



**HAL**  
open science

# Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes

Géraldine Sourris

► **To cite this version:**

Géraldine Sourris. Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02383103

**HAL Id: dumas-02383103**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02383103v1>**

Submitted on 27 Nov 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.

*Ecole de Maïeutique de Marseille*

# **Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes**

Présenté et publiquement soutenu  
devant l'Ecole de Maïeutique de Marseille

Le 03/09/19 par

SOURRIS Géraldine

Née le 13/08/1995

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2018/2019

Membre du jury :

- NINA Cécile, sage-femme enseignante
- GUILLEMAIN Catherine, responsable du service de Biologie de la Reproduction
- DENISOT-BOISIS Sandy, sage-femme hospitalière



Ecole de Maïeutique de Marseille  
Université Aix Marseille

**Parentalité et accompagnement  
des  
bénéficiaires du don de gamètes**

SOURRIS Géraldine  
Née le 13/08/1995

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'étatde Sage-Femme  
Année universitaire 2018-2019

Validation 1<sup>ère</sup> session 2019 : oui  non

Mention : Félicitations du Jury   
Très bien   
Bien   
Assez bien   
Passable

Validation 2<sup>ème</sup> session 2019 : oui  non

**Visa et tampon de l'école**

# REMERCIEMENTS

Je remercie :

- Cécile NINA et Catherine GUILLEMAIN, pour leur soutien, qui ont rendu possible ce projet,
- Les sept couples qui ont accepté de témoigner et sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé,
- Mes parents, mon compagnon, mon frère et mon grand-père sur qui j'ai toujours pu compter,
- Jessica, qui m'a tant aidé sur ce projet, et pour ce matin du 21 mars qui restera gravé en moi,
- Mes amies de promotion qui ont rendu ces quatre années d'études formidable,
- Kelly et l'ensemble de mes ami(e)s, le reste de ma famille et ma belle-famille,

# SOMMAIRE

<b>Introduction à l'étude</b>	<b>6</b>
<b>Matériel et méthode</b>	<b>9</b>
<b>Résultats</b>	<b>11</b>
Vécu et ressentis avant la naissance de l'enfant	<b>11</b>
Vécu et ressentis après la naissance de l'enfant	<b>13</b>
Mise en place de la parentalité	<b>15</b>
Parentalité au cours des premières années de vie de l'enfant	<b>17</b>
Parentalité et don de gamètes	<b>19</b>
Accompagnement et besoins avant la naissance de l'enfant	<b>21</b>
Accompagnement et besoins après la naissance de l'enfant	<b>23</b>
<b>Analyse et discussion</b>	<b>25</b>
Limite et biais de l'étude	<b>25</b>
Vécu et ressentis avant la naissance de l'enfant	<b>25</b>
Vécu et ressentis après la naissance de l'enfant	<b>27</b>
Mise en place de la parentalité	<b>28</b>
Parentalité au cours des premières années de vie de l'enfant	<b>29</b>
Parentalité et don de gamètes	<b>30</b>
Accompagnement et besoins avant la naissance de l'enfant	<b>32</b>
Accompagnement et besoins après la naissance de l'enfant	<b>33</b>
<b>Conclusion</b>	<b>35</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>37</b>
<b>Annexes</b>	<b>39</b>

# INTRODUCTION

Le projet de loi qui doit être voté incessamment sur la légalisation de la conception par don de gamètes pour les couples féminins homosexuels, ainsi que pour les mères célibataires, a suscité de nombreux débats, mettant ainsi en exergue une pratique complexe : la conception par don de gamètes.

Tout d'abord, il est important de revenir sur la définition de cette pratique qui, d'après le Code de Santé Publique, précise : « le don de gamètes consiste en l'apport par un tiers de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation ». Actuellement, souvent préférée à l'adoption, l'assistance médicale à la procréation est devenue une pratique courante. En effet, elle permet au couple de vivre la grossesse et l'accouchement ainsi que de transmettre les gènes de l'un d'entre eux au moins (Euriat, 2004). Quelles sont les personnes qui actuellement peuvent bénéficier de cette pratique ? Selon le site internet officiel des Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme Humains (CECOS) : « Le don de gamètes est destiné à des couples hétérosexuels ne pouvant pas avoir d'enfant, soit parce que l'homme n'a pas de spermatozoïdes, soit parce que la femme ne produit pas d'ovocytes, soit parce qu'ils ont été détruits par un traitement médical (par exemple certains traitements du cancer). Il peut également être destiné à des couples lorsque qu'il existe un risque important de transmettre une maladie grave à leur enfant, ou à certains couples en échec d'Assistance Médicale à la Procréation intraconjugale ».

Les dons de de gamètes se déroulent dans les CECOS qui sont des « centres implantés dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il est formé :

- d'une équipe médicale pluridisciplinaire regroupant des médecins, des biologistes, des psychologues, des généticiens, des techniciens, *etc.*...
- d'une plate-forme de cryobiologie hautement spécialisée ».

Ces CECOS ont plusieurs missions :

- Permettre à des couples qui ont des problèmes de stérilité ou encore des contre-indications à une grossesse obtenue avec leurs gamètes, de fonder une famille avec l'aide d'une procréation par don de spermatozoïdes, d'ovocytes ou d'embryons,
- Permettre la préservation de la fertilité pour des hommes, des femmes ou des enfants qui sont face à des circonstances présentant un risque pour leur fertilité future.

Ces centres ont un rôle majeur de soutien et d'accompagnement.

Ils sont vingt-neuf répartis sur le territoire français (site officiel CECOS, 2019).

Les premières lois de bioéthique datent de 1994, cependant la procréation avec l'aide d'un tiers donneur a débuté bien avant. Toutefois, cette pratique fût loin d'être totalement acceptée par la société. Dans les années soixante-dix, les médecins promulguant cette

pratique ont dû affronter de nombreuses récriminations. Tout d'abord, des accusations d'immoralité conjugale et familiale, du fait de l'intrusion de la semence d'une troisième personne au sein du couple, une sorte d'adultère finalement. Il s'est ajouté également une critique plus anthropologique : n'allaient-ils pas créer une « équation impossible » qui se retournerait un jour contre l'enfant, voir la société tout entière ? A ces critiques la réponse fût un encadrement très strict de ces pratiques ainsi que la création d'un modèle bioéthique, entériné par les lois de 1994 (Théry, 2015). A ce jour, le don de gamètes est généralement accepté du public car il souhaite remédier à l'infertilité. Mais il reste mal connu, gênant : on ne s'y intéresse que lorsqu'on s'y trouve confronté (Squires, 2011). En France, on estime le nombre d'enfants nés par AMP à 2—3 % de l'ensemble des naissances (Beauquier-Maccotta, 2010)

Cependant, de nombreuses questions agitent psychanalystes, anthropologues et professionnels de santé. En effet, cette technique apporte, certes des avantages, mais aussi des inconvénients. Les plus connus par le grand public sont les témoignages rapportés par les enfants issus du don de gamètes, notamment leur difficulté vis-à-vis de l'anonymat du donneur. De plus, de nombreux spécialistes rapportent que les parents peuvent faire face à de possibles obstacles. Cela peut entraîner un désarroi profond chez certains patients : « [...] ce type de paternité, lesté par un non-dit, n'est pas si aisé à assumer. Il est très répandu d'en garder le secret, tant les hommes se sentent humiliés et castrés que leur fécondité soit atteinte. Si bien qu'un « traitement » leur permettant de devenir pères grâce au don d'un autre homme, vécu lui comme super viril, ne restaurait leur puissance qu'en apparence et que la rivalité avec cet homme, identifié souvent à leur père, pourra gêner leur paternité. » (Faure-Pragier, 2011). Cela peut-être également compliqué pour le ou la partenaire : « Toute la famille souffre de cette situation. La mère se sent hypocrite et reproche ce secret à son mari, d'autant que les médecins ont plutôt prescrit de dire la vérité. Bientôt, elle « avoue » à l'analyste une obsession, un désir fou de savoir qui a engendré [sa fille]. » (Faure-Pragier, 2011). La question de l'annonce à leur enfant de son mode de conception concerne tous les couples. D'abord, vont-ils l'annoncer ou garder le secret ? Et, s'ils souhaitent l'annoncer, comment ? Quelle méthode adopter ?...« Néanmoins, même si l'intention d'en parler semble indubitable, le choix du moment paraît plus délicat. Plus de la moitié des couples déclare ne pas savoir exactement quand ils décideront d'en parler » (Kalampalikis et al 2009).

En d'autres termes, comment cette nouvelle parentalité va-t-elle se mettre en place ? Mais en premier lieu, qu'est-ce que la parentalité ? « La définition avancée avec Houzel (1999) comprenait trois dimensions dans ce « fait d'être parent » :

- celle de « l'exercice », qui renvoie à une définition juridique de la parentalité,
- celle de la « pratique », qui renvoie à la personne qui concrètement prend soin de l'enfant, assure son éducation,
- et celle de « l'expérience » d'être parent, qui renvoie plus à un sentiment subjectif, à un lien vécu avec l'enfant » (Mellier et Gratton , 2015).

De plus, il est à noter que la parentalité ne se réduit pas à une fonction de géniteur : « C'est pourquoi la fonction peut même être élargie à toute personne répondant aux besoins des enfants et leur apportant l'amour et l'attention dont ils ont besoin » (Lecluse et Waquet, 2004).

Il est donc nécessaire de déterminer s'il y a effectivement des difficultés dans la mise en place de la parentalité au sein du couple, mais également de savoir s'il y a la possibilité d'intervenir au cours de la grossesse et des premiers jours de vie de l'enfant, afin d'assurer l'accompagnement nécessaire aux parents afin de les soutenir dans la mise en place de la parentalité. En effet, si nous nous penchons sur les compétences de la sage-femme, cette dernière est très présente lors de ses moments clés.

« - Conduire une consultation prénatale

- Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité
- Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème trimestre
- Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites
- Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance
- Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale
- Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention
- Réaliser une réanimation néo-natale » (Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, 2010).

Face à toutes ces informations, une étude a été menée avec pour question de recherche : quel(le)s sont les difficultés et les besoins d'accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois de vie de l'enfant ?

Les objectifs de recherches sont :

- Identifier les besoins d'accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes,
- Identifier les obstacles rencontrés par les bénéficiaires du don de gamètes.

## MATERIEL ET METHODE

Commençons par rappeler les objectifs de recherche :

- identifier les besoins d'accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes,
- identifier les obstacles rencontrés par les bénéficiaires du don de gamètes.

Pour y répondre, il a été mené une recherche qualitative avec une méthode phénoménologique, composée d'entretiens semi-directifs. Huit entretiens de durée moyenne de quatre-vingt-dix minutes ont été réalisés, en présence des deux membres du couple pour six d'entre eux. Un seul couple a réalisé l'entretien séparé.

