

Vécu de la prise en charge de la grossesse par les femmes ayant bénéficié d'une aide médicale à la procréation

Lucie Bernadou

▶ **To cite this version:**

Lucie Bernadou. Vécu de la prise en charge de la grossesse par les femmes ayant bénéficié d'une aide médicale à la procréation. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03378466

HAL Id: dumas-03378466

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03378466

Submitted on 14 Oct 2021

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 SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

Vécu de la prise en charge de la grossesse par les femmes ayant bénéficié d'une aide médicale à la procréation

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BERNADOU Lucie

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT – AUVERGNE

Vécu de la prise en charge de la grossesse par les femmes ayant bénéficié d'une aide médicale à la procréation

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BERNADOU Lucie

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

Remerciements

A *Séverine Taithe*, pour avoir accepté de diriger mon mémoire, pour son aide et ses suggestions.

Au Professeur *Florence Brugnon, chef de service,* à Madame *Mathilde Marlet, psychologue,* et le service de PMA, pour leur aide et leurs précieux conseils.

Aux femmes et *au couple* ayant participé à cette étude, pour leurs témoignages vrais et enrichissants.

A *mes parents, mon frère et Ludmilla* pour leur présence, leur soutien, leur aide et leurs encouragements durant mes études. Merci *maman* pour ces heures de lecture et de relecture.

A *ma famille*, en particulier *mes grands-parents,* qui de près ou de loin, m'a toujours soutenue.

A *Enzo* pour son soutien, sa bonne humeur, son enthousiasme et pour son aide durant ces deux dernières années.

A vous huit : Alisée, Clémence, Elé, Laura, Léa, Maëlle, Margaux, Mathilde sans qui ces quatre années n'auraient pas eu la même saveur, avec qui j'ai tant partagé et pour tout ce que vous m'avez apporté.

Sans oublier *Coline, Gaëlle, Solenne et Sophie, les Tullistes* que je connais depuis toujours et qui seront toujours à mes côtés.

Abréviations

AMP : Aide médicale à la procréation

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CECOS : Centre d'étude et de conservation des œufs et de sperme humain

DPI : Diagnostic pré-implantatoire

DPN: Diagnostic pré-natal

FCS: Fausse couche spontanée

FIV : Fécondation in vitro

GEU : Grossesse extra-utérine

GPA: Gestation pour autrui

IAD : Insémination avec don

ICSI : Intra-cytoplasmique spermatozoïde injection

IIU : Insémination intra-utérine

IMC : Indice de masse corporel

LH : Luteinizing hormone =hormone lutéinisante

MST : Maladie sexuellement transmissible

PMA : Procréation médicalement assisté

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

Sommaire

INTRODUCTION

REVUE DE LITTERATURE

I. Les différentes causes de l'infertilité ... 3

1. Infertilité Masculine ... 3
2. Infertilité féminine ... 4
3. De l'interrogatoire à l'orientation thérapeutique ... 5

II. Les différentes techniques utilisées ... 6

1. Fécondation In Vitro dite « classique » et fécondation in vitro avec injections intracytoplasmique du spermatozoïde ... 7
2. Assistance médicale à la procréation intraconjugale ... 8
3. Assistance médicale à la procréation avec don ... 9
4. D'autres techniques : ... 10
5. Le devenir des grossesses et des enfants ... 11
6. Le rôle de la Sage-Femme dans le suivi des grossesses obtenues par AMP ... 13

III. La loi ... 14

1. Généralités ... 14
2. Les Dons ... 16
3. La question de l'AMP post-mortem ... 17

IV. Les enfants du désir : réaménagement psychique ... 18

1. La filiation ... 18
2. La parentalité ... 19
3. La construction de l'identité d'un enfant ... 20

V. L'impact sur la vie psychologique du couple ... 21

METHODE

I. Population ... 25

II. Méthodes ... 25

RESULTATS

I. Caractéristiques socio-démographiques des répondantes ... 30

II. Méthodes d'analyse et émergence des thèmes ... 30

III. Résultats des entretiens ... 31

1. Du parcours de PMA au début de la grossesse : des moments clés ... 31
2. La prise en charge de la grossesse ... 32
3. Le rôle incontournable de l'entourage ... 38
4. L'impact du confinement dû à la situation sanitaire ... 39
5. Le couple et la grossesse ... 41
6. L'impact du parcours sur la grossesse ... 42
7. L'impact du parcours sur l' « après naissance » ... 46
8. La discussion libératrice via des groupes ou les réseaux sociaux ... 49

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude ... 51

1. Les Forces ... 51
2. Les faiblesses ... 51

II. Analyse des résultats ... 52

1. Un parcours intrusif ... 52
2. Les informations reçues sur les potentiels complications ... 53
3. La peur face à l'inconnu du devenir des enfants issues de parcours de PMA ... 54
4. Le rôle de la sage-femme ... 54
5. La découverte de cet enfant tant désiré et l'impact émotionnel que cela engendre ... 56
6. Le couple après le parcours ... 57

III. Perspectives d'avenir ... 58

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

L'AMP a débuté en France dans les années 1970. Selon l'agence de la biomédecine, le nombre d'enfants conçus par AMP ne cesse d'augmenter depuis 2009. 3,3% des enfants nés en 2018 seraient conçus grâce à l'AMP contre 2,6% en 2009. Il est estimé qu'un peu plus d'un enfant sur 30 serait issu d'une AMP (1). C'est une pratique très encadrée par des lois de bioéthique, périodiquement révisées et interdisant certaines pratiques (2).
Par conséquent, la PMA étant de plus en plus utilisé pour concevoir, les professionnels de santé, plus particulièrement les sages-femmes, sont de plus en plus amenés à prendre en charge des femmes enceintes ayant eu recours à la PMA (3).

Ce procédé a fait l'objet de plusieurs études mais surtout sur le versant obstétrical. Cependant le versant psychologique est peu développé dans les études. Pourtant la majorité des couples ayant recours à ce parcours laisse transparaître une grande anxiété, des questionnements importants et des peurs liées à la grossesse laquelle est souvent, à tort ou à raison, qualifiée de "précieuse" et est parfois source d'un stress supplémentaire pour les futurs parents.

Au vu de ces éléments, il paraît important d'évaluer le vécu de la prise en charge de la grossesse de ces patientes issues d'un parcours de PMA. Mais également de chercher des pistes d'amélioration de leur satisfaction vis à vis de ce suivi.

Dans cette étude, il a été choisi de s'entretenir avec les femmes et/ou les couples pour recueillir au plus juste leur ressenti. L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'opinion des couples concernant la prise en charge de leur grossesse à la suite de ce parcours. L'objectif secondaire est de comprendre les attentes et les besoins par rapport à leur prise en charge tout au long de la grossesse.

La réalisation d'une revue de la littérature mettra en lumière dans un premier temps le parcours de PMA en règle générale, que ça soit sur la technique, la loi ou l'impact qu'il peut avoir sur le versant psychologique. Après une présentation de la méthode de recherche, la description des résultats mènera à l'analyse et la discussion de ceux-ci. Permettant par la suite de proposer des perspectives d'avenir.

Revue de Littérature

I. Les différentes causes de l'infertilité

L'infertilité est l'incapacité à procréer. Il en existe deux types :

- L'infertilité primaire est l'absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels non protégés chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse
- L'infertilité secondaire est l'absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels non protégés chez une femme qui a déjà eu au moins une grossesse

Il existe différents degrés de fertilité, d'après J. Gouneaud, les couples qui consultent ont dans 10% des cas une hypofertilité modérée, dans 1% des cas une hypofertilité sévère et 0,1% sont infertiles (4).

1. Infertilité Masculine

Les problèmes d'infertilité au sein d'un couple n'est pas chose nouvelle, cependant on a longtemps cru que c'était exclusivement causé par un problème féminin alors que l'infertilité masculine concernerait 10 à 15% des hommes en âge de procréer et serait impliquée dans plus de 50% de cas d'infertilité, associée ou non à une cause féminine (5). Les causes de l'infertilité masculine sont diverses et difficiles à classer. Elles peuvent concerner différentes étapes de la production spermatique et/ou du transport des spermatozoïdes, et peuvent être acquises ou congénitales.

Chez l'homme, les chances de concevoir augmentent avec le nombre (entre 15 millions et 40 millions) et l'aspect des spermatozoïdes. Indépendamment des troubles de l'érection et de l'éjaculation d'origine psychogène, des facteurs vasculaires, hormonaux, métaboliques ou neurologiques peuvent entraîner une dysfonction sexuelle.
Il peut y avoir 2 types de causes d'infertilités masculines : une infertilité sécrétoire due à un défaut dans la production des spermatozoïdes appelé spermatogenèse et une infertilité excrétoire causés par une obstruction des voies génitales masculines.
Les facteurs de risques d'infertilité masculine peuvent donc être des causes génétiques, des facteurs biologiques ou encore environnementaux (5,6) tels que : des anomalies génétiques (altérations chromosomiques, mutation d'un gène unique), des antécédents de cryptorchidie, varicocèle, torsion testiculaire, une anomalie du transport des

spermatozoïdes, des désordres hormonaux, des infections ou encore, des prises médicamenteuses, la pollution atmosphérique ou alimentaire.
On parle d'infertilité masculine inexpliquée ou idiopathique lorsque la cause d'infertilité n'est pas identifiée. Ceci représente 50% des cas (5).

2. Infertilité féminine

L'infertilité féminine a longtemps été étudiée. Il faut avoir en tête que la fertilité subit chez la femme des variations physiologiques en fonction de l'âge (fécondabilité diminue progressivement à partir de 30 ans), mais également du cycle au cours duquel il existe une période plus fertile (qui dure au maximum 6 jours) qu'on appelle la fenêtre de fécondité (7,8).
Trois types de causes de stérilité chez la femme sont à retenir : des problèmes ovulatoire, tubaire (obstruction) et des problèmes d'implantation avec une paroi utérine impropre.

En effet, la stérilité chez la femme peut être causée par (7):

- Une Anovulation et dysovulation, c'est à dire qu'aucun ovocyte ne soit émis, pouvant avoir plusieurs étiologies des troubles ovariens avec une insuffisance ovarienne prématurée, une anovulation par déficit gonadotrope avec ou sans une hyperprolactinémie, des anovulations chroniques avec hyperandrogénie (dues à un : syndrome des ovaires polykystiques, déficit en 21-hydroxylase, hyperandrogénies), d'origine tumorale (ovarienne ou surrénalienne) avec testostérone très élevée
- Des causes mécaniques : comme l'obstruction tubaire la réduction de la perméabilité des trompes de Fallope, bloquant le passage des spermatozoïdes vers l'ovule. Elle est le plus souvent liée à une infection, impliquant par exemple la bactérie chlamydiae (6,7).
- Des pathologies utérines : malformation, polypes, fibromes, endométriose ou encore certains syndromes comme le syndrome de Rokitanski qui peut être à l'origine de l'absence d'utérus (8).

Comme pour les hommes des facteurs environnementaux comme le tabac, le cannabis, la nutrition et des substances toxiques (mercure, éthers de glycol…) que

l'on peut retrouver dans de la peinture, de la colle, du vernis ou des cosmétiques ou encore des produits d'entretien, peuvent impacter la fertilité (6).

3. De l'interrogatoire à l'orientation thérapeutique

Afin de déterminer le potentiel de fertilité d'un couple, la première consultation durant laquelle seront réalisés un interrogatoire exhaustif et d'éventuels examens complémentaires, est primordiale. Il sera également important au cours de cette consultation de détecter le niveau de motivation du couple pour concevoir un enfant.

Il est important de savoir qu'en plus des anomalies ou pathologies énumérées plus haut, la fécondabilité peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, le tabac, les infections génitales et les antécédents chirurgicaux pour la femme et des facteurs spermatiques mais également généraux (tabac, antécédents de MST, torsion testiculaire, cryptorchidie, varicocèles, stress, chaleur…) (4).

Pour l'homme, on l'interroge sur les pathologies (diabète) et les traitements qu'il a pu avoir pendant l'enfance, à la puberté ou à l'âge adulte. On recherchera des antécédents chirurgicaux, des antécédents infectieux, des antécédents de cryptorchidie, de torsion ou traumatisme testiculaire ou encore de varicocèle. On interroge également le patient sur ses habitudes de vie actuelle, ses conduites addictives et sa profession (4,5,7).

Pour la femme on lui demandera : son âge, les caractéristiques de son cycle menstruel, mais on recherchera également des troubles de ce cycle, la présence de dysménorrhée et de douleur pelvienne chronique ou non, des antécédents chirurgicaux abdominopelviens, des prises de médicaments en rapport avec des problèmes de cycle, des antécédents obstétricaux, des antécédents médicaux, des antécédents infectieux, son mode de vie, ses conduites addictives et depuis combien de temps elle essaye de concevoir un enfant (4,7).

Chez l'homme comme chez la femme, l'interrogatoire est complété par un examen clinique prenant en compte l'IMC et permettant d'évaluer les caractères sexuels secondaires. Chez l'homme on appréciera la pilosité ou encore le morphotype (4) puis un examen du testicule, de la verge (à la recherche d'un hypo- ou épispadias), du scrotum, des épididymes, du cordon spermatique et des canaux déférents sera pratiqué (4,5).

Chez la femme, on fera un examen gynécologique comprenant un examen au spéculum mais également un toucher vaginal (4). Si les cycles sont réguliers sans particularités, il peut être utile dans un premier temps de vérifier la présence d'ovulation avec notamment des courbes de température et/ou par un dosage de la progestérone (7).

Des examens complémentaires pourront parfois être nécessaires. Chez la femme en systématique on va pratiquer un bilan hormonal ainsi qu'une échographie vaginale et/ou une hystérosalpingographie (4,7).

On pourra également être amené à faire un bilan de thrombophilie, un caryotype, un test post-coïtal ou encore une cœlioscopie en cas d'hystérosalpingographie anormale ou de suspicion d'endométriose.

Pour l'homme, les examens complémentaires consistent dans un premier temps à une exploration des marqueurs biologiques de le fertilité masculine, avec un spermogramme et un spermocytogramme, qui permettra l'analyse des paramètres spermatiques conventionnels (5,7).
On pourra aussi être amené à faire des examens spermatiques complémentaires, des test génétiques (caryotype, l'étude du chromosome Y…) et un bilan hormonal (4,5).
En fonction des résultats trouvés, Dupont et Lévy préconisent une échographie scrotale ou encore une échographie des voies séminales, « ce qui permettra d'observer les canaux déférents, la prostate, les vésicules séminales, et de détecter une éventuelle présence d'obstacles ou de lésions infectieuses ou inflammatoires » (5).
Cette consultation très médicalisée, est très intrusive car touche à l'intimité du couple puisque les patients sont aussi interrogés sur la fréquence de leurs rapports sexuels afin de s'assurer qu'un problème sexologique n'est pas à l'origine de l'infertilité.

II. Les différentes techniques utilisées

Comme le disent Aubert et Al dans leur mémoire de fin d'études (3), parfois une amélioration de l'hygiène de vie et une information sur les périodes de fécondité peuvent suffire pour améliorer la fertilité, les professionnels de santé peuvent donc être amenés à donner des conseils sur le mode de vie et l'environnement.

Les recherches ont essentiellement été menées sur les femmes, les scientifiques ont réussi, petit à petit, à trouver différentes techniques permettant de contourner les problèmes de fertilité féminine avec en premier l'insémination intra utérine, puis la stimulation ovarienne et la désobstruction chirurgicale des trompes. Puis viennent par la suite la FIV et l'ICSI, qui permettent de contourner tous ces problèmes en même temps.

1. Fécondation In Vitro dite « classique » et fécondation in vitro avec injections intracytoplasmique du spermatozoïde.

La fécondation in vitro consiste en la succession de plusieurs étapes.
Dans un premier temps il y aura une stimulation ovarienne (administration : par voie orale d'antiestrogènes, par voie parentérale de gonadotrophines ou GnRH administrées de façon pulsatile grâce à une pompe portable), s'en suit la ponction folliculaire avec le traitement des ovocytes et des spermatozoïdes, puis la culture in vitro des embryons, le transfert embryonnaire et la congélation des embryons (9).

La phase lutéale après une stimulation ovarienne pour une FIV n'est pas physiologique, il est donc indispensable de la maintenir. D'après Peigné et Epelboin : « le traitement de première intention est la progestérone micronisée administrée par voie vaginale poursuivie au minimum jusqu'au test de grossesse, mais très souvent jusqu'à l'échographie de 6 à 8 semaines d'aménorrhée » (9).

Les complications sont multiples (9) :

- Pour la stimulation ovarienne (7): il peut y avoir des réactions allergique au point d'injection, un syndrome d'hyperstimulation ovarienne, c'est à dire l'augmentation de la perméabilité vasculaire et une vasodilatation artérielle, une hémoconcentration associée à des phénomènes inflammatoires favorisant des accidents thromboemboliques ainsi que des insuffisances rénales et hépatiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Mais également, une hyperestradiolémie et une augmentation du risque thromboembolique
- On peut également retrouver des torsions d'annexe
- Un risque carcinologique même si la stimulation n'est pas à risque de cancer du sein en soi

- Des complications liées au geste : hémorragiques, infectieuses ou secondaires à l'administration de produits anesthésiques. Ces complications sont rares mais doivent être prévenues par une consultation pré-anesthésique.
- Des grossesses gémellaires : jumeaux dizygotes (10)
- Pour le devenir de l'enfant : il y a un risque accru de prématurité et d'hypotrophie même chez les enfants uniques, une faible augmentation du risque de certaines malformations (urogénitales ou cardiaques principalement) a été rapportée chez les enfants nés de la FIV ou de l'ICSI (10). L'infertilité en soit pourrait être un facteur de risque très modéré d'augmentation de malformations du nouveau-né (par exemple : hypospadias). En revanche, selon Patrat et Epelboin les études à plus long terme sur la croissance et le développement psychomoteur des enfants sont rassurantes (11).

2. Assistance médicale à la procréation intraconjugale

Dans un premier temps, on a l'insémination artificielle intra-utérines qui est indiquée en cas d'infertilité idiopathique ou d'origine cervicale (glaire inadéquate, test de Hühner négatif) ou en cas d'infertilité masculine modérée (au moins 1 million de spermatozoïdes mobiles récupérables dans l'éjaculat après le test de migration de survie) (9).
Cette technique n'est réalisable que si au moins une des trompes est perméable et si les paramètres spermatiques sont compatibles.

L'insémination peut être proposée pour limiter le risque de transmission du virus du conjoint ou en cas d'absence de rapports sexuels pour toute raison physique ou psychique. Les inséminations avec le sperme du conjoint sont le plus souvent intra-utérines, c'est-à-dire que l'injection du sperme du partenaire se fait directement au fond de la cavité utérine par un cathéter souple, indolore chez la patiente en position gynécologique au cabinet. Les indications des inséminations intracervicales sont réduites compte tenu de leur efficacité moindre par rapport aux inséminations intra-utérines.

Nous allons également avoir besoin de pratiquer une stimulation ovarienne et une préparation spermatique (9).

Les résultats et les complications dépendent de l'âge de la patiente, du rang de la tentative, et de l'indication de l'IIU.

3. Assistance médicale à la procréation avec don

Le don de gamètes ou l'accueil d'embryon (couple n'ayant plus de projet parental) peut être proposé : « En dernier recours, lorsque toutes les techniques d'AMP intraconjugales ont échoué ou ne peuvent être envisagées » selon Bry-Gauillard et Al (7).

Le choix du donneur ou de la donneuse pour le couple est fait par le CECOS (Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains) selon la compatibilité de caractéristiques phénotypiques (couleur de peau, cheveux, yeux, etc.) et si possible du groupe sanguin (7,9).

Il existe 3 types de dons (9) :

- Don de spermatozoïdes : Actuellement, depuis les progrès des techniques de biopsie testiculaire et d'ICSI, l'indication de don de sperme persiste lorsqu'aucun spermatozoïde n'a pu, ou ne pourrait être retrouvé lors d'une biopsie testiculaire ou lorsque le conjoint pourrait transmettre une pathologie héréditaire particulièrement grave inaccessible au diagnostic préimplantatoire (DPI) ou prénatal (DPN). Le don de spermatozoïdes n'est plus proposé aux couples dont l'homme est porteur du VIH depuis la prise en charge en AMP intraconjugale des couples à risque viral.

  Les couples qui ont recours au don de spermes ont systématiquement un entretien psychologique afin de s'assurer de la solidité du projet parental et d'autre part de vérifier la compréhension par le couple de la signification du don de gamètes en particulier en terme de filiation (7).

- Don d'ovocytes : De la même manière, le don d'ovocytes est destiné aux couples dont la femme présente une insuffisance ovarienne prématurée, des anomalies ovocytaires marquées ou une atteinte d'ordre génétique.

- Accueil d'embryons : L'accueil d'embryons concerne tous les couples présentant une stérilité mixte, ou ayant un risque de transmission de maladie héréditaire

grave biparentale. Les embryons cédés sont des embryons surnuméraires congelés dont les géniteurs renoncent à leur projet parental. Pour l'accueil d'embryons, le couple receveur donne son consentement au juge, qui a aussi une mission de contrôle des conditions d'accueil que le couple est susceptible d'offrir à l'enfant à naître sur le plan familial, éducatif et psychologique. En 2015, 145 couples ont bénéficié d'un accueil d'embryons d'après Peigné et Epelboin (9).

Les pathologies obstétricales après don d'ovocytes, de spermatozoïdes ou d'accueil d'embryons sont augmentées, en particulier les risques liés à un défaut de placentation : métrorragies du 1er trimestre, hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie. Ce risque est augmenté vraisemblablement pour des raisons immunologiques, l'œuf étant soit totalement étranger à la mère (don d'ovocyte ou accueil d'embryon), soit partiellement étranger à la mère et sans contact immunologique antérieur (don de spermatozoïdes)

4. <u>D'autres techniques</u> :

Nous avons également d'autres techniques couramment utilisées comme :

- Maturation ovocytaire in vitro : Elle se heurte tout de même à un faible rendement ovocyte récupéré/ovocyte maturé, un taux de fausses couches élevé et pose la question des risques génétiques et surtout épigénétiques inhérents à la manipulation de gamètes immatures.
- La gestation pour autrui (GPA) qui est interdite en France.

Les recherches concernant l'infertilité ne s'arrêtent pas et sont en constante évolution. Les scientifiques élaborent de nouvelles techniques telles que la greffe d'utérus (technique en cours de développement). Plusieurs naissances ont été rapportées dans le monde à ce jour. Elle pourrait être une alternative à la GPA dans certains cas (8).

De plus, préserver la fertilité semble être un but premier pour les scientifiques (7–9). En effet le recours à la conservation des gamètes est normalement proposé en systématique aux patients, enfants ou adultes exposés à un traitement ou une chirurgie pouvant affecter la fertilité (par exemple avant un traitement gonadotoxique).
La préservation des gamètes en dehors d'une maladie, dans le but de différer une grossesse pour des raisons personnelles, est autorisée dans certains pays, mais pas en

France à ce jour. La technique principalement utilisée est la cryoconservation, avec l'utilisation généralisée de la vitrification ovocytaire (8,9).

5. Le devenir des grossesses et des enfants

a. Principales Complications : FCS, GEU, Saignements...

D'après les écrits de F. Guérif et Al, plusieurs complications peuvent survenir à la suite d'un parcours de PMA.

- Dans 18% des cas peut survenir une FCS, cependant il a été démontré qu'il pouvait y avoir un lien entre les fausses couches et l'âge maternel. Il n'apparaît pas de différence entre le taux de FCS suite à une FIV ou une ICSI mais le taux d'avortement spontané et de GEU est significativement plus bas pour les ICSI que pour les FIV. Quant aux IAD, le taux de FCS semble similaire à celui de la population général (12).
- La deuxième complication mise en avant est la grossesse extra-utérine dont la présence d'une trompe perméable représente un facteur de risque majeur. En pratique, on devra toujours rechercher une GEU par échographie chez une femme ayant eu une FIV, car 1% des GEU sont associées à une GIU (12).
- Le taux de métrorragie à T1 est plus élevé sur les grossesses obtenues par AMP que sur les grossesses spontanées.
- Le taux de pré-éclampsie semble également plus élevé pour les grossesses obtenues après AMP, plus particulièrement lors d'une IAD. Cependant il a été remarqué que le l'hypertension gravidique pourrait être un problème de primi-paternité plus que de primiparité, puisque le taux d'hypertension est en corrélation avec la durée de cohabitation (12).
- Il a également été observé chez les enfants conçus par PMA un taux plus élevé de prématurité et d'hypotrophie (10).

Comme pour les grossesses gémellaires spontanées, les risques des grossesses gémellaires obtenus après AMP sont : saignement au premier trimestre, toxémie, menace d'accouchement prématuré, hypotrophie. Ce qui conduit à un taux de césarienne élevé avec des transferts en réanimation ou en néonatologie augmentés (3,6,7,9). Seuls les poids

de naissances des jumeaux conçus par FIV semblent plus bas que les jumeaux conçus naturellement.

Il semble donc important de s'assurer que les couples soient informés sur les éventuels risques de FCS, de saignements, de grossesses multiples et de GEU surtout s'il y a des facteurs de risques comme : des interventions sur le pelvis, des lésions tubaires, de l'endométriose et des antécédents de GEU.

b. Le devenir des enfants conçus par PMA

Beaucoup de questions perdurent sur le devenir des enfants issus de PMA. Les principales questions portent sur : d'éventuelles malformations, une différence de développement staturopondérale et psychomoteur, des cancers ou encore des perturbations épigénétiques.

Plusieurs auteurs sont d'accord pour dire que l'état général de l'enfant ne semble pas changer entre un enfant issu de PMA et un enfant conçu naturellement.

Comme dit précédemment, pour Bouillon et Fauque, l'augmentation des complications néonatales est principalement due à un fort taux de grossesses multiples induisant une morbi-mortalité materno-fœtale importante. Mais le risque de prématurité et d'hypotrophie serait corrélé à l'âge maternel et la parité (10).

D'autre part, il semblerait que les malformations congénitales chez des enfants conçus par PMA soient essentiellement concentrées autour du système uro-génital et musculo-squelettique (10,12). Il a également été montré que l'ICSI était un facteur de risque de cardiopathie congénitale tel que la tétralogie de Fallot. En règle générale, d'après Guerif et Al, le taux de malformations congénitales chez des enfants conçus par PMA n'est pas significatif (12) mais selon une étude citée par Bouillon et Fauque, le risque global de malformations serait deux fois plus élevé chez les enfants issus d'un parcours de PMA (10).

Le développement neurologique, comportemental, psychomoteur et l'adaptation sociale ne semblent pas différents entre les enfants conçus par PMA et les enfants conçus naturellement. Il n'a en effet pas été constaté de grandes différences de développement staturopondéral en comparaison aux enfants conçus hors AMP. Les auteurs ont tout de même mentionné le fait que la croissance était plus accélérée entre trois et six mois chez

les enfants issus d'un parcours de PMA par rapport aux enfants conçus naturellement. Il a ensuite été constaté lors de la croissance de ces enfants des particularités comme « une augmentation de la pression artérielle, de la glycémie et chez les filles pubères, un âge osseu avancé associé à des taux sériques élevés de LH et de sulfate de déhydroépiandrostérone » (10,11).

Un risque accru de pathologies médicales ou chirurgicales a pu être constaté mais la majorité de ces pathologies peuvent être expliquées par des complications néonatales et congénitales plus importantes chez les enfants conçus par PMA comme dit plus haut. Mais aucun problème de santé spécifique n'a pu être démontré (10,11). De plus les enfants conçus par PMA ne semblent pas avoir plus de risques de développer un cancer par rapport à la population générale (10–12).

Il semblerait par contre que le recours à la PMA provoquerait des dérégulations épigénétiques. Une augmentation de pathologies rares, liées à des modifications des gènes soumis à empreinte parentale, a été constatée. Ces gènes étant impliqués dans le développement embryonnaire et fœtal provoquent ainsi l'apparition de pathologies comme par exemple le syndrome de Beckwith-Widemann, le syndrome de Prader-Willy, le syndrome de Silver Russel ou encore le syndrome d'Angelman (10–13). Belaisch-Allart précise bien que des facteurs confondants persistent comme l'infertilité et sa durée, les caractéristiques parentales, l'âge des parents, la stimulation ovarienne ou encore le traitement des gamètes (13).

En 2009, déjà, Beauquier-Maccotta énonçait que les enfants conçus par PMA avaient un devenir identique aux enfants conçus naturellement (14). Aujourd'hui, Belaisch-Allart déclare également que les enfants conçus par PMA sont « normaux » mais auront besoin d'un suivi à long terme (13).

6. Le rôle de la Sage-Femme dans le suivi des grossesses obtenues par AMP

D'après les articles D 4151-20 à D4151-22 du code de santé publique, les sages-femmes peuvent participer aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryons. Elles font en effet partie de l'équipe pluridisciplinaire que doivent rencontrer les couples au début de leur parcours de PMA. Elles sont présente pour donner des informations et assurer l'accompagnement nécessaire à toutes les étapes de la procédure d'AMP, en relation avec les médecins du centre (2).

Selon l'article D 4151-22 du code de santé public, la sage-femme participe : « au suivi des tentatives ainsi qu'au recueil des données relatives aux issues de ces tentatives et, le cas échéant, aux grossesses obtenues, aux accouchements et à l'état de santé des mères et ses nouveau-nés. » (2).

Guerif et Al, mentionnent le fait que même unique, la grossesse après AMP « reste une grossesse à risque d'accouchement prématuré et d'hypotrophie » (12). La sage-femme assurant le suivi de la grossesse doit donc prévenir et essayer de diminuer au maximum les facteurs de risques pouvant être à l'origine de cette prématurité et cette hypotrophie. Le suivi d'une grossesse obtenue par AMP ne diffère donc pas d'une grossesse naturelle, puisqu'elle pourra conseiller par exemple un arrêt de travail, l'arrêt du tabac, l'arrêt de l'alcool, des règles hygiéno-diététiques adaptées, du repos et dépister toutes pathologies pouvant apparaître pendant la grossesse comme l'anémie, l'hypertension artérielle ou encore le diabète gestationnel.

Il y aura cependant des points sur lesquels insister. Il a en effet été démontré dans plusieurs études que les femmes ont tendance à être plus exposées à la dépression pendant leurs grossesses (15,16). Cet état psychologique étant constaté pour des grossesses naturelles, peut donc prendre encore plus d'ampleur lorsque les couples ont eu des difficultés à concevoir (17–20).

L'infertilité n'étant pas vécue de la même manière pas tous les couples, voire au sein du couple, certaines études ont proposées une individualisation des soins de l'infertilité pour répondre au maximum aux besoins des patients (21). Il semble donc important que la Sage-femme puisse être un soutien psychologique pour le couple ayant eu recours à l'AMP et puisse proposer à la patiente des alternatives, comme l'homéopathie par exemple qui, selon Besnard-Charvet, peut être une aide supplémentaire pour diminuer l'anxiété voire certaines douleurs (22), afin que cette grossesse se passe pour le mieux et sans angoisse.

III. La loi

1. Généralités

La procréation médicalement assistée est très encadrée et en plein remodelage. Dans un souci de lisibilité, seuls quelques articles seront énoncés (2).

En effet selon l'article L2141-2 du code de la santé publique : « L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué ». Aucun recours à l'AMP ne peut- être revendiqué pour convenance personnelle.

Selon le code de santé publique (Article L-2141-1 à L2141-12), actuellement le recours à la PMA est réservé aux couples hétérosexuels dont l'un des deux membres a été diagnostiqué infertile à la suite d'examens médicaux. Elle est également ouverte aux couples dont l'homme ou la femme présente une maladie grave, susceptible d'être transmise à l'enfant. Le couple doit être marié ou en concubinage depuis au moins deux ans et les deux membres doivent être en vie et en âge de procréer.

Cependant cet article fait l'objet d'une réforme intégrée dans le projet de loi de bioéthique voté au parlement en septembre 2020. Cette réforme a pour objectif d'ouvrir la procréation médicalement assistée aux couples de femmes homosexuelles et aux femmes seules. Cette loi étant déjà effective dans d'autres pays tel que la Belgique.

La mise en œuvre du parcours de PMA doit respecter des conditions précises. Comme le dit l'article L-2141-10 du code de santé publique, elle doit être précédée d'entretiens particuliers avec une équipe médicale qui sera chargée de :

« 1° Vérifier la motivation de l'homme et de la femme formant le couple et leur rappeler les possibilités ouvertes par la loi en matière d'adoption ;
2° Informer ceux-ci des possibilités de réussite et d'échec des techniques d'assistance médicale à la procréation, de leurs effets secondaires et de leurs risques à court et à long terme, ainsi que de leur pénibilité et des contraintes qu'elles peuvent entraîner ;
2° bis Informer ceux-ci de l'impossibilité de réaliser un transfert des embryons conservés en cas de rupture du couple ou de décès d'un de ses membres ;
3° Leur remettre un dossier-guide comportant notamment :
a) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assistance médicale à la procréation ;
b) Un descriptif de ces techniques ;

c) Le rappel des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'adoption, ainsi que l'adresse des associations et organismes susceptibles de compléter leur information à ce sujet. »

De plus un délai d'un mois suivant le dernier entretien est nécessaire avant confirmation. Cette confirmation devra par ailleurs être faite à l'écrit.

Dans le cadre de la PMA, les bilans et les soins pour stérilité peuvent être pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Une seule insémination artificielle par cycle avec un maximum de six et quatre tentatives de fécondation in vitro, pour obtenir une grossesse, sont pris en charge. L'âge limite de prise en charge, est le 43ème anniversaire de la patiente (23,24).

La loi définit aussi les interdictions comme le recours à la gestation pour autrui interdite en France mais pourtant légalisée dans d'autres pays (25).

2. Les Dons

Selon l'article L-2141-6 du code de santé publique : « Un couple répondant aux conditions prévues à l'article L2141-2 peut accueillir un embryon lorsque les techniques d'assistance médicale à la procréation au sein du couple ne peuvent aboutir ou lorsque le couple, dûment informé dans les conditions prévues à l'article L. 2141-10, y renonce. Le couple demandeur doit préalablement donner son consentement à un notaire. Les conditions et les effets de ce consentement sont régis par l'article 311-20 du code civil. Le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives.

Toutefois, en cas de nécessité thérapeutique, un médecin pourra accéder aux informations médicales non identifiantes concernant le couple ayant renoncé à l'embryon. »

Pour avoir accès aux dons, le couple receveur doit répondre aux mêmes critères médicaux et légaux que pour une AMP intraconjugale.

Comme le dit l'article L-2141-10 du code de santé public : « Les époux, les partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou les concubins qui, pour procréer, recourent à une

assistance médicale nécessitant l'intervention d'un tiers donneur doivent préalablement donner, dans les conditions prévues par le code civil, leur consentement à un notaire. »

Actuellement en France, les dons de spermatozoïdes et d'ovocytes ainsi que l'accueil d'embryon sont autorisés dans un cadre légal, strict avec anonymat et gratuité. Le double don de gamètes est quant à lui interdit.

La loi limite le nombre d'enfants issus du don d'ovocytes ou de spermatozoïdes d'un seul et même donneur à dix. Les probabilités de consanguinité pour les générations futures sont donc statistiquement infimes (24).

L'agence de la biomédecine annonce que (24) :

- les donneurs et donneuses doivent être majeurs
- les femmes soient âgées de moins de 37 ans et que les hommes soient âgés de moins de 45 ans
- pour les personnes n'ayant pas encore d'enfant, le don est possible mais leur sera alors proposé le recueil et la conservation d'une partie de leurs gamètes ou tissus germinaux afin de réaliser ultérieurement une éventuelle AMP.

3. La question de l'AMP post-mortem

L'AMP post-mortem est interdite en France en vertu du fait que l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants et que la procréation ne peut dépendre de la volonté du seul survivant du couple. Comme dit dans l'article L2141-5 du code de santé publique : « En cas de décès d'un membre du couple, le membre survivant est consulté par écrit sur le point de savoir s'il consent à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple dans les conditions prévues à l'article L. 2141-6. » (2).

Lors de l'existence d'embryons congelés au moment du décès de l'homme, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) considère que le transfert in utéro de ces embryons devrait pouvoir être autorisé sous certaines conditions : « L'homme aura dû, de son vivant, exprimer sa volonté en donnant son consentement exprès au transfert – après son décès – d'un embryon cryoconservé. Sa responsabilité doit, en effet, être pleinement engagée par cette décision pouvant conduire à la naissance d'un enfant qu'il ne pourra élever. De plus, un délai de réflexion minimum (trois mois) devra être respecté après le

décès, de façon à ce que la décision de la femme ne soit pas prise dans un moment où elle est en état de grande vulnérabilité. Pendant cette période, un accompagnement devra lui être proposé pour lui permettre d'envisager tous les aspects psychologiques, juridiques, sociaux et médicaux de sa décision, tant pour elle-même que pour l'enfant qui naîtra. Ce délai devra aussi être soumis à une durée maximum (un an) de façon à ce que la naissance éventuelle d'un enfant ne soit pas trop éloignée du décès du père. Enfin, des modifications devront être apportées à notre droit de façon à ce que la filiation paternelle de l'enfant soit assurée » (26).

Il faudra donc rechercher les motivations de la femme, à savoir : si l'enfant est voulu pour lui-même, pour l'accomplissement d'un projet parental que la femme veut réaliser au-delà de la mort du conjoint, pour combler un manque, pour jouer un rôle de substitution.

Cependant, les femmes ne pouvant pas accéder à la réimplantation des embryons conçus avec leur conjoint décèdé vont pouvoir donner leurs embryons à un couple receveur, dont l'homme peut également mourir lors de la grossesse. Ainsi l'enfant se retrouverait sans père mais avec une mère receveuse (27).

IV. Les enfants du désir : réaménagement psychique

1. La filiation

L'assistance médicale à la procréation a modifié nos rapports avec la filiation en séparant la sexualité de la procréation.

Grynber et al définissent la filiation comme : « le lien de parenté unissant un être humain à ses ascendants. Elle comprend principalement une composante biologique et une composante juridique. Dans nos sociétés, il s'agit d'une filiation bilinéaire, c'est-à-dire s'établissant à la fois par la mère et par le père » (27).

La filiation possède trois composantes (18):

- La filiation biologique : elle est basée sur la transmission des gènes, on parle de « lien du sang »

- La filiation narcissique qui correspond à l'identification du parent à travers son enfant et permet une reconnaissance affective entre parents et enfants.
- La filiation instituée : qui est notamment déterminée par l'acte de naissance

Cependant, pour qu'une famille se sente exister, les trois composantes ne sont pas nécessaires.

La filiation maternelle ne pose aucune difficulté puisqu'elle résulte de l'accouchement et de l'identité de l'enfant, et non de son origine génétique. L'acte de naissance dès lors qu'il indique le nom de la mère est considéré comme une preuve suffisante à la fois de l'accouchement et de l'identité (27). Dans de nombreux pays, le lien génétique ne compte pas comparé au lien gestationnel pour établir la maternité (28).

La filiation paternelle constitue une problématique plus délicate, dans la mesure où le père légal, au sens juridique, peut n'avoir aucun lien biologique avec l'enfant, notamment en cas de don de gamètes ou d'embryons. Cependant, dès lors que le couple demandeur est uni par les liens du mariage, la présomption de paternité rattache l'enfant issu d'une AMP au mari de la mère, qu'il y ait ou non intervention d'un tiers donneur. En revanche, si l'enfant est né d'une femme non mariée, sa filiation paternelle peut être établie par reconnaissance volontaire de la part du concubin de sa mère par possession d'état. En cas de refus de ce dernier, l'article 311-20 du Code civil dispose que « celui qui, après avoir consenti à l'assistance médicale à la procréation, ne reconnaît pas l'enfant qui en est issu engage sa responsabilité envers la mère et l'enfant » (27).

2. La parentalité

La filiation institue le lien légal qui permet d'inscrire une descendance dans une généalogie, à l'inverse de la parentalité qui elle relève du choix des personnes (29).

La parentalité, à la différence de la parenté, n'est pas un processus biologique mais psychique (30). Cela correspond à l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permet à un sujet de devenir parent, c'est à dire de répondre aux besoins de son enfant sur les plans physique, psychique et affectif.

Virginie Jacob Alby, nous annonce qu'une différence apparaît entre la parentalité vue par les psychologues et la parentalité vu par les sociologues. Pour les psychologues, la parentalité est « un travail psychique par lequel un sujet se mue en parent lorsqu'il rencontre l'enfant » alors que les sociologues définissent la parentalité comme « l'ensemble des fonctions et rôles parentaux qu'un sujet décide d'exercer et ce quel que soit le statut légal de l'adulte impliqué dans la vie de l'enfant » (29,30). Ainsi, les adultes qui entourent l'enfant peuvent, parfois, avoir la fonction parentale, qu'ils aient ou non un lien biologique avec l'enfant (30).

Même si le lien biologique semble faciliter l'investissement dans la relation à l'enfant, l'attachement semble conditionner le développement de la parentalité (27). Lors du recours au don de gamètes, le parent stérile, biologiquement « remplacé » doit faire le deuil de sa filiation narcissique pour accepter l'enfant.

En définitive, c'est la rencontre avec l'enfant et l'amour porté à ce dernier qui permettent de devenir parents.

3. La construction de l'identité d'un enfant

D'après Grynberg et Al, à la différence des enfants adoptés, les enfants issus de l'AMP sont nés du désir de leurs parents. Ils ne souffrent pas de l'abandon, puisque même en cas d'AMP avec dons , les donneurs ont offert à un couple la possibilité d'être parents, ils n'ont pas abandonné un enfant potentiel (27).

Plusieurs études, comme celle menée par Golombok et Al en 2002 (31) ou encore celle de Shelton et Al en 2009 (32), montrent que les familles ayant eu recours à l'AMP pour concevoir leur enfant, développent un environnement émotionnel considérable et les relations parents-enfants seraient également plus importantes que pour les familles ayant eu des enfants par conception naturelle.

La conception à travers la PMA, et surtout le recours à un tiers pour concevoir, pose la question de la divulgation ou non de l'origine génétique de l'enfant (33). Il a été énoncé par Golombok et Al en 2011, que les familles qui ne divulguent pas l'origine génétique de leurs enfants, présentent des relations parents-enfant moins positives (33). Dans cette même étude il a été démontré, que plus les enfants issus d'un parcours de PMA sont informés tôt, plus le développement émotionnel et identitaire se fait comme il faut.

Cependant, Shelton et Al mentionnent le fait qu'il n'a pas été observé de différences au niveau de l'adaptation psychologique et comportementale au milieu de l'enfance entre des enfants conçus pas AMP et ceux conçus naturellement (32).

Comme pour toute conception, la construction de l'identité de l'enfant semble donc surtout dépendre, de la relation parents-enfants.

V. L'impact sur la vie psychologique du couple

De nombreuses études ont démontré que le taux de dépression pendant une grossesse est augmenté, notamment par Bennett et Al qui ont affirmé que ce taux était plus important durant le 2ème et 3ème trimestre (16).

Silva et Al, affirment que les femmes pendant leur grossesse sont plus vulnérables surtout au niveau psychologique. Elles ont trois fois plus de chances de développer une dépression par rapport aux hommes. La grossesse est un déclencheur et peut avoir des conséquences graves sur la santé maternelle et fœtale comme un faible poids à la naissance, un mauvais développement au cours de la première année de vie et peuvent engendrer des idées suicidaires de la mère avec tentative de suicide (15).
De plus les changements corporels, plus importants au second semestre, peuvent être l'origine principale d'une dépression. C'est également majoré chez les primipares. Mais qu'en est-il lorsque s'ajoutent à cela toutes les peurs déjà emmagasinées pendant le parcours de PMA ?

L'annonce de l'infertilité, qui arrive la plupart du temps au moins un an après le début des essais de conception d'un enfant, a des effets dévastateurs. Devenir parent étant, sûrement, la plus grosse transition dans la vie d'adulte, ces effets sont comparables à ceux du deuil, comme le disent Royère et Al, on passe par un état de conflit affectif, de sidération et d'affolement psychique (34). En plus de leur souffrance, les couples doivent affronter une mise à l'écart sociale culpabilisante (18).
Les femmes sont, majoritairement, plus affectées que les hommes qui ont des réactions plus inhibées et contrôlées. Chez les femmes l'infertilité est une blessure narcissique alors que chez l'homme l'assurance narcissique est assurée par la sexualité, mais c'est plus la

« virilité » à travers la grossesse de sa femme qui est entachée. La stérilité d'un homme est souvent difficilement avouable car ils ont un sentiment d'impuissance (34).

Les hommes se sentent souvent seuls car ils considèrent qu'ils doivent être le soutient de leur compagne et peu d'hommes acceptent ou demandent une consultation avec un psychologue. Ils se sentent inutiles, incompétents et se réfugient souvent dans le travail, augmentant ainsi le sentiment d'abandon de la femme (34).

A l'entrée dans le protocole d'AMP, un espoir de solution apparaît, mais souvent cela ne suffit pas à effacer le traumatisme de l'annonce de l'infertilité.
Les principaux sentiments décrits pendant le parcours de PMA sont : incertitude, injustice, jalousie, culpabilité, montagnes russes émotionnelles avec un passage parfois brutal entre espoir et échec, temps qui passe, solitude et incompréhension, rien maitriser, vie dominée par le parcours de PMA (35).

Allard et Al, mentionnent bien le fait que le parcours de PMA et notamment la FIV : « n'est pas linéaire, il est souvent ponctué d'échec et de retour en arrière et entraine donc des émotions très variées » (36). Comme le disent Royère et AL, « Après deux échecs, la désillusion est à son comble » (34).

Les intérêts habituels tels que le travail, les amis, les loisirs s'estompent et toutes les préoccupations tournent autour des cycles, des traitements, des rendez-vous et des résultats. Certaines femmes arrêtent même de travailler ce qui accentue l'effet du traumatisme (34).
L'équilibre du couple peut par conséquent être modifié, réveillant des deuils enfouis et réactivant les souffrances passées.

La 3ème année d'infertilité est souvent très mal vécue, un nombre important de couples abandonne au bout de trois cycles même si le pronostic médical est bon.

De plus la PMA, source de déstabilisation, a souvent un impact négatif sur la vie du couple. L'étude menée par Chaabane et Al, montre en effet, une diminution du désir sexuel mais également une baisse de la fréquence des rapports sexuels ainsi qu'un plaisir moins important chez certaines femmes (37). Cependant, même si ceci peut être observé

chez les couples ayant eu une grossesse naturelle, ce n'est parfois, pas le même problème chez les patients issus d'un parcours de PMA. En effet les femmes dissocient souvent la sexualité de la conception de leur enfant (38). Il y a une diminution du désir causé par l'intrusion du médical dans leur vie sexuelle et par conséquent une peur de l'éloignement du conjoint (35).

Il a été démontré par Gdanska et Al, que le recours à des techniques de PMA augmente le risque de dépression souvent lié à un taux de grossesse plus faible. Cependant il semblerait que l'anxiété diminue au cours de la grossesse avec une estime de soi et une confiance en soi qui augmentent. Mais en période per-natal des craintes réapparaissent, notamment au sujet de la survie fœtale et des difficultés lié au post-partum, sûrement la conséquence de l'estime de soi qui est plus faible dans cette période (39).

Une prise en charge psychologique peut être importante pour la poursuite du parcours, la survie du couple et son bien-être mais aussi pour protéger l'enfant à naître. Il paraît important que l'équipe pluridisciplinaire, en totalité, soit à l'écoute de ces couples puisque comme le soulignent Darwiche et Al : « L'attitude d'un couple vis-à-vis de ces traitements dépendra en grande partie du type de dialogue qu'il peut engager avec l'équipe soignante » (20). Place et Al, ajoutent à cela que « le type de soutien qu'ils attendent est différent suivant les étapes de ce parcours » (35). Ils soumettent également l'idée de mettre en place des groupes d'entraide pour favoriser les échanges entre les couples.

Cette prise en charge pourrait également améliorer la santé et la qualité relationnelle des couples et pourrait potentiellement améliorer les résultats des traitements de l'infertilité. Il a en effet également été soulevé l'idée que le stress et un mauvais état psychologique pouvaient avoir un effet sur la fertilité par Gdanska et Al, et donc provoquer une perte de chance pour les couples infertiles (39). Deka et Sarma, sont d'accords avec les auteurs précédents pour affirmer que des atteintes psychologiques peuvent aussi affecter les capacités reproductives. L'infertilité ayant un retentissement psychologique sur le couple, nous pouvons donc affirmer que le bien être du couple devrait faire partie des préoccupations principales (17).

Comme le soulignent Göeb et Al, de nombreuses questions persistent même après la naissance de l'enfant, par exemple : quel sera l'impact de la PMA sur leur manière de devenir parent ? Seront-ils d'avantage protecteurs envers cet enfant du fait d'une grossesse difficile à obtenir ? (40)

Méthode

I. Population

1. L'échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude était composé de sept femmes volontaires ainsi qu'un couple, ayant eu recours à la PMA. Il s'agissait d'un échantillon raisonné, seules les femmes remplissant les critères d'inclusion recevaient un mail d'information.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants :

- Avoir accoucher voie basse de manière spontané sans complications
- Ou par césarienne programmée
- L'enfant (ou les enfants) doit (doivent) être né(s) à terme et en bonne santé

De plus, le(s) enfant(s) devai(en)t être âgée(s) de maximum 6 mois au moment de la réalisation des entretiens.

II. Méthodes

1. Type d'étude

L'objectif principal de l'étude était d'étudier la prise en charge des femmes ayant eu recours à la PMA pour leur grossesse, par les professionnels de santé.
L'objectif secondaire était de comprendre les attentes et les besoins des couples par rapport à leur prise en charge tout au long de la grossesse.

C'est une étude qualitative à visée descriptive et interprétative. Il a été choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, basés sur des questions ouvertes afin de permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement sur leur opinion et leurs points de vue.

2. Le mode de recueil des données

Les discours des femmes ont été recueillis à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe I) construite à partir de thèmes dégagés de la revue de la littérature. Les thèmes à explorer étaient les suivants :

- L'impact émotionnel du parcours de PMA

- L’accompagnement suffisant ou non lors de la grossesse
- L’importance de la relation soignant/soigné
- La relation avec cet enfant imaginaire tant désiré
- L’état des lieux du couple après le parcours

Ces entretiens ont été réalisés à distance par téléphone ou webcam et ont été enregistrés à l’aide d’un dictaphone avec l’accord de toutes les personnes interrogées, et retranscrits ensuite dans leur globalité sur le logiciel informatique Microsoft Word, permettant ainsi d’obtenir des verbatim.

Toutes les données, verbales ou non verbales, ont été prise en compte et recueillis au cours de l’entretien par une prise de note sur un carnet.

3. Le déroulement de l’étude

Le recrutement aurait dû avoir lieu de juin à octobre 2020. Cependant le contexte sanitaire ayant engendré des difficultés, les moyens de recrutement ont donc dû être adaptés. La période a été prolongé jusqu’au 4 décembre 2020.

Au départ il était prévu de contacter des associations telles que des associations de patients de l’AMP et de personnes infertiles (BAMP), ou encore jumeaux et plus, afin que les responsables puissent transmettre les coordonnées de l’enquêtrice à leurs membres, cependant il n’y pas eu de retour.

La deuxième option envisagée était de recruter via une maternité type trois de la région Auvergne Rhