'Argent, co-directrice de ce mémoire, sans qui le recrutement des patientes n'aurait pas été possible, pour avoir accepté de m'aider.

Aux femmes qui ont accepté de partager leurs parcours avec nous et qui ont permis à ce mémoire d'être aussi riche.

A l'ensemble des membres de ma famille pour leur soutien inconditionnel. A mes parents, Christel et Vincent, qui ont toujours cru en moi, pour leur écoute, leur bienveillance, leur patience. A leurs relectures attentives et pointilleuses qui ont permis d'enrichir ce mémoire.

A l'ensemble de ma promotion pour ces 4 années passées en leur compagnie. Plus particulièrement à Clémence, Cloé, Marion, Mélanie, Solène et Valentine, pour leur amitié et pour les beaux souvenirs construits ensemble qui auront rendu mes années d'études inoubliables ; pourvu qu'ils soient encore nombreux.

A Juliette, sans qui l'écriture de ce mémoire n'aurait pas été possible, pour l'oreille attentive qu'elle a toujours su être, et pour si bien me comprendre.

A Flore, pour sa présence et son soutien lors de la dernière ligne droite, preuve de son amitié à travers les années.

A tous ceux que je n'ai pu citer mais qui je l'espère se reconnaîtront, qui m'ont entouré durant ces 5 années et ont rendu ma vie plus belle.

SOMMAIRE

PREAMBULE	1
Partie 1 : INTRODUCTION A L'ETUDE	2
I. Le don d'ovocyte, une technique d'Assistance Médicale à la Procréation en évolution, encadrée par la loi	2
1. Qu'est-ce que l'AMP ?.....	2
2. Don d'ovocyte en France et réglementation	2
3. Le don d'ovocyte dans la pratique	4
II. Le don d'ovocyte, un parcours marqué par des remaniements psychologiques	5
1. Qui sont ces femmes et ces couples bénéficiant d'un don d'ovocytes ?.....	5
2. Un temps d'attente	6
3. Le temps de la grossesse.....	7
4. L'arrivée de l'enfant dans la famille.....	9
III. Le post-partum, une période de fragilité pour toute femme primipare	11
1. Définition	11
2. Des remaniements psychologiques	11
3. L'allaitement maternel	13
Partie 2 : ETUDE ET METHODOLOGIE	15
I. Objectifs et hypothèses	15
1. Objectif de l'étude.....	15
2. Hypothèses	15
II. Méthodologie	16
1. Type d'étude	16
2. Choix de l'outil méthodologique.....	16
3. Modalités de l'enquête.....	17
III. Résultats et analyse	19
1. Profil général de la population	19
2. Parcours.....	20
3. La grossesse et l'accouchement	23
4. Le post-partum précoce et la découverte d'une nouvelle fonction, la maternité	28
5. L'allaitement maternel	34

6. Entourage et secret.....	37
7. Post-partum à domicile et perspectives.....	42
Partie 3 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	48
I. Discussion de la méthodologie.....	48
1. Limites et biais.....	48
2. Points forts.....	49
II. Principaux résultats et discussion.....	49
1. La plupart des évènements marquants de la mise en place du lien mère-enfant au cours du post-partum chez les femmes primipares ayant bénéficié d'un DO sont identiques à ceux de toute femme primipare.....	50
2. Le DO constitue un facteur spécifique qui va impacter de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant au cours de la période particulière qu'est le post-partum chez les femmes en ayant bénéficié.....	52
III. Perspectives et implications.....	57
CONCLUSION.....	59
ANNEXES.....	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
GLOSSAIRE.....	84

PREAMBULE

L'assistance médicale à la procréation (AMP) représentait, en 2014, 3,1% des naissances en France (1). Le don d'ovocyte (DO), technique d'AMP, est un acte qui consiste à prélever les ovocytes d'une femme donneuse et volontaire. Ces derniers sont ensuite préparés et fécondés au laboratoire par le sperme du conjoint de la patiente infertile. L'embryon est alors transféré dans l'utérus de cette dernière, et elle portera, dans le meilleur des cas, la grossesse jusqu'à son terme (2).

Le DO, pratiqué en France depuis 1984-85, est aujourd'hui en constante évolution. En 2008, 145 naissances ont eu lieu grâce au DO alors qu'en 2014, nous en comptons 239 (3). Cette pratique est encadrée par la loi bioéthique, dont la dernière actualisation date du 7 juillet 2011, et par l'agence de la biomédecine (ABM), qui mène des campagnes d'information afin de recruter des donneuses (4).

Des études s'intéressent au vécu de la femme receveuse de DO, du parcours d'AMP à la relation à plus long terme avec l'enfant issu de cette grossesse. Elles constatent un certain nombre de remaniements psychologiques. Pour autant, elles ne sont pas centrées sur le lien mère-enfant dans le post-partum. Après avoir rencontré en stage des femmes ayant accouché après une grossesse issue d'un DO et avoir effectué une revue de la littérature, nous avons voulu nous intéresser plus particulièrement à ce lien. La période du post-partum, comme le lien mère-enfant, sont au cœur du métier des sages-femmes. Il pourrait s'avérer judicieux de proposer un accompagnement adapté à ses besoins à la population de mères grâce au DO. Pour cela, il nous a semblé intéressant d'identifier les facteurs spécifiques relatifs au DO qui influenceraient de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum chez des femmes primipares.

Dans une première partie, nous étudierons le contexte actuel du DO en France, puis nous réaliserons une revue des différentes études concernant le vécu du parcours de DO, pour enfin nous intéresser aux remaniements psychologiques pour toute femme lors du post-partum. Dans une seconde partie, nous présenterons la méthodologie de notre étude pour ensuite exposer nos résultats et les analyser. Nous terminerons par la discussion de notre étude et la proposition de perspectives.

Partie 1 : INTRODUCTION A L'ETUDE

I. Le don d'ovocyte, une technique d'Assistance Médicale à la Procréation en évolution, encadrée par la loi

1. Qu'est-ce que l'AMP ?

L'AMP correspond aux pratiques biologiques et cliniques permettant la conception in vitro, la conservation des tissus germinaux, des gamètes et embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. Tous ces procédés sont établis sur une liste et fixés par arrêté du Ministre chargé de la santé après avis de l'ABM (5). C'est une réponse médicale à un problème médical.

L'infertilité concerne de nombreux couples en France : un sur sept sera amené à consulter un médecin au moins une fois pour infertilité supposée. Un couple sur 10 suivra alors un traitement pour remédier à son infertilité (6).

Depuis 1982, date à laquelle est née Amandine, le premier « bébé-éprouvette » français, ce sont plus de 100 000 enfants qui ont vu le jour en France après une fécondation in vitro (FIV) (7).

Sont distinguées dans l'AMP deux catégories de techniques pour palier à l'infertilité : l'AMP intraconjugale et l'AMP avec tiers donneur (donc don de gamètes).

2. Don d'ovocyte en France et réglementation

Le DO est donc une technique d'AMP avec tiers donneur.

Le premier enfant né après un DO a vu le jour en Australie en 1984 (8).

En France, le DO est apparu dans les années 1984-85. Son exercice a été encadré par les recommandations du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dès 1989 (9,10) puis a été légalisé par les lois bioéthiques du 29 juillet 1994 (11,12) actualisées le 6 août 2004 (13) et le 7 juillet 2011 (4), et seront mises à jour en 2018 (14).

Si nous pouvons noter des évolutions au fur et à mesure des actualisations de ces lois, les grands principes restent les mêmes que pour l'essentiel des dons du corps humain en

France : consentement, gratuité et anonymat. Le DO doit donc être volontaire. De plus, la donneuse n'est pas rémunérée, mais tous les frais (médicaux ou non) occasionnés par le don sont pris en charge. Enfin, l'anonymat doit être respecté pour la donneuse et la receveuse, ainsi il n'y a pas d'établissement de filiation entre la donneuse et l'enfant né du don (15).

Peuvent donner des ovocytes les femmes majeures, âgées de moins de 37 ans, et ayant bénéficié d'un bilan complet, permettant d'exclure les donneuses présentant un risque de transmission de maladie génétique, ou pour lesquelles le don est contre indiqué (sur le plan médical ou psychologique). Depuis la loi du 7 juillet 2011, mise en application par le décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes, le don est possible pour les femmes nullipares (16).

Concernant le couple receveur, son consentement, obligatoirement recueilli par le président du tribunal de grande instance ou par un notaire, est également nécessaire après information complète et compréhensible. Ce consentement rend alors incontestable la filiation à l'égard des parents.

Le don de gamètes est réservé uniquement aux couples composés d'une femme et d'un homme. Les deux membres du couple doivent être tous les deux en vie au moment où la technique d'AMP est mise en œuvre. Le double don de gamètes est, lui, interdit.

Les couples ayant recours au DO bénéficient auprès des caisses d'assurance maladie d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'infertilité du couple, jusqu'au 43^{ème} anniversaire de la femme receveuse (13).

La révision de la loi du 7 juillet 2011 réaffirme la finalité médicale de l'AMP. Ainsi, le DO a pour but de remédier à l'infertilité pathologique médicalement diagnostiquée d'un couple en âge de procréer ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Une des principales modifications de la révision de 2011 concerne la référence au statut juridique du couple bénéficiaire : toute exigence de preuve d'une vie commune d'au moins deux ans, critères nécessaires auparavant afin de bénéficier d'un DO, est abandonnée (4).

Depuis son apparition en France, le DO est une technique d'AMP qui se développe progressivement. L'ABM, créée par la révision de la loi bioéthique du 6 août 2004, a pour responsabilité de faire appliquer la loi de bioéthique dans tous les domaines. En matière d'AMP, elle a pour mission, entre autre, de faire la promotion du DO (3). Elle met donc

régulièrement en place des campagnes d'information afin de recruter plus de donneuses et de faire connaître le DO.

En effet, la réussite et le développement du DO dépendent en grande partie du recrutement de donneuses. Si, en 2008, seulement 265 des couples sur les 1 600 en attente ont bénéficié d'un DO et 145 enfants sont nés à la suite d'un don (6), entre 2010 et 2014 a été observée une augmentation de 40% des donneuses d'ovocyte (17). Cette augmentation est constante puisque 540 femmes ont donné leurs ovocytes en 2015, donc 8% de plus qu'en 2014 (18). Ce sont donc 239 enfants qui sont nés en 2014 à la suite d'un DO en France (3). La révision de la loi bioéthique a notamment concouru à cette évolution. Ainsi, le nombre de donneuses par an en France augmente de façon rapide récemment, à la fois du fait d'ouverture de nouveaux centres et du fait de l'ouverture du DO aux femmes nullipares.

Cependant, le nombre de dons reste insuffisant par rapport à la demande. Ainsi, environ 80% des demandeurs auraient recours à un don à l'étranger : on observe le développement d'un « tourisme procréatif », principalement en Espagne (2,19).

3. Le don d'ovocyte dans la pratique

Le DO est donc proposé aux femmes dont l'état de santé et l'utérus permettent de mener à bien une grossesse, et remplissant tous les critères évoqués par la loi. Le couple va alors suivre plusieurs étapes pour bénéficier du don (20).

Le Groupe d'Étude pour le Don d'Ovocyte (GEDO) précise, dans son document d'information, le parcours du couple qui va avoir recours au DO (21). Ce dernier va pouvoir bénéficier d'abord d'un entretien systématique et renouvelable à la demande auprès d'un psychologue ou médecin psychothérapeute du service.

La femme receveuse bénéficie d'un bilan médical complet comprenant des examens complémentaires (notamment un bilan étiologique de son infertilité et un bilan pré-conceptionnel). Une consultation spécialisée étudie également la muqueuse utérine afin d'apprécier les conditions d'implantation pour l'embryon.

Le conjoint receveur bénéficiera lui aussi d'examen complémentaires, notamment pour apprécier son spermogramme et spermocytogramme.

À la suite de ces examens, le couple va être inclus dans le programme de DO. Il sera alors mis en attente d'un don pour lesquels les critères d'appariement entre la donneuse et la

receveuse correspondent : caractères physiques, groupe sanguin, statut CMV, évitement du cumul de facteurs de risques génétiques (22).

Une fois les ovocytes de la donneuse prélevés et les spermatozoïdes du conjoint préparés, une FIV ou une micro-injection (ICSI) est réalisée. Les embryons obtenus sont alors soit transférés chez la receveuse en cycle synchronisé, soit cryoconservés pour un cycle ultérieur (23).

Le transfert de l'embryon se fait par les voies naturelles, après préparation de l'endomètre pour créer des conditions favorables pour la grossesse. Afin de déterminer si l'implantation a bien eu lieu, des dosages hormonaux sont réalisés 10 et 12 jours après le transfert.

À noter que depuis la loi bioéthique du 7 juillet 2011, la vitrification ovocytaire est autorisée alors qu'elle était, auparavant, interdite en France. Ainsi, les ovocytes prélevés peuvent être conservés sans être mis immédiatement en fécondation. Une véritable banque d'ovocytes peut être mise en place (24).

Nous pouvons donc constater que le parcours d'un couple receveur d'un DO est long et doit remplir de nombreuses conditions, encadrées par la loi.

II. Le don d'ovocyte, un parcours marqué par des remaniements psychologiques

1. Qui sont ces femmes et ces couples bénéficiant d'un don d'ovocytes ?

Initialement, l'indication de DO était principalement posée pour les femmes en insuffisance ovarienne totale et définitive. Puis, les échecs de FIV intraconjugale ont par la suite intégré les indications au DO (25).

En 2005, 64.7% des femmes ayant une indication de DO étaient en insuffisance ovarienne prématurée. Parmi ces dernières, l'insuffisance était idiopathique pour 52.4%, post-thérapeutique pour 20.7%, due à un Syndrome de Turner pour 18.6% et consécutive à une aménorrhée primaire ou primosecondaire d'origine gonadique en dehors des étiologies connues précitées pour 8.3%. Par ailleurs, 24.5% des indications concernaient des femmes ayant subi plusieurs échecs d'AMP, 7.6% étaient dues à des causes génétiques, et les

3.2% restant concernaient des insuffisances ovariennes occultes sans tentative de FIV au préalable (23).

Si les étiologies précitées concernent les principales indications de DO, chaque inclusion dans le programme de DO sera bien évidemment discutée au cas par cas.

2. Un temps d'attente

Pour la plupart des femmes bénéficiant d'un DO, ce dernier est consécutif à une infertilité. Certaines d'entre elles ont déjà vécu un parcours de FIV intraconjugal. Le temps d'attente, à partir du désir d'enfant, peut donc être antérieur à l'inscription dans un parcours de DO.

Selon Canneaux et al. (26), le recours au DO se fait dans un contexte de « *fragilisation narcissique* », nécessitant un appel à une femme extérieure au couple pour avoir un enfant, la femme étant dans « *l'incapacité à offrir un enfant à son conjoint* ».

L'étude de Cochini et al. (6) inclut exclusivement les femmes entrant dans le programme du DO pour stérilité féminine. L'inscription dans ce parcours contraindrait alors la femme infertile à façonner ses représentations maternelles avec de nouvelles données. Une fois l'indication de DO posée, les femmes auraient un double mouvement psychique : le deuil des ovocytes et le deuil de l'enfant imaginé. Le désir d'enfant, le désir maternel, le désir de grossesse, les représentations concernant l'enfant imaginé seraient mises en branle. Mais le désir de grossesse et de maternité va, la plupart du temps, primer sur le deuil de l'enfant génétique. Cependant, un temps de réflexion est nécessairement pris pour la femme et le couple s'engageant dans ce parcours. Certains couples vont anticiper l'échec d'AMP et envisager en parallèle l'adoption.

Pour Guillou et al. (8), le DO est un parcours d'AMP largement investi. L'attente du don serait difficile à gérer, avec un sentiment d'être « *sur une liste* ». Elle est synonyme d'immobilisme, provoquerait pour toutes une grande souffrance, une immense déception, une frustration. Nous retrouvons un sentiment de solitude et d'incompréhension. Cependant, les femmes interrogées ne renonçaient pas et avaient, au contraire, un esprit combatif.

Enfin, selon Bydlowski (27), les femmes en attente d'un don minimiseraient souvent l'importance de la rupture de filiation génétique. La grossesse est espérée et attendue comme susceptible de fournir une réassurance et une restauration narcissique.

Pour l'ABM, le délai moyen d'attente, une fois le couple inscrit dans le programme de DO, varie entre 6 et 60 mois (20). Nous pouvons donc comprendre la crainte d'un délai d'attente démesuré (23).

Nous pouvons ainsi constater que le temps d'attente est long et amène pour la plupart des femmes un deuil de l'enfant génétique ainsi qu'un remaniement de ses représentations maternelles. Les études réalisées permettent de mettre en avant tous les sentiments difficiles de ces femmes qui trouvent cependant une certaine combativité durant ce temps d'attente. Et leur meilleure récompense sera l'avènement de la grossesse.

3. Le temps de la grossesse

Malheureusement, toutes les femmes en attente d'un DO ne vont pas nécessairement vivre une grossesse. De plus, le transfert d'embryon ne va pas toujours permettre que la grossesse soit menée jusqu'à terme. Si les receveuses apparaissent globalement peu anxieuses par rapport au transfert d'embryon, il n'en est pas moins lors de la grossesse (23). Rares sont les études réalisées auprès de femmes enceintes après un DO, avec souvent un faible taux de patientes incluses. Cependant, toutes celles réalisées s'accordent sur de nombreux points, développés ci-après.

Ainsi, l'étude de Cochini et al. (6) s'est concentrée sur les différentes étapes d'un DO mais aucune femme enceinte après le septième mois de grossesse n'a été recrutée. Quarante-vingt pour cent des receveuses interrogées un mois après le transfert d'embryon et quel qu'en soit l'issue, éprouvaient de la joie ou du bonheur et 33% ont ressenti de l'espoir. Par ailleurs, il est avant tout important de noter que pour toute grossesse, qu'elle soit issue d'un DO ou non, il existe de nombreux remaniements psychiques. Concernant plus particulièrement les receveuses d'un DO, elles donneraient une place importante à la grossesse, qui effacerait toute trace de la réalité antérieure et des souffrances associées. Le ventre rond représenterait un symbole extérieur de fécondité. Cependant, une part d'étrangeté peut devenir inquiétante voire angoissante. La donneuse serait, elle, représentée autant en tant que salvatrice qu'en tant que rivale (27).

L'étude de Guillou et al. (8) a permis de recruter trois femmes enceintes après DO et quatre femmes devenues mères grâce à un don anonyme effectué à l'étranger. Est alors retrouvé,

chez toutes, un sentiment de joie immense lorsque la grossesse arrive et les remet en position de femme fertile. Cependant, elles sont toutes anxieuses car « *l'ombre de la fausse couche plane* » pendant les 3 premiers mois, anxiété qui peut se poursuivre durant la suite de la grossesse. Si ce point concerne de manière générale toute femme enceinte, l'étude retrouve également un sentiment d'ambivalence à l'égard de la donneuse ; pour certaines des femmes enceintes, il existe une minimisation de l'acte de la donneuse, pour d'autres une grande reconnaissance envers cette dernière. Enfin, des interrogations concernant la ressemblance avec l'enfant sont présentes, énonçant une crainte de ne pas le reconnaître, alors que d'autres parlent plutôt d'une ressemblance qui sera sociale et acquise.

Il est cependant important de noter que les grossesses issues d'un DO sont plus souvent causes de complications gravidiques : c'est le cas, d'après Ohl et al (28), pour les femmes ayant accouché à Strasbourg après une grossesse issue d'un DO, entre 1999 et 2010. Le taux de fausses couches n'est augmenté que dans les indications de DO post thérapeutique. Près de la moitié des grossesses de l'étude sont marquées par une complication maternelle ou foetale, les plus fréquentes étant l'hypertension artérielle ou la pré-éclampsie, et la prématurité. Ces complications surviennent quelle que soit l'indication initiale du DO. Mais différents facteurs peuvent interférer dans ces résultats (âge, facteurs utérins, grossesse multiple). De plus, des résultats différents étant retrouvés dans des études d'autres pays, il faut donc interpréter ces résultats avec prudence. Un plus grand échantillon français nous permettrait de pouvoir conclure quant à ces complications. Si elles existent réellement, elles peuvent également influencer le vécu de la grossesse.

Dans l'étude de Canneaux et al. (26), huit couples ont été rencontrés à 7-8 mois d'une grossesse issue d'un DO. Nous pouvons à nouveau noter une minimisation de l'importance du geste de la donneuse, qui peut apparaître comme une femme et mère « *rivale* ». L'importance de la grossesse en tant que mère est alors mise en avant, afin de contenir les angoisses. Une déception de ne pas avoir un enfant « *semblable à soi* » demeure, avec la crainte de ne pas le reconnaître. L'étude retrouve également une déception de ne pouvoir mettre au monde un enfant qui s'inscrirait dans la continuité générationnelle de la famille, une « dette à vie » que les femmes concernées ne pourraient pas régler auprès de leurs parents. La grossesse ne suffirait pas toujours à effacer la blessure liée à l'infertilité. Pour Murray et al. (29), la grossesse aiderait à compenser l'absence de lien génétique. Letur (23) retrouve également un oubli de la stérilité antérieure, avec un saut de l'état de personne stérile à l'état de femme puis de mère.

Les différentes études, en émettant bien sûr une réserve sur leur niveau de preuve, distinguent plusieurs remaniements pendant la grossesse issue d'un DO. Nous retrouvons ainsi de l'ambivalence à l'égard de la donneuse, un passage de femme infertile à féconde, la joie mélangée à l'anxiété concernant l'issue de cette grossesse et l'arrivée de cet enfant.

4. L'arrivée de l'enfant dans la famille

L'accouchement et l'arrivée de cet enfant tant attendu correspondent à un aboutissement. Tout comme la grossesse, puisque les naissances après DO sont peu nombreuses, peu d'études généralisables à cette population concernant l'après accouchement sont retrouvées. Elles se concentrent pour la plupart sur des données à propos du développement de l'enfant à long terme.

Nous retrouvons tout d'abord une interrogation concernant le secret. Peu d'études s'accordent sur les chiffres. Pour Cochini et al. (6), pendant la grossesse, 84% des parents auraient l'intention de dire à leur enfant comment il a été conçu, alors que pour Karpel et al. (30), le recours au don constituerait dans 70% des cas un secret. La revue de la littérature de Canneaux et al. (31) confirme cette disparité, variable notamment selon les pays : si 10 à 90% des couples déclarent avoir l'intention d'informer leur enfant sur sa conception par DO, 5 à 30% le feraient réellement après la naissance. Cependant, 59 à 93% des couples informeraient leurs proches. Si l'âge de l'annonce est majoritairement entre trois et cinq ans, une information graduelle est préconisée.

L'étude de Canneaux et al. (26) a permis de rencontrer des couples aux 3 mois de l'enfant né après DO, afin d'observer les remaniements introduits par la naissance et l'expérience de la parentalité, ainsi que d'évaluer l'alliance familiale. Comme pour toute femme ayant accouché, le deuil de l'enfant imaginaire est nécessaire afin de rencontrer l'enfant réel. Ce processus serait amplifié après un DO. Est notamment retrouvé une mise en avant des traits de ressemblance avec le père ou encore avec la mère elle-même. Il existerait également, comme pendant la grossesse, une rivalité à l'égard de la donneuse. Les mères s'appuieraient donc sur des signes de reconnaissance de leur enfant pour atténuer cette angoisse. Il peut alors y avoir un surinvestissement envers l'enfant. Dans cette étude, le jeu triadique de Lausanne évalue l'alliance familiale, qui peut alors être dite « *non*

fonctionnelle ». Cependant, cette conclusion ne peut être généralisée puisque seuls 4 couples ont été rencontrés.

Pour Letur et al. (22), l'élaboration du lien mère-enfant ne donne lieu ni à des conflits, ni à des difficultés parentales. Un développement normal de l'enfant est retrouvé jusqu'à l'âge de 3 ans. À contrario, Bydlowski (27) estime que le couple est plus facilement en conflit autour de l'enfant et retrouve un éventuel surinvestissement à la naissance. Elle constate à nouveau que des angoisses sont associées autour de la part génétique étrangère de l'enfant.

D'un point de vue pédiatrique, Le Houezec (32) estime que l'AMP mobilise les fantasmes inconsciemment chez tout professionnel. Il faudra donc être attentif avec la manière dont cela interfère avec la pratique pour ne pas tomber dans le piège explicatif de l'AMP.

Sur le plus long terme, dans l'étude de Murray et al. (29), qui concerne 17 enfants nés après DO rencontrés avec leur mère au Royaume-Uni, le développement social et émotionnel de l'enfant à 12 ans est normal. Le DO n'interfererait alors pas avec la qualité de la parentalité.

La plupart des études s'accordent à dire que, à long terme, le fait d'avoir un enfant issu d'un DO n'altérerait ni le lien mère-enfant, ni son développement. Cependant, sont retrouvés un éventuel surinvestissement à la naissance, une part d'angoisse concernant l'étrangeté, et un grand questionnement autour de la place du secret. Pour certains, le DO donnerait même lieu à une alliance familiale « *non fonctionnelle* », et laisserait ainsi place à des conflits. Toutes ces informations sont, encore une fois, à interpréter avec prudence étant donné le faible effectif des études, et les nombreux facteurs qui peuvent interférer.

Peu de données sont retrouvées concernant le post-partum chez la femme ayant accouché après une grossesse issue d'un DO. Dans la population strasbourgeoise de Ohl et al. (28), 64.3% des patientes enceintes après DO ont accouché par césarienne, nous pouvons donc penser que c'est un terrain qui va impacter la rencontre. Pour Canneaux et al. (31), le post-partum représente, pour toute femme, une période de fragilité, où les femmes ayant accouché après un DO plus particulièrement vont notamment mettre à distance les angoisses associées au don.

III. Le post-partum, une période de fragilité pour toute femme primipare

1. Définition

La période des suites de couches, également appelée post-partum, correspond à la disparition des transformations physiologiques de l'organisme maternel survenues pendant la grossesse, pour lui permettre de retrouver son état antérieur. Cette période débute 2 heures après l'accouchement, dure 6 semaines, et se termine par le retour des menstruations (33). Sont retrouvés de nombreux bouleversements physiques et psychiques. Nous distinguons plus particulièrement durant cette période le post-partum précoce, correspondant aux 4 jours suivant l'accouchement, où, en France, la femme est hospitalisée en maternité. Le post-partum à domicile débute, lui, à partir du retour à domicile de la femme jusqu'aux 6 semaines qui suivent son accouchement (34).

2. Des remaniements psychologiques

Lors de la naissance d'un premier bébé, nous assistons également à la naissance des parents. De nombreux réaménagements sont ainsi retrouvés lors du post-partum : le couple devient une famille, et doit donc assumer de nouveaux rôles. Sont d'abord évoqués lors de la mise au monde majoritairement des sentiments de bonheur et de joie (35). S'en suit une corrélation entre l'expérience de l'accouchement et l'état émotionnel du post-partum précoce (36).

La période des suites de couches constitue ainsi une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents. Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risques psychosociaux. De plus, le risque pour l'ensemble des troubles psychiques est globalement accru en période périnatale (37,38). L'adaptation au nouveau rôle de mère conduit à un certain déséquilibre psychologique, le post-partum étant une période de transition vers la parentalité, avec de nouvelles responsabilités à assumer (39).

Il est fréquent de constater, durant le post-partum précoce, un syndrome dépressif mineur fait d'irritabilité, de pleurs, d'anxiété, appelé « *baby-blues* » (50 à 80% des naissances) (38). C'est une période durant laquelle la mère fait le deuil de la mère parfaite, et reconnaît l'enfant imaginé en tant qu'enfant réel. Ce blues est transitoire, spontanément résolutif dans

les dix premiers jours. Son importance est fonction de la fatigue psychique, nerveuse et affective précédant l'accouchement. L'évolution est favorable à condition que la femme soit aidée par son entourage, sans être surprotégée. Dans 13% des cas, le blues sévère est à risque de se poursuivre sous forme de dépression postnatale. Les troubles anxieux sont également fréquents (13% des naissances) et de nature diverse, souvent associés aux troubles dépressifs (33).

Nous retrouvons dans l'étude de Boudou et al. (40) une relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du baby-blues, et de manière générale des troubles de l'humeur du post-partum. Les résultats montrent que certaines caractéristiques socio-biographiques, la présence de vulnérabilité psychologique, le vécu de la grossesse et les événements liés à la période gravido-puerpérale seraient fortement liés à l'état mental de la mère en post-partum. Nous remarquons également une hyperréactivité émotionnelle des mères 3 jours après leur accouchement. L'étude de Terry et al. (41) montre, quant à elle, que le stress de la mère après la naissance de l'enfant peut être lié aux événements de la grossesse, de l'accouchement, notamment de complications obstétricales, au soutien social reçu et à la survenue concomitante d'autres événements stressants.

Le changement de vie lié à la naissance de son premier enfant et le stress vont donc engendrer chez ces mères primipares des processus d'ajustement. Selon une étude auprès de 60 mères primipares ayant accouché à terme (39), les événements importants cités par les mères lors du post-partum concernent principalement l'enfant, la mère étant généralement mise au second plan. Durant le post-partum précoce, les événements marquants principalement retenus par les femmes sont les interactions avec le personnel soignant, l'allaitement (événement le plus fort), et les conditions d'hospitalisation. L'allaitement maternel est également retrouvé comme l'événement le plus important lors du post-partum à domicile. Ensuite, une signification particulière est donnée aux événements touchant aux pleurs du bébé et à ses problèmes de santé, qui vont avoir une répercussion sur le sentiment de compétence de la mère. Certaines vont alors présenter des réactions de stress, des états anxieux et/ou dépressifs. Les femmes utilisent donc des stratégies d'ajustement pour faire face à ces situations de stress. Dans le post-partum précoce, elles vont rechercher un soutien social, en particulier avec leur conjoint. Le soutien émotionnel et d'estime seraient également appréciés par les femmes, les visites de l'entourage en maternité ayant alors un impact. Pendant le post-partum à domicile, elles vont plutôt utiliser leurs ressources internes.

Une autre étude de Razurel et al. où des primipares ont été rencontrées 6 semaines après leur accouchement (34) explique que la naissance d'un premier enfant entraîne pour toute femme de grands bouleversements et nécessite des adaptations qui peuvent engendrer certaines difficultés. Elles sont confrontées à de nombreux événements stressants lors du post-partum, qui vont avoir des répercussions sur le sentiment de compétence des mères, tels que l'allaitement, le rythme et les pleurs de l'enfant, « véritables indicateurs de « bonne mère » ». Les représentations sociales vont aussi influencer la perception des événements. Le soutien émotionnel et d'estime vont alors être appréciés par les mères, qui expriment également une importance donnée à la cohérence des informations diffusées par le personnel médical. Le soutien du père de l'enfant va lui aussi être essentiel pour faire face à leurs difficultés. Ces stratégies de recherche de soutien social sont considérées comme du « coping ». Dans ce contexte, les femmes vont également minimiser les événements qui les concernent et enjoliver la réalité.

Nous retrouvons la théorie de Bowlby concernant l'attachement. Il explique que la mère va tâcher de représenter la figure d'attachement durant les premiers jours de vie de l'enfant. Elle correspond alors à la personne qui répond systématiquement aux besoins de l'enfant en lui donnant ce qu'il attend et ce dont il a besoin (42).

L'allaitement maternel est retrouvé comme étant l'événement le plus préoccupant pour la mère durant la période du post-partum. Nous allons donc nous intéresser plus précisément à ce qui détermine sa mise en place et sa durée.

3. L'allaitement maternel

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande, depuis 2003, un allaitement maternel exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant (43). En France, 69% des nourrissons reçoivent du lait maternel pendant leur séjour en maternité. Ce chiffre descend à 54% aux 1 mois de l'enfant, puis 34% à 4 mois et 24% à 6 mois (44). Ces taux varient selon l'âge de la mère, le statut marital, le niveau d'études, le lieu de naissance, l'indice de masse corporelle et l'existence d'un tabagisme durant la grossesse (45). La durée médiane de l'allaitement maternel exclusif est de 15 semaines.

Selon la revue de littérature de Noirhomme et al. (46), les facteurs les plus significatifs de décision d'allaitement maternel sont liés au bénéfice sur la santé de l'enfant, à son « *côté naturel* » et au lien émotif qui serait plus étroit avec son enfant.

L'allaitement maternel est décrit comme un des principaux événements préoccupants pour les femmes primipares dans le post-partum. Il est source de stress, donnant lieu à certaines perceptions négatives avec notamment des écarts entre attentes et réalité et des déceptions (34,39). Robert et al. expliquent que plus d'une femme sur 2 rencontre des difficultés lors de son allaitement (47) : 37% ont la perception qu'il leur manque du lait, et 24% décrivent des crevasses ou des engorgements. Certains facteurs vont déterminer la durée de l'allaitement. Ainsi, lors d'une durée réduite d'allaitement maternel exclusif sont majoritairement mises en cause des difficultés de mise en place de ce dernier, et une attitude peu soutenante du conjoint.

Pour d'autres (46), la perception d'une insuffisance de lait semble être la première raison d'arrêt de l'allaitement maternel. Sont également retrouvés la reprise du travail, les problèmes de santé et les problèmes de lactation comme facteurs déterminant l'arrêt (48). La confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité sont des prédicteurs de durée prolongée de l'allaitement maternel, ainsi que le soutien du père qui est crucial. Le plaisir d'allaiter va également favoriser une durée d'allaitement de plus de 4 mois. Les principaux facteurs associés à une durée d'allaitement maternel de plus de 3 mois sont des facteurs liés à la mère, au bébé et son état de santé, à l'entourage, au système et aux politiques de santé (46). Ainsi, les déterminants de la durée de l'allaitement maternel sont multifactoriels et relèvent plutôt du domaine psychosocial.

Nous pouvons donc comprendre que différents facteurs peuvent influencer le vécu, le stress, l'anxiété, les processus psychologiques du post-partum, et ce quel que soit le parcours préalable de la mère en termes de fertilité. Dans tous les cas de figure, elle va devoir faire face à ses nouvelles responsabilités.

Après cette revue de littérature, nous allons tenter de répondre au cours de notre étude à la question suivante :

Existe-t-il, après une grossesse issue d'un DO chez les femmes primipares, des facteurs spécifiques qui vont influencer de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant dans la période du post-partum ?

Partie 2 : ETUDE ET METHODOLOGIE

I. Objectifs et hypothèses

1. Objectif de l'étude

Nous avons pu mettre en évidence, dans notre première partie, la complexité d'un parcours de DO, marqué par des remaniements psychologiques. Nous avons aussi constaté la période de fragilité que constitue la mise en place du lien mère-enfant, au cours du post-partum, pour toute femme, particulièrement primipare.

L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier les facteurs spécifiques relatifs au DO qui influencent de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant dans le post-partum.

2. Hypothèses

Ainsi, pour répondre à notre problématique, et en lien avec notre revue de la littérature, nous pouvons formuler deux hypothèses :

1) La plupart des événements marquants de la mise en place du lien mère-enfant au cours du post-partum chez les femmes primipares ayant bénéficié d'un DO sont identiques à ceux de toute femme primipare.

2) Le DO constitue un facteur spécifique qui va impacter de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant au cours de la période particulière qu'est le post-partum chez les femmes en ayant bénéficié.

II. Méthodologie

1. Type d'étude

Dans le but de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative rétrospective. En effet, notre sujet s'attachant à un thème d'ordre psychologique, il nous a paru plus intéressant d'utiliser ce type d'étude, permettant d'utiliser des questions ouvertes et d'analyser plus finement le vécu des patientes. De plus, étant donné la rareté du DO, il ne nous paraissait pas possible de disposer de suffisamment de données en ayant recours à une étude quantitative. Cette dernière n'aurait ainsi probablement pas pu être significative.

2. Choix de l'outil méthodologique

Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. Cet outil nous paraissait le plus approprié pour laisser la parole aux patientes, tout en disposant d'une trame d'entretien nous permettant de cibler plus précisément nos questions.

Cette trame a été construite avec l'aide de Mme Dudkiewicz-Sibony, psychologue clinicienne à l'hôpital de Tenon, spécialisée dans l'AMP, également directrice de ce mémoire (*Annexe I*).

Débutant par une question d'introduction posée à toutes les patientes, la trame d'entretien a été construite autour de plusieurs thèmes visant à identifier les différents facteurs pouvant influencer la mise en place du lien mère-enfant :

- Antécédents médicaux et parcours d'AMP
- Déroulement de la grossesse et de l'accouchement
- Naissance et rencontre avec le nouveau-né, post-partum précoce et à domicile
- Allaitement maternel
- Présence de l'entourage et du père, secret ou non autour du don d'ovocyte
- Profil général de la femme et du couple

Chaque thème a été divisé en sous-thèmes, repris par des questions respectives. Si besoin, des questions de relance étaient prévues au cas où des éléments nécessaires n'aient pas pu être relevés à la suite de nos questions initiales.

L'utilisation d'un entretien semi-directif permettait également à la patiente d'aborder certains thèmes que nous n'avions pas envisagés en élaborant notre trame.

3. Modalités de l'enquête

i. Lieu de l'étude

Pour cette étude, nous avons choisi l'hôpital Tenon qui se trouve dans le 20^e arrondissement de Paris. Plusieurs raisons ont motivé ce choix. Tout d'abord, seulement 7 centres d'AMP sont autorisés à pratiquer le DO en Ile-de-France, dont 3 sont situés dans Paris intra-muros. Ainsi, ceci a restreint le choix du centre. Le choix s'est porté sur l'hôpital de Tenon car les deux directrices qui ont accepté de diriger ce mémoire, le Dr Mathieu d'Argent et Mme Dudkiewicz-Sibony, y exercent. Ainsi, ceci y facilitait la réalisation de l'étude et la sélection des patientes.

ii. Population cible

Pour être incluses dans notre étude, les patientes devaient avoir bénéficié d'un DO à l'hôpital Tenon, et avoir donné naissance à un enfant unique, né vivant et viable, à l'issue de cette grossesse. Elles devaient être primipares, et avoir accouché dans les 2 à 8 mois précédant notre rencontre. Cet intervalle de temps a été choisi car il permettait de les rencontrer à une distance raisonnable de l'accouchement, tout en limitant au mieux le biais de mémorisation.

Nous avons volontairement choisi de rencontrer les femmes seules, sans leur conjoint. En effet, bien qu'ayant conscience que la triade père-mère-enfant est essentielle, nous avons ciblé pour notre étude plus spécifiquement la dyade mère-enfant. Rencontrer le père simultanément nous paraissait induire un biais pour étudier cette dyade.

Enfin, la primiparité était un critère essentiel qui nous permettait de pouvoir comparer plus facilement les patientes entre elles. La multiparité aurait pu induire un biais dans la mise en place du lien mère-enfant.

iii. Phase de pré-étude

La réalisation de notre étude a nécessité l'accord de la sage-femme coordinatrice en maïeutique de l'hôpital de Tenon au sein de son service (*annexe II*). Une fois cet accord donné, et selon les critères d'inclusion à l'étude, les patientes ont été contactées par le Dr Mathieu d'Argent avec une lettre d'information concernant la réalisation de l'enquête (*annexe III*). À la suite de leur accord, les coordonnées des mères m'étaient envoyées afin que je les contacte pour organiser notre rencontre.

iv. Durée de l'étude

Nous avons rencontré notre première patiente en juin 2017. N'ayant pu évaluer suffisamment de critères à la suite de cet entretien, il a été choisi de modifier notre trame et ne pas inclure cet entretien dans notre étude.

Notre étude s'est ainsi finalement déroulée entre septembre et décembre 2017, sur 3 mois.

v. Déroulement de l'enquête

L'entretien pouvant réactiver des questions psychologiques déstabilisantes, il a été convenu de réaliser les entretiens en présence de Mme Dudkiewicz-Sibony.

Au total, cinq entretiens ont été inclus dans l'étude, sur neuf femmes contactées et six femmes ayant répondu favorablement à notre requête. Si nous avons initialement convenu de réaliser tous les entretiens sur le lieu d'étude, seules trois des patientes y ont été finalement rencontrées. En effet, en raison de problèmes organisationnels, un entretien a été réalisé au cours d'un appel téléphonique, et un autre chez la patiente. Considérant la grande richesse de nos entretiens, il nous a paru raisonnable de ne pas rencontrer plus de cinq patientes.

Après accord donné à l'oral par les patientes, tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, enregistrements qui ont été détruits par la suite. Ceci nous a en effet permis d'écouter les femmes d'une oreille plus attentive, et de retranscrire par la suite leurs paroles de la manière la plus précise possible.

Les entretiens ont duré entre 32 et 55 minutes, avec une moyenne de 42 minutes, pour un total de 206 minutes d'enregistrement. Nous avons choisi de joindre en annexe l'entretien de Mme D (*annexe IV*).

III. Résultats et analyse

1. Profil général de la population

La population est composée de cinq femmes. Afin de respecter leur anonymat, nous les désignerons par des lettres de A à E.

Les patientes rencontrées étaient âgées de 30 à 40 ans, soit une moyenne de 34 ans. Elles étaient toutes en couple au moment de notre rencontre, avec une durée de vie commune allant de 4 à 16 ans, soit une moyenne de 9.4 ans. Quatre d'entre elles ont réalisé des études supérieures, une seule se trouvait sans profession.

Les femmes ont accouché 3 à 8 mois avant notre rencontre, soit une moyenne de 5 mois.

Si toutes les patientes ont accédé au DO à la suite d'une insuffisance ovarienne prématurée, cette dernière était idiopathique pour deux d'entre elles. Pour les trois autres, l'insuffisance était post-thérapeutique. Le premier transfert d'embryon à la suite du DO a abouti à une grossesse pour deux des femmes interrogées, alors que la grossesse a pu avoir lieu après le deuxième transfert pour une troisième, et après le troisième transfert pour les deux autres patientes.

Après leur inscription sur la liste d'attente pour un DO, ces femmes ont attendu entre 6 mois et 2 ans et demi avant d'être enceinte, avec parfois des échecs entre temps. En moyenne, leur temps d'attente a été de 19 mois. Les deux patientes ayant bénéficié de FIV intraconjugale avant le DO ont un temps d'attente surajouté : 7 ans au total pour l'une, 13 ans pour la seconde.

Nous allons nous attarder plus précisément sur leur parcours précédant le DO, afin de mieux comprendre les enjeux de leur grossesse puis du contexte dans lequel s'est déroulé le post-partum.

2. Parcours

i. Des antécédents médicaux

Il nous a paru important d'interroger les femmes sur les raisons pour lesquelles elles ont accédé à une demande de DO, afin d'évaluer l'impact qu'il pourrait avoir sur la mise en place du lien mère-enfant. Si l'histoire est différente pour chacune, nous pouvons différencier les patientes ayant eu recours au DO après une infertilité inexplicée, et celles qui ont des antécédents médicaux ayant pour conséquence une infertilité.

Trois d'entre elles nous ont parlé d'antécédents lourds. Mme A nous a évoqué l'annonce de sa pathologie comme un moment marquant : « *Je m'en rappellerai toute ma vie, il m'a dit en me frottant l'épaule « il y a quelque chose qui me plait pas », (...) il s'est avéré que c'était un cancer des ovaires* ». Mme B, quant à elle, nous a parlé de ses « *traitements lourds après ma leucémie myéloblastique, et j'ai été ménopausée chimiquement* ». L'infertilité de Mme D fait également suite à un cancer « *qui m'a tout bousillé parce que j'ai eu un protocole de 6 chimio mais vraiment à dose de cheval* ». Ainsi, elles ont toutes les trois fait face à un cancer nécessitant des traitements ayant pour conséquence une infertilité. Mme A nous a même confié : « *je pense que mon cerveau n'a plus envie de s'en rappeler* », montrant donc l'impact majeur sur sa vie de cet antécédent.

Les deux autres patientes ont accédé au DO à la suite d'une infertilité inexplicée. Mme E nous a révélé qu'elle considérait cette dernière comme quelque chose de quasi-banal : « *ça fait partie des maladies du siècle, on est de moins en moins fertile* ».

Ainsi, nous constatons que le parcours de ces femmes ne commence pas à partir de leur inscription au DO, mais bien avant, puisqu'elles ont soit des antécédents médicaux lourds, soit des antécédents d'échec de FIV intraconjugale. Nous pouvons donc imaginer que ces antécédents, qui semblent être des événements marquants de leur passé, vont, indépendamment au DO, avoir un impact sur la mise en place du lien mère-enfant.

ii. Parcours d'AMP

a. Désir d'enfant et infertilité

Certaines des patientes se savaient donc déjà infertiles avant d'avoir un désir d'enfant. Pour d'autres, l'infertilité a été découverte à la suite d'un désir d'enfant.

Mme D nous a raconté l'acceptation de son infertilité : « *je pensais réellement que je ne pourrais pas avoir d'enfant. Mais je l'ai pas vécu comme un traumatisme non plus. Parce que déjà j'étais contente d'être vivante, je veux dire mon cancer c'était quand même un sacré truc ! Et c'était déjà bien que je sois une rescapée de ça* ». Elle avait pour ainsi dire fait le deuil d'un enfant. La patiente nous a alors expliqué que « *ça faisait déjà 3 ans que j'étais avec mon conjoint* ». L'existence du DO lui a ensuite été évoqué, ce qui a rendu un désir d'enfant possible.

Les quatre autres patientes ont, elles, insisté sur un réel désir d'enfant, bien ancré en elles. Mme B nous a expliqué plusieurs fois « *on voulait vraiment un enfant* ». Elle a également développé le fait qu'« *on voulait adopter éventuellement* ». Ainsi, le parcours qu'elle nous a présenté à travers son entretien nous laisse entrevoir que son inscription en parallèle dans un parcours d'adoption soulignait la volonté d'avoir un enfant mais marquait également son deuil d'enfant génétique. De même, Mme C nous a révélé son « *rêve, je l'attends depuis des années* ». Lorsqu'elle nous dit « *j'avais arrêté la pilule depuis 2 ans* », nous pouvons entrevoir chez Mme E également un désir d'enfant, entravé par la découverte de son infertilité.

Ce que nous avons retrouvé en commun chez toutes les patientes est le désir d'enfant qui prime et justifie leur demande de DO. S'il est évoqué différemment chez chacune, il était très fort au moment du démarrage du processus de DO, qu'il apparaisse avant la découverte de l'infertilité ou lorsque l'infertilité était déjà connue. Les femmes de ce dernier groupe n'avaient pour autant pas toutes fait le deuil d'un désir d'enfant, et envisageaient mêmes pour certaines l'adoption, ce qui tendrait à montrer qu'un deuil de l'enfant génétique, nécessaire, avait été fait. Nous pouvons logiquement supposer que ce fort désir d'enfant, que toutes les femmes expriment, va impacter la mise en place du lien mère-enfant puisque la naissance va marquer l'arrivée de cet enfant tant attendu.

Toutefois, malgré ce désir, il existe un temps d'attente avant que le parcours d'AMP aboutisse à une grossesse.

b. Un temps d'attente

Nous avons donc demandé à chacune des femmes leurs nombres d'implantations et temps d'attente passé entre le moment où le désir d'enfant est apparu et leur grossesse. Si certaines n'ont évoqué que les chiffres, d'autres nous ont parlé plus spontanément de leur vécu au cours de ce temps d'attente.

Ainsi, d'après les dires de Mme E « *il fallait que je recommence tout à chaque fois (...) on a continué les fécondations in vitro, on en a fait quand même pas mal* », nous pouvons noter que le temps d'attente avant qu'une grossesse se réalise était d'autant plus long que les femmes avaient eu recours précédemment aux FIV intraconjugales. Concernant l'attente d'un DO plus spécifiquement, Mme E a également évoqué « *un long parcours, la procédure est longue à chaque fois, pour le don d'ovocyte c'est très long en France* », insistant alors sur la longueur du parcours, comme pour nous montrer à quel point ce temps avait été important. Mme B nous a elle aussi expliqué que « *ça a été très long* », d'autant plus lié à son âge et paraissait donc pressée par le temps : « *moi j'arriverais à mes 42 ans probablement avant d'avoir ma chance* ».

Les patientes ont également évoqué l'influence de leurs antécédents sur le temps d'attente. Mme B nous a révélé : « *ça a été encore plus long dans la mesure où il y avait une leucémie, dans la mesure où les hormones étaient déconseillées, donc il a fallu obtenir des approbations dans tous les sens* ». Au contraire, Mme A nous a confié que ses antécédents lui ont permis, selon elle, un accès plus rapide au DO : « *j'ai été contactée assez rapidement, par rapport à mon dossier je pense assez catastrophique* ». Si nous comparons le temps d'attente réel au ressenti des patientes tel qu'il est apparu dans nos entretiens, il est intéressant de souligner le fait que Mme B a attendu 6 mois après son inscription sur la liste d'attente de DO, et que son premier don a abouti à une grossesse. En revanche, Mme A, après 30 mois d'attente, a finalement pu mener une grossesse à terme après sa troisième implantation. Il semblerait donc que la perception du temps d'attente soit vécue différemment par les patientes.

Finalement, quelle que soit la longueur du parcours et le vécu de ce dernier par les femmes rencontrées, nous pouvons confirmer que la grossesse est désirée et très attendue pour toutes, et c'est ce qui justifie leur demande d'accès au DO. A la suite de nos entretiens, nous pouvons souligner que le désir de grossesse et de maternité va primer sur le deuil des ovocytes car comme nous a expliqué Mme B, « *le jour de l'implantation, je savais que ça allait marcher. C'était une évidence. Ce bébé avait envie de vivre autant que nous on avait envie qu'il vive* ». Il est important de mettre en avant que c'est le désir d'enfant qui prime lors de la demande d'accès au DO, le temps nécessaire avant de pouvoir réellement accueillir cet enfant paraissant d'autant plus long qu'il est désiré. Nous pouvons supposer que cette prédominance du désir d'enfant va impacter la mise en place du lien mère-enfant. Toutefois, le désir d'enfant n'étant pas une conséquence mais une cause de demande de DO, ce n'est pas le DO à proprement parler qui va impacter la mise en place de ce lien, mais plutôt ce qui a provoqué sa demande.

3. La grossesse et l'accouchement

i. Vécu de la grossesse

Afin d'évaluer le contexte dans lequel s'est fait la mise en place du lien mère-enfant, il nous a paru intéressant d'écouter les femmes parler de leur grossesse. Ainsi, nous leur avons demandé de nous raconter son déroulement de manière générale.

La plupart des femmes rencontrées semblaient avoir un vécu positif de leur grossesse. Ainsi, Mme A, D et E, qui insistaient sur son bon déroulement, nous ont respectivement raconté :

« *Elle s'est très bien passée* », « *mais heureuse quoi, finalement, j'en garde des moments (...) formidables* ».

« *Elle s'est super bien passée* », « *j'ai tellement aimé la première grossesse* ».

« *La grossesse s'est très bien passée. J'ai plutôt eu une belle grossesse* ».

Nous avons également retrouvé un sentiment de quiétude pour deux d'entre elles. En effet, Mme D nous a expliqué qu'elle a arrêté de travailler à 3 mois de grossesse, et donc que « *moi j'ai vécu ma grossesse à mon rythme* ».

Toutefois, nous avons pu remarquer que certaines ont soulevé au cours des entretiens des interrogations quant au visage de leur enfant. Ainsi, Mme C nous a dit : « *j'avais un petit peu peur qu'elle ne ressemble pas à mon mari, c'est là que les autres vont se poser des questions, pourquoi elle ressemble ni à papa ni à maman...* ». Mme E nous a elle aussi révélé ses questionnements : « *on s'était dit : quelle tête elle va avoir* ». Ces questions, présentes dans la plupart des grossesses chez n'importe quelle femme, nous ont toutefois semblé plus tournées vers la part inconnue de leur enfant, et donc liées directement au DO. Nous pouvons supposer que ces questionnements rejaillissent lors du post-partum et impactent la mise en place du lien mère-enfant.

Si nous avons pu entrevoir une grossesse heureuse pour la majorité, il nous a toutefois semblé exister une appréhension liée aux antécédents médicaux et à la difficulté d'être enceinte. Ainsi, Mme A nous a exposé une « *grossesse stressante parce que mon dossier fait que je suis stressée, stressante parce qu'on sait que c'est un miracle et qu'on sait que c'est unique et on mesure tout le poids de ce qu'on a dans le ventre et qu'on sait qu'il faut en prendre soin* ». Pour Mme B, la grossesse n'a pas été vécue positivement. Elle nous a expliqué que « *la grossesse ça été très très compliqué (...). Être enceinte c'était un truc nécessaire pour avoir le bébé, mais c'est le bébé la finalité* ». Elle avait tout de même conscience qu'« *il y avait aussi des trucs qui me sont très très personnels, (...) c'est lié à mon histoire, c'est absolument pas une réalité bien sûr, mais pour moi cet embryon qui est raccroché par le cordon ombilical, ça me rappelait moi quand j'étais sous perfusion, que je pouvais pas bouger* ». Elle a rajouté : « *j'avais quand même conscience que c'était mes séquelles à moi, que ça n'avait rien à voir avec le vécu de mon bébé* ». Nous pouvons donc percevoir l'impact que peuvent avoir les antécédents sur le vécu de la grossesse. Nous pouvons ainsi supposer que cet impact va être retrouvé lors de la mise en place du lien mère-enfant, puisque les antécédents médicaux semblent rejaillir fréquemment dans les différents vécus des patientes.

La grossesse semble donc avoir été vécue comme un évènement heureux et attendu pour la plupart, comme elle peut l'être pour toute grossesse, issue d'un DO ou non. De ce fait, sans que ce vécu soit nécessairement lié au DO, nous pouvons entrevoir un impact positif sur la mise en place du lien mère-enfant, puisque ceci permettra l'accueil de l'enfant dans de bonnes conditions. Nous percevons cependant des difficultés pour certaines des femmes, qu'il est possible de mettre en lien avec leur parcours difficile et la préciosité de leur grossesse. Plus que le fait d'avoir eu recours à un DO, c'est leurs antécédents médicaux qui semblaient impacter le vécu de la grossesse de certaines femmes

interrogées. Ces dernières étaient tout de même conscientes des séquelles laissées par leur parcours. Des interrogations étaient également retrouvées concernant les traits de leur bébé, ce que nous pouvons mettre en lien directement avec la part d'inconnu liée au DO. Nous pouvons supposer que ces questionnements sur la génétique du bébé rejaillissent après la naissance et impactent alors la mise en place du lien mère-enfant.

La première étape qui marque la rencontre avec l'enfant est l'accouchement, dont il nous a également paru intéressant d'analyser le vécu.

ii. Vécu de l'accouchement

Nous avons donc demandé à chaque femme de nous raconter leur accouchement.

Comme nous l'ont formulé quelques patientes, l'accouchement a constitué un moment marqué d'une certaine appréhension, souvent mise en lien avec leurs antécédents. Ainsi, Mme B nous a expliqué que « *rien que le fait d'aller à l'hôpital, même pour accoucher, moi les hôpitaux c'est : au secours !* ». Elle a rajouté : « *l'accouchement en lui-même, honnêtement, moi je m'en faisais une montagne pas possible, j'avais très très très peur d'accoucher* ». Mme A nous a évoqué sa crainte, « *j'avais peur qu'il reste coincé* », qu'elle analyse elle-même comme étant en lien avec ses antécédents : « *j'ai tellement pas eu de chance dans ma vie... Inconsciemment je devais me dire : tu l'auras jamais, c'est sûr il va se passer un truc, tu verras, (...) j'avais tellement peur qu'il lui arrive un truc* ». Mme C nous a, elle, expliqué qu'elle ne voulait pas prendre de risque. Son enfant étant positionné en siège, elle a pris le choix d'accoucher par césarienne : « *je voulais pas qu'elle ait des problèmes. Pour l'accouchement ils m'ont proposé d'essayer voie basse, je voulais pas* ». Ainsi, ces témoignages nous amènent à supposer que les antécédents médicaux, plus que le recours au DO, va avoir un impact sur le vécu de l'accouchement. Nous pouvons ainsi entrevoir à nouveau un impact de ces antécédents sur le vécu du post-partum et donc de la mise en place du lien mère-enfant.

D'autres femmes ont également évoqué les douleurs liées aux contractions utérines, soulagées par la péridurale. Ainsi, Mme A nous a expliqué : « *La douleur elle a été horrible, horrible, horrible, (...) puis ils m'ont fait la péridurale à 8h du matin, (...) là forcément on plane, c'est génial, c'est formidable !* ».

Finalement, malgré les appréhensions ressenties, trois des patientes nous ont décrit un bon vécu de leur accouchement. Mme A, B et D nous ont respectivement formulé :

« *Ça s'est globalement bien passé* ».

« *Finalement c'est passé mais alors comme une lettre à la poste* ».

« *L'accouchement s'est plutôt bien passé* ».

Nous pouvons cependant percevoir une déception chez les femmes pour qui il y a eu des complications. Tout d'abord, Mme B pour qui l'accouchement a été compliqué par une hémorragie du post-partum, nous a confié : « *moi je rêvais d'un accouchement comme ma sœur où elle a gardé le bébé, où il est venu naturellement chercher le sein au bout d'une heure de câlin et où... Voilà, tout se passe bien* » et a contrebalancé avec sa complication « *mon bébé arrive, je fais une hémorragie de plus de 2 litres donc on est séparés à la naissance* ». Mme E nous a, elle, évoqué une complication qui a nécessité une césarienne et a ainsi exprimé : « *J'étais très déçue. (...) Si on pouvait faire sans l'accouchement maintenant... Enfin sans la césarienne du moins !* ». Si ces complications ne sont pas directement liées au DO, il est possible d'envisager qu'elles vont impacter la mise en place du lien mère-enfant puisqu'elles sont responsables d'une séparation précoce avec l'enfant.

Nous avons donc remarqué que le vécu de l'accouchement était varié et pouvons ainsi envisager qu'il est en lien avec les antécédents de chaque patiente, ainsi qu'avec les complications rencontrées pendant l'accouchement. En conséquence, nous pouvons supposer que ce sont ces derniers événements qui vont influencer la mise en place du lien mère-enfant, plus que le fait d'avoir recouru à un DO en lui-même, le DO constituant un antécédent parmi d'autres. De plus, nous avons encore une fois retrouvé des femmes conscientes des séquelles laissées par leurs antécédents, ce qui n'empêchait pas la plupart d'avoir, avec le recul, un vécu positif de leur accouchement, favorisant ainsi un environnement serein pour la mise en place du lien mère-enfant. Cependant, le vécu étant varié, nous ne pouvons conclure à un impact direct du DO sur ce dernier et donc sur la mise en place du lien mère-enfant par la suite.

iii. La rencontre initiale

A la suite de l'accouchement vient la rencontre de la mère avec son enfant. Nous avons choisi de nous attarder précisément sur le moment où la femme aperçoit pour la première fois son bébé afin d'en évaluer le ressenti.

Tout d'abord, il nous semblait entrevoir chez les femmes rencontrées un certain soulagement à la suite de la première rencontre, exprimé de différentes manières. Mme C nous a confié que « *quand je l'ai vue, je me suis dit : c'est son papa ! Franchement j'étais soulagée* ». Mme A a également développé son lâcher prise à la suite de la naissance : « *quand il était sur mon ventre je me suis dit : ok, c'est bon. Il respire, il a crié, c'est bon. (...) Là, on est soulagé* ». Par ailleurs, Mme E a expliqué qu'« *on oublie un peu tout le parcours qu'on a eu avant, une fois qu'elle est là, elle est là ! Ça y est c'est fini !* ». Il est ainsi possible de mettre en lien ce sentiment de soulagement avec l'important désir d'enfant évoqué précédemment et une impression d'aboutissement de parcours. Effectivement, si Mme C a évoqué « *de la joie, un rêve s'est réalisé* », Mme A nous a expliqué que « *c'est vraiment un moment où le temps s'arrête en fait* ». Les différentes réactions développées par les patientes lors de la naissance permettent également de mettre en lumière ce soulagement. Si Mme E nous a raconté : « *on pleure de joie. (...) Donc j'ai versé ma petite larme quand je l'ai entendue pleurer* », ce ne sont pas des larmes qui sont décrites par Mme D, qui nous a dit que « *c'était assez euphorique, donc ouais j'ai rigolé* ». Nous pouvons ainsi entrevoir une expression des émotions nécessaires pour lâcher prise après l'aboutissement de leur parcours. Si nous pouvons envisager que le désir d'enfant enfin concrétisé va permettre d'accueillir le nouveau-né dans de bonnes conditions, nous ne percevons pas un impact direct du DO sur la mise en place du lien mère-enfant. Seule Mme C nous a évoqué un soulagement lié à la ressemblance avec son mari, directement en lien avec le DO.

Cependant, lorsque des complications ont eu lieu, la séparation avec l'enfant a semblé être mal vécue. Ainsi, Mme B, qui a été victime d'une hémorragie sévère du post-partum, nous a raconté que c'était « *l'horreur absolue, je crois que c'est le moment le plus dur de ma vie. On me la met sur moi, donc je suis complètement dans ce moment-là, et tout d'un coup, il y a 9-10 médecins qui déboulent, on m'enlève mon enfant* ». Concernant les patientes ayant accouché par césarienne, cela n'a toutefois pas semblé les empêcher de vivre sereinement leur rencontre. En effet, Mme E nous a expliqué qu'« *ils me l'ont laissée bien 5 minutes quand même avec moi, ils me l'ont mis à la tête* ». De même, Mme C nous a dit

qu'« on l'a vue tout de suite, ils me l'ont montrée. (...) Il m'a donné la petite, je lui ai fait un bisou ». Enfin, Mme D nous a confié que sa fille avait eu quelques difficultés à la naissance : « on l'a mise dans mes bras mais elle avait un peu bu la tasse, donc on me l'a enlevée une heure. (...) On m'a tout de suite rassurée, on m'a dit qu'elle allait bien ». Si nous envisageons un impact des séparations liées aux complications, nous pouvons maintenant entrevoir que ces dernières ne vont pas nécessairement avoir un impact négatif sur la mise en place du lien mère-enfant, à condition que les femmes se trouvent dans un environnement serein.

Il est ainsi possible d'entrevoir un soulagement à la suite de l'accouchement, avec des émotions et réactions diverses et variées, dont ressort principalement de la joie, ce que nous pouvons trouver pour toute femme, ayant eu recours à un DO ou non. Les épreuves auxquelles les femmes rencontrées ont dû faire face avant d'avoir cet enfant, et notamment le DO, semblent en quelque sorte occultées et faire partie de leur passé, leur permettant d'accueillir leur enfant dans un environnement serein. Sur cette rencontre initiale, nous ne percevons pas des éléments relevant d'un impact décisif du DO sur la mise en place du lien mère-enfant.

4. Le post-partum précoce et la découverte d'une nouvelle fonction, la maternité

Dans le but d'analyser la mise en place du lien mère-enfant, nous avons choisi de nous concentrer sur le moment où le nouveau rôle de mère est découvert pour la première fois. C'est pourquoi nous avons demandé aux femmes de nous raconter leur séjour en maternité en détail. Nous avons alors pu parler d'un temps de rencontre lors du post-partum précoce.

i. Le temps de la rencontre

Les femmes ont volontiers exprimé les différentes émotions qu'elles ont ressenties pendant les premiers jours passés avec leur enfant.

De manière générale, elles ont semblé plutôt satisfaites de leur séjour en maternité. Si Mme A et Mme E nous ont dit que « c'était bien », Mme C nous a raconté « à la maternité on a

eu aucun soucis ». Mme D a rajouté « *ça s'est bien passé à la maternité* ». Le lien mère-enfant paraissait ainsi avoir été mis en place dans un environnement favorable.

De plus, les femmes interrogées nous ont toutes décrit un sentiment global de bien-être. Ainsi, Mme B nous a confié : « *on est resté une bonne heure l'une contre l'autre, c'était merveilleux !* ». Mme E, elle, nous a expliqué que « *c'est beaucoup de bonheur bien sûr (...) j'étais heureuse quoi, j'avais le sourire jusqu'aux oreilles !* ». De plus, Mme A et Mme C nous ont respectivement formulé :

« *On réalise pas vraiment les choses, j'étais dans ma bulle, intouchable. (...) On est dans son monde. C'était génial* ».

« *J'étais dans un autre monde* ».

Nous pouvons ainsi percevoir, chez ces femmes ayant bénéficié d'un DO, un détachement de la réalité, comme cela pourrait être le cas de toutes les femmes en post-partum précoce. De même, Mme D nous a raconté : « *j'ai pris le temps de me reposer, j'ai pris du temps pour moi, pour être avec ma fille, pour faire connaissance avec elle ... Donc du coup j'ai pas eu de baby blues, j'étais pas à fleur de peau, j'étais bien* ».

Mme E nous a également indiqué : « *elle pleurait quand elle était pas avec moi, et dès qu'ils l'ont mise sur moi, tout de suite, elle s'est arrêtée ! Donc c'est magique ! (...) Elle a tout compris, c'est marrant comment ils reconnaissent tout de suite, c'est des odeurs, la voix ...* ». Il est envisageable de mettre en lien cette recherche de signes de reconnaissance de la part de sa fille avec le fait d'avoir recouru à un DO, ce que nous exposerons plus précisément dans notre discussion.

Cependant, si les patientes nous ont volontiers décrit ce bonheur, Mme A nous a expliqué qu'il existait « *un mélange de pleins d'émotions, des émotions fortes* ». Ainsi, nous pouvons entrevoir une part d'anxiété, comme pour Mme E qui nous a confié qu'elle était « *tout le temps anxieuse de savoir si ça va* ». Deux des patientes ont mis en lien leur séjour hospitalier avec leurs antécédents. En effet, Mme A et Mme B nous ont respectivement formulé :

« *Toutes les fois où j'ai été hospitalisée c'était pour des grosses opérations donc franchement, d'aller à l'hôpital pour un moment où t'es bien, c'est tellement bizarre* ».

« *Tout le passé, la leucémie, qui remonte etc. Enfin un truc pas possible quoi* ».

Il est ainsi possible d'imaginer que, plus que le facteur DO, ce sont les antécédents médicaux qui vont encore une fois impacter la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum.

Finalement, les femmes ont évoqué un sentiment global de bien-être comme nous pourrions le retrouver chez n'importe quelle femme et qui pourrait avoir un impact positif sur la mise en place du lien mère-enfant. Elles ont tout de même décrit quelques angoisses, parfois mises en lien avec le passé plus qu'avec le fait qu'avoir eu recours à un DO.

ii. Préoccupations et questionnements concernant leur nouveau rôle

Lorsque nous avons voulu interroger les femmes concernant leurs éventuelles préoccupations lors du post-partum, elles ont formulé, pour la plupart spontanément, leurs questionnements, liés aux angoisses évoquées précédemment.

Ainsi, il est possible de supposer que ces femmes, comme toute femme nouvellement mère, s'interrogent sur leur capacité à s'occuper seules de leur enfant et donc à être de « bonnes mères ». En effet, Mme D nous a expliqué : « *j'avais peur de ne pas être assez encadrée, qu'on me laisse vraiment toute seule avec ma fille* ». Mme A nous a également fait part de « *beaucoup de questionnements, (...) j'ai posé les questions « mais comment je vais savoir qu'il a faim !? »* ». Mme E a confirmé ces angoisses : « *on se rend compte que quand on a un enfant après on est tout le temps inquiet ! Pour tout et pour rien, et c'est en permanence, ça s'arrête jamais !* ». Nous pourrions vérifier dans la discussion, en mettant en lien ces questionnements avec les études retrouvées dans la littérature, si ces derniers sont spécifiquement liés au recours au DO.

Nous avons également constaté, pour Mme B, des préoccupations en lien avec ses antécédents et donc son handicap (prothèses de hanches bilatérales), puisqu'elle a elle aussi développé ses questionnements : « *de par le handicap, (...) est ce que je vais être une bonne mère, est ce que je vais y arriver* », « *j'avais la sensation de pas parler le bébé, de pas comprendre ce qu'elle vivait, de pas y arriver, d'être complètement débordée* ». Plus que le fait d'avoir bénéficié d'un DO, ce sont encore une fois ses antécédents médicaux qui semblaient influencer son vécu.

Cependant, les femmes interrogées ont ensuite laissé apparaître un certain recul sur ces préoccupations. Elles paraissent mettre en avant leur capacité de compréhension, mais surtout leur capacité à être mère. En effet, Mme D nous a confié : « *en fait on apprend tout*

simplement à se débrouiller ». Mme A nous a expliqué qu'« *effectivement, il a hurlé et j'ai bien compris* ». Mme E a rajouté que « *tout est venu naturellement, même les sages-femmes m'ont posé des questions quand j'étais là-bas, je disais : écoutez on verra ! On laisse faire les choses ! Je me suis pas trop pris la tête en fait* ». Enfin, nous pouvons entrevoir pour Mme B une réflexion concernant son handicap : « *ma tête me disait bien que ce qui comptait c'était l'amour et voilà, il y a quand même des enfants de personnes handicapées et ils sont pas malheureux pour autant* ».

Ainsi, s'il existait bien des préoccupations chez toutes les femmes que nous avons rencontrées concernant leur capacité à assumer leur nouveau rôle de mère, nous avons remarqué une certaine capacité de réflexion et de mise en avant de leur capacité à être mère. Nous pouvons imaginer qu'elles ont trouvé un certain épanouissement dans leur nouvelle fonction maternelle. Si ces préoccupations semblent impacter la mise en place du lien mère-enfant, elles ne paraissent pas être en lien directement avec le recours au DO.

iii. Complications

Il nous paraissait important d'interroger les femmes sur des éventuelles complications du post-partum, qui auraient pu, indépendamment du recours au DO, entraver cette nouvelle fonction maternelle.

Effectivement, Mme D nous a confié : « *on a dû rester un peu plus parce qu'elle avait une jaunisse, donc là c'était un petit peu compliqué. Du coup elle a perdu du poids, et... Ouais, c'était le moment qui était pas très rassurant, enfin là j'ai eu un petit peu peur quoi* ». Cependant, malgré cette complication qui a généré chez elle une inquiétude, cela n'a pas paru entraver la fonction maternelle puisqu'elle a rajouté : « *je savais qu'elle était bien prise en charge, et on m'a rassurée encore une fois* ». Quant à Mme C, elle nous a révélé « *le troisième jour, je faisais que pleurer (...) J'avais peur qu'elle meure, j'avais que des mauvaises idées en tête !* ». Sans qu'elle puisse réellement mettre les mots sur cette période, nous pouvons imaginer un baby-blues chez cette patiente. Si nous ne pouvons conclure à un impact décisif du recours au DO sur le baby-blues, nous tenterons de le mettre en lien dans notre discussion afin d'évaluer l'influence sur le lien mère-enfant.

Quant à Mme B, après une hémorragie du post-partum, elle a été hospitalisée en réanimation pendant 24 heures. Si nous pouvons penser que cette séparation impacte le

lien mère-enfant, elle n'a pas semblé avoir vécu difficilement ce moment, mais a plutôt mis en avant les instants où sa fille était à ses côtés, comme lorsqu'elle nous a confié : « *on est resté une bonne heure l'une contre l'autre, c'était merveilleux !* ».

Ainsi, les complications évoquées par les patientes concernant le post-partum précoce n'ont pas semblé être source de difficultés dans la mise en place du lien mère-enfant. De plus, la plupart des complications ne semblant pas en lien avec le recours au DO, il n'est pas possible de conclure sur un éventuel impact décisif de ce dernier sur la mise en place du lien mère-enfant.

iv. Recherche de ressemblances

Il nous a paru intéressant d'interroger les femmes sur leur point de vue concernant la ressemblance de leur enfant avec elle-même, leur conjoint, leur famille ... En effet, même si toute femme recherche des ressemblances avec son enfant, la part étrangère du DO pourrait réactiver des blessures. Si certaines nous ont spontanément confié leur opinion sur ce sujet, pour d'autres nous avons posé la question « à qui trouvez-vous que votre enfant ressemble ? ».

Trois des mères rencontrées ont formulé la ressemblance avec le père. Ainsi, Mme B a insisté sur les caractères communs : « *c'est le portrait craché de son père, elle a les yeux bleus, elle a la peau blanche de son père ... Voilà, pour moi c'était vraiment la fille de mon mari, enfin ma fille aussi !* ». Nous avons retrouvé chez Mme E la même opinion, puisqu'elle nous a dit « *c'est le portrait craché de son père* ». A travers ces déclarations, nous pouvons entrevoir une tentative des patientes de se rassurer sur la part d'étrangeté de leur enfant. Elles se rassurent, grâce aux traits communs, sur l'appartenance de l'enfant au père, et donc au couple.

Pour deux autres, la ressemblance avec le père a semblé moins frappante. C'est le cas de Mme A, qui nous a confié : « *le petit de toute façon il a juste la couleur des yeux de son père* ». Elle nous a cependant fait comprendre que « *ce côté-là de ressemblance ou pas j'en ai fait un peu mon deuil finalement* », et a rajouté : « *mon conjoint il a 3 frères et sœurs, il ressemble très très très fortement à une de ses sœurs, mais l'autre il lui ressemble absolument pas !* ». Si elle exprime un deuil de l'enfant génétique, nous pouvons toutefois

imaginer qu'elle considère sa famille comme une famille « normale », puisqu'en donnant l'exemple de la famille de son conjoint, elle a expliqué que des dissemblances étaient retrouvées de manière constante. Elle semble ainsi se rassurer sur cette sensation d'étrangeté.

Les mères rencontrées ont également mis en avant la ressemblance avec des membres de leurs familles respectives, puisque Mme D nous a expliqué que « *dans ma famille ils sont quand même beaucoup blonds* », comme l'est sa fille alors qu'elle-même ne l'est pas. Mme A nous a, elle aussi, exposé : « *il est blond (...) et mon père était blond* ». Nous pouvons imaginer que ces patientes cherchent des ressemblances avec leurs familles pour établir une filiation génétique de leur côté, et encore une fois se rassurer sur la possible part d'étrangeté liée au DO.

Concernant la ressemblance de leur enfant avec elle-même, les points de vue ont divergé. Si Mme B nous a expliqué que « *bizarrement, il y a plein de gens qui trouvent qu'elle me ressemble* », Mme A et Mme D nous ont toutes les deux révélé respectivement « *il me ressemble pas* » et « *ma fille ne me ressemble pas du tout* ». Cependant, si Mme A nous a confié que « *parfois, oui, bien sûr qu'on cherche les traits qu'on ne connaît pas* », les patientes ont finalement semblé faire le deuil de l'enfant génétique. Ainsi, Mme B nous a raconté : « *mon mari m'a dit quelque chose de très beau : elle a la couleur de mes yeux et l'éclat des tiens* », semblant insister sur la ressemblance sociale acquise. Mme E a indiqué : « *on s'en fiche de la tête que la donneuse elle a, du moment qu'elle est en bonne santé, c'est le principal !* ». Enfin, les mères ont volontiers évoqué la beauté de leur enfant, comme Mme A qui a insisté « *il est beau comme un dieu* », et Mme B qui a développé : « *Elle est sublime ! Objectivement en plus* ». Ainsi, il est possible de supposer qu'elles ont mis en avant les aspects positifs des traits de leurs enfants pour mettre de côté l'éventuelle part d'étrangeté découlant du recours au DO.

Finalement, nous avons relevé des interrogations concernant les traits communs de leurs enfants avec elle-même, leur conjoint et leur famille. Si les points de vue divergeaient, les femmes ont toutes retrouvé des caractéristiques communes avec un membre de la famille. Alors que le deuil de l'enfant génétique a été réalisé lors du recours au DO, nous pouvons cependant percevoir une tentative des patientes de se rassurer sur une possible part d'étrangeté. Elles tentent ainsi d'inscrire l'enfant dans une continuité familiale pour pouvoir le considérer comme le leur et mettre de côté leurs angoisses liées au DO, et donc favoriser la mise en place du lien avec leur enfant.

Nous avons, dans les paragraphes précédents, mis en lumière plusieurs événements marquants du post-partum précoce : vécu de la rencontre, interrogations et préoccupations concernant leur capacité à être mère, éventuelles complications, recherche de ressemblances familiales. Si, comme nous l'avons indiqué, ces événements semblent avoir un impact sur la mise en place du lien mère-enfant lors du post-partum au sein de notre population, nous tenterons, lors de notre discussion, d'évaluer l'influence du DO sur ces derniers. La recherche de ressemblances semble, elle, spécifiquement liée au recours au DO.

Il nous a également paru intéressant d'interroger les femmes sur l'existence d'un allaitement maternel, événement marquant pendant le post-partum précoce mais également pendant le post-partum à domicile, et pouvant s'avérer déterminant dans la mise en place du lien mère-enfant.

5. L'allaitement maternel

i. Le désir

Toutes les femmes rencontrées ont allaité leur enfant.

Nous avons pu entrevoir, pour la plupart, un réel désir d'allaitement. Nous avons révélé, à ce sujet, des propos qui nous ont interpellé. Ainsi, Mme B nous a expliqué qu'« *émotionnellement pour moi il fallait l'allaiter, c'était un truc absolument vital* » et a rajouté « *je voulais absolument l'allaiter, je l'avais dit quand même depuis le début de ma grossesse* ». En évoquant le fait que « *ma mère m'a allaitée, ma sœur a allaité ses 3 enfants* », nous pouvons supposer qu'elle mette en lien ce désir avec la volonté d'inscrire son enfant dans une continuité familiale. Mme E a également développé les raisons de son choix : « *je pense que le fait que j'ai eu des difficultés aussi à l'avoir, ça me tenait vraiment à cœur. Et puis le fait que ça soit un don encore plus. Parce que je voulais vraiment apporter, contribuer de moi, pour elle ! Donc oui, c'était vraiment un souhait qui me tenait à cœur* ». Elle a donc paru mettre directement en lien sa volonté d'allaiter avec le fait d'avoir eu recours à un DO.

Grâce à ces témoignages, nous pouvons donc nous avancer sur l'existence d'un impact du DO sur le souhait d'allaiter puisque toutes ont choisi de le faire, mais également sur le désir d'inscrire l'enfant dans une continuité familiale. Il est possible de supposer que cet allaitement, dont le désir paraît lié au recours au DO, va directement influencer la mise en place du lien mère-enfant, selon le vécu qu'en auront les patientes.

ii. Vécu

Fréquemment, les femmes rencontrées ont évoqué spontanément leurs facilités et difficultés.

Quatre patientes sur cinq ont exprimé un allaitement marqué par certaines difficultés. Ainsi, Mme C et Mme D nous ont respectivement expliqué que « *c'était compliqué* » et « *c'est assez difficile en fait, je m'attendais pas à ce que ça soit aussi dur* ». Mme B a, elle, longuement développé cet « *allaitement qui n'a jamais été facile du tout* » : « *je me sentais complètement dépassée, (...) au bout d'un moment j'en faisais quelque chose de beaucoup plus nocif que de bénéfique* ». Elle a insisté en donnant l'image suivante : « *c'était un vampire qui me vidait. Qui prenait mon sang, limite* ».

Les femmes ont justifié leurs difficultés d'allaitement de différentes manières. Si Mme C nous a expliqué qu'« *elle arrivait pas à téter parce que j'ai pas de bouts de seins. En plus j'avais des crevasses* », Mme D nous a confié : « *j'avais un problème, c'est que j'avais les tétons plats, et qu'il a fallu utiliser des bouts de sein, (...) ma montée de lait est arrivée un peu tardivement* ». Une autre patiente, Mme E, nous a révélé que « *le problème c'est que je suis pas une productrice de lait* ».

Une seule patiente, Mme A, n'évoque aucune difficulté pour son allaitement. Elle nous a expliqué que « *l'allaitement s'est fait tout seul* », et a développé : « *je me suis pas mis de pression, j'attendais rien de l'allaitement en fait (...), en me disant : si t'y arrives pas le vis pas comme un échec, et le petit prenait et tout se passait bien* ». Il est intéressant de soulever le fait que Mme A a pris la décision d'allaiter seulement un mois avant l'accouchement. Ainsi, puisqu'elle n'exprimait pas un désir important d'allaiter, nous pouvons supposer que n'idéalisant pas l'allaitement, elle ne s'est pas construite une représentation erronée autour de ce dernier.

De plus, malgré les difficultés rencontrées, certaines femmes ont tout de même fait part de bons moments vécus en allaitant leur enfant, comme Mme D qui nous a dit « *franchement moi j'ai adoré* », ou Mme E qui nous a confié que « *au début c'était bien, ça s'est mis en place facilement* ». Enfin, nous pouvons entrevoir une recherche de solutions pour faire face à ces difficultés, ce qui confirme la place importante de l'allaitement, comme pour Mme B qui a formulé : « *j'ai appelé SOS allaitement, j'étais complètement en larmes. Ils m'ont conseillé d'aller voir une conseillère en lactation (...), qui m'a énormément aidée* ».

Ainsi, si nous constatons pour la majorité des patientes des difficultés à allaiter, des solutions sont recherchées, en lien avec un réel désir de nourrir elle-même leur enfant. Nous pouvons nous interroger sur un éventuel impact d'un désir très fort d'allaiter lié au DO avec une volonté de contribuer de soi pour son enfant. Ceci a pour conséquence une désillusion face à la réalité de l'allaitement et notamment ses difficultés. Il est alors possible d'envisager le fait que les difficultés d'allaitement soient liées au DO, ce qui pourrait avoir un impact sur la mise en place du lien mère-enfant, comme l'image de « *vampire* » qu'a évoqué Mme B. Nous tenterons dans notre discussion d'évaluer si ces difficultés sont directement liées au DO.

iii. L'arrêt de l'allaitement

Lors de nos entretiens, seule une femme allaitait encore son enfant, âgé alors de 4 mois. Les autres patientes avaient déjà arrêté. Avec une moyenne de 3 mois, elles avaient allaité leur enfant entre 2 et 6 mois.

Nous avons pu recueillir les raisons de cet arrêt. Deux des patientes ont évoqué un désintérêt de leur enfant pour le sein. Mme B nous a dit que « *le sein elle en voulait plus* » et Mme C nous a expliqué « *je viens d'arrêter parce que quand je lui propose, elle prend pas* ». Enfin, Mme D nous a confié : « *quand je lui ai fait sa visite du 2^e mois, elle prenait pas assez de poids, et c'est là où j'ai décidé d'arrêter parce que j'étais fatiguée (...), que c'était super compliqué en fait. Donc j'ai abandonné au bout de 2 mois et demi* ».

Il est possible de percevoir chez les femmes un soulagement lors de cet arrêt, avec la découverte d'un nouveau lien avec leur enfant. Par exemple, Mme B, qui donnait l'image d'« *un vampire qui me vidait* » concernant son enfant, a développé : « *à partir du moment*

où j'ai commencé à lui donner le biberon, j'ai redécouvert complètement ma fille, (...) ça a été infiniment plus facile (...), j'avais de vrais moments avec elle. J'avais des moments de tendresse ». Elle a également expliqué que *« la tendresse ça peut passer par infiniment d'autres choses »*. Mme D nous a quant à elle confié : *« mais après finalement j'étais soulagée. Elle allait mieux et moi j'allais mieux en fait »*. Elles ont donc toutes semblé nous exposer un lien mère-enfant devenu plus favorable à partir de l'arrêt de l'allaitement. Nous pouvons donc entrevoir une évolution permanente de ce lien, même en dehors de la période du post-partum.

Cependant, malgré les difficultés de l'allaitement et le soulagement après l'arrêt, les patientes ont tout de même paru satisfaites de leur expérience. Mme D nous a confié : *« ça a été même difficile de faire le deuil d'arrêter. (...) C'est vrai que j'aurais préféré tenir plus. Moi je me voyais allaiter plus longtemps »*. Mme B nous a dit : *« Je regrette pas du tout de l'avoir fait parce que nourrir son enfant, au sein, c'est quelque chose »*. Nous constatons donc l'importance pour ces femmes de contribuer de soi grâce à l'allaitement. Avec du recul, Mme B nous a tout de même expliqué que *« l'allaitement c'est bien mais il faut pas non plus en faire tout un truc »*.

Nous pouvons donc percevoir à quel point l'allaitement était important pour ces femmes, le recours à un DO semblant avoir fortement impacté ce désir de nourrir soi-même son enfant. Malgré un soulagement exprimé pour certaines lors de l'arrêt, elles ne regrettent pas le choix d'allaiter qui a paru leur permettre un lien unique avec leur enfant. Cependant, pour d'autres, l'arrêt a semblé permettre la mise en place d'un lien mère-enfant plus favorable. Nous déterminerons par la suite si le recours au DO est un facteur explicatif décisif de l'expérience de l'allaitement et, de ce fait, de la mise en place du lien mère-enfant.

6. Entourage et secret

Nous avons également voulu évaluer la présence et le soutien du père et de l'entourage durant le post-partum nous semblant pouvoir impacter la mise en place du lien mère-enfant, et par ce biais nous renseigner sur l'existence d'un secret autour du DO.

i. Le père

Notre étude ne se centrant pas sur la triade père-mère-enfant, il nous a tout de même paru intéressant d'interroger les femmes sur le lien avec leur conjoint, pouvant impacter indirectement le lien mère-enfant. Les couples étaient ensemble depuis 4 à 16 ans, avec une moyenne de 9 ans.

Toutes les femmes rencontrées ont exprimé une présence importante du père, notamment lors du séjour à la maternité. Mme C et Mme D nous ont toutes les deux expliqué qu'« *il était là tout le temps* ». Mme B et Mme E ont précisé : « *Il arrivait le matin, il repartait le soir* ». Pour certaines, la présence a persisté ensuite, comme Mme D qui nous a dit qu'« *il était présent, il a même pris un mois et demi* ».

La plupart des patientes ont également évoqué le lien du père avec l'enfant. Ainsi, Mme D nous a expliqué qu'« *il est tombé totalement amoureux de sa fille* ». Mme A nous a parlé d'un père « *ému, sur-ému, tout ce que vous pouvez imaginer ! C'était magique* ». Les femmes semblent alors confirmer la place du père comme une évidence. Seule Mme C a laissé transparaître un père anxieux : « *quand elle pleure, il est stressé* ».

Deux des femmes ont volontiers développé leur histoire de couple, et ont semblé témoigner de l'importance de la présence du conjoint pendant leur parcours. Ainsi, Mme A nous a confié : « *il est pas parti, (...) il a été là, bien sûr, il a tout vécu, il a tout vécu. C'était le destin qu'on se mette ensemble* ». Ce passé a également été exposé par Mme B : « *c'est pas juste qu'on s'aime quoi, on a bravé pas mal de choses ensemble* ». Ces dernières confirment alors d'un désir d'enfant construit à deux.

Ainsi, il semble exister un lien important des mères avec leur conjoint, mettant également en avant l'existence d'une triade père-mère-enfant. Le recours au DO se fait après un désir d'enfant construit à deux, et ce soutien semble, d'après les témoignages, se maintenir dans le post-partum, mettant en avant la place importante de chaque membre du couple dans la construction de la parentalité. Nous pouvons facilement imaginer l'influence positive du soutien paternel, qui confirme la place du père paraissant traverser les épreuves avec leur conjointe. Nous pouvons ainsi envisager que le recours au DO a renforcé le lien entre les deux membres du couple. Le soutien du père semble important pour les patientes, et pourrait donc également avoir un impact sur la mise en place du lien mère-enfant, soutenant également la femme dans son nouveau rôle.

ii. L'entourage

Afin de situer le contexte et soutien social pour ensuite évaluer l'existence d'un secret à propos du DO, il nous paraissait également important de connaître la présence de l'entourage.

C'est pourquoi nous avons interrogé les femmes sur les visites qu'elles avaient reçues à la maternité. Deux d'entre elles ont restreint les visites. Mme D nous a expliqué que « *ma belle-mère, ma sœur et mes belles-sœurs sont venues. Je voulais personne* ». Les trois autres patientes nous ont fait comprendre qu'elles avaient eu beaucoup de visites. Mme C nous a dit : « *toute ma famille est venue !* ». Le fait d'avoir eu recours au DO ne paraît pas impacter la décision de visites puisque les patientes ont plutôt indiqué avoir suivi les conseils des femmes de leur entourage ayant déjà accouché.

Trois des patientes ont développé la réaction de leur entourage à la suite de la naissance de leur enfant. Mme A nous a confié : « *ils étaient contents ! Les gens, nos familles elles souffrent avec nous depuis des années ! (...) C'était la délivrance je pense pour beaucoup* ». Ainsi, sa famille a semblé partager sa joie. Mme B a, elle, évoqué son lien avec sa sœur cadette, qui est apparu important, notamment pour apporter des conseils : « *nous sommes extrêmement proches, (...) j'avais eu aussi beaucoup besoin de ma sœur parce qu'elle avait eu 3 enfants, et elle m'a donné pas mal de conseils* ». Elle nous a également confié des regrets concernant l'absence de sa mère, décédée avant sa grossesse, ce qui a paru avoir plutôt un impact négatif sur le vécu de son post-partum, faisant ressurgir des souffrances : « *et ma mère n'était plus là ! Et en plus j'avais mon bébé, elle connaîtra jamais ma fille* ».

Ainsi, nous constatons que ces femmes ont, généralement, un entourage présent et soutenant durant la période du post-partum, ne paraissant pas altéré par le recours au DO, si ce n'est qu'il est plus important. Il est possible d'envisager que cette présence va avoir un impact positif sur la mise en place du lien mère-enfant, le soutien social permettant de conforter les femmes dans leur rôle de mère.

iii. Secret vis-à-vis de l'entourage

Un évènement propre au DO concerne le secret autour du parcours. Afin d'évaluer si ce dernier pouvait impacter la mise en place du lien mère-enfant, nous avons interrogé les patientes sur la présence d'un secret autour du DO dans leur entourage.

Pour trois des femmes rencontrées, la majorité de leur entourage connaissait leur parcours. Par exemple, Mme E nous a confié : « *à mon travail ils étaient au courant, mes amis autour de moi sont au courant, ma famille ...tout le monde !* ». Il leur est apparu important de ne pas en faire un secret. Si Mme B a exprimé : « *c'est pas quelque chose que je compte cacher* », Mme E a développé : « *j'ai jamais eu de gêne à en parler autour de moi. (...) Je cache pas, de toute façon je pense que pour faire des bonnes bases dans la vie il faut pas mentir* ». Mme D a également justifié son choix : « *moi j'ai pas de problème avec ça, et de toute façon c'est ma fille* ». Nous avons ainsi pu entrevoir que le fait d'avoir bénéficié d'un DO n'a pas remis en cause la filiation des patientes avec leur enfant, le cacher n'aurait donc pas eu d'intérêt pour ces trois patientes. Les femmes ont semblé vouloir se rassurer sur leur choix de partager leur parcours en évoquant la réaction de leurs proches. Ainsi, Mme D nous a expliqué qu'« *ils l'acceptent* ». De plus, Mme B nous a révélé : « *j'ai vu ma sœur le dire à mon petit neveu qui à l'époque avait 3 ans, et j'ai trouvé ça formidable comment elle l'a présenté* ».

Cependant, deux des patientes n'ont pas souhaité confier le secret à tout l'entourage. Mme A et son conjoint l'avaient révélé à leur « *proche famille, c'est tout* », et Mme B nous a expliqué que seule sa sœur était au courant : « *sinon, dans le reste de ma famille, personne ne sait. Du côté de mon mari, personne ne sait* ». Ces femmes ont également justifié ce choix. Mme A et C nous ont formulé respectivement « *j'ai pas envie qu'on le regarde différemment* » et « *j'accepte pas qu'ils regardent ma fille autrement. (...) J'ai pas peur, je suis fière ! J'ai pas honte ! Mais c'est le regard ...* ». Si Mme C a aussi semblé se justifier en regard de sa culture en disant « *chez nous, c'est honteux. Une fois qu'on peut pas avoir d'enfant, retour chez ses parents* », Mme A a paru douter de l'importance d'exposer son parcours au reste de sa famille : « *est ce que c'est important de leur dire, je sais pas, est ce que c'est essentiel pour eux de savoir ça, je suis pas sure* ».

Nous avons donc constaté que, si la majorité des femmes rencontrées partagent leur parcours avec leur entourage, d'autres préfèrent le garder secret pour une partie de l'entourage. Toutes nous ont expliqué les raisons de leur choix. Pour les femmes ayant

parlé du DO, les réactions de l'entourage paraissant positives, nous pouvons donc imaginer que l'enfant n'aura pas de mal à trouver sa place. Pour les patientes dont le recours au DO a été totalement ou en partie caché, nous ne pouvons pas entrevoir un impact sur le lien mère-enfant dans le post-partum, et les raisons évoquées de ne pas le partager paraissent justifiées. Ainsi, si le secret est un évènement propre au DO, nous ne pouvons déduire d'un impact décisif sur la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum quant au partage à l'entourage.

iv. Secret vis-à-vis de l'enfant

Afin d'analyser au mieux la relation des mères avec leur enfant, il nous est apparu essentiel de connaître la communication envisagée entre les mères et leur enfant concernant le DO grâce auquel ce dernier avait vu le jour.

Nous avons constaté que toutes les femmes rencontrées souhaitent partager leur parcours de DO avec leurs enfants. Mme A nous a expliqué : « *mon fils le saura, ça c'est sur* ». La révélation du parcours semble ainsi être importante. Si la majorité ne l'avait pas encore abordé avec l'enfant, Mme C nous a toutefois confié : « *déjà là, je commence à lui parler ! (...) Je lui dis : maman elle peut pas avoir d'enfants mais t'es là toi, et le médecin il nous a aidé pour faire des enfants* ». D'autres patientes ont développé la manière dont elles souhaitent le révéler à leur enfant, nous permettant d'entrevoir l'importance du partage, comme Mme D et Mme E qui nous ont respectivement dit :

« *Je lui dirai que dans mon cas j'étais très malade, et que ça m'a pas permis de faire un bébé naturellement et voilà, enfin je lui dirais la vérité quoi* ».

« *Je vais lui faire un petit bouquin, où tout sera expliqué, détaillé, avec des petits textes de nos ressentis, de chaque épreuve, chaque époque, pour qu'elle sache, et puis au fur et à mesure qu'elle va grandir on lui expliquera avec des mots simples* ».

Enfin, il a paru important pour les femmes de communiquer avec leur enfant le plus tôt possible. Ainsi, Mme A nous a confié : « *la communication elle est essentielle, et plus ça sortira tôt et plus il l'intégrera* », et Mme B a rajouté : « *je pense qu'effectivement, en plus, c'est beaucoup mieux accepté si c'est expliqué depuis qu'on est tout bébé !* ».

Seule une des patientes, Mme A, a évoqué sa peur autour de la révélation du DO à son enfant: « *j'ai peur de savoir comment il va accueillir la nouvelle, évidemment* ». Cette angoisse apparente et explicite semble ici révéler un déplacement de ses peurs antérieures liées au DO sur la manière dont son enfant va accueillir la nouvelle, et ainsi faire ressurgir ses souffrances antérieures liées à la difficulté d'avoir un enfant.

Il est possible d'envisager que la volonté des patientes de révéler leur recours au DO à leur enfant représente un facteur favorable à la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum, puisqu'elle révèle une forte envie de partage. Cependant, nous ne pouvons pas savoir si, malgré cette volonté à l'instant où nous les avons rencontrées, les femmes révéleront effectivement leur parcours.

En résumé, nous avons remarqué, pour toutes les femmes rencontrées, une présence importante du conjoint ainsi que de l'entourage, semblant être en lien avec le recours au DO et être favorable pour la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum. Si la majorité ne paraissait pas considérer le DO dont elles avaient bénéficié comme un tabou, certaines des patientes ne souhaitaient tout de même pas révéler leur parcours à l'ensemble de leur entourage. Cependant, toutes désirent partager leur parcours avec leur enfant, paraissant considérer le secret à son égard comme nocif. Tous ces facteurs nous paraissent importants pour la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum et directement liés au recours au DO. Nous pouvons également percevoir un impact à plus long terme sur le lien mère-enfant, selon la manière dont le parcours sera partagé avec l'enfant.

7. Post-partum à domicile et perspectives

i. Les premiers mois

Si nous avons demandé aux patientes de nous détailler leur séjour en maternité et le déroulement de l'allaitement, il nous est apparu également intéressant de les interroger sur le retour à domicile et le déroulement des premiers mois, afin d'évaluer au mieux la suite de la mise en place du lien mère-enfant, se poursuivant également lors du post-partum à domicile.

De manière générale, nous avons pu entrevoir chez toutes les femmes rencontrées une impression de sérénité, et un amour pour leur enfant. Mme A nous a expliqué que « *tout s'est bien passé, (...) on vit un peu dans sa bulle, c'est un moment un peu magique* ». Mme B nous a également confié : « *Elle est épanouie, elle est pleine de vie, elle est super souriante, (...) elle est en confiance totale* ». Deux des patientes ont évoqué leur congé parental qui a semblé leur permettre de passer plus de temps avec leur enfant. Mme E nous a ainsi dit : « *là je suis en congé parental de 6 mois, j'essaie d'en profiter un maximum* ».

Cependant, nous avons constaté chez certaines des difficultés et des complications. Comme nous l'avons évoqué précédemment, deux des patientes ont semblé avoir développé un baby blues, comme Mme B qui nous a confié : « *j'ai fait un baby blues assez impressionnant à la maison* ». Nous avons pu percevoir chez d'autres femmes des difficultés de séparation avec l'enfant. Mmes A et C ont respectivement développé : « *J'ai repris le boulot depuis 10 jours (...), ça a été dur. J'ai mon deuil de maman, ma peine de maman. Il y a un gros deuil de nostalgie en fait* » et « *Elle a toujours besoin de moi pour l'instant. Je suis même prête à quitter mon travail pour elle ! Je peux pas la laisser. (...) Pour elle, je suis prête à tout* ». La difficulté de séparation semble être directement liée au désir d'enfant et donc au DO : il leur paraît difficile de se séparer de cet enfant tant il était attendu. Elles accordent alors une grande importance à leur nouveau rôle de mère. Nous pouvons donc percevoir l'importance du lien construit, la séparation paraissant entraver ce lien si fort.

Ainsi, si les femmes ont pu paraître épanouies au moment de notre rencontre comme cela pourrait être le cas pour toute femme, nous avons tout de même entrevu certaines difficultés telles que des baby blues, et des difficultés de séparation leur paraissant entraver le lien construit avec cet enfant tant désiré. Nous pouvons donc entrevoir un impact du recours au DO sur la survenue de ce dernier événement et ainsi sur la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum à domicile, que nous pourrions analyser en mettant en lien avec les éléments de la littérature.

ii. Un deuxième enfant ?

Il nous a semblé intéressant de connaître les perspectives des femmes concernant une nouvelle grossesse, afin d'évaluer indirectement le vécu de cette première expérience de maternité et donc la construction du lien mère-enfant durant le post-partum.

Toutes ont évoqué leur désir d'avoir un deuxième enfant, ce qui peut nous laisser penser que la première expérience a été vécue positivement, et donc nous laisser entrevoir la mise en place d'un lien mère-enfant favorable. Mme C nous a expliqué : « *je vais essayer, mais pas tout de suite !* ». Mme E a également exprimé ce désir : « *même si c'est fatigant et dur, on aimerait bien essayer d'avoir un deuxième avant 40 ans* ». Pour deux des patientes, ce désir ne semblait pour le moment pas partagé par leur conjoint. Mme D nous a ainsi confié : « *le papa lui il veut pas trop d'un deuxième, (...) je me laisse un an pour le faire changer d'avis* ». Si cet aspect ne fait pas partie de notre objectif, nous pouvons tout de même supposer que la paternité n'a pas été vécue de la même manière que la maternité dans ces couples.

Nous pouvons donc entrevoir que le désir d'enfant persiste, même après une première grossesse. Un recours au DO sera alors nécessaire pour bénéficier d'une deuxième grossesse. Un désir d'enfant chez toute primipare pouvant être retrouvé, nous ne pouvons pas conclure sur un impact décisif du DO mais pouvons tout de même percevoir un bon vécu de la mise en place du lien mère-enfant chez les patientes.

iii. Retour sur la prise en charge

Nous n'avions à l'origine pas pour objectif d'analyser la prise en charge des patientes durant leur parcours, mais ces dernières ont spontanément évoqué le vécu de ce dernier. Il nous est donc apparu important d'aborder ici cet aspect.

Les femmes rencontrées semblaient toutes satisfaites de leur suivi dans le parcours d'AMP. Mme E nous a indiqué : « *j'avais confiance en mon médecin* ». Trois des patientes nous ont également confié avoir eu un suivi satisfaisant durant la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches. Elles ont expliqué avoir bénéficié d'un suivi de grossesse rapproché qu'elles ont paru mettre en lien avec leur dossier compliqué, comme pour Mme A : « *vu*

mon dossier ils ont tous bien flippé donc franchement j'ai été chouchoutée (...) j'avais de la chance ». Concernant l'accouchement, Mme D a considéré que « *l'équipe elle était super bien* ». Quant au séjour en suites de couches, Mme E a développé : « *les sages-femmes, les infirmières étaient très bien, (...) elles se sont très bien occupées de moi, elles m'ont tout bien expliqué* ». De manière générale, sur tout le parcours médical, Mme E a également indiqué : « *j'ai eu beaucoup de chance au niveau des parcours médicaux, j'ai toujours eu des bons médecins, patients, compréhensifs, qui m'ont toujours tout bien expliqué* ». Ainsi, nous pouvons supposer que cette prise en charge satisfaisante favorise la mise en place du lien mère-enfant, puisque le contexte est sécurisant. Cependant, cet aspect ne semble pas être lié au recours de DO, mais plus particulièrement au passé de chaque patiente, antérieur au recours au DO.

Deux autres patientes nous ont révélé des événements pour lesquels la prise en charge n'a pas semblé optimale. Ainsi, Mme B nous a relaté que, à la suite de son refus d'être déclenchée, « *ils m'ont traité comme une espèce de folle furieuse ! Genre la psychotique qu'il faut surtout ménager* » et a rajouté qu'elle aurait préféré accoucher dans un autre établissement que celui où elle a été prise en charge, ce qui nous laisse entrevoir un contexte non sécurisant pour la patiente : « *là ça serait à refaire, c'est à Tenon que je viendrais accoucher* ». Si cet événement ne nous paraît pas être en lien avec le recours au DO, ceci peut tout de même impacter la mise en place du lien mère-enfant. Mme C a, elle, évoqué une rencontre avec un soignant à la suite de la naissance de sa fille qui semble l'avoir marquée, directement en lien avec son parcours : « *il m'a dit : même si vous l'avez portée vous êtes pas sa mère, même si vous l'avez portée c'est pas votre fille. Ça m'a touché ! C'est ma fille !* ». Cette remarque nous semble particulièrement défavorable puisqu'elle renvoie la mère à la complexité du DO et à ses ambivalences, à la difficulté de trouver sa place en tant que génitrice de cet enfant pourtant porté, et pourrait ainsi impacter la mise en place du lien mère-enfant.

Trois des femmes rencontrées nous ont expliqué que les différents discours donnés par les soignants ont pu prêter à confusion. Mme B a développé : « *ce qui était très bizarre, mais ça je pense que ça a rien à voir avec le don d'ovocyte, ça doit le faire à pas mal de jeunes mères, c'est qu'il n'y en a pas deux qui ont le même discours* ». Précisant elle-même que cet événement n'est pas lié au DO, nous ne pouvons pas percevoir un impact direct de ce dernier sur la mise en place du lien mère-enfant.

Nous constatons donc que, si la plupart des patientes évoquent un suivi médical optimal du début de leur parcours jusqu'au jour où nous les avons rencontrées, il existe tout de même des événements marquants au cours du suivi, certaines se voyant même jugées. Pour la plupart, ces événements ne semblent impacter ni fortement ni négativement la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum et nous ne pouvons ainsi pas conclure à un impact général lié au DO.

iv. Retour sur le parcours

Pour finir, nous avons demandé aux patientes de donner un avis global sur leur parcours de DO.

Les femmes rencontrées ont toutes paru très reconnaissantes de cette opportunité qui leur avait été donnée. Elles sont revenues sur leur parcours général, en évoquant également, pour celles concernées, leur pathologie. Plus particulièrement, il nous est apparu intéressant de citer Mme D pour laquelle nous avons pu entrevoir un recul positif sur son parcours, puisqu'elle nous a dit :

Parfois les médecins étaient tristes pour moi, mes copines pensaient que je le vivais vraiment comme une souffrance, et en fait c'est peut-être pour ça que tout est allé si bien parce que ... Parce que moi j'ai pris ce qu'il y avait à prendre en fait. Je veux dire, je suis vivante, je devais pas avoir d'enfant ! Et voilà, en fait je prends tout comme une chance ! Je prends pas comme un malheur de ne pas avoir eu mes propres enfants, enfin vous voyez ... Donc moi en fait tout va bien dans ma tête. Moi je vais bien, je trouve ça super d'avoir ma fille, et voilà.

Le fait d'avoir échappé à la mort lui permet ainsi de relativiser et d'accepter le recours au DO, ce qui nous permet de mettre en avant que pour certaines, le DO n'est pas un événement fondamental mais est une suite logique de leur désir d'enfant.

Seule Mme C nous a confié ne pas vouloir repenser à son parcours, qui semblait appartenir au passé : « *je veux pas penser au passé. Je sais que je l'ai portée* ». Le fait d'y penser provoquera alors des souffrances liées à son parcours, elle semble tenter de mettre de côté ses angoisses du passé. Mme E a pour sa part évoqué des aspects négatifs du DO, notamment : « *ce qui est par contre un peu gênant, (...) c'est que de l'autre côté on sait pas les maladies de la donneuse, qu'il y a dans sa famille* ». Cette remarque nous laisse

entrevoir l'inquiétude ressentie concernant la part d'étrangeté liée au DO, à son anonymat, part d'étrangeté pouvant être reportée sur l'enfant et donc sur la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum.

Pour finir, les femmes rencontrées ont paru heureuses de partager leur histoire avec nous et de pouvoir aider à leur tour, comme par exemple Mme A qui nous a dit : « *je suis contente d'aider, (...) ça me fait plaisir de partager ça* ». Mme B a elle terminé par : « *ça se termine magnifiquement* ».

Ainsi, le retour pour la plupart positif sur leur parcours et une volonté d'apporter leur aide pour notre étude nous a permis de supposer un bon vécu du post-partum et donc une mise en place du lien mère-enfant construite de manière favorable. Il nous paraît important de noter que pour celles dont le recours au DO fait suite à une infertilité post-thérapeutique relativisent, et paraissent ainsi considérer le DO comme un moindre mal. Pour d'autres, certaines inquiétudes persistent sur la part d'étrangeté liée au DO qu'elles tentent de mettre de côté, renvoyant aux souffrances antérieures du désir d'enfant difficilement concrétisé.

En mettant en lien nos résultats et analyses avec les données issues de la littérature, nous allons maintenant tenter de conclure concernant un impact décisif du DO sur la mise en place de ce lien mère-enfant durant le post-partum.

Partie 3 : DISCUSSION ET PROPOSITIONS

I. Discussion de la méthodologie

1. Limites et biais

Nous pouvons constater plusieurs biais et limites dans notre étude.

Tout d'abord, il existe un biais de sélection. En effet, toutes les patientes sélectionnées avaient bénéficié du DO dans le même centre, c'est à dire Tenon. Nous constatons également un biais de volontariat : les femmes ayant accepté de nous rencontrer n'auront pas nécessairement le même vécu que celles qui ne se sont pas rendues disponibles. Du fait de ces biais, et du faible effectif de la population rencontrée, l'étude est difficilement généralisable à l'ensemble de la population d'étude, à savoir les femmes primipares ayant accouché d'un enfant vivant et viable à la suite d'un DO.

Ensuite, nous soulignons un biais de mémorisation. Puisque les femmes avaient accouché entre 3 et 8 mois avant notre rencontre, le vécu de certaines situations a peut-être été exposé différemment que si nous les avions rencontrées dans les 2 mois suivant la naissance, correspondant plus précisément à la période du post-partum. Le recul sur cette période a certainement atténué leur ressenti réel. De plus, certains événements ont pu être oubliés, et certaines situations décrites par les patientes ne semblaient pas toujours très claires pour elles.

L'utilisation de questions de relances lors des entretiens peut également entraîner un biais, risquant d'induire certaines réponses que nous n'aurions pas eues si nous n'avions pas insisté.

Les femmes étaient accompagnées de leur enfant pour quatre des cinq entretiens. Nous étions donc parfois interrompues par leurs pleurs, ce qui a pu déconcentrer les patientes et a donc nécessité des questions de relance. Certaines réponses auraient également pu être plus développées.

Lors de la majorité de nos entretiens, une psychologue, présentée comme telle, était présente. Même si ce n'était pas elle qui posait les questions, nous pouvons supposer que sa présence a pu induire un biais dans les réponses des femmes. Si nous avons essayé

de mettre à l'aise de la meilleure façon possible les patientes, nous pouvons également penser qu'elles n'auront pas abordé les aspects les rendant inconfortables.

De plus, il aurait été intéressant d'effectuer un recueil de données sur les dossiers d'accouchement et de suites de couches des patientes afin de mieux analyser, grâce au point de vue des soignants, le vécu des femmes, et de mieux comprendre certaines situations décrites, parfois confuses.

Enfin, nous avons choisi l'analyse des entretiens par thématique, et non par étude de cas. Du fait de la singularité de l'histoire de chacune des patientes, chaque entretien a donné lieu à des questions supplémentaires, non comparables entre les patientes. Certaines analyses auraient ainsi pu être approfondies si nous avions choisi l'étude de cas.

2. Points forts

Tous les entretiens ont été effectués par la même personne, les questions ont donc été posées de la même manière à chaque fois. Cela a également facilité l'analyse.

Le choix d'enregistrer les entretiens a facilité l'écoute active, puis la retranscription et l'analyse des résultats.

Le nombre de patientes bénéficiant d'un DO étant faible, notre question de recherche a été jusque-là peu explorée dans la littérature, ce qui permet d'apporter des pistes de réflexion.

De plus, même si les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de notre population d'étude, le profil des femmes que nous avons rencontrées est tout de même très varié.

II. Principaux résultats et discussion

Nous avons évoqué, dans notre première partie, les différentes étapes du DO, allant du temps d'attente à la grossesse, ainsi que les événements marquants du post-partum chez toute femme primipare. Dans notre deuxième partie, nous avons exposé les événements

jalonant le parcours, la grossesse et le post-partum des femmes que nous avons rencontrées. Nous allons maintenant mettre en lien les éléments de la littérature et nos résultats afin de vérifier nos deux hypothèses.

1. La plupart des évènements marquants de la mise en place du lien mère-enfant au cours du post-partum chez les femmes primipares ayant bénéficié d'un DO sont identiques à ceux de toute femme primipare.

La naissance du premier enfant engendre la naissance des parents. Les femmes que nous avons rencontrées ont majoritairement exprimé un bon vécu de leur accouchement, marqué par de la joie lors de la rencontre avec leur enfant, tout en évoquant une certaine douleur soulagée par la péridurale, mais aussi une désillusion lors des complications. Ces sentiments sont également décrits par les primipares dans l'étude de Kopff-Landas et al. (35), pour qui « *la mise au monde était avant tout un moment de bonheur et de joie pour la majorité des parents* ». De plus, ils retrouvent une « *dépréciation d'elles-mêmes due à un non contrôle de la situation* » et une expression de la douleur soulagée par la péridurale. Nous retrouvons donc des évènements communs lors de la mise au monde aux primipares ayant bénéficié d'un DO et à celles n'en ayant pas reçu.

Kopff-Landas et al. (36) évoquent également un état émotionnel du post-partum précoce corrélé au vécu de l'accouchement. Nous pouvons supposer que c'est également le cas pour les femmes que nous avons rencontrées. Le vécu de leur accouchement influencerait ainsi l'état émotionnel du post-partum précoce, et serait un facteur impactant la mise en place du lien mère-enfant. Puisque la plupart des femmes rencontrées avaient un vécu positif de leur accouchement, non lié particulièrement au fait qu'elles aient bénéficié d'un DO, nous pouvons imaginer un impact positif sur cette mise en place du lien.

Les femmes que nous avons rencontrées nous ont décrit les évènements marquants du post-partum précoce suivants : des conditions d'hospitalisation considérées comme favorables, marquées par un sentiment de bien-être, des inquiétudes en ce qui concerne le bien-être de leur enfant et leur capacité à être une « bonne mère ». Elles évoquent principalement des évènements liés à leur enfant. Razurel et al. (34,39) expliquent également que les évènements importants cités lors du post-partum concernent

principalement l'enfant. Les conditions d'hospitalisation sont aussi décrites comme un événement marquant, ainsi que les pleurs de l'enfant, « *véritables indicateurs de bonne mère* ». Comme dans la théorie de Bowlby, la mère cherche à répondre systématiquement aux besoins de son enfant. Nous retrouvons donc encore une fois des événements marquants communs aux deux groupes de femmes, celui de notre étude comme celui de la littérature.

L'événement marquant du post-partum principalement décrit et développé par les femmes que nous avons rencontrées a concerné l'allaitement. En effet, si dans la littérature, 69% des nourrissons reçoivent du lait maternel durant leur séjour en maternité (44), 100% des mères rencontrées avaient choisi de donner le sein à leur enfant. Nous avons retrouvé, comme Noirhomme et al. (46) l'évoquent, une décision liée au lien émotif qui serait plus étroit avec son enfant en cas d'allaitement maternel. Cependant, comme cela est également décrit dans la littérature (35,46,47,48), cet allaitement est source de stress et de difficultés pour la plupart des patientes que nous avons rencontrées, difficultés liées à des crevasses ou une production de lait insuffisante, souvent cause d'un arrêt. Nous avons retrouvé tout de même chez les femmes interrogées comme dans la littérature un plaisir d'allaiter, favorisant sa prolongation. Un soulagement a parfois été décrit lors de l'arrêt de l'allaitement, favorisant la mise en place d'une nouvelle relation avec son enfant. La mise en place d'un allaitement, désiré la plupart du temps pour des raisons émotionnelles, a donc été décrite, pour les femmes que nous avons rencontrées comme par la littérature, comme le principal événement marquant le post-partum et impactant la mise en place du lien mère-enfant.

Deux des patientes que nous avons rencontrées ont décrit un baby-blues. S'il n'a pas été évoqué par les trois autres, cela ne nous permet pas de l'exclure chez ces dernières. Ce blues est cependant retrouvé pour 50 à 80% des naissances (38), et est donc fréquemment constaté dans le post-partum précoce chez toute femme. Pour Bydlowski et al. (49), « *dans sa forme modérée et transitoire, il contribuerait à une meilleure régulation du bébé et à de meilleurs ajustements relationnels ultérieurs entre mère et enfant* ». Ainsi, un baby-blues est normal et peut même s'avérer favorable pour la mise en place du lien mère-enfant. Il ne semble pas directement lié au recours au DO car il est retrouvé chez toute mère.

Les femmes que nous avons rencontrées mettent en avant le soutien du père de leur enfant, décrit également par Razurel et al. (34,39) comme important pour faire face aux difficultés d'ajustement au nouveau rôle de mère, mais également comme un facteur

favorable pour la poursuite de l'allaitement maternel (46). Le soutien social que Razurel et al. (34,39) soulignent comme ayant un impact pour l'ajustement au nouveau rôle de mère a également été évoqué par les femmes lors de nos entretiens, avec un impact positif pour certaines des visites de leur entourage en maternité. Cependant, si les informations cohérentes données par le personnel médical est considéré important lors du post-partum (34), les femmes nous ont exprimé une incohérence dans ces discours, engendrant parfois des difficultés.

Nous pouvons donc **confirmer** notre **première** hypothèse, puisqu'en mettant en lien nos principaux résultats avec la littérature, nous retrouvons les mêmes évènements marquants lors du post-partum chez les femmes ayant accouché après un DO que chez les autres primipares, évènements qui vont impacter la mise en place du lien mère-enfant au cours du post-partum. Si nous pouvions penser avant notre étude que la majeure partie des évènements marquants du post-partum étaient uniquement liés au facteur DO dans notre population d'étude, nous retrouvons finalement dans notre échantillon de nombreux faits marquants communs à ceux évoqués dans la littérature pour toute femme primipare. Ainsi, nous retrouvons un état émotionnel du post-partum précoce lié au vécu de l'accouchement, des évènements marquants principalement liés au bien-être de l'enfant et leur capacité à être une « *bonne mère* », et un allaitement au centre des préoccupations. Le baby-blues est également présent dans les deux groupes. De plus, le soutien social et plus particulièrement le soutien du père vont influencer de manière positive la mise en place du lien mère-enfant afin de leur permettre de trouver des stratégies d'ajustement face au nouveau rôle de mère.

Nous allons maintenant mettre en lien nos résultats avec ceux de la littérature propre au DO, afin de pouvoir vérifier notre deuxième hypothèse.

2. Le DO constitue un facteur spécifique qui va impacter de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant au cours de la période particulière qu'est le post-partum chez les femmes en ayant bénéficié.

L'histoire personnelle qui a mené les femmes que nous avons rencontrées au DO est variée. Nous retrouvons, décrits par Letur (23), de multiples indications au DO, ce qui confirme la validité interne de notre étude : échec de FIV intraconjugale, insuffisance

ovarienne prématurée post-thérapeutique ou idiopathique. Dans le cas de notre étude, les patientes ayant eu recours au DO à la suite d'une pathologie ont semblé impactées par cette dernière. En effet, certaines ont elles-mêmes mis en relation leur pathologie avec le vécu du temps d'attente, de la grossesse, de l'accouchement et plus particulièrement du post-partum. Elles ont conscience de l'influence de leur lourd passé médical sur leur vécu. Ainsi, plus que le fait d'avoir eu recours au DO, ce sont leurs antécédents, ayant mené au DO, qui ont impacté leur vécu et donc potentiellement la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum. Ces pathologies leur permettent même parfois de relativiser le recours au DO, qui devient pour elles un évènement finalement moins important, le principal ayant été d'avoir échappé à la mort.

Quoi qu'il en soit, que l'infertilité soit inexplicée ou issue d'une pathologie, nous avons retrouvé un désir d'enfant qui prime pour toutes les patientes, les conduisant à s'inscrire dans un parcours de DO. Selon Cochini et al. (6), cela contraindrait les femmes à façonner leurs représentations maternelles avec de nouvelles données, devant faire le deuil de leurs ovocytes et de l'enfant imaginé, le désir de grossesse et de maternité primant toutefois sur ce deuil. Les patientes que nous avons rencontrées ont effectivement exprimé le deuil de l'enfant génétique, l'une d'entre elles ayant même entamé une démarche d'adoption, comme cela est évoqué par Cochini et al. (6). Comme décrit dans la littérature (8,23), l'attente du DO a été, pour la plupart des femmes, difficile à gérer, mais les patientes nous ont fait part d'une combativité certaine. Peu d'études ont été trouvées sur la grossesse après DO dans la littérature (8,23,26,27,29) et ont par ailleurs inclus un faible effectif. Elles sont donc peu généralisables à la population d'étude, mais nous pouvons tout de même également mettre en lien nos résultats avec ces données. Si certaines des femmes rencontrées ont exprimé quelques angoisses liées à la part inconnue de l'enfant attendu, confirmant la description de Bydlowski (27), nous avons constaté que leurs grossesses s'étaient malgré tout déroulées sereinement. Cela est expliqué « *grâce au déni de la stérilité et du recours au don* » et une mise en avant de leur capacité de femme fertile, liée au fait qu'elles ont « porté » leur enfant. Certaines craintes, également retrouvées dans la littérature, ont tout de même persisté, notamment une peur que l'enfant ne leur ressemble pas. Cependant, elles ont majoritairement exprimé de la joie liée à l'avènement de la grossesse. Ces résultats nous permettent ainsi de confirmer la validité interne de notre étude, puisque nous retrouvons de nombreux éléments communs à la littérature, même si nous ne nous sommes pas focalisés sur ces périodes. Si nous observons certains remaniements pour les femmes de notre échantillon, il est important de noter, comme l'expliquent Cochini et al. (6), que des remaniements psychologiques existent pour toute

grossesse. Les patientes ont pour la plupart eu un vécu positif de leur grossesse, facteur favorisant par la suite la mise en place du lien mère-enfant dans le post-partum et non directement lié au DO.

Une période peu explorée par la littérature concerne l'accouchement des femmes ayant bénéficié d'un DO. Comme nous l'avons exposé pour valider notre première hypothèse, nous avons retrouvé pour nos patientes un vécu de l'accouchement commun à toute femme primipare. Cependant, nous avons également constaté que les patientes que nous avons rencontrées ont tout d'abord exprimé une appréhension liée à l'accouchement, suivie d'un soulagement lors de la naissance de leur enfant, avec un lâcher prise envisageable. Si nous pouvons envisager de mettre en lien ces réactions avec la difficulté pour ces femmes d'être enceintes et leur fort désir d'enfant, elles nous ont elles-mêmes expliqué que ces réactions étaient plutôt liées à leurs antécédents d'infertilité, voir même leur pathologie. De plus, nous ne pouvons pas confronter ces données à la littérature, qui n'aborde pas ce sujet. Nous pouvons constater quelques réactions supplémentaires des femmes interrogées, que nous n'avons pas trouvées dans les études concernant l'accouchement des femmes primipares. Ces réactions semblent plutôt être liées aux antécédents les ayant amenées à recourir au DO, qu'au DO lui-même. Nous pouvons ainsi entrevoir que le DO n'a pas un impact décisif sur le vécu de l'accouchement, au contraire de leurs antécédents d'infertilité ou autres pathologies. Puisque Kopff-Landas et al. (36) évoquent un état émotionnel du post-partum précoce corrélé au vécu de l'accouchement, nous pouvons confirmer l'impact décisif, plus que du DO, des antécédents médicaux décrits par les femmes sur la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum.

Comme nous l'avons décrit précédemment, l'allaitement maternel est l'événement le plus préoccupant pour toutes les mères primipares. Si nous retrouvons dans la littérature que 69% des nourrissons reçoivent du lait maternel pendant leur séjour à la maternité (44), il est important de souligner que 100% des femmes que nous avons rencontrées ont allaité leur enfant. La plupart ont exprimé un désir important d'allaitement. Nous avons également pu relever une explication de ce désir, non retrouvée dans la littérature, qui est la volonté de « contribuer » de soi et d'affirmer leur rôle de mère. La grossesse est décrite dans la littérature (8,23,27) pour les femmes ayant eu recours à un DO comme symbole extérieur de fécondité, qui remet les femmes en position de femme fertile avec un passage au statut de mère, leur permettant d'oublier leur stérilité antérieure. Nous pouvons ainsi déduire que les mêmes remaniements existent en ce qui concerne l'allaitement, qui permettrait alors également d'affirmer leur maternité. Nous pouvons donc conclure qu'il existe un impact

décisif du DO sur le choix d'allaiter, ce dernier renforçant par ailleurs le lien mère-enfant lors du post-partum.

Les mères que nous avons rencontrées ont mentionné une recherche des ressemblances avec leur enfant, notamment avec le père, leur propre famille, et elle-même. Cela leur a permis, comme cela l'est expliqué par Canneaux et al. (26), de se rassurer sur la part d'étrangeté et d'inscrire l'enfant dans la filiation générationnelle, et ainsi de soutenir l'appropriation de leur enfant. Cet événement n'est pas retrouvé dans la littérature durant le post-partum pour les mères primipares, il apparaît donc propre aux femmes ayant bénéficié d'un DO. Nous pouvons donc conclure que le recours au DO va, de cette manière, impacter la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum. Cependant, l'influence ne va probablement pas être décisive dans notre échantillon, puisque les femmes interrogées semblent mettre de côté leurs angoisses liées à la part étrangère de leur enfant, en se rassurant sur les ressemblances.

Un autre évènement que nous n'avons pas retrouvé lors du post-partum des primipares dans la littérature concerne la difficulté de séparation vécue avec leur enfant par certaines des femmes de notre étude. Canneaux et al. (26) évoquent pour les femmes ayant bénéficié d'un DO une « *angoisse de perdre l'amour de leur enfant* », qu'ils expliquent comme directement liée au recours au DO et plus précisément au désir important d'enfant. Nous pouvons donc mettre en lien cette difficulté de séparation avec l'angoisse des femmes de perdre l'amour de leur enfant, et ainsi évoquer un lien mère-enfant mis en place durant le post-partum paraissant fusionnel, lié au DO et plus particulièrement au très fort désir d'enfant les ayant menées au DO.

Enfin, un événement propre au DO concerne le secret ou la révélation de son parcours à son enfant. La littérature retrouve des chiffres variés à ce propos, avec une disparité entre l'intention de le révéler qui existe durant la grossesse et la réalité de cette information (6,30,31). Si toutes les femmes que nous avons rencontrées comptaient le révéler à leur enfant par une information graduelle, nous ne pouvons pas savoir si cela sera réellement fait. Cependant, elles ont toutes semblé conscientes de l'importance de ne pas en faire un secret pour leur enfant. Les femmes n'avaient pas toutes révélé leur parcours à leur entourage, pour des raisons sociétales et culturelles, ce qui est également évoqué par Canneaux et al. (31). Si certaines études mettent en avant des relations parents-enfants plus faciles à long terme lorsque les enfants ont connaissance de leur mode de conception, d'autres ne retrouvent pas de différence si l'enfant n'a pas d'information sur le recours au

DO (29,50). Ainsi, cela met en avant la validité interne de notre étude mais ne permet pas de conclure quant à l'impact sur la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum, mais seulement sur un éventuel impact pour le lien à long terme, comme c'est le cas pour de nombreux secrets gardés par tout parent, en dehors du DO. Il nous paraît toutefois favorable de constater que les femmes voulaient toutes partager cette information avec leur enfant.

Pour finir, les femmes ont toutes exprimé, rétrospectivement, un regard positif sur leur expérience maternelle, malgré les difficultés et complications évoquées. Leur volonté d'avoir à nouveau recours à un DO nous permet de mettre en avant un bon vécu de leur expérience.

Ainsi, nous pouvons mettre en avant la validité interne de notre étude puisque de nombreux éléments communs sont retrouvés avec la littérature. Toutefois, peu d'études ont été retrouvées concernant la mise en place du lien mère-enfant durant la période particulière du post-partum pour les femmes ayant bénéficié d'un DO. C'est pourquoi il est difficile de déduire de notre étude un impact de ce dernier sur le lien mère-enfant, puisque nous ne pouvons mettre en lien nos résultats avec des données de la littérature. Les études concernant le lien mère-enfant à long terme retrouvent des disparités sur ce dernier, mais ne décrivent généralement pas de difficultés particulières (23,29,50). D'autres développent une éventuelle « *alliance familiale non fonctionnelle* », pouvant laisser place à des conflits (26).

Cette discussion nous permet donc d'**infirmer** notre hypothèse « le DO constitue un facteur spécifique qui va impacter de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant au cours de la période particulière qu'est le post-partum chez les femmes en ayant bénéficié ». Tout d'abord, notre première hypothèse a montré que de nombreux éléments marquants du post-partum influant la mise en place du lien mère-enfant sont communs à toute femme primipare. De plus, même si le DO paraît sur certains points influencer la mise en place du lien mère-enfant, notamment concernant la recherche de ressemblances, une séparation difficile et des questionnements sur un éventuel secret, et surtout sur le désir d'allaitement, nous ne pouvons pas conclure à un impact décisif sur la mise en place du lien mère-enfant au cours du post-partum. En effet, c'est l'histoire personnelle de chaque patiente alliée au désir important d'enfant, ayant amené la patiente à recourir au DO, qui semblent impacter de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant dans le post-partum, plus que le recours au DO en lui-même. Nous ne minimisons bien évidemment pas le recours au DO,

qui a impacté la vie de ces femmes. Toutefois, il n'influence pas de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum. Le recours au DO demeure un évènement marquant pour la vie de ces femmes, puisqu'elles sont passées par des questionnements que les autres femmes n'ont pas connus, mais s'inscrit également dans un parcours personnel plus vaste. Pour finir, nous ne pouvons que nous accorder avec Canneaux et al. (26), qui concluent : « Néanmoins, cette dernière (l'alliance familiale) n'est pas exclusivement déterminée par le parcours médical qui a précédé la grossesse. En effet, elle est aussi fonction des représentations parentales des couples qui sont elles-mêmes étroitement liées à leur histoire personnelle ».

Nous pouvons confirmer une validité interne de notre étude étant en accord avec la littérature. Nous émettons cependant une réserve sur notre validité externe puisque malgré la richesse de nos entretiens, nous ne pouvons bien évidemment pas généraliser nos résultats à l'ensemble de la population d'étude, étant donné le faible effectif étudié et les biais décrits plus haut.

III. Perspectives et implications

Dans un contexte de développement du DO, avec une mise à jour très prochaine des lois bioéthiques qu'il sera intéressant de mettre en lien avec notre étude lorsqu'elles seront publiées, les personnels de santé en maternité vont être amenés à rencontrer de plus en plus confrontés de femmes dans cette situation. Actuellement, les sages-femmes sont peu confrontées à ces patientes, puisqu'en 2014 seuls 239 enfants sont nés à la suite d'un DO en France (3). Connaissant la rareté de ces situations, nous pouvons penser que les professionnels de santé ont de nombreux à priori, comme cela est décrit par Le Houezec (32) pour qui l'AMP mobilise des fantasmes inconsciemment chez tout professionnel. Si toutes les patientes rencontrées se sont montrées plutôt satisfaites de leur prise en charge dans leur parcours d'AMP, nous avons constaté que ce n'était pas le cas concernant leur prise en charge par certains professionnels intervenant dans le domaine de la maternité. Devant ces constats, il nous semblerait intéressant de renforcer l'information des professionnels de santé agissant dans le domaine de la maternité sur les parcours de DO, finalement peu rencontrés, afin de leur permettre de mieux comprendre ces parcours, de lever les à priori et de mieux assister, si besoin, ces patientes.

Ainsi, il serait possible d'envisager une étude concernant les professionnels de santé intervenant en maternité, et plus particulièrement les sages-femmes, les interrogeant sur leurs connaissances et nécessités en rapport au DO afin d'évaluer les ressources nécessaires, mais également les éventuels à priori. En effet, il n'existe, à notre connaissance, aucune étude se concentrant sur le point de vue des professionnels de santé en maternité concernant le DO.

Par ailleurs, la présente étude a permis de mettre en avant que le parcours particulier de chaque femme constitue le déterminant décisif non seulement du déroulé de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement mais également de la mise en place du lien mère-enfant dans cette période particulière qu'est le post-partum. Dans ce contexte, il nous semble primordial de rappeler régulièrement non seulement à chaque sage-femme en exercice, mais également à chaque étudiante sage-femme, l'importance de la prise en compte du vécu et parcours personnel singulier de chaque patiente lors de l'accompagnement des femmes en post-partum, afin d'aider ces dernières à la mise en place du lien mère-enfant en toute connaissance de cause. Dans ce cadre, il sera important de spécifier que le recours au DO, s'il ne représente pas un facteur influençant de manière décisive la mise en place du lien dans cette période spécifique du post-partum, constitue toutefois un élément à part entière du parcours de la femme concernée.

Si notre étude est bien cohérente avec la littérature, elle ne peut toutefois pas être généralisée en raison du manque de représentativité de la population. De plus, le faible effectif de la population des études retrouvées autour du DO ne peut qu'encourager d'autres études plus approfondies sur les patientes ayant bénéficié d'un DO. Il serait notamment intéressant de disposer d'un aspect plus global de l'ensemble de leur parcours, en partant de leur découverte d'infertilité jusqu'au développement à long terme de l'enfant. Enfin, pour pouvoir répondre définitivement à notre question de recherche, il serait intéressant de réaliser notre étude à une plus grande échelle en réduisant les biais et ainsi inclure un plus grand nombre de patientes provenant de différents centres.

CONCLUSION

Par cette étude, nous avons cherché à identifier une influence décisive d'un recours au DO sur la mise en place du lien mère-enfant au cours de la période du post-partum pour les femmes primipares. Nous avons pu confirmer, grâce à nos résultats mis en lien avec la littérature, notre première hypothèse, à savoir que la plupart des évènements marquants du post-partum sont communs à toutes les femmes primipares. Nous avons également pu constater que, sur l'échantillon étudié, plus que le recours au DO, c'est l'histoire personnelle et singulière de chaque patiente et le désir d'enfant initial qui a influencé la mise en place du lien mère-enfant au cours du post-partum. Ainsi, si nous retrouvons bien des facteurs spécifiques au DO (recherche de ressemblances, existence ou non d'un secret, désir d'allaitement maternel ...), ce dernier n'a semble-t-il pas influencé la mise en place du lien mère-enfant de manière décisive chez ces femmes primipares lors du post-partum. Le recours au DO s'est inscrit, tout comme d'autres éléments, dans le parcours personnel plus vaste de chacune d'entre elles. Cette étude a donc permis d'infirmer la deuxième hypothèse posée après étude de la littérature.

Pour autant, notre étude, comportant certains biais et portant sur un échantillon restreint issu uniquement d'un même centre, ne peut être généralisable à l'ensemble de la population. Une étude à plus grande échelle permettrait de répondre de manière plus certaine à notre question de recherche. Il serait également intéressant d'envisager une étude se focalisant sur le point de vue des soignants et notamment des sages-femmes, se concentrant sur leur prise en charge des mères après DO. Nous n'avons par ailleurs que peu abordé le lien père-enfant dans les situations de DO, alors que cette dyade pourrait présenter des spécificités. Enfin, à la suite de la mise à jour des lois bioéthiques en 2018, il pourrait être intéressant de cibler une étude en rapport avec les nouveaux critères d'accès à l'AMP et leur influence sur la mise en place du lien mère-enfant.

En conclusion, ce travail de recherche enrichira notre exercice futur du métier de sage-femme. Il nous rappelle qu'il est avant tout nécessaire de prendre en charge de manière singulière chaque patiente au cours du post-partum, pour favoriser au mieux la mise en place d'un lien mère-enfant pendant cette période, selon les besoins de chacun. Plus spécifiquement, nous saurons prendre en charge les patientes ayant mis au monde un enfant après un DO sans mobiliser nos « à priori » mais en nous basant sur leur vécu personnel et singulier.

ANNEXES

Annexe I

Trame d'entretien

- Présentation
- Demande d'enregistrement : « êtes-vous d'accord pour que j'enregistre notre entretien ? Tout ce que vous direz restera bien évidemment anonyme »

Ce que je veux savoir	Comment je le demande
Question d'intro : Est-ce que vous pouvez me raconter ce qui vous a amené à recourir au don d'ovocyte ?	
Renseignements sur l'histoire de la patiente : antécédents médicaux, parcours d'AMP ✓ Raisons pour lesquelles la patiente a demandé un don d'ovocyte : stérilité, pathologie, échec de FIV, âge ... ✓ Temps d'attente avant le don d'ovocyte, échecs de don d'ovocyte auparavant	<i>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez eu recours au DO ?</i> <i>En quelle année vous êtes-vous inscrite dans ce parcours ?</i> <i>Combien de tentatives avez-vous subi avant d'être enceinte ?</i>
Déroulement de la grossesse et de l'accouchement ✓ Vécu de la grossesse et de l'accouchement	<i>Comment s'est déroulée votre grossesse ?</i>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recherche de facteurs qui auraient pu altérer le lien mère enfant, engendrer une grande fatigue en suites de couches ✓ Pathologies ? Complications ? 	<p><i>Comment s'est passé votre accouchement ?</i></p> <p><i>Avez-vous eu des complications particulières durant la grossesse/l'accouchement ?</i></p> <p><u>Relance</u> : <i>Que diriez-vous de votre grossesse/accouchement ?</i></p>
<p>Naissance et rencontre avec le nouveau-né, post-partum précoce et à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En salle de naissance ✓ Puis en suites de couches (durée du séjour) ✓ Sentiment qui a prédominé lors de cette rencontre ✓ Préoccupations ✓ Évènement marquant ✓ Recherche ressemblances/dissemblances ? ✓ Recherche de signes de reconnaissances ? ✓ Retour à la maison et premiers mois 	<p><i>Qu'avez-vous ressenti la première fois que vous avez vu votre enfant ?</i></p> <p><i>Par la suite, comment s'est passé votre séjour en maternité ? Combien de temps êtes-vous restée ?</i></p> <p><i>Aviez-vous des préoccupations particulières ?</i></p> <p><i>Avez-vous recherché des signes de reconnaissance de sa part ? Vous êtes-vous interrogé sur vos ressemblances ?</i></p> <p><i>A qui trouvez-vous que votre enfant ressemble ?</i></p> <p><i>Y-a-t-il eu un évènement particulier qui vous a marqué ?</i></p> <p><i>Comment s'est passé le retour chez vous ?</i></p> <p><u>Relance</u> :</p>

	<p><i>Durant votre séjour à la maternité, avez-vous eu des interrogations ?</i></p> <p><i>Ce ressenti a-t-il persisté durant votre séjour en suites de couches ? Au retour chez vous ?</i></p>
<p>Allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Allaitement maternel ou artificiel ✓ Évaluer le désir ✓ Vécu ✓ Durée, arrêt 	<p><i>Avez-vous donné le sein à votre enfant ?</i></p> <p><i>Si oui : Allaitez-vous encore aujourd'hui ?</i></p> <p><i>Combien de temps a duré cet allaitement ?</i></p> <p><i>Comment s'est passé votre allaitement ?</i></p> <p><i>S'est-il mis en place facilement ?</i></p> <p><i>Si non : Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas allaité ?</i></p> <p><u>Relance :</u></p> <p><i>Qu'avez-vous pensé de votre allaitement ?</i></p>
<p>Présence de l'entourage et du père, secret autour du don d'ovocyte</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visites durant le séjour à la maternité pour évaluer la présence de l'entourage de manière globale : combien, qui, lien ? ✓ Au courant que DO ? en profiter pour aborder secret ! ✓ Vécu des visites et des mots employés par ceux-ci, de leurs réactions 	<p><i>Y a-t-il eu des visites durant votre séjour en maternité ?</i></p> <p>Puis faire préciser en fonction des réponses : place de cette personne dans la famille, dans le secret du don d'ovocyte ou non, réactions de cette personne en rencontrant le bébé...</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence du père durant le séjour à la maternité puis au retour à domicile ✓ Secret vis-à-vis de l'enfant 	<p><i>Ces personnes étaient-elles au courant que vous aviez eu recours à un DO ?</i></p> <p><i>Quelle a été la présence du père durant le séjour à la maternité ?</i></p> <p><i>Pensez-vous dire à votre enfant que vous avez eu recours à un don d'ovocyte ?</i></p>
<p>Question finale : <i>Avec du recul, que diriez-vous de votre parcours ?</i></p>	

Si ces éléments n'ont pas été recueillis durant l'entretien, poser à la fin les questions concernant le profil général :

- Age au moment du don
- Profession et niveau d'études
- Durée de vie commune avec conjoint
- Date de l'accouchement

Annexe II

Autorisation d'étude

DEMANDE D'AUTORISATION
D'ENQUÊTE DANS LE CADRE DU MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
(Joindre obligatoirement l'outil de recherche à cette demande)


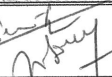
Date de la demande d'autorisation : 08/06/17

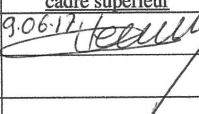
Identification de l'étudiant :
Nom : CAUPIN
Prénom : Alix
Ecole : sage-femme St Antoine

Thème de la recherche :
veux des suites de couches des patientes ayant
bénéficié d'un don d'ovocyte

Problématique étudiée et descriptif de l'enquête :

Entretiens semi-directifs avec des patientes ayant
bénéficié d'un don d'ovocyte, 2 à 6 mois après leur
accouchement.

Identification du directeur de mémoire	Modalités de l'enquête	Signature du directeur de mémoire pour validation de l'outil de recherche
Nom et qualité : Dr NATHIEU D'ARGENT Mme DUDKIEWICZ SIBONY	<input type="checkbox"/> questionnaire <input type="checkbox"/> fiche de recueil de données <input checked="" type="checkbox"/> guide d'entretien	 

Lieu(x) d'enquête	Période d'enquête	Date et Signature du chef de service	Date et Signature du cadre supérieur
Tenon	juin 2016 - dec 2017		9.06.17 

Annexe III

Lettre d'information aux patientes

Madame,

Je suis Alix Caupin, étudiante sage-femme en 5^{ème} année à Paris St Antoine.
Afin de valider mon diplôme d'État, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi de m'intéresser au vécu des suites de couches des patientes ayant accouché après un don d'ovocyte.
Les directeurs de mémoires, qui m'assistent dans ma recherche, sont le Dr MATHIEU d'ARGENT, gynécologue-obstétricien et Mme DUDKIEWICZ-SIBONY, psychologue, qui travaillent toutes les deux à l'hôpital de Tenon, notamment dans le service d'AMP.

Vous avez vous-même bénéficié d'un don d'ovocyte ; c'est pourquoi votre collaboration est importante dans la réalisation de ce projet.

Cette participation consiste en un entretien, qui prendra place dans un intervalle de 2 à 8 mois après votre accouchement. Quelques éléments importants à savoir sur cet entretien :

- ❖ Il aura lieu à Tenon, où je serais assistée de Mme DUDKIEWICZ-SIBONY. Si cela vous arrange, il pourra aussi se dérouler dans son cabinet, à Saint Germain des Prés.
- ❖ Il durera environ 45 minutes, mais peut être raccourci ou prolongé si besoin.
- ❖ Nous aborderons la rencontre avec votre enfant, en revenant notamment sur vos interrogations sur cette période de bouleversement pour toute mère.
- ❖ Ce n'est pas un entretien psychologique à proprement parler. Même si je suis accompagnée d'une psychologue, cet entretien est à but de recherche. Bien sûr, en cas de besoin, nous vous redirigerons vers un professionnel apte à effectuer un entretien psychologique avec vous.
- ❖ L'entretien est strictement anonyme.
- ❖ Tout ce qui sera dit reste couvert sous le secret médical.
- ❖ La participation à ce projet de recherche est volontaire, vous êtes libre de vous retirer à tout moment de cette étude, et ce sans justification.

- ❖ L'étude n'a pas pour but de porter un jugement, mais plutôt une meilleure compréhension de votre vécu. Elle permettra aux professionnels de santé d'adapter leur prise en charge.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous contacterons afin de fixer une date et un lieu d'entretien qui vous arrangera au mieux. Vous pouvez bien sûr être accompagnée de votre enfant.

Vous pouvez nous contacter pour toute information complémentaire.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration,

Alix CAUPIN

Charlotte DUDKIEWICZ-SIBONY

Emmanuelle MATHIEU d'ARGENT

Annexe IV

Entretien de Mme D

Date de l'entretien : 10/11/17

Date d'accouchement : 16/07/2017 (4 mois)

Durée de l'entretien : 33 minutes

Personnes présentes : **ENTRETIEN SKYPE**

- Patiente Mme D avec bébé
- Charlotte Dudkiewicz-Sibony (CDS), psychologue du service d'AMP et directrice du mémoire
- Alix Caupin (AC)

AC : Merci beaucoup d'avoir accepté cet entretien. Est-ce que vous avez des questions avant qu'on commence ?

Mme D : Non, j'ai pas de questions non.

AC : D'abord, je vais commencer par vous demander de me raconter votre parcours de don d'ovocyte. Qu'est-ce que vous a amené à vous inscrire dans ce parcours ?

Mme D : Alors ... Bah moi j'ai eu un cancer à l'âge de 19 ans. Donc en fin 2003-2004, et donc à cette époque-là on ne faisait pas encore la congélation d'ovocytes, ça s'est fait un petit peu après, c'était quelques années après, je crois que c'est 2005 ou 2006 que ça a commencé, et ... Et du coup bah voilà, après moi j'ai fait mon petit parcours de vie, au début je pensais réellement que je ne pourrais pas avoir d'enfant. Mais je l'ai pas vécu comme un traumatisme non plus. Parce que déjà j'étais contente d'être vivante, je veux dire j'étais quand même ... Mon cancer c'était quand même un sacré truc ! Et c'était déjà bien que je sois une rescapée de ça donc ... voilà. Et puis après quand mon gynéco m'a dit « vous savez, il y a possibilité de faire don d'ovocyte, etc. », et bah voilà je suis rentrée dans ce truc là ! Sachant que ça faisait déjà 3 ans que j'étais avec mon conjoint, qu'on m'avait dit qu'il serait mieux quand même de le faire avant 35 ans pour la FIV etc., et puis moi aussi pour ... Parce que j'ai quand même une petite santé suite à ce cancer qui était assez conséquent, avec pas mal de chimio, etc. J'ai des problèmes au cœur, aux poumons, problèmes de rein ... Parce qu'on m'avait conseillé, si je devais faire une grossesse, de le faire quand même à un moment où je sois en pleine forme quoi ! Et donc on s'est inscrit en

2015, en janvier 2015, auprès de Tenon, pour pouvoir ... pour avoir accès au don d'ovocyte !

AC : C'était quel type de cancer ?

Mme D : C'était un sarcome d'Hewing, donc ce qui est assez rare comme type de cancer. Voilà. C'est un cancer qui arrive plus aux adolescents, aux enfants et adolescents. Donc moi je l'ai eu un peu sur le tard. 19 ans c'était un peu sur le tard.

AC : Vous disiez que vous ne pouviez pas avoir d'enfant, on vous avait enlevé les ovaires ... ?

Mme D : Alors non pas du tout. Alors moi c'était une tumeur au niveau de la plèvre, poumon gauche ... Un sacré truc qui faisait quand même 12cm ! En fait il y a plusieurs formes de sarcome d'Hewing, et donc soit ça touche des os longs comme le fémur, moi j'ai eu la forme tumorale, donc c'est des tumeurs qui viennent plutôt anarchiquement dans le corps, et en fait non, moi c'est surtout la chimio en fait qui m'a tout bousillé parce que j'ai eu donc un protocole de 6 chimio mais vraiment à dose de cheval. Enfin je vous l'ai dit, la tumeur elle était quand même assez bien. J'avais eu de la chirurgie d'abord pour l'enlever, donc après 6 cures de chimio à Tenon, j'ai eu ensuite une intensification en chambre stérile, pendant 6 semaines, et donc là j'ai mangé l'équivalent de 5 chimio en une seule fois donc là c'est ... Vu ce que j'ai pris, les médecins savaient que de toute façon tous mes ovocytes seraient morts en fait. Et pour finir j'ai eu de la radiothérapie localisée vraiment sur le poumon gauche.

AC : Vous vous êtes donc inscrites ensuite en 2015 à Tenon, directement dans le parcours d'ovocyte ?

Mme D : C'est ça.

AC : Vous aviez quel âge à ce moment-là ?

Mme D : 30 ans.

AC : Est-ce que vous avez eu avant cette grossesse d'autres dons d'ovocyte ?

Mme D : Non non du tout. C'était le premier.

AC : Donc ça s'est bien passé, l'implantation a marché du premier coup ?

Mme D : Oui c'est ça.

AC : Vous avez bénéficié du don à Tenon, mais aujourd'hui vous êtes à Y¹. Vous avez déménagé entre temps ?

¹ Pour des raisons d'anonymat, nous ne nommerons pas la ville dans laquelle la patiente a déménagé.

Mme D : Oui. En fait, on a emménagé à Y en juin 2016, le Dr Mathieu d'Argent m'a téléphoné en fin septembre 2016, donc on était déjà à Y, et donc on est remonté à Tenon juste pour faire la FIV, et après on est redescendus chez nous et donc j'ai fait après ensuite toute ma grossesse à (autre ville).

AC : Quelle était la date d'implantation ?

Mme D : Le 26 octobre 2016. En fait on a attendu 1 an et 10 mois pour ... l'implantation.

AC : Vous avez donc été suivie ensuite à Y. Racontez moi votre grossesse, comment elle s'est passée, ce qui vous a marqué ...

Mme D : Bah elle s'est super bien passée, franchement j'ai pas été malade, j'étais fatiguée les 3 premiers mois où j'arrêtais pas de dormir mais j'ai pas eu de nausées rien du tout, et... Après de toute façon moi j'ai arrêté le travail en fait, j'avais qu'un contrat de 3 mois, de 4 mois pardon, et du coup ça s'est arrêté quand j'étais à 3 mois de grossesse, donc après j'ai pas recherché de boulot et puis de toute façon les médecins m'ont dit que vu ma petite santé à côté, de toute façon ils m'auraient arrêtée très tôt. Donc voilà, moi j'ai vécu ma grossesse à mon rythme, et ça s'est très bien passé, j'ai quand même été extrêmement suivie parce qu'en plus j'avais une protéinurie qui était assez élevée. Mais voilà, du fait de mes problèmes rénaux, pulmonaires et cardiaques, j'ai revu quand même les spécialistes à chaque fois dans chaque catégorie, et qui m'ont dit que tout allait bien.

AC : Vous étiez suivie dans une maternité type 3 ?

Mme D : Oui. J'ai été suivi à l'hôpital X.

AC : Est ce qu'il y a eu des complications pendant votre grossesse ?

Mme D : Non. Pas du tout.

AC : Comment vous l'avez vécu cette grossesse ?

Mme D : C'était super bien. J'ai même dit à mon conjoint : « je suis prête à faire la deuxième là ! ». Non non, ça s'est super bien passé, même si les médecins chaque fois m'annonçaient que possiblement j'aurais pu accoucher plus tôt du fait de la protéinurie élevée, que globalement aussi j'aurais pu faire un bébé qui soit plus petit, plus chétif etc. Et en fait pas du tout, ma fille va très bien, elle est née une semaine avant terme, tout s'est bien passé quoi.

AC : Et comment s'est passé l'accouchement ?

Mme D : Bah l'accouchement s'est plutôt bien passé, il y a juste eu un moment où en fait ... Où j'ai eu des fortes contractions et après je voyais plus grand chose, c'était ... J'étais pas bien en fait, et je me suis mise un peu à paniquer, et j'avais pas mangé grand chose

en fait, donc j'étais un peu en hypoglycémie, donc ils m'ont réinjecté un peu de sucre, et la ... (*bébé pleure*) ... La comment ... Mince je retrouve plus mes mots !

AC : La péridurale peut être ?

Mme D : Oui, la péridurale ! Et du coup après tout allait mieux.

AC : Vous étiez venue à la maternité parce que vous aviez des contractions ?

Mme D : C'est ça. En fait au début ça a commencé la nuit, à 2h du matin, je me suis sentie pas très bien, pas vraiment ... Si, je sentais que j'avais quelques contractions mais c'était pas très fort, mais surtout je me sentais comme un peu nauséuse, comme malade en fait, j'étais pas très bien, mais bon ça m'a pas empêché quand même de dormir un peu etc. Et après, j'ai pris un bain le matin pour calmer un peu tout ça, donc je me doutais que j'allais accoucher dans la journée, et comme je suis à 250 mètres de la maternité, j'ai fait un tour à 8h du matin, parce que j'avais peur de faire un faux travail en fait, comme j'avais jamais eu de contractions avant, j'avais jamais rien ressenti avant ça, je savais pas ce que c'était. Et du coup je me suis dit : peut-être que je suis en train de faire un faux travail, donc je suis allée vite fait à la maternité, ils m'ont dit que tout allait bien, que je pouvais rentrer à la maison, et que je repasse plus tard dans la journée. Et en fait après à 13h ça allait plus du tout (*rires*) donc là j'y suis vraiment allée pour accoucher.

AC : Vous avez donc été admise en salle de naissance. Comment s'est déroulé le travail ?

Mme D : Plutôt bien. Franchement il y a eu une heure où c'était très difficile parce que quand je suis arrivée en fait j'étais dilatée à 1, et je suis passée de 1 à 4 en une heure, donc cette heure-là elle a été assez terrible, mais après du coup il y a eu tout de suite la péridurale et après du coup c'était nickel quoi.

AC : Et l'accouchement en lui-même ? Vous avez accouché par voie basse ?

Mme D : Oui, j'ai accouché par voie basse, mais alors du coup, comme j'avais des problèmes respiratoires au début c'était un peu la crainte qu'avaient les médecins, c'était que je n'arrive pas à pousser à cause de mon souffle. Et du coup c'est ce qui est un peu arrivé, c'est à dire que sur la troisième poussée en fait j'avais du mal, j'arrivais pas, j'avais plus d'air, j'arrivais pas à pousser, donc bah elle était quasiment là, mais du coup ils ont quand même utilisé la ventouse au bout de 20 minutes. C'était pas parce qu'elle elle était en difficulté, c'était plutôt moi qui y arrivait pas en fait.

AC : Vous avez donc rencontré votre bébé !

Mme D : Oui !

AC : Fille ou garçon ?

Mme D : C'est une petite fille.

AC : On vous l'a mis directement dans vos bras ?

Mme D : Oui on l'a mis dans mes bras mais elle avait un peu bu la tasse, donc on me l'a enlevée une heure en fait, elle a été en pouponnière 1 heure, et après elle m'a retrouvée en fait. C'était en plus le temps que... Le temps qu'on m'enlève le placenta etc. et du coup elle était avec son papa donc voilà.

AC : Comment avez-vous vécu la rencontre avec votre fille ? Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

Mme D : Ah bah là c'est ... C'est... En fait, moi j'ai eu ... C'était nerveux ! Alors mon conjoint lui il a versé sa larmichette, et moi j'ai rigolé en fait, j'ai ... (*rires*). Enfin, c'était assez euphorique, donc ouais j'ai rigolé parce qu'en plus on savait pas le sexe, c'était un bébé surprise, et on était persuadé que c'était un garçon. Et il y a eu un changement de sage-femme quand j'ai accouché, c'est à dire que celle qui s'est occupée de moi toute la journée c'était pas celle qui m'a fait accoucher. Et elle ne savait pas que c'était un bébé surprise donc elle l'a tout de suite emmailloté sans regarder ce que c'était (*rires*) ! Donc on a du redéshabiller Nina², enfin on a dû lui enlever son lange pour voir que c'était une fille, donc ... Donc moi ça m'a fait rigoler parce que j'étais ... Je me suis dit que c'était quand même une sacrée coquine, nous on a toujours cru que c'était un garçon, et voilà...

AC : Vous avez vécu comment le fait qu'elle soit mise en pouponnière juste après ?

Mme D : Ça a été parce qu'en fait on m'a tout de suite rassurée, on m'a dit qu'elle allait bien, enfin je veux dire on est venu me voir quand même assez souvent pour me dire qu'elle allait bien, pour me rassurer, après pour me dire que le papa pouvait y aller, donc ... Donc non, à ce niveau-là franchement l'équipe elle était super bien quoi.

AC : Quand est-ce qu'on vous l'a ramené ?

Mme D : On me l'a ramenée au bout d'une heure, et puis bah elle était à côté de nous, voilà ! Et puis après on est allé dans la chambre.

AC : A quelle heure vous avez accouché ?

Mme D : J'ai accouché à 22h41.

AC : Vous avez donc passé votre première nuit avec elle ? Elle est restée ?

Mme D : Ouais !

AC : Est-ce que vous aviez choisi de l'allaiter ?

Mme D : Ouais ! Je lui ai donné le sein ouais.

AC : Comment ça s'est passé ?

² Prénom d'emprunt pour préserver l'anonymat

Mme D : L'allaitement je dois dire que c'était ... C'est assez difficile en fait, je m'attendais pas à ce que ça soit aussi dur ! Alors en plus moi j'avais un problème, c'est que j'avais les tétons plats, et qu'il a fallu utiliser des bouts de sein. Ça a retardé un peu d'ailleurs ma lactation, c'est à dire qu'en plus elle a eu une jaunisse, donc elle a perdu trop de poids, et moi ma montée de lait est arrivée un peu tardivement, en fait elle est arrivée ma montée de lait quand je suis rentrée à la maison. Et du coup on a du quand même lui donner des biberons, pour compléter au départ, et du coup je l'ai allaitée quand même jusqu'à 2 mois et demi, mais le fait qu'il y avait ce bout de sein ... Franchement ça a pas aidé la lactation, et du coup quand je lui ai fait sa visite du 2^e mois, elle prenait pas assez de poids. C'est là où j'ai décidé d'arrêter parce que j'étais fatiguée, qu'il fallait que je me lève pour tirer mon lait, que c'était super compliqué en fait quoi donc ... Donc j'ai abandonné au bout de 2 mois et demi.

AC : L'allaitement était quand même un moment agréable pour vous ?

Mme D : Ouais franchement moi j'ai adoré quoi. C'est ... Ça a été même difficile de faire le deuil d'arrêter. Mais après finalement j'étais soulagée, enfin ... Elle allait mieux et moi j'allais mieux en fait. Même si je sais que voilà c'était pour ses anticorps, c'était pour sa santé etc., j'aurais préféré continuer, mais j'avais pas assez de lait quoi, je produisais pas du tout assez. Même avec le tire-lait en essayant de favoriser la lactation, ça allait pas en fait. C'est vrai que j'aurais préféré tenir plus. Moi je me voyais allaiter plus longtemps. Mais je me dis oui, effectivement, c'est déjà bien.

AC : Est-ce que vous avez continué à lui donner le sein de temps en temps ou vous avez complètement arrêté ?

Mme D : Non, en fait j'ai étalé sur... C'était à peu près sur 2 semaines, où en fait j'ai fait mixte, j'ai complété à chaque fois, de toute façon le médecin m'avait conseillé, enfin c'est lui qui m'a dit de faire un biberon le soir parce que du coup elle prenait pas du tout assez de poids, et puis après sur 2 semaines en fait elle a pris le sein et le biberon. Elle a fait les deux.

AC : Et à la maternité, vous avez bien été encadrée pour la mise en place de l'allaitement ?

Mme D : Oui, elles ont vérifié etc. Enfin en fait elles m'ont aidées, elles notent des points, elles ont une grille là où elles notaient des points, pour savoir si Nina déglutissait bien etc., et puis bah voilà, en fait le problème il était que j'avais ce fameux bout de sein parce que j'avais les tétons plats, on a essayé de lui faire prendre comme ça et le temps qu'elle me déforme vraiment le mamelon. Mais en fait elle voulait pas quoi, elle prenait pas ... Elle prenait pas le sein quoi.

AC : Et sinon, dans l'ensemble, comment s'est passé le séjour à la maternité ?

Mme D : Euh alors ... Bah moi j'étais ... En fait il y a trois types de maternité ... Il y a trois maternités à X, et moi j'étais en maternité C, donc c'est celle où on laisse le plus les mamans autonomes, alors normalement c'est plus les mamans qui ont un deuxième enfant qui vont là-bas. Mais je pense qu'ils avaient plus de place, et du coup on m'a envoyée là-bas (*rires*). Et, bon en soit c'est la maternité la plus moderne et tout, enfin là où les chambres sont les mieux, mais les sages-femmes en fait, et les puéricultrices, elles interviennent que quand on leur demande, et sinon c'est vrai qu'elles nous laissent en totale autonomie avec notre bébé, donc moi au départ ça m'a fait un petit peu peur. Et en fait, ça allait. Ça s'est plutôt bien passé. Elles étaient là quand je leur ai demandé, je pouvais y aller la nuit en fait, après ça fonctionne par rendez-vous, c'est à dire qu'elles nous fixent un horaire où on peut passer les voir pour l'apprentissage du bain, etc. Et le matin on déjeune toutes les mamans ensemble, donc on amène toutes nos bébés et on se retrouve toutes, ce qui permet de discuter, de savoir quelles sont elles leurs difficultés, moi les miennes... Donc ça c'était pas mal. Franchement c'était bien. Moi c'est vrai qu'au début ça me faisait assez flipper de me dire, j'avais peur de ne pas être assez encadrée, qu'on me laisse vraiment toute seule avec ma fille, mais déjà en fait on apprend tout simplement à se débrouiller, et puis voilà. Non c'était bien, c'était vraiment bien.

AC : Donc ce sont des bons souvenirs quand vous y pensez ?

Mme D : Non non ça s'est bien passé à la maternité, et puis franchement à chaque fois, ouais, les sages-femmes elles ont été super, elles ont été tout le temps rassurantes, donc c'était cool.

AC : Est ce qu'il y a un événement particulier qui vous a marqué pendant ce séjour à la maternité ?

Mme D : Bah moi ce qui m'a marqué c'est quand elle ... On a dû rester un peu plus parce qu'elle avait une jaunisse, donc là c'était un petit peu compliqué, et voilà. Et du coup elle a perdu du poids, et... Ouais, c'était le moment qui était pas très ... C'était pas très rassurant, enfin là j'ai eu un petit peu peur quoi mais ... Mais bon voilà, je savais qu'elle était bien prise en charge, et on m'a rassurée encore une fois donc ...

AC : Elle est quand même restée dans la chambre avec vous ?

Mme D : Ouais, elle a eu le lit là, le lit avec la lampe UV en dessous, et elle est restée avec moi ouais. Mais les sages-femmes m'ont proposé quand même pendant la nuit, à cause de la lumière UV, si ça me dérangeait et tout, elles m'ont dit qu'elles pouvaient la prendre avec elles pour que je me repose, et voilà. Et moi j'ai dit non et du coup ... Enfin c'est pas la lumière qui me dérange le plus en fait, mais ... Donc je l'ai gardée avec moi quand même.

C'est que ça me changeait rien à la vie de la laisser, enfin j'aurais pas plus dormi si elle avait été là ou si elle avait pas été là en fait. Ça changeait rien en fait.

AC : Combien de temps vous avez passé à la maternité ?

Mme D : J'ai passé quatre jours. Du coup au lieu de trois.

AC : Est-ce que le papa était présent durant le séjour à la maternité ?

Mme D : Ah ouais ! Ouais il était présent, il a même pris un mois et demi (*rires*)! Et lui aussi au début il pensait que c'était un garçon, mais en fait il est tombé totalement amoureux de sa fille, et comme je vous dis on habite à 250 mètres de la maternité, on la voit de chez nous. Donc en fait il était là tout le temps.

AC : Est ce qu'il pouvait dormir sur place ?

Mme D : Ouais, il y avait possibilité qu'il dorme sur place, bon du coup vu qu'on habitait juste à côté on voyait pas vraiment la nécessité, donc non, il rentrait se reposer à la maison et puis il nous retrouvait le matin, et le soir comme les papa ont accès de toute façon tout le temps à la maternité, il y avait une sonnette mise en place pour les papa pour qu'ils viennent voir leur bébé quand ils en avaient envie même en pleine nuit, donc ... Donc en fait voilà, il venait quand il voulait.

AC : C'était important pour vous qu'il soit présent ?

Mme D : Ouais quand même ouais. Ouais pour le premier bébé quand même parce que sinon ça fait un peu petit peu flipper hein, oui j'étais contente qu'il soit là.

AC : Est-ce que vous avez eu des visites autres que le papa pendant votre séjour ?

Mme D : Pas beaucoup parce que on est pas de (autre ville) à la base nous. Il y a eu ma belle-mère, ma belle-sœur qui est venue, et c'est tout. Et c'était très bien comme ça. Sincèrement, je pense que j'aurais pas apprécié avoir trop trop de visites, j'ai plein de copines qui m'ont dit qu'elles en avaient eu trop, beaucoup trop, ce qui leur permettait pas de se reposer, et que du coup elles étaient vraiment à fleur de peau. Du coup c'était bien parce que j'ai pris le temps de me reposer, j'ai pris du temps pour moi, pour être avec ma fille, pour faire connaissance avec elle ... Donc du coup j'ai pas eu de baby blues, j'étais pas à fleur de peau, j'étais bien (*rires*) !

AC : Votre entourage est-il au courant du fait que c'est un don d'ovocyte ?

Mme D : Pas tout le monde, mais la plupart du monde si. On leur dit au fur et à mesure, il y en a qui étaient au courant avant, il y en a qui savaient pas, il y en a à qui on va le dire par exemple ce weekend end, parce qu'il y a toujours cette question en fait, ma fille ne me ressemble pas du tout, elle est blonde aux yeux bleus (*rires*) ! Bon après dans ma famille

ils sont quand même beaucoup blonds, mais ... Mais ouais on leur dit, on leur dit parce que de toute façon on va le dire à notre fille, qu'on n'a pas de problème là-dessus, que... Moi j'ai pas de problème avec ça, et que de toute façon c'est ma fille quoi donc... (*bébé pleure*)

AC : Elle ressemble au papa ?

Mme D : Elle a quelques trucs du papa ouais. Elle commence à avoir les oreilles qui se décollent comme lui malheureusement (*rires*), elle a de très grandes jambes comme lui, des très grandes mains, de très grands pieds comme son père, et ... voilà !

AC : Vous disiez que vous comptiez en parler à votre fille. Vous comptez lui en parler quand, comment ... ?

Mme D : Je pense que je commencerai à lui en parler quand elle me posera la question : Maman comment on fait les bébés ? Et quand je sentirai qu'elle sera assez éveillée pour comprendre ça. Je compte lui dire avec des mots d'enfants, et puis quand elle me demandera, quand elle me posera la question « Maman comment on fait les bébés ? », je lui expliquerai déjà comment on fait les bébés normalement, et puis après je lui expliquerai comment elle elle a été faite, et je lui dirais que c'est pas... Qu'elle est pas une exception non plus, que malheureusement, de nos jours, il y a plein de façons de faire des bébés, et que ça arrive. Enfin moi je lui dirais que dans mon cas j'étais très malade et que voilà, et que ça m'a pas permis de faire un bébé naturellement et voilà, enfin je lui dirais la vérité quoi. Et puis après je pense que plus elle veillera, plus elle essaiera de poser des questions, et voilà. Et plus on trouvera les mots ... Des mots plus spécifiques qu'elle sera en mesure de comprendre.

AC : Qu'en pense votre entourage ?

Mme D : Ils l'acceptent aussi ! Franchement, il y a pas de soucis quoi. En tout cas j'ai pas eu de réflexion là-dessus. Enfin même parfois les médecins étaient tristes pour moi, mes copines qui pensaient que je le vivais vraiment comme une souffrance, et en fait c'est peut-être pour ça que tout est allé si bien. Parce que moi j'ai pris ce qu'il y avait à prendre en fait. Je veux dire, je suis vivante, je devais pas avoir d'enfant, et voilà, en fait je prends tout comme une chance ! Je prends pas comme un malheur de ne pas avoir eu mes propres enfants, enfin vous voyez je ... Donc moi en fait tout va bien dans ma tête. Moi je vais bien, je trouve ça super d'avoir ma fille, et voilà.

AC : C'est une belle aventure !

Mme D : En fait j'ai trouvé ça génial, j'étais pas triste en me disant « ah si seulement, ça aurait pu être la mienne », machin... Non ! Franchement, je reviens de tellement loin en fait, je devrais même pas être sur cette terre. Moi je remercie vraiment tous les médecins,

je remercie vraiment tous ceux qui m'ont suivie, et à chaque fois, franchement ça s'est bien passé, et ... Voilà, moi je prends ce qu'il y a à prendre. Moi j'en ferai bien un deuxième parce que le papa lui il veut pas trop d'un deuxième, mais moi je ferai bien un deuxième, et s'il y en a un tant mieux et s'il y en a pas bah tant pis quoi, c'est comme ça.

AC : Vous seriez dans l'optique là d'en faire un deuxième du coup ?

Mme D : Ouais, ouais ... En fait j'ai tellement aimé la première grossesse, ma fille est plutôt cool je dois dire, elle crie pas pour un rien ou quoi, c'est sympa, donc c'est vrai que j'en ferais bien un deuxième, le problème c'est que le papa je crois qu'il est pas très chaud (*rires*) !

CDS : Pour quelle raison d'après vous ?

Mme D : C'est que pour l'instant lui, là, pour l'instant, il se sent un petit peu comme débordé il m'a dit qu'il voulait dormir la nuit et qu'il voulait partir en vacances (*rires*) !

CDS : Mais lui, il a des frères et sœurs ?

Mme D : Oui, il a une grande sœur ouais.

CDS : Et vous ?

Mme D : Non mais je me laisse un an pour le faire changer d'avis. C'est que là je pense que... Ouais, elle est trop petite et puis il se sent dépassé, il se dit un deuxième ça va être ingérable, mais peut-être, je pense peut-être il changera d'avis.

AC : Vous me disiez que vous travailliez au début de votre grossesse, qu'est-ce que vous faisiez comme métier ?

Mme D : Moi je travaille en logistique, je suis coordinatrice logistique, en fait je fais beaucoup de gestion de stock d'entrepôts, enfin voilà, des trucs comme ça.

AC : Actuellement, vous êtes en arrêt ? En congé ?

Mme D : Non, en fait du coup j'ai repris mes droits chômage. Je compte retravailler à partir de janvier. Du coup là elle a 3 mois et demi, je profite encore d'être un peu avec elle, et au mois de janvier je ... Je me laisse 2 mois là pour trouver un nouvel emploi et puis ... Et puis trouver un mode de garde sympa, et voilà. Comme ça j'aurais pu passer quand même 5 mois et demi avec elle, ce qui est déjà bien, ce qui est déjà une chance, donc du coup voilà.

AC : Et le papa, qu'est-ce qu'il fait comme métier ?

Mme D : Le papa il est informaticien !

AC : Il a quel âge ?

Mme D : 36 ans.

AC : Depuis combien de temps êtes-vous ensemble ?

Mme D : Ça fait 4 ans.

AC : Je pense qu'on a fait le tour du sujet. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport à tout ce qui a été dit ?

Mme D : Non, non non.

AC : Merci beaucoup en tout cas !

Mme D : De rien ! Attendez, elle est là, je vais vous la montrer ! (*montre sa fille*)

AC : Elle va bien ?

Mme D : Elle va super bien !

AC : Merci beaucoup en tout cas.

Mme D : De rien, de rien !

CDS : Et félicitations ! Au revoir !

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence de la biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation 2014 [Internet]. 2015 [consulté 24 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
2. Aballea P, Burstin A, Maysonnave C. Etat des lieux et perspectives du don d'ovocytes en France. Inspection Générale des Affaires Sociales; Rapport février 2011 No: RM2011-024P.
3. Agence de la biomédecine. Le don d'ovocytes, parlons-en ! [Internet]. 2017 [consulté le 9 avril 2018]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/Le-don-d-ovocytes-parlons-en,1017>
4. LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique | Légifrance [Internet]. [Consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102>
5. Article L2141-1 du Code de la Santé Publique | Légifrance [Internet]. [Consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687417>
6. Cochini A, Letur-Könirsch H, Granet P, Wainer R, Cupa D. Le vécu des patientes et les représentations maternelles au fil des étapes d'un don d'ovocytes. Gynecol Obstet Fertil. Septembre 2011;39(9):533-7.
7. Allard M-A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro (FIV). Gynecol Obstet Fertil. Octobre 2007;35(10):1009-14.
8. Guillou J, Séjourné N, Chabrol H. Appréhension et vécu d'une grossesse obtenue après un don d'ovocyte anonyme. Gynecol Obstet Fertil. Mai 2009;37(5):410-4.

9. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°20 : avis sur l'organisation actuelle du don de gamètes et ses conséquences [Internet]. Juillet 1990 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/fr/type_publication/avis

10. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis 18 : Etat des études conduites par le Comité concernant les dons de gamètes et d'embryons [Internet]. Decembre 1989 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/fr/type_publication/avis

11. Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain | Légifrance [Internet]. [Consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549619>

12. Loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal | Légifrance [Internet]. [Consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549618&categorieLien=id>

13. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique | Légifrance [Internet]. [Consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000441469&dateTexte=20040807>

14. Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°126 : Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation [Internet]. Juin 2017 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : http://www.ccne-ethique.fr/fr/type_publication/avis

15. Agence de la biomédecine. Fiche : encadrement juridique du don de gamètes en France et les nouveaux enjeux de la loi bioéthique [Internet]. 2011 [Consulté le 24 avril 2017]. Disponible sur : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_2_encadrement_juridique_don_de_gametes.pdf

16. Décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes | Légifrance [Internet]. [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/10/13/AFSP1513121D/jo>

17. Agence de la biomédecine. Dons d'ovocytes et de spermatozoïdes : besoin de nouveaux donneurs pour plus de 3000 nouveaux couples en attente [Internet]. 2016 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/Dons-d-ovocytes-et-de,755>
18. Agence de la biomédecine. Plus de dons d'ovocytes et de spermatozoïdes pour répondre aux besoins des couples confrontés à une infertilité médicale [Internet]. 2017 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/Plus-de-dons-d-ovocytes-et-de>
19. Vincent-Rohfritsch A, Marszalek A, Santulli P, Gayet V, Chapron C, Goffinet F, et al. Les risques périnataux sont-ils plus importants après don d'ovocytes à l'étranger ? J. Gynecol Obstet Biol Reprod. Octobre 2016;45(8):866-75.
20. Agence de la biomédecine. Le don d'ovocytes : mode d'emploi [Internet]. Novembre 2011 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_3_don_dovocytes_mode_demploi.pdf
21. Groupe d'Etudes pour le Don d'Ovocytes. Document d'information : le don d'ovocytes [Internet]. 2011 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : <http://www.gedo.org/backoffice/public/News/upload/Gedo-broch-504260-0809-IS-JANV-11%2002.02.11.pdf>
22. Letur-Konirsch H, Le Lannou D, Plachot M. Don de gamètes et accueil d'embryons. EMC (Elsevier Masson, Paris), Gynécologie, 755-A-18, 2005.
23. Letur H. État des pratiques du don d'ovocytes en France et en Europe. J Gynecol Obstet Biol Reprod. Décembre 2007;36(8):727-37.
24. Hesters L, Achour-Frydman N, Mandelbaum J, Levy R. Vitriification embryonnaire : état des pratiques en France par les BLEFCO. Gynecol Obstet Fertil. Septembre 2013;41(9):554-7.
25. Le Lannou D, Griveau J-F, Veron E, Jaffre F, Jouve G, Descheemaeker V, et al. Pour un don d'ovocytes à la française. Gynecol Obstet Fertil. Janvier 2010;38(1):23-9.

26. Canneaux M, Golse B, Wolf JP, Beauquier-Maccotta B. Intérêt de l'exploration des interactions triadiques dans les conceptions par don d'ovocytes. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* Mai 2014;62(3):140-6.
27. Bydlowski S. Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ? *Gynecol Obstet Fertil.* Decembre 2014;42(12):861-4.
28. Ohi J, Koscinski I, Schindler L, Teletin M, Murer M, Galland I. Pathologies des grossesses issues de don d'ovocytes. *Gynecol Obstet Fertil.* Septembre 2012;40(9):511-6.
29. Murray C, MacCallum F, Golombok S. Egg donation parents and their children : follow-up at age 12 years. *Fertil Steril.* Mars 2006;85(3):610-8.
30. Karpel L, Flis-Trèves M, Blanchet V, Olivennes F, Frydman R. Don d'ovocytes : secrets et mensonges. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Octobre 2005;34(6):557-67.
31. Canneaux M, Kobilinsky N, Wolf JP, Golse B, Beauquier-Maccotta B. Information, transmission, secret : quel discours pour les enfants nés par don de gamètes ? *Gynecol Obstet Fertil.* Juillet 2016;44(7-8):410-6.
32. Le Houezec F. Questions aux pédiatres à propos des enfants nés avec une assistance médicale à la procréation. *J Pediatr Pueric.* Juin 2002;15(4):203-8.
33. Horovitz J, Coatleven F, Roux D, Vandebossche F. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). *EMC (Elsevier Masson, Paris), Obstétrique, 5-110-A-10, 2011.*
34. Razurel C, Desmet H, Sellenet C. Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Rech Soins Inf.* Septembre 2011;106(3):47-58.
35. Kopff-Landas A, Moireau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. *Gynecol Obstet Fertil.* Novembre 2008;36(11):1101-4.
36. Kopff-Landas A, Moireau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. *Gynecol Obstet Fertil.* Mars 2009;37(3):236-9

37. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Octobre 2015;44(10):1152-6.
38. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique — Texte court. *Rev Sage-Femme*. Janvier 2016;15(1):30-40.
39. Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, Alama S-E, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *Rev Sage-Femme*. Octobre 2010;9(5):240-9.
40. Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. *Encephale*. Octobre 2007;33(5):805-10.
41. Terry D, Mayocchi L, Hynes G. Depressive symptomatology in new mothers : a stress and coping perspective. *J Abnorm Psychol*. 1996;105(2):220-31.
42. Bowlby J. Attachment and loss : Vol.1. Attachement. New York: Basic Books; 1969.
43. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. 2003 [consulté le 24 avril 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf
44. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Rev Epidemiol Santé Publique*. Sept 2012;62 (S50):182.
45. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. *J Pédiatr Puéric*. Décembre 2012; 25(6):364-72.
46. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de 3 mois : une revue de la littérature. *J Pédiatr Puéric*. Mai 2009;22(3):112-20.

47. Robert E, Swennen B, Dramaix M, Coppieters Y. Place des difficultés rencontrées lors de la mise au sein dans l'initiation et la durée d'allaitement maternel en Belgique francophone, 2015. *J Pédiatr Puéric.* Avril 2017;30(2):47-55.

48. Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert F-A. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. *J Pédiatr Puéric.* Aout 2016;29(4):177-87.

49. Bydlowski S, Lalanne C, Apter G, Golse B, Vaivre-Douret L. Construction des premières interactions mère-bébé de la naissance aux deux mois de l'enfant. Quels liens avec le blues postnatal ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* Janvier 2015;63(1):1-8.

50. Golombok S, MacCallum F, Goodman E, Rutter M. Families with children conceived by donor insemination : a follow-up at age twelve. *Child Dev.* 2002;73(3):952-68.

GLOSSAIRE

ABM = agence de la biomédecine

AMP = Assistance Médicale à la Procréation

CCNE = Comité Consultatif National d'Éthique

DO = don d'ovocyte

FIV = Fécondation In Vitro

GEDO = Groupe d'Étude pour le Don d'Ovocyte

Résumé

Le don d'ovocyte est une technique d'assistance médicale à la procréation encadrée par la loi de bioéthique, qui sera mise à jour courant 2018. Cette technique se développe actuellement en France. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs relatifs au don d'ovocyte qui influenceraient de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant durant le post-partum.

Nous avons réalisé cinq entretiens semi-directifs avec des mères primipares après une grossesse issue d'un don d'ovocyte réalisé à l'hôpital Tenon à Paris.

Nos résultats ont permis d'avancer que les facteurs relatifs au don d'ovocyte n'influenceraient pas de manière décisive la mise en place du lien mère-enfant dans le post-partum : c'est avant tout l'histoire singulière de chaque patiente qui semblait déterminante. Une analyse sur une population plus large serait nécessaire pour confirmer ces résultats issus d'un échantillon restreint.

Abstract

Oocyte donation is a medically assisted reproduction technique defined by the law on bioethics, which will be updated in 2018. The use of this technic is currently growing in France. The aim of our study was to identify the factors related to oocyte donation which significantly impact the establishment of the mother-child bond during postpartum.

We organized five semi-structured interviews with primiparous mothers after a pregnancy following an oocyte donation at the hospital of Tenon, in Paris.

Our results allowed us to advance that the factors related to oocyte donation would not significantly influence the establishment of the mother-child bond during post-partum : it is above all the singular history of every patient that matters. An analysis on a larger population would be necessary to confirm our results.

Mots clés : don d'ovocyte – post-partum – lien mère-enfant

Nombre de pages : 59

Nombre d'annexes : 4

Nombre de références bibliographiques : 50