La population étudiée était composée de 7 couples ayant bénéficié du don de gamètes. Six couples avaient bénéficié du don de spermatozoïdes et un couple du don d'ovocytes. Ces sujets ont été d'abord contactés par le CECOS de la Conception qui leur a présenté le projet. Si ces derniers se portaient volontaires, ils étaient mis en lien avec l'opérateur. Les entretiens étaient réalisés au domicile des couples, et enregistrés afin de les retranscrire de manière totalement anonyme. Antérieurement à ces démarches un dossier de demande d'avis au comité d'éthique d'Aix-Marseille Université a été réalisé.

Couple	Pseudo	Age	Profession	Type de don	Age enfant(s)
1	Pierre	42 ans	IDE	Don sperme	2 ans
	Martha	41 ans	IDE		
2	Thomas	38 ans	Ingénieur	FIV puis don de sperme	7 ans et 4ans
	Juliette	35 ans	Professeur des écoles		
3	Rufus	48ans	Electricien	Naturelle puis don de sperme	17ans 7ans, 2ans
	Amanda	35 ans	ATSEM	Don sperme	7ans, 2ans
4	Lucien	34 ans	Ingénieur	Don sperme	4 ans
	Sarah	31 ans	Assistante maternelle		
5	Paul	45ans	Coatch de vie	Don sperme	2 ans et 2 ans
	Virginie	38 ans	Responsable de service		
6	Lucas	41 ans	Ingénieur	Don d'ovocytes	8 mois
	Mélanie	40 ans	Chercheuse		
7	Martin	Cheminot	37ans	Don sperme	5 ans
	Lucile	Assistante maternelle	36ans		

Tableau 1 : Caractéristiques des 7 couples interviewés dans le cadre de l'étude

Cette méthode a été utilisée car elle comporte l'avantage d'utiliser des questions ouvertes permettant aux parents de développer, d'aborder eux-mêmes parfois des sujets

sensibles ou nouveaux. De plus, aller au domicile des parents offrait la possibilité d'une plus grande faisabilité ainsi que de faciliter les échanges avec les interviewés du fait d'une plus grande proximité dans un cadre qui leur était familier.

Les critères d'inclusion sont les suivants : les couples ayant bénéficié du don de gamètes au CECOS de la Conception, ayant des enfants âgés de 2 mois à 10 ans.

Les critères de non-inclusion sont les couples ayant bénéficié d'une FIV, de la pratique du don de gamètes à l'étranger ou ayant des enfants de plus de 10 ans.

Les critères d'exclusion sont lorsqu'un des deux membres du couple refuse de témoigner.

L'étude s'est effectuée dans la région PACA et a duré quatre mois.

Lors des entretiens semi-directifs, la grille d'entretien utilisée fût celle basée sur une carte conceptuelle, testée au préalable avec un couple ayant eu une grossesse spontanée. Les entretiens furent enregistrés à l'aide d'un magnétophone et retranscrits sur un document Word, après avoir rendu l'identité des couples totalement anonyme.

Les variables mesurées étaient :

- **Le parcours PMA** : vécu, durée, difficultés et besoins,
- **La grossesse** : vécu, difficultés, besoins et suivi (par qui, quel type de suivi),
- **L'accouchement** : vécu, difficultés, besoins, dans quelle maternité, comment (voie basse/césarienne, utilisation d'instruments), par qui (professionnel de santé connu ou pas),
- **Le post-partum** : vécu, difficultés, besoins, déroulement du séjour, retour à domicile
- **Le développement de l'enfant** : vécu, difficultés, besoins, répartition des soins, annonce/secrèt, opinion par rapport au caractère anonyme du donneur.

Les résultats ont été classés sous forme de tableaux selon la méthode d'analyse de contenu.

# RESULTATS

Pour donner suite à ces huit entretiens, une analyse de contenu a permis de mettre en évidence trois grandes rubriques :

- mise en place de la parentalité pendant la grossesse, au cours des premières années de vie de l'enfant, et en lien avec le don de gamètes,
- vécu et ressentis avant et après la naissance de l'enfant,
- accompagnement et besoins avant et après la naissance de l'enfant.

## **Vécu et ressentis avant la naissance de l'enfant**

L'étude a révélé le vécu et les ressentis des parents au cours du parcours d'aide médicale à la procréation ainsi que pendant la grossesse.

Sur les sept couples interrogés, six d'entre eux ont décrit un parcours qui leur a paru « long ». Le seul couple qui a trouvé que cela s'était déroulé assez vite (Lucas et Mélanie, L50) a passé six ans avec une infertilité non dépistée et donc non prise en charge. Six couples décrivent un parcours « intense psychologiquement » et cinq d'entre eux rajoutent également une « intensité physique », du fait des conséquences des traitements hormonaux. Seulement deux couples ont décrit une sensation de « manque d'informations » au moment de ce parcours.

Six couples sur sept décrivent une grossesse « heureuse » mais aussi « stressante ». Par conséquent, quatre d'entre eux nous décrivent une « importance du suivi médicale » alors qu'un seul couple a eu « besoin d'indépendance » (Thomas et Juliette, L328).

Les critères qui reviennent donc pour décrire le parcours sont « long » et « intense psychologiquement » et « psychologiquement ». Cela donne une grossesse « heureuse » mais « stressante ».

## Vécu et ressenti avant la naissance de l'enfant

Sous-Rubriques	Parcours PMA				Grossesse			
Thèmes	Long	Intense psychiquement	Intense physiquement	Manque Information	Stressante	Heureuse	Importance suivi médicale	Besoin indépendance
Pierre et Martha	L361	L293 L494	L293		L579 à 582L593 L621 à 622			
Thomas et Juliette	L103 L115	L194 à 202	L164à175-L189		L252 à 255 L272 L280 à 281	L251		L328
Rufus et Amanda	L468				L136 à 138	L147 L433	L438 à 439	
Lucien et Sarah	L81 à 84 L127-L274	L274 à 280	L282 L286 à 301	L183	L330 (L) L479 (S)	L329 (S) L333	L428 à 432	
Lucas et Mélanie		L127-131	L127-131			L224		
Martin et Lucile	L183	L164		L122	L205 à 206 L295 à 297	L297 à 298 L305	L206-L299 L313 à 315 L317 à 321	
Paul		L32 à 33	L32 à 33		L271	L216		
Virginie	L120	L70-L99	L33-L98			L178-L187 L224	L280 à 282	

## **Vécu et ressentis après la grossesse**

L'étude a mis en évidence également le vécu et les ressentis des couples au moment de l'accouchement, du séjour à l'hôpital, du retour à la maison et des premiers mois de vie de l'enfant.

Il est à noter que les sept couples ont vécu un accouchement voie-basse. Six couples sur sept ont un « bon vécu » de l'accouchement. Quatre des couples ont tout de même ressenti un stress au cours de ce dernier, voir ont vécu l'ensemble de l'accouchement comme « stressant ». Il faut également prendre en compte que parfois l'avis des conjoints diverge et que l'un a vécu un beau moment tandis que l'autre rencontra plus de difficultés.

Lors du séjour à l'hôpital tous les couples étaient « heureux d'être entourés ». Trois d'entre eux relatent qu'ils ont subi un « stress dû à un professionnel de santé ».

Le retour à la maison a été plutôt vécu comme « heureux » par six couples. Deux entre eux ont décrit une « sensation de solitude » tandis que deux autres ont parlé d'une « appréhension ».

Quatre couples décrivent des « difficultés » au cours des premiers mois de vie de l'enfant.

## Vécu et ressenti après la naissance de l'enfant

Sous-rubriques	Accouchement		Séjour à l'hôpital		Retour à la maison			Premier mois de vie enfant
	Stressant	Bon vécu	Heureux d'être entouré	Stress dû à prof. de santé	Heureux	Impression solitude	Appréhension	Difficultés
Pierre et Martha		L772	L200-L911	L55 à L83-L869 à 901	L696			
Thomas et Juliette		L394 à 398-L441 à 444	L566		L692			L609
Rufus et Amanda	L147		L280 à 293-L400 à 401		L511			L548 à 551
Lucien et Sarah	(L)L647-648 L832	(S) L661	L859 à 860-L932 à 933	L878 à 883-L924 à 925	L 948		L948 à 950	(L) L986
Lucas et Mélanie	(M) L511 à 513	(L) L489 à 490	L621		L702-705	L686		
Martin et Lucile	(M) L395	(L) L352	L641	L638 à 641	L645-L666			
Paul	L369		L420 à 421			L421		L421- L428 à 432-L481
Virginie		L466 à 467	L810			L715-L717-L750 à 753	L832-833	L549-L551-L583 à 584- L747 à 749-L795 à 800

## **Mise en place de la parentalité pendant la grossesse**

La seconde rubrique mise en évidence par l'étude est la mise en place de la parentalité, et notamment pendant la grossesse.

Cinq couples expliquent que les échographies étaient « utiles pour se projeter » en tant que futurs parents et un autre explique que c'était « inutile ». A noter qu'un couple a été ambivalent. Un conjoint avait un avis qui différait de son partenaire. Un couple ne s'est pas prononcé sur la question.

Au niveau de la préparation à la naissance et à la parentalité, trois couples ont trouvé cela « utile pour se projeter » en tant que parent de l'enfant à venir, deux couples ont trouvé cela inutile et deux autres ne se sont pas prononcés. Quatre couples avaient un projet de naissance.

Un des pères était « toujours » présent aux rendez-vous médicaux. Les six autres pères y allaient « parfois ».

## Mise en place de la parentalité pendant la grossesse

Sous-rubriques	Echographie		Préparation à la naissance			Présence du père aux rendez-vous médicaux	
	Utile pour se projeter	Peu utile pour se projeter	Utile pour se projeter	Peu utile pour se projeter	Projet de naissance	Toujours	Parfois
Pierre et Martha	L555-L618				L765 à 772		L298
Thomas et Juliette		L330		L361	L290 L406		L164
Rufus et Amanda				(R) L200- L217			L158
Lucien et Sarah	L348 à 350	L583 à 585	L539		L595		L483 à 493
Lucas et Mélanie	(M) L268 à 274 (L) L288 à 291		L336 à 337				L356
Martin et Lucile	L217					L172-L259	
Paul	L277		L225 L258 à 260		L304		L263
Virginie		L283	L284		L397		L266-L318

## **Parentalité au cours des premières années de vie de l'enfant.**

Ont été également mis en évidence des éléments sur la mise en place de la parentalité après la naissance de l'enfant.

A la naissance tous les pères ont eu un « coup de foudre » pour leur enfant. Pour quatre des mères ce lien s'est créé « au fil du temps ». Les trois autres ont eu un « coup de foudre ».

Lors des premiers jours de vie de l'enfant, quatre femmes ont ressenti le « besoin d'allaiter » et il est à noter que quatre ont eu des « difficultés d'allaitement » sur les six femmes concernées. Deux des couples eurent besoin d'« autonomie dans les soins » tandis que quatre ont eu « peur de mal faire ».

Trois des couples ont réparti les soins de manière « naturelle » tandis que pour trois d'entre eux se fût « compliqué ». Un couple ne s'est pas exprimé sur la question.

Au niveau des rapports avec l'entourage, un couple avait besoin « des avis et de leur présence » et deux « refusaient d'écouter les avis ». Quatre ne se sont pas exprimés sur la question.

## Parentalité au cours des premières années de vie de l'enfant

Sous-rubriques	Rencontre avec l'enfant		Premiers jours de vie de l'enfant					Répartition des soins		Education	
	« Coup de foudre »	Lien créé au fil du temps	Besoin d'allaiter	Besoin autonomie dans soins	Peur mal faire	Inquiétude pour santé de l'enfant	Difficulté allaitement	Naturelle	Complicquée	Rapport entourage	
Thèmes										Besoin avis présence	Refus écouter avis
Pierre et Martha	L840 L922 à 929					L242 à 251			L932 à L935		L272 à 273
Thomas et Juliette	L534 (T)	L502 à 503 (J)		L685				L607			
Rufus et Amanda	(R)L330 à 331	(A) L277	L564 à 565		L269 à 275		L564 à 565				
Lucien et Sarah	L733 à 735		L775		L873				L984 à 985		L815 à 816
Lucas et Mélanie	(L) L612 à 613	(M)L611- L750 à 752	L665				L634 à 635	L719			
Martin et Lucile	L502- L507 à 508- L522		L561 à 562	L524-L542	L550	L564	L661 à 662	L707			
Paul	L388 à 389- L400								L461	L 463 à 471	
Virginie		L562			L565		L532 à 533		L756 à 760	L708- L710- L774	

## Parentalité et don de gamètes

L'étude met également en relief la mise en place de la parentalité comme directement liée au don de gamètes.

Trois couples de parents se sont tournés vers le don car ils le vivaient comme « une continuité du parcours FIV », pour trois d'entre eux c'était important pour leur parentalité de « vivre une grossesse ». Et pour un autre couple : « les délais d'adoption étaient trop longs ».

Au niveau de l'annonce du mode de conception à l'enfant, quatre couples souhaitent « attendre » que l'enfant soit en âge de comprendre, c'est-à-dire entre trois et six ans. Un couple l'a annoncé de manière « précoce » au nouveau-né et un couple l'a annoncé de manière « précoce » et souhaiterait à présent « attendre » que l'enfant soit en âge de comprendre. Un couple « refuse » de révéler le mode de conception à l'enfant. Pour trois des couples, il était « obligatoire » que l'enfant sache quel était son mode de conception.

Trois des couples ressentent de l'« inquiétude » vis-à-vis du donneur, deux mères ressentent de la « curiosité » et deux couples ne lui laissent « aucune place au sein de leur famille ». Un couple ne s'est pas exprimé sur la question.

A propos d'une potentielle levée de l'anonymat, un seul père serait « pour » la levée de ce dernier, sa conjointe et quatre autres couples seraient « contre ». Trois couples seraient prêts à renoncer à respecter l'anonymat si un besoin s'en faisait ressentir.

Parentalité et don de gamètes													
Sous-rubriques	Choix don			Annonce mode conception à enfant				Rapport au donneur			Levée anonymat		
Thèmes	Souhait vivre grossesse	Continuité parcours FIV	Délai adoption trop long	Précoce	Attendre	Obligatoire	Refus	Curiosité	Aucune place	Inquiétude	Pour	Contre	Pour si besoin
Pierre et Martha			L1153 à 1156		L1023					L659 à 660		L664 à 665	L666
Thomas et Juliette	L87			L718	L717	L709			L810			L811-815	L818 à 819 (J)
Rufus et Amanda		L42 à 46					L58 à 59- L508		L489 à 503			L493 à 496	
Lucien et Sarah	L60 à 67				L1032					L1067 à 1078 1088 à 1090		L1065 à 1067	
Lucas et Mélanie	L10			L740 à 742		L91 à 93		L773 à 782					
Martin et Lucile		L42			L800 à 801	L861							L847 à 848
Paul					L492 à 493					L515 à 518	L507 à 513		
Virginie		L5			L632 à 633			L949 à 951		L956 à 967 L 985 à 992		L951	

## **Accompagnement et besoins avant la naissance de l'enfant**

La troisième rubrique concerne les besoins et l'accompagnement dont ont bénéficié les couples, et dans un premier temps au cours du parcours d'aide médical à la procréation et lors de la grossesse.

Trois couples ont trouvé la consultation avec la psychologue « utile », trois l'ont trouvée « déroutante ». Un couple a trouvé la certification « utile », deux l'ont trouvée « déroutante ».

Lors du suivi de grossesse, trois couples se sont tournés vers une structure « en lien avec le parcours », un couple a choisi une structure « de proximité ». Quatre couples ont préféré des structures pour un « critère particulier ».

Quatre couples ont été suivis par des « professionnels connus avant la grossesse » et les trois autres ont été suivis par des « professionnels inconnus ».

Tous les couples ont bénéficié d'une préparation à la naissance et à la parentalité classique. Trois couples ont complété avec de l'« haptonomie » et un couple avec une préparation « autre ». Tous les couples ont trouvé cela « utile » et un couple avait un avis ambivalent et trouvé cela aussi « inutile » pour le jour de l'accouchement.

## Accompagnement et besoins avant la naissance de l'enfant

Sous- rubriques	Parcours PMA				Suivi de grossesse								
	Consultation psy		Certification		Structure			Professionnels		Préparation à la naissance			
Sous- Thèmes	Utile	Déroutant	Utile	Déroutant	Lien avec PMA	Proximité	Critère particulier	Connu avant grossesse	Inconnu	Classique	Haptonomie	Autre	Utile
Pierre et Martha	L376	L397-L411			L316 L514		L510	L499		L284		L289	L756 à 757
Thomas et Juliette			L135	L134			L322		L316			L286	L310-L364
Rufus et Amanda		L46 à 102- L470 à 486-L618 à667					L148 à 149	L103 à 112- L157		L179			L201-202- 254
Lucien et Sarah		L234		L87 à 91- L115 à 117			L358 à 361		L401	L458	L70-L460		L483 à 493 L519- L638
Lucas et Mélanie						L392 à 396		L235 à 236		L316 à 319	L310 à 311		L373 à 378
Martin et Lucile	L115 à 119				L270-271				L502	L332			L436-L458
Paul	L74 à 75										L222 à 235		
Virginie					L233			L224		L299	L227		L327

## **Accompagnement et besoin après la naissance de l'enfant**

Et dans un second temps, il a été mis en évidence les besoins et l'accompagnement dont ont bénéficié les couples, au cours de l'accouchement et du post-partum.

Au cours de l'accouchement, toutes les mères ont pu réaliser le « peau à peau », six femmes ont « allaité » leur nouveau-né et trois patientes ont eu un « praticien connu » pour leur accouchement.

Au moment du post-partum, trois couples ont eu un besoin fort « d'accompagnement », deux avaient besoin « d'autonomisation » et trois de « tranquillité ». Tous les couples ont bénéficié du « PRADO » et ont apprécié de « retrouver un professionnel connu ».

## Accompagnement et besoin après la naissance de l'enfant

Sous-rubriques	Accouchement			Post-partum				
	Peau à peau	Allaitement	Praticien connu	Accompagnement	Autonomisation	Tranquillité	Revoir prof connu	PRADO
Pierre et Martha	L146	L230			L694	L692	L208-L678-L729	L239
Thomas et Juliette	L482		L319		L685	L687	L637 L642 à 643	L634
Rufus et Amanda	L303	L222		L236 à 237 L280 à 293 L542 à 549			L219 L239 à 240	L224
Lucien et Sarah	L719	L721	L1035				L514-515	L952
Lucas et Mélanie	L568	L634	L65	L621			L714	L647
Martin et Lucile	L545	L546				L666	L764	L674-675
Paul	L 377 à 378			L436 à 437 L458				L451
Virginie	L486	L536		L818-819 L855 à 857 L922 à 926			L304 L518 à 520	L827-828

# ANALYSE ET DISCUSSION

## Biais et limites de l'étude

Tout d'abord l'interprétation de cette étude n'est pas généralisable à l'ensemble des couples bénéficiaires du don de gamètes, en effet, seuls sept couples ont été interrogés. De plus il est important de souligner le caractère qualitatif de l'étude.

Sur les sept couples, un seul avait bénéficié du don d'ovocyte.

L'entretien était basé sur le volontariat, les enfants n'avaient pas tous le même âge et les couples pas la même parité ce qui constitue un biais de sélection.

Six couples ont été interrogés ensemble tandis qu'un seul couple a été interrogé séparément. De plus, tous les entretiens ont été réalisés au domicile tandis qu'un des entretiens a dû être réalisé par téléphone.

Les couples étant interrogés ensemble, certains conjoints ont pu passer certaines informations sous silence par peur de blesser l'autre.

De plus, le fait que certains enfants avaient plus de trois ans a entraîné un biais de mémoire.

Il y a également le statut d'étudiante sage-femme de l'interviewer a pu influencer les couples dans leur réponse.

Au cours de l'analyse des résultats, l'identification de difficultés de parentalité similaire à des couples ayant eu une grossesse spontanée est possible et parfois il est difficile d'identifier l'un et l'autre.

## Vécu et ressentis avant la naissance de l'enfant

La quasi-totalité des couples qualifie le parcours de « long » comme le souligne le témoignage : « [...] j'ai accouché à 37 ans, 12 ans d'attente, pleins de chagrins, mais nous serions allés au bout du monde si c'était la solution... » (Jaoul, 2011). Cette attente peut être difficile car elle pousse le couple à douter, principalement sur leur capacité à être parents : « Ce qui est compliqué c'est qu'on a du temps... On a du temps et en plus on est dans le désir d'enfant comme pleins de couples qui désirent être parents » (Lucile, L183 à 184). Ce ressenti est confirmé par les propos : « [...] les couples confrontés à l'infertilité et qui procréent de façon médicalement assistée sont renvoyés à de nombreuses interrogations qui les forcent à penser à la parentalité, la filiation, la reproduction ... » (Canneaux, 2007). Cela se rajoute donc à l'« intensité psychique » du parcours souligné par les patients. En effet, les couples doivent d'abord accepter l'annonce de l'infertilité : « l'annonce de l'infertilité et du dysfonctionnement des organes génitaux représente une importante atteinte narcissique. L'infertilité entraîne une

multitude de pertes pour les couples qui y sont confrontés. » (Michel, 2014). Ce choc entraîne une réaction différente selon la femme et l'homme : « Chez l'homme, c'est souvent une attaque violente par atteinte de leur virilité, mais également de leur intégrité physique » (Michel, 2014). « L'impossibilité de mettre un enfant au monde soulève souvent chez les femmes infertiles des questions sur leur statut féminin, familial et social » (Michel, 2014) comme nous le confirme les propos de Mélanie ligne 113 : « Ça m'a fait du bien de voir qu'il y avait encore des choses à faire et que je n'étais pas bonne à jeter ». Il ne faut pas oublier que ce parcours peut-être aussi jalonné d'échecs : « Quand ça ne tenait pas c'était toujours un peu dramatique [...] » (Martin, L164). Les psychothérapeutes qui se sont penchés sur les conséquences de cet échec énoncent : « La révélation de l'infertilité confirme un état de crise pour ces couples, qui s'aggrave à chaque échec de fécondation lors du parcours » (Mazoyer, 2012). L'article suivant en conclut : « Ainsi, en dehors des fragilités individuelles, le parcours du traitement de la stérilité pourrait, en soi, être déstabilisant » (Squires, 2011).

De nombreuses patientes soulignent également l'« intensité physique » des traitements hormonaux : « Vous faites des piqûres, des piqûres, mais personne ne vous prévient ! Vous prenez dix kilos, vous êtes sur les nerfs, ça, il n'y a personne qui en parle ! Comment le corps réagit, c'est compliqué » (Martha, L292 à 294), confirmé par l'article : « La FIV est un traitement difficile au niveau physique, elle est très contraignante et les femmes semblent alors ressentir une fatigue importante [...] » (Allard, 2006). Ce parcours est parfois même qualifié de « calvaire » (Sarah, L329) par certains parents.

Lorsqu'enfin le processus fonctionne, la grossesse qui suit est à la fois « heureuse » comme le souligne Michel en 2014 : « Toutes les femmes évoquent leur joie devant le succès de grossesse [...] » car elle signe la fin du parcours et l'arrivée de l'évènement tant attendu « *Ça a marché, j'étais enceinte, j'étais contente.* » (Sarah, L333) mais aussi « stressante » : « [...] ok on était content, mais on était sur la défensive jusqu'au bout » (Thomas, L266 à 267) du fait des antécédents de fausses-couches et de la conscience plus importante de ces parents que la grossesse peut ne pas parvenir à terme : « [...] très vite, le couple met en place une réserve qui vise à se protéger face à une éventuelle fausse couche et donc à un nouvel échec » (Canneaux, 2007). Par conséquent, pour certains, leur manière de se rassurer est d'attacher une grande « importance du suivi médicale » : « [...] *mon gynécologue a une partie intégrante de toutes mes grossesses* » (Amanda, L438 à 439). En effet, ils attendent ses consultations médicales comme des « bouées » (Lucile, L299) auquel ils s'accrochent afin de se rassurer : « Dans leur récit ces sept femmes expriment le besoin d'être rassurées sur la bonne évolution de la grossesse » (Michel, 2014).

Alors que pour d'autres la partie médicale importante qui caractérisait le parcours d'aide médical à la procréation leur donne un « besoin d'indépendance » : « *Après, il faut bien comprendre je venais d'un parcours où j'avais trois échographies par semaine, je faisais des séjours à l'hôpital tout le temps. Moins je les voyais et au mieux je me portais* » (Juliette, L328 à 330). En effet, ils associent le corps médical à des mauvaises nouvelles, à un stress. Ce comportement est aussi relevé dans l'extrait suivant : « Trois femmes expriment même leur besoin de s'éloigner du milieu médical » (Michel, 2014).

## Véçu et ressenti après la naissance de l'enfant

Toutes les mères ont pu accoucher par voie basse. Pour la plupart des couples, il y a un « bon vécu » de l'accouchement : « *Je pense que j'ai eu beaucoup de chances, c'était vraiment du début à la fin c'était top* » (Virginie, L466 à 467). Cependant, ce dernier a pu avoir également des aspects « stressant » soit seulement pour l'un des deux conjoints soit pour le couple : « *C'était quand même moi qui ai suggéré qu'il n'y ai pas la césarienne, là je me suis senti seul quand même !* » (Paul L369). Il est important de noter qu'une étude soulève que l'accouchement peut paraître stressant voir traumatique également pour les personnes ayant des grossesses spontanées : « [...] l'accouchement peut se révéler être un événement traumatique [...] » (Denis, 2009).

Lors du séjour à l'hôpital, tous les couples furent « heureux d'être entouré » : « *Non, j'ai trouvé qu'à l'hôpital, ils étaient assez prévenants et disponibles pour nous expliquer tout ce qu'il fallait* » (Amanda, L292 à 293), de pouvoir bénéficier d'explications et de conseils de la part du personnel soignant mais à la lecture de l'article suivant, il est fort de constaté que le soutien est important pour tout type de parents : « Ainsi ces éléments nous indiquent à quel point le soutien social des femmes en transition vers la maternité est nécessaire » (Capponi, 2007). Cependant trois d'entre eux relatent un « stress dû à un professionnel de santé », par exemple en inscrivant par erreur le nom de la mère au lieu de celui du père sur le carnet de santé : « *En plus c'est un don de sperme ! Enfin, pour le gamin, déjà c'est compliqué, on ne sait pas comment elle va vivre ça en étant ado, et déjà on commence avec un carnet de santé où est barré le nom de famille et on en a écrit un autre* » (Martha, L67 à 68), ou encore parfois des conseils du pédiatre : « *Et en fait le pédiatre s'en va, il nous donne le... Carnet de santé. Et avant de partir il nous dit « Bon pour finir : la mort subite du nourrisson. » C'est chaud !* » (Martin, L647 à 649). Ceci est effectivement soutenu par l'extrait : « certains d'entre eux bien que fournis à titre préventif ou thérapeutique peuvent se révéler source de mal-être [...] » (Capponi, 2007) mais, de même que précédemment, cet argument s'applique à l'ensemble des parents et n'est pas spécifique du don de gamètes. On peut aussi remarquer qu'il y a une angoisse autour de la période de l'adolescence justifiée par l'article : « l'adolescent va aussi questionner ses identifications masculines et féminines ainsi que sa place dans la lignée familiale » (Beauquier-Macotta, 2010)

Pour la quasi-totalité des couples le retour à la maison fût « heureux » : « *Donc du coup le retour à la maison, moi j'étais contente de rentrer [...]* » (Sarah, L948). Seuls deux couples ont décrit également une « impression de solitude » : « *Moi j'ai réalisé que c'était dur : il n'y avait pas les sages-femmes pour m'aider* » (Mélanie, L686) ou encore une « appréhension » : « [en parlant de sa sage-femme du PRADO] *j'avais besoin qu'elle reste 2h avec moi, qu'elle me rassure sur pleins de choses* » (Virginie, L832 à 833).

Quatre couples décrivent des « difficultés » importantes lors des premiers mois de vie de l'enfant : « *Et du coup, c'était plus difficile. Pour lui, c'était beaucoup plus dur pour le sommeil* » (Amanda, L548 à 549). La plupart décrivent des problèmes au niveau du sommeil.

## Mise en place de la parentalité pendant la grossesse

De nombreux parents ont trouvé l'échographie « utile pour se projeter » en tant que futur parent : « *Oui moi aussi le fait de voir ces échos pendant 9 mois ça m'a permis de me préparer, de préparer des choses à la maison... Avec les échos je pouvais mettre un visage sur notre enfant [...]* » (Lucas, L288 à 290). Il est important de noter que ces phénomènes semblent spécifiques des patient-es ayant suivi un parcours d'aide médical à la procréation : « Les femmes présentent l'image échographique comme la preuve de l'existence de l'enfant. Ainsi, la visualisation du fœtus semble permettre une mise en relation avec les parents » (Michel, 2014). Cependant trois d'entre eux ont trouvé cela « inutile » dans leur processus de mise en place de la parentalité. L'utilité était autre : « *Savoir le poids, la taille, c'était vraiment pour savoir que tout aille bien et qu'elle soit en bonne santé. Mais pas pour me projeter d'être parent* » (Sarah, L588 à 589), comme le souligne l'extrait : « l'échographie [...] rassure les femmes sur la bonne vitalité et la bonne croissance du fœtus » (Michel, 2014).

Il en va de même pour la préparation à la naissance et à la parentalité, certains ont trouvé cela « utile » pour se projeter et se rapprocher de l'enfant à venir. Notamment les parents qui ont fait de l'haptonomie : « [...] *je me suis senti investi dès le départ après c'était mental. Après au-delà du mental quand il y a eu déjà la possibilité de plus sentir les enfants bouger c'est passé plus sur le côté affectif* » (Paul, L258 à 260), comme le souligne l'extrait suivant : « l'haptonomie, par l'intermédiaire du contact affectif, permet aux parents et à l'enfant de nouer des liens affectifs dès le début de la grossesse » (Rossigneux-Delage, 2004).

A noter que quatre couples avaient un « projet de naissance », ces derniers pouvant être le souhait de favoriser un maximum l'accouchement voie basse : « *J'avais un objectif, qui était que je voulais absolument accoucher par voie basse* » (Juliette, L290), à des demandes plus spécifiques : « *J'avais demandé si je pouvais la sortir moi, si j'en étais capable. Donc ça aussi ils étaient d'accord. Et puis, qu'ils me la mettent sur le ventre, qu'elle puisse ramper pour faire la première tétée, et de pas me l'arracher tout de suite, et aller lui aspirer tout partout* » (Sarah, L611 à 614). Cela laisse entendre que les parents ont besoin d'être acteur de leur accouchement, de se sentir reprendre le contrôle : « Ces femmes nous semblent vouloir être actrices de leur grossesse et de leur accouchement, elles sont à la recherche d'une maîtrise de leur vie. Au cours de leur parcours de FIV, elles ont dû s'en remettre à une équipe médicale pour mener à bien les tentatives ; une fois libérées des contraintes de l'AMP et rassurées sur la bonne évolution de la grossesse, les femmes cherchent à compenser le manque d'investissement qu'elles ont pu ressentir » (Michel, 2014).

Enfin un seul père était « toujours » présent aux rendez-vous médicaux : « *J'ai de la chance il a été là tous les examens même quand il n'y avait pas besoin d'y être* » (Lucile, L172) car ce dernier se sentait directement responsable. Les autres pères étaient « parfois » présents aux rendez-vous, leurs absences étant justifiées soit pour des raisons matérielles, souvent le travail, soit car leur conjointe ou eux-mêmes n'en voyaient pas l'utilité ce qui semble en contradiction avec les conclusions de l'article : « [...] plusieurs études ont démontré que l'engagement des pères est lié à leur implication dans le processus périnatal » (Normand, 2010).

## Parentalité au cours des premières années de vie de l'enfant

Tous les pères ont eu un « coup de foudre » au moment de la rencontre avec leur enfant : « *Et quand on dit que c'est le plus beau jour de sa vie moi c'est le plus beau jour de ma vie. Je suis tombé amoureux d'un mec !* » (Martin, L521 à 522), ce qui en contradiction avec l'extrait : « Si bien qu'un « traitement » leur permettant de devenir pères grâce au don d'un autre homme, vécu lui comme super viril, ne restaurait leur puissance qu'en apparence et que la rivalité avec cet homme, identifié souvent à leur père, pourra gâcher leur paternité » (Faure-Pragier, 2011). Trois mères ont eu un « coup de foudre » tandis que quatre ont eu « un lien qui s'est créé au fil du temps » : « *Ouais c'est ça. C'est une relation qui s'est construite et qui se construit encore. Nan, pour moi il n'y a pas ce côté de l'évidence* » (Juliette, L502 à 503). Cet article, qui concerne l'instinct maternelle en général énonce : « Au final, la thèse centrale de l'auteur est que l'instinct maternel n'agit pas comme un programme infaillible. Il opère plutôt par une série continue de détonateurs, qui peuvent ou non s'amorcer, selon les circonstances ou les réactions à l'environnement. " *Au lieu des vieilles dichotomies entre nature et culture, il faut s'intéresser aux interactions complexes entre gènes, tissus, glandes, expériences passées et signes de l'environnement, y compris les signaux sensoriels lancés par les nourrissons et les individus proches.* " » (Dortier, 2003). Ce comportement renvoie donc à la complexité de l'instinct maternelle est ne semble donc pas lié à la technique du don de gamète.

Dans les premiers jours de vie de l'enfant, quatre femmes ont ressenti le « besoin d'allaiter » : « *Oui je savais que c'était important pour lui et pour moi* » (Mélanie, L665) si nous mettons la remarque en lien avec l'article suivant : « Il est communément admis que l'allaitement maternel est bénéfique pour l'enfant, pour sa mère et pour la relation mère-enfant » (Picaud, 2008), nous pouvons en déduire que cette importance réside de ces bénéfiques. Deux pères ont eu « besoin d'autonomie dans les soins » : « *Je n'ai pas voulu qu'on l'habille, j'ai voulu l'habiller moi* » (Martin, L524).

Quatre mères ont eu « peur de mal faire » : « *J'avais peur de pas savoir-faire [...]* » (Sarah, L873) notamment au niveau des soins ou de l'allaitement : « Une telle représentation du rôle maternel explique des sentiments de culpabilité diffuse qui se manifestent avant même qu'une action soit entreprise. Si l'on estime pouvoir être à l'origine d'un malaise chez l'enfant, un sentiment de faute se développe » (Cicchelli, 2002), il est important de préciser que l'article n'est pas ciblé sur les parents ayant bénéficié du don de gamètes. Cette angoisse pourrait donc être expliquée plutôt par la vision de la maternité que donne la société plutôt que par le processus du don. Quatre mères ont eu des « difficultés d'allaitement » : « *En plus c'est culpabilisant car l'allaitement ne se passait pas super bien* » (Lucile, L661 à 662). L'article suivant : « Nous avons pu confirmer que les facteurs reconnus pour influencer la décision initiale d'allaiter étaient aussi déterminants pour la poursuite de cet allaitement. Cette constatation, loin d'être démobilisatrice, doit au contraire servir à repérer la population des femmes jeunes, primipares, au niveau d'études limitées qui sont particulièrement à risque d'échouer dans leur projet d'allaitement » (Ego, 2003) montre donc que le fait que l'enfant soit issu d'un don de gamète ne semble pas influencer sur les difficultés d'allaitement. Nous pouvons également prendre en compte que les patientes concernées étaient primipares. Deux couples de parents ont eu des « inquiétudes pour la santé » de leur enfant : « *Oui, à posteriori, on se dit qu'on s'est inquiété pour rien, mais bon, quand vous y êtes, que c'est un premier, que le contexte est que cet enfant s'est fait désirer, du coup, vous n'avez pas envie de passer*

à côté de *quelque chose* » (Pierre, L249 à 251) qui semble être une inquiétude fréquente confirmée par l'extrait suivant : « Une autre raison souvent évoquée pour lever l'anonymat est l'intérêt de pouvoir accéder à des données médicales concernant le donneur si la santé des enfants le nécessitait » (Jouannet, 2013).

La répartition des soins pour les parents s'est faite de deux manières : « naturelle » comme pour Mélanie (L719) « *On s'est un peu réparti les tâches au début quand je l'allais. Donc c'était plus lui qui se levait pour la couche* » ou « compliquée » comme l'explique Virginie (L756 à 758) « *Paul parlait du fait que la maman c'était une warrior et qu'elle devait pouvoir tout faire toute seule et que l'homme était là quand il avait décidé d'être là. Ça caricature un peu mais on n'est pas loin de la vérité* ».

Au niveau de l'éducation et de leur manière de fonctionner avec leurs enfants, deux comportements vis-à-vis de l'entourage ont été abordés. Celui de « besoin des avis et de la présence de l'entourage » : « [...] *je lui ai dit : « Moi ta mère s'installe quand elle veut ! ».* » (Paul, L467) ou « refus d'écouter les avis » : « *De toutes façons, j'ai mis tout le monde d'accord, je ne voulais de conseils de personne. Alors ça, tout le monde a respecté. Tout le monde savait que j'allais me mettre en furie sinon* » (Martha, L272 à 273) afin de faire sa propre éducation.

## Parentalité et don de gamète

Trois raisons de se tourner vers le don de gamètes ont été abordés :

- « souhait [pour le couple] de vivre une grossesse » : « *Oui, parce que j'avais envie de porter un bébé, savoir ce que c'est d'être enceinte. Adopter ça me ... Je ne suis pas contre mais j'avais vraiment envie de me sentir enceinte, de savoir ce que c'était. Et puis Lucien, il avait aussi envie de me voir enceinte, le gros ventre, sentir le bébé qui bouge. C'était un moyen aussi de devenir parents* » (Sarah, L60 à 63) comme le souligne l'article : « Vivre la grossesse et l'accouchement, si possible transmettre leurs gènes ou ceux de l'un d'eux au moins [...] ces couples désirent s'investir totalement en tant que parents de l'enfant à naître » (Euriat, 2004),
- la procédure était « dans la continuité du parcours FIV » : « [...] *pour nous c'était une continuité en fait* » (Lucile, L42) comme le définit la loi : « Un couple répondant aux conditions prévues à l'article L. 2141-2 peut accueillir un embryon lorsque les techniques d'assistance médicale à la procréation au sein du couple ne peuvent aboutir [...] » (Code de santé Publique, 2019),
- le « délai d'adoption était trop long » : « *Et parallèlement à ça, les procédures d'adoption sont trop compliquées !* » (Pierre, L1153), confirmé par l'extrait suivant « Souvent préférée à l'adoption, l'assistance médicale à la procréation est devenue une pratique couramment utilisée pour venir en aide aux couples en mal d'enfants » (Euriat, 2004).

Au niveau de l' « annonce du mode de conception à l'enfant », deux points de vue se sont détachés : le fait que ce soit « obligatoire », comme évoqué par Juliette (L709) « *Pour moi ce n'est pas une option : il faut absolument qu'elle le sache !* », ou le « refus » tel que Rufus l'affirme (L59) « *On ne leur expliquera jamais !* » : « Se pose en particulier la question du choix, pour les parents, de révéler ou non à l'enfant son origine IAD. » (Euriat, 2004).

Au niveau du mode de l'annonce, il y en a deux types :

- « précoce » c'est-à-dire que les parents donnent une explication au nouveau-né : « *Je lui explique depuis tout petit, pas tous les jours, mais depuis qu'il est tout petit je lui explique* » (Mélania, L741 à 742) : « Nous avons constaté combien ils étaient capables de se saisir d'images propres pour lever le secret très tôt dans la vie de l'enfant [...] » (Bujan, 2012),
- « attendre » qu'il soit en âge de comprendre selon les parents. Cela peut varier de trois à six ans : « *Je pense que nous on en parle et si un jour il pose la question on lui expliquera tout bien et voilà* » (Lucile, L800 à 801) : « De plus, en termes d'intention, hommes et femmes déclarent vouloir partager avec leur enfant à l'avenir le récit « réel » des conditions de sa conception sans pour autant pouvoir définir avec précision le moment adéquat (probablement entre quatre et six ans) » (Kalampalikis, 2018).

Chacun a sa manière d'expliquer à son enfant, au travers de livres ou d'explications avec leurs propres mots : « *C'est parce que quand papa et maman étaient mariés, papa il n'avait pas la graine. Et du coup il fallait que papa il avait la graine pour me mettre dans le ventre mais il ne l'avait pas donc on a demandé au docteur* » (Mélinda, L1060 à 1062), comme le confirme l'extrait : « [...] le mode du récit choisi sera, selon nos sujets, plus proche de la réalité des faits [...] » (Kalampalikis, 2018).

Cependant, de nombreuses questions reviennent souvent, notamment quelle est la meilleure manière de l'annoncer et quand ? Comme le souligne l'article : « Néanmoins, même si l'intention d'en parler semble indubitable, le choix du moment paraît plus délicat. Plus de la moitié des couples déclare ne pas savoir exactement quand ils décideront d'en parler » (Kalampalikis, 2018). Certains évoquent de solliciter l'aide du CECOS : « Ainsi, les CECOS depuis de nombreuses années ont mis en œuvre un réel soutien psychologique aux couples infertiles afin de les aider à élaborer eux-mêmes autour de ces notions » (Bujan, 2012). Un couple de parents a également suggéré l'idée qu'il est nécessaire d'acquérir plus de recul sur la technique afin que les professionnels de santé puissent étudier puis orienter les parents sur les choix d'annonce qui seront les mieux vécus par les enfants (la période de l'annonce, la manière de le faire...) comme le souligne l'article suivant : « À l'époque, l'IAD pouvait apparaître comme une alternative qui permettait socialement de cacher l'infertilité masculine et beaucoup de couples étaient dans le secret, ceci exposant l'enfant à des révélations traumatiques car tardives. Cependant rapidement, dans certains centres, l'indispensable travail psychique autour de l'infertilité et de la levée du secret a semblé nécessaire et indispensable. Par la suite, cela est devenu évident pour l'ensemble des centres permettant ainsi aux couples d'aborder la notion de le dire à l'enfant tout en posant les questions : quand ? comment ? » (Bujan, 2012).

Le rapport au donneur varie aussi selon les familles. Certaines personnes peuvent ressentir de la curiosité vis-à-vis du donneur. Cela peut-être à la fois le patient qui a bénéficié du don : « *Après comme je vous dis ça m'aurais plu de savoir comment elle est pour voir s'il y a des ressemblances [...]* » (Mélanie, L777 à 778) ou le ou la partenaire. Cependant, ils ne présentent pas cette curiosité comme argument valable pour la levée de l'anonymat pour les raisons citées dans l'article : « La procréation par don de sperme anonyme avait comme ambition de faire de l'homme stérile un père à part entière » (Jouannet, 2013).

Certains ressentent de l'« inquiétude » vis-à-vis du donneur. Cela peut-être par rapport au fait que les antécédents médicaux de ce dernier sont inconnus : « *Oui parce que ça pour le coup c'est une inconnue. Vous n'avez pas les antécédents de l'autre parent. Les antécédents familiaux on ne peut pas savoir* » (Pierre, L659 à 660), le fait que le donneur puisse potentiellement s'impliquer dans la famille, que le futur enfant en cas de maladie ne puisse pas bénéficier des gens de sa famille pour un potentiel don d'organe ou encore qu'il se marie par accident avec ses demi-frères ou demi-sœurs : « *Dans 50 ans je ne serais plus là, mais Léa et Maxime seront toujours là, et avoir [...]* des demi-frères et demi-sœurs potentiels, partout en France » (Virginie, L974 à 976) : « Il est à noter que près d'un tiers souhaiterait que des informations concernant la santé des donneurs puissent leur être transmises ainsi qu'aux enfants issus de ce don » (Bujan, 2012).

D'autres encore ne laissent « aucune place » au donneur : « *C'est un don de gamètes, pour moi c'est très technique et j'ai aucune envie de faire rentrer une autre personne dans ma vie* » (Juliette, L809 à 810), voyant la technique similaire au don d'organe et de sang et considérant également que l'absence d'affectif et de rapport sexuel entre le donneur et leur partenaire, rend le donneur complètement illégitime à vouloir s'impliquer dans la famille créée : « En tant que don de matériel génétique, le don de sperme est placé très proche de celui d'ovule, d'organe et de plasma. Paradoxalement, le don de sang n'est pas majoritairement associé au don de sperme, même si la référence à ce dernier est un constat permanent que nous avons fait aussi bien dans le discours des donneurs que dans celui des couples » (Kalampalikis, 2018).

De tous les parents, une seule personne est « pour » la levée de l'anonymat, avançant que ses enfants auront peut-être envie de connaître leur histoire. Le reste des parents sont « contre », cette levée avançant les arguments évoqués dans le paragraphe précédent, ainsi que le fait que les donneurs sont dans l'optique de faire un « cadeau » et non d'avoir des enfants. Certains nuancent leur propos et se disent « pour si besoin » c'est-à-dire si leur enfant est en souffrance et le demande. L'article qui suit énonce : « La majorité des hommes (93,4 %) et des femmes (94 %) sont en accord avec la législation imposant l'anonymat. [...] L'anonymat permet-il au couple receveur de pouvoir élaborer la conception, leur devenir parents ? Quelles seraient les conséquences dans ce contexte d'une suppression de l'anonymat ? » (Bujan, 2012).

## **Accompagnement et besoins avant la naissance de l'enfant**

Certains parents ont trouvé « déroutant » la consultation avec la psychologue ou la certification, ayant peur d'être jugés et de ne pas avoir la possibilité au terme des passages de bénéficier du don de gamètes, ce qui semble être contraire à la fonction de ces séances comme le définit l'article : « Des entretiens psychologiques proposés le plus souvent lors des demandes de procréation médicalement assistée par dons de gamètes (ils font partie du code de santé publique), devraient théoriquement permettre aux futurs parents d'élaborer les enjeux d'une telle conception, afin de se sentir mieux fondés comme parents, inscrits dans une filiation à la fois sociale et juridique, susceptibles de pouvoir éventuellement transmettre quelque chose de leur démarche à leur enfant » (Squires, 2011). A cela se rajoute la difficulté d'être obligés que soit « validée » leur capacité à être parents, ce qui n'est pas le cas des couples ayant des grossesses spontanées comme le verbalise Sarah à la ligne 155 à 157 : « ... à toutes les personnes qui veulent aller retirer leur stérilet ou arrêter la pilule ; on leur dirait « Attendez, stop, vous allez voir un psy, on vous donnera oui ou non le certificat pour être parents » ». Cette situation est bien résumée dans toute sa complexité par l'extrait suivant : « Avec l'intrusion de la médecine au cœur de la scène primitive, dissociée de la reproduction sexuelle, il n'est pas étonnant que la transmission de la vie et surtout la façon de se la représenter en soit toute bouleversée. Il n'est pas plus facile d'être l'enfant d'un si fort désir semé d'embûches pour exister que d'être parents ne pouvant se passer de la médecine pour l'enfanter » (Squires, 2011).

Au niveau de la structure qui va assurer leur suivi, la plupart des parents en choisissent une avec un critère particulier, le fait que la maternité soit réputée, que leur gynécologue fasse les accouchements là-bas, que ce soit une grosse structure en cas de problème... De même pour le professionnel de santé qui a suivi leur grossesse, certains se sont dirigés vers un professionnel connu. D'autres ont souhaité garder un lien avec le parcours d'aide médical à la procréation que ce soit au niveau de la structure ainsi qu'au niveau du professionnel présent à la fois au niveau du parcours et pendant leur grossesse : « L'anxiété ressentie par les femmes, nous semble atténuée lorsque la personne les prenant en charge a connaissance des difficultés qu'elles ont ressenties » (Michel, 2014). Beaucoup ont apprécié que le professionnel de santé qui suivait leur grossesse prenne le temps avec eux : « *Moi j'ai bien vécu son accompagnement bienveillant* » (Lucile, L331).

Il est à noter que tous les couples ont réalisé une préparation à la naissance et à la parentalité, voulant appréhender de la façon la plus physiologique possible l'accouchement : « Ces femmes nous semblent rechercher une approche plus physiologique, s'éloignant encore de la technicité entourant la conception. Nous remarquons que ce sont des femmes pour qui les séances de préparation à la naissance étaient indispensables. Elles ont cherché à affiner leurs connaissances, afin de renforcer leur confiance pour mener à bien ce projet [...] » (Michel, 2014). Trois couples sur sept ont réalisé de l'haptonomie, les pères souhaitant trouver leur place le plus tôt possible auprès de l'enfant : « Pour un autre père, c'est l'haptonomie et les gestes qu'elle lui enseigne qui lui « donne accès à son bébé » et qui l'amènent également à construire, avec sa femme, le lien qui les unit à lui » (Schauder, 2017).

## **Accompagnement et besoins après la naissance de l'enfant**

Lors de l'accouchement, toutes les mères ont bénéficié du peau à peau. Ce moment de rencontre semble essentiel à la plupart d'après le témoignage de Mélanie ligne 576 à 577, qui semble frustré que les soins de l'enfant aient diminué ce temps de contact : « *J'étais trop fatiguée pour dire que je ne voulais pas qu'ils l'emmenent [...]* ». L'extrait suivant confirme les propos de la patiente : « L'analyse des études faites par Anderson et Moore en 2007 montre que le peau à peau précoce favorise les comportements d'affection, de lien et d'attachement de la mère. Mais les soins habituellement prodigués à l'enfant à la naissance diminuent les interactions précoces mère-enfant » (Pignol, 2008). Il est important de noter que l'article porte sur l'ensemble des grossesses.

Six mères sur sept ont allaité leur enfant. Elles ont évoqué la nécessité autant pour leur nouveau-né que pour elle pour les raisons suivantes : « le lait maternel est un aliment de composition parfaitement adapté aux besoins du nourrisson, dont le mode d'administration (sein) est lui aussi parfaitement adapté à la situation affective du nourrisson. Cet allaitement maternel permet une croissance optimale, protège des infections, participe à l'établissement du lien mère–enfant, à la qualité du développement cognitif des plus fragiles et à la prévention des pathologies pendant l'enfance (atopie, obésité) ayant potentiellement des conséquences à long terme chez l'adulte » (Picaud, 2008). Serait-il possible de mettre en lien les bénéfices de l'allaitement sur la santé de l'enfant et la crainte d'un problème de santé plus important chez leur enfant ?

Lors du post-partum, deux types de besoins sont identifiés : des parents qui apprécient d'être entourés et accompagnés dans la mise en place de leur parentalité tandis que d'autres apprécient après avoir été aussi entourés, mais aussi d'être laissés enfin seuls avec leur enfant. Certains parents auraient eu besoin d'aide matérielle tandis que d'autres d'un soutien psychologique : « *Moi peu importe le nom mais j'ai besoin d'avoir quelqu'un qui soit chaleureux, rassurant et qui va venir* » (Virginie, L858 à 859) : « [...] on sait que la naissance d'un premier enfant est un moment critique de l'évolution de la famille et que la période postnatale immédiate est cruciale dans l'établissement de la relation avec l'enfant [...] » (Normand, 2010).

## CONCLUSION

Ainsi les premières difficultés que rencontrent les bénéficiaires du don de gamètes sont l'intensité physique et psychique du parcours de l'aide médicale à la procréation. Il est important d'ajouter que cela peut durer plusieurs années et entraîner des difficultés psychologiques chez les patients ainsi qu'au sein de leur couple. Cependant le gros avantage de cette technique est que cela permet aux parents de vivre la grossesse, permettant au processus de parentalité de se mettre en place avant la naissance de l'enfant.

Si la technique fonctionne, il s'en suit alors une grossesse désirée mais stressante sur de nombreux points. Les patients semblent réellement vouloir s'approprier cette grossesse « précieuse » et s'approcher au plus de la physiologie. L'orientation des parents est donc importante : leur expliquer les différents hôpitaux de la région et leurs caractéristiques afin qu'ils puissent se diriger vers l'établissement qui leur correspondrait le mieux. Le suivi de la grossesse est également important : des professionnels à l'écoute et qui prennent le temps, sont nécessaires. Certains parents apprécient le fait que le personnel de santé ait connaissance de leur parcours, tandis que d'autres préfèrent « couper les ponts » et vivre une grossesse classique. La préparation à la naissance a son importance : il y a la possibilité de proposer en systématique l'haptonomie afin que les parents qui ne connaissent pas puissent avoir la possibilité de choisir d'en faire ou non.

Au moment de l'accouchement, il semble important de laisser aux parents, s'ils le souhaitent et si c'est possible, un maximum l'enfant avec eux, de les laisser faire connaissance tous les trois. Le peau à peau a également une place importante à respecter.

La proportion de femmes allaitantes dans le cadre de l'étude est importante, il semble donc fondamental de soutenir les femmes qui le souhaitent. Il faudrait également être vigilant car il y avait également plusieurs femmes qui ont fait faces à des difficultés d'allaitement, qui ont pu entraîner un arrêt. L'explication donnée par la bibliographie ne semblait pas être liée au don de gamètes mais plutôt au fait qu'elles soient primipares.

Dans le post-partum, les professionnels semblent devoir adapter leur comportement d'accompagnant à la demande des parents. Le PRADO est apprécié des couples surtout si cela leur permet de revoir un professionnel de santé connu pendant la grossesse.

La plupart des parents de l'étude souhaitent informer le ou les enfants de leur mode de conception, mais ils ne savent pas forcément quand et comment le leur dire. Certains ont appréciés que le CECOS leur donne une liste de livres, d'autres souhaiteraient pouvoir bénéficier de l'aide du CECOS mais ne savent pas comment solliciter cette aide. Certains parents ont suggéré l'idée que la technique ait plus de recul afin que les professionnels puissent conseiller les parents sur les choix à adopter auprès des enfants.

De nombreuses interrogations demeurent autour du donneur, de son implication au sein de la famille ; des inquiétudes aussi du fait qu'une partie des antécédents médicaux et de l'histoire de l'enfant sont inconnus et de la potentielle existence de demi-frères et demi-sœurs. De nombreuses inquiétudes et interrogations subsistent sur une potentielle levée de l'anonymat.

Il est à noter que chaque couple et chaque être sont différents et qu'il serait nécessaire de s'adapter à chacun d'entre eux. Cependant il n'en reste pas moins que les connaissances et le soutien des professionnels de santé sont nécessaires dans l'accompagnement de cette grossesse « précieuse ». Notamment la sage-femme qui intervient à chacune des étapes du parcours de ces couples et conserve son rôle si important d'écoute et de compréhension

# BIBLIOGRAPHIE

Allard M.J., Séjourné N. et Chanbrol H. (2006) « Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro. » *Gynécologie Obstétrique* (n°35)

Beauquier-Macotta B., Jurgens, M.A., Levy-Rueff, M. Golse, B. et Goffinet, F « Etude des Propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement Prénatal » *L'encéphale* (n°36)

Bujan L., Le Lannou D. et Kunstmann J. (2012) « Anonymat du don de gamète » *Gynécologie Obstétrique* (n°40)

Canneaux M. (2009) « Réflexions sur les enjeux psychiques de la survenue d'une grossesse au terme d'un don d'ovocytes. » *Champ psychosomatique* (n°56)

Capponi I. et Horbacz C. (2007) « Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? » *Dialogue* (n°175)

Cicchelli V. et Maunaye E. (2002) « Significations de la responsabilité parentale à la naissance de l'enfant et après son adolescence »

Collectif des Associations et de Syndicats des Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (2010). « Référentiel métier et compétences des sages-femmes ».

CECOS (2019). « Qu'est-ce qu'un CECOS ? ».

Code de la Santé Publique (2004). « Article L1244-1 ».

Code de la Santé Publique (2019) « Article L. 2141-2 ».

Denis A. et Callahan S. (2009) « État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature »

Dortier J.-F. (2003) « Y a-t-il un instinct maternel ? » *Sciences Humaines* (n°134)

Doumont D., Renard F. (2004). « Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ? » *Série de dossier technique*, Publication de l'Ecole de Santé Publique.

Ego A., Dubos J.P., Djavadzadeh-Amini M., Depinoy M.P., Louyot J., Codaccioni X. (2003) « Les arrêts prématurés d'allaitement maternel »

Euriat V. (2004). « Don de gamètes et don d'embryons : état des lieux avant l'établissement des lois », *Spirale* (n°32).

Faure-Pragier S. (2011). « Rester psychanalyste face au chaos des nouvelles filiations », *Revue française de psychanalyse* (n°75).

Jaoul M. (2011) « L'assistance médicale à la procréation »

Jouannet P. (2009) « Procréer grâce à un don de sperme : accueillir et transmettre sans gêne » *Esprit* (page 103 à 112)

Kalampalikis N., Haas V., Fieulaine N., Doumergue M., Deschamps G., Chiron H. (2009). « Enjeux psychosociaux du don de sperme : le point de vue des couples ».

Mazoyer A. et Bourdet-Loubère S. (2012) « Devenir des couples après un parcours en assistance médicale à la procréation (AMP) sans obtention de grossesse » *Le divan familial* (n°28)

Mellier D., Gratton E. (2015). « Éditorial. La parentalité, un état des lieux », *Dialogue* (n°207).

Michel N., (2014) « Un parcours motivé par l'amour. Impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare. Médecine humaine et pathologie. »

Normand A. Laforest M. et De Montigny F. « La perception de l'identité paternelle en période postnatale selon le type de suivi prénatal » (2010)

Picaud J. (2008) « Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant » *Nutrition clinique et métabolisme* (volume 2)

Pignol J., Lochelongue V et Fléchelles O. (2008) « Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né » *Spirale* (n°46)

Rossigneux-Delage P. (2004) « Grossesse et haptonomie » *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (page 223 à 253)

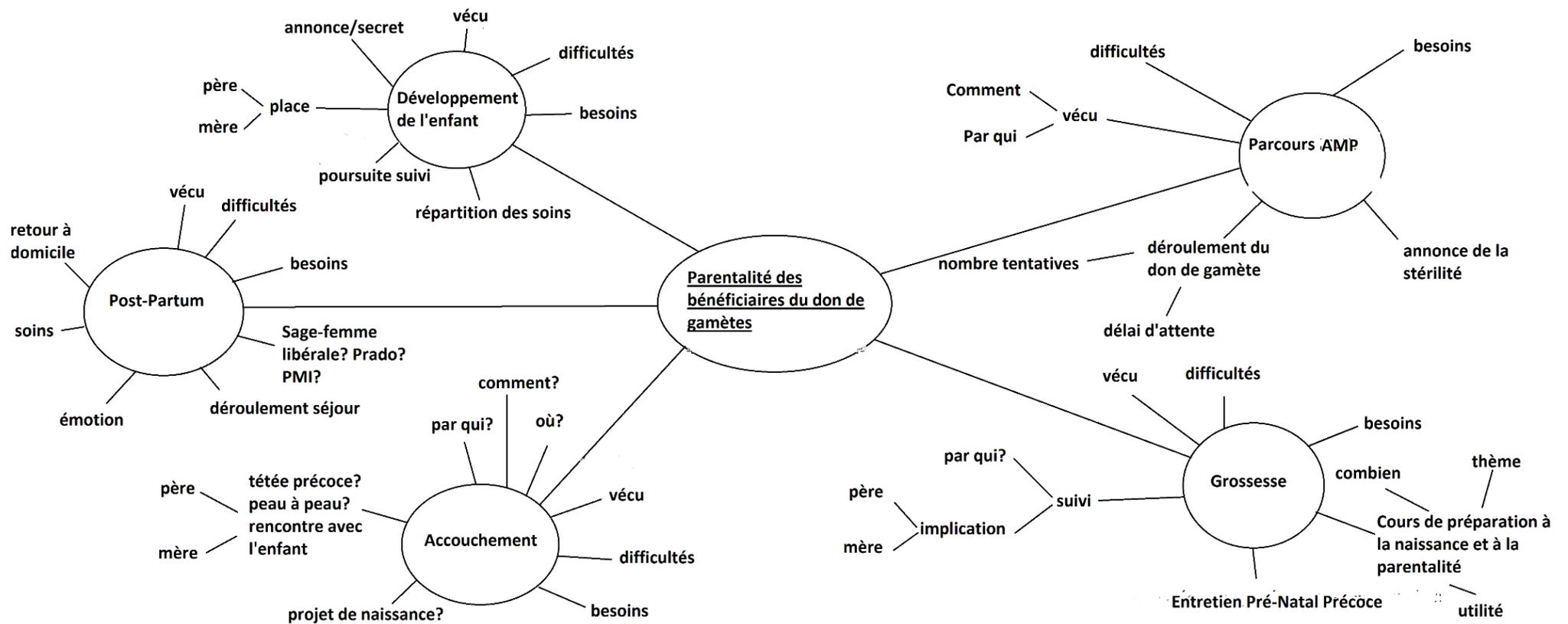
Schauder C et Noël R. (2017) « Construction et co-construction de la paternité « Pendant que ma femme porte dans son ventre un bébé, je fais pousser un papa dans ma tête » » *Accueillir les pères en périnatalité* (page 101 à 110)

Squires C. (2011). « Essai sur le don de gamètes », *Topique* (n°116)

Théry I. (2010). « Des humains comme les autres : Bioéthique, anonymat et genre du don »

## **ANNEXES**

Carte conceptuelle	<b>40</b>
Notice d'information du dossier demande d'avis au comité d'éthique	<b>41</b>
Formulaire de recueil de consentement du dossier de demande d'avis au comité d'éthique	<b>43</b>
Demande d'avis au comité d'éthique AMU	<b>46</b>
Retranscription des entretiens sur document annexe (clé USB)	



## **Notice d'information**

### ***Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamète.***

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal ,Sourris Géraldine , vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « *Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamète*».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

### **Objectif de la recherche**

Identifier les besoins d'accompagnement des parents bénéficiaires du don de gamète.

### **Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?**

La méthodologie de recherche est qualitatif et repose sur des entretiens semi-directifs d'une durée pouvant varier de 50 à 90 minutes.

Ces entretiens sont totalement anonymes et reposent sur la mise en place de la parentalité et l'accompagnement par une équipe soignante, pendant la grossesse et les premiers mois de vie de l'enfant. Ces entretiens seront enregistrés et retranscrit, de façon entièrement anonyme, par mes soins dans l'unique but d'analyser les données récoltées.

### **Quelles sont les contraintes et désagréments ?**

Le temps d'entretien et parfois l'évocation de sujet assez personnel.

### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales) . Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance ([www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr))

**L'investigateur principal de cette étude est l'étudiante Sourris Géraldine.**

**.Cette étude est réalisée par le CECOS de la Conception et l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée .**

1-Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles. Ces droits s'exercent auprès de

2-En cas de recherche biomédicale : Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé Publique.

Vous avez le droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant votre santé et qui sont détenues par l'investigateur le Dr ou le Pr. **à compléter** (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique). Vous serez informé, à votre demande, des résultats globaux de l'essai par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique) selon les modalités suivantes : **à compléter**

## **Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)**

### ***Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamète.***

Sourris Géraldine étudiante sage-femme à l'école universitaire de Maïeutique de Marseille Méditerranée investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamète. »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Sourris Géraldine.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche Investigateur principal

Nom Prénoms Nom Prénom

Signature : Signature :

*(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)*

**En cas d'incapacité de lecture et /ou d'écriture chez un participant en état de donner son consentement, prévoir la mention suivante :** " En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de M.... Mme... , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante de l'investigateur et du promoteur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Si ce cas n'est pas prévu dans le formulaire de consentement, il convient d'inscrire dans les critères d'exclusion les personnes en état de donner son consentement mais présentant une incapacité de lecture/d'écriture.

**DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ d’Ethique AMU**

**Parentalité et accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes**

**1 - Informations Générales**

**1.1 - promoteur (si nécessaire):**

1.1.2

Saisine d’un Comité de Protection des Personnes (CPP) OUI NON

Si oui merci de faire parvenir l’avis du CPP

A Marseille le .....

*Signature du promoteur*

*Directeur Scientifique*

## **1.2 - INVESTIGATEURS\*\***

### **1.2.1 - investigateur principal coordonateur**

Nom, prénom :	Sourris Géraldine	Signature :
Grade et qualité :	Etudiante Sage-Femme	
Etablissement	Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée	
Adresse :	201 Rue st Cécile 13005 Marseille	
Tél. :	07 83 13 30 04	
Fax :		
E-mail :	geraldine.sourris@etu.univ-amu.fr	

### **1.2.2 - autres investigateurs\* et collaborateurs scientifiques**

<i>Nom, prénom</i> <i>Signature</i>	Titres et fonction	Lieu(x) de la Recherche et n° d'autorisation si besoin
Guillemain Catherine	Docteur Enseignante Chercheuse	

Nina Cécile	Sage-Femme Enseignante	
-------------	------------------------	--

### 1.2.3

#### **Laboratoire d'AMU impliqué dans le projet de recherche :CECOS de la conception**

#### **2 - description générale de la recherche (1 page) :**

Ce projet s'inscrit dans le cadre de mes études de maïeutique à travers la réalisation d'un mémoire de fin d'étude. Le thème de ce dernier est la parentalité et l'accompagnement des bénéficiaires du don de gamètes.

Les dons de gamètes se déroulent dans les CECOS : « [...]un centre situé dans un CHU existant dans le but : d'aider, à l'aide du don de gamètes, des couples à avoir des enfants ou encore permettre à certains hommes, femmes ou même enfants, qui doivent subir un traitement nuisible pour leurs gamètes, de les conserver afin qu'ils puissent les « utiliser » plus tard. Le centre a un rôle très important d'accompagnement et de soutien. Il y en a 26 répartis sur le territoire français. » (1)

Le premier a commencé son activité en France en 1973. « Lors de sa création la PMA avec tiers donneur n'a pas bénéficié d'une unanimité sociale. En effet à l'accusation traditionnelle d'immoralité conjugale et familiale [...] s'est ajoutée une critique plus anthropologique[...] : comment la procréation, ce prolongement du couple vers l'enfant à naître, puis l'inscription de celui-ci dans sa double filiation paternelle et maternelle, pourraient-elles intégrer cette opération de substitution d'un géniteur à un autre ? A ces critiques la principale réponse fut l'encadrement très strict de ces pratiques médicales [...] et l'assimilation des dons de gamètes au don de sang, entériné par les lois de 1994. Peu à peu les interrogations ont semblé disparaître avec la banalisation sociale d'une pratique. » (2)

Mais aujourd'hui qu'en est-il ? « Si la conception par don est généralement acceptée du public qui souhaite vivement remédier aux infertilités, aux dires des couples rencontrés à la banque de gamètes (CECOS), elle reste encore mal connue, voire gênante, comme si elle n'intéressait que lorsqu'on est confronté au problème personnellement ou en raison de l'entourage. »(3) Cette réaction de la société semble nous démontrer une situation complexe.

Elle peut entraîner un désarroi profond chez certains patients, comme en témoigne cette étude psychologique sur les bénéficiaires du don de sperme. « Ce type de paternité, lesté par un non-dit, n'est pas si aisé à assumer. [...] les hommes se sentent humiliés et castrés que leur fécondité soit atteinte. Si bien qu'un « traitement » leur

permettant de devenir pères grâce au don d'un autre homme, vécu lui comme super viril, ne restaurait leur puissance qu'en apparence [...]. » (4)

Il en est de même pour les patientes ayant bénéficié d'un don d'ovocyte comme l'atteste ce rapport : « Pour moi, être femme, c'est aussi être mère. Donc du coup, si j'étais plus capable de devenir mère, si j'étais ménopausée, ça voulait dire que cette étape là était zappée, et qu'il fallait que je me reconstruise en tant que femme... » (5)

La situation est également difficile à vivre pour le ou la partenaire du bénéficiaire du don de gamètes comme nous le prouve ce témoignage : « Toute la famille souffre de cette situation. La mère se sent hypocrite et reproche ce secret à son mari, d'autant que les médecins ont plutôt prescrit de dire la vérité. Bientôt, elle « avoue » à l'analyste une obsession, un désir fou de savoir qui a engendré Juliette. » (4)

Nous pouvons relever la difficulté de certains parents d'annoncer le mode de conception à leur enfant et à leur entourage comme en témoigne cette étude : « Néanmoins, même si l'intention d'en parler semble indubitable, le choix du moment paraît plus délicat. Plus de la moitié des couples déclare ne pas savoir exactement quand ils décideront d'en parler. » (6)

« Ainsi, concernant les dons de gamètes, si la biologie semble donner une possibilité technique pour permettre à l'enfant d'exister lorsque le couple ne peut enfanter, c'est le sens de cette procréation qui importe, la signification qu'ils lui donnent, en partie à leur insu aussi, afin que l'affiliation puisse exister. Ils pourront s'approprier la relation qu'ils construiront avec cette vérité qui est la leur et la construiront ensuite en étant reconnus par l'enfant (Lebovici, 2004). Le récit de cette histoire pourra être transmis en mots et en actes plus tard à l'enfant ou pas puisqu'ils en ont le choix intime jusqu'à présent. » (4)

Le CECOS a instauré un suivi psychologique avant et après l'intervention, ainsi que pendant la grossesse. Cependant on rapporte une perte de vue des parents après la naissance de l'enfant et parfois même pendant la grossesse. Ce dernier ne peut donc plus exercer son rôle important d'accompagnement et de soutien. Ainsi se posent à présent des questions telles que le rôle des professionnels de santé dans l'accompagnement de la grossesse, la naissance et les premiers mois de vie de cet enfant si désiré. Que souhaitent les parents ? Un accompagnement particulier, aménagé pour eux, ou au contraire un suivi de grossesse habituel ?

1. « Données descriptives de l'activité d'Assistance médicale à la procréation avec don de spermatozoïdes au sein des CECOS de 1973 à 2006 en France. »  
S. Hennebicq, J.-C. Juillard, D. Le Lannou, Fédération française des CECOS  
<https://www.cecocos.org/node/4204>
2. « Des humains comme les autres : bioéthique, anonymat et genre du don. »  
Irène Théry 2015

<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=TMoS-CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=histoire+du+don+de+gam%C3%A8tes&ots=Ghe->

[OYBdkq&sig=2h1fz6Lc0RYkYVmx3ti6WjZJ9c#v=onepage&q=histoire%20du%20don%20de%20gam%C3%A8tes&f=false](http://www.cairn.info/revue-topique-2011-3-page-73.htm)

3. « Essai sur le don de gamètes » Claire Squires 2011  
<http://www.cairn.info/revue-topique-2011-3-page-73.htm>

4. « Rester psychanalyste face au chaos des nouvelles filiations. » Sylvie Faure-Pragier 2011

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2011-4-page-1063.html>

5. « Réflexions sur les enjeux psychiques de la survenue d'une grossesse au terme d'un don d'ovocytes. » Marion Canneaux 2009  
<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2009-4-page-135.htm>

6. 1. « Enjeux psychosociaux des dons de sperme : le point de vue des couples. » N. Kalampalakis · V. Haas · N. Fieulaine · M. Doumergue · G. Deschamps · H. Chiron 2009

<https://bacandrology.biomedcentral.com/track/pdf/10.1007/s12610-010-0066-3?site=bacandrology.biomedcentral.com>

**résumé des bénéfices, le cas échéant, et des risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche ;**

**durée prévue de participation des personnes : 50 a 90 minutes**

**DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE ET DU DEROULEMENT DE LA RECHERCHE ;** méthode de recherche qualitative avec une méthode phénoménologique et se déroulant à travers des entretiens semi-directifs.

**3 - Sélection et exclusion des personnes de la recherche :**

### **3.1 - critères d'inclusion des personnes qui se prêtent à la recherche ;**

8 à 9 couples ayant bénéficié du don de gamète avec des enfants âgés de 2 semaines à 10ans.

**Critère de non inclusion : couples ayant bénéficiés d'une FIV, couples ayant bénéficiés de don de gamètes à l'étranger, couples ayant des enfants de plus de 10 ans.**

**3.2 - eN CAS DE RECHERCHE BIOMEDICALe-Seront mentionnés, le cas échéant, les médicaments autres que les médicaments expérimentaux nécessaires à la réalisation de la recherche en précisant notamment les médicaments et traitements autorisés et interdits dans le cadre du protocole.**

### **4 - Effets indésirables**

**4.1 - critères permettant de déterminer le caractère inattendu d'une suspicion d'effet indésirable grave sous la forme d'une liste d'effets indésirables prévisibles ou sous la forme de critères de fréquence ou de gravité ou de tout autre élément pertinent.**

Sans objet

### **5 - Statistiques :**

**5.1 - description des méthodes statistiques prévues, y compris du calendrier des analyses intermédiaires prévues ;**

**5.2 - nombre prévu de personnes à inclure dans la recherche, avec sa justification statistique ;**

**5.3 - choix des personnes à inclure dans les analyses.**

### **6 - Droit d'accès aux données et documents source.**

### **7 - Contrôle et assurance de la qualité.**

### **8 - Considérations éthiques.**

### **8.1 - Consentement**

### **8.2 - Anonymat des données**

### **8.3 - Indemnités en compensation des contraintes subies**

Les sujets recevront une indemnisation de \*\*\*\*\*€ pour leur participation à une expérience,

Lieu de Recherche

### **8.4 - CNIL**

## **9 - Traitement des données et conservation des documents et des données relatives à la recherche.**

\*\*INVESTIGATEUR PRINCIPAL : PERSONNELS PERMANENTS D'AMU OU AFFILIE A AMU à l'exception des personnels ayant obtenus des contrats européens (Bourse sMarie-Curie, ERC..)

---

La pratique du don de gamète soulève de nombreuses interrogations et inquiétudes. Plusieurs témoignages provenant d'enfants issus du don ont été réalisés et ont créé de multiples polémiques. Mais que ressentent les parents à l'origine de cette démarche ? Cette étude a été réalisée avec pour objectif d'identifier les besoins d'accompagnement ainsi que les obstacles rencontrés par les bénéficiaires du don de gamètes.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sept couples, six d'entre eux ayant bénéficié d'un don de sperme et un du don d'ovocyte, avec des enfants âgés de huit mois à sept ans. Le vécu et les besoins lors du parcours AMP, de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et des premières années de vie de l'enfant ont été évoqués.

Les résultats démontrent un vécu et une parentalité différents selon les couples. De manière générale, ils souhaitent s'approcher au plus près de la physiologie après toute cette médicalisation. L'accompagnement de cette grossesse « précieuse » a donc toute son importance. De plus, certaines interrogations sont récurrentes, par exemple : comment et quand annoncer son mode de conception à son enfant ?

Dans toutes ces étapes, le soutien et la connaissance du personnel soignant a son importance pour accompagner au mieux ce couple et cet enfant, dont l'origine restera l'amour de deux personnes.

Practising the gamete donations has been overly questioned and has aroused anxiety among public opinion. Several interviews with children born thanks to gamete donations have divided the same public opinion. But what about the parents who chose gamete donations ? What do they think and how do they feel ? Our following research is aiming to name the medical cares needed and the obstacles to be overcome by these parents,

We have interviewed seven couples, six of them have been given sperm, one oocytes. Their children are between eight months and seven years old. We have discussed with them their experiences and needs during their M.A.P. (Medical Assistance to Procreation), their pregnancies, their childbirths, the first days and years of their children's lives.

We have found that their experiences as parents are different from one couple to another. What they globally have in common is their wish to be as close as possible to what is natural after so much medical assistance. The medical cares that can be given during such a « precious » pregnancy are all the more important. So are the recurrent questions such as : how and when can these parents tell their children how they were born ?

At every stage, the medical staff's support and knowledge are important to help these couples and their children whose births' origins remain the love of two people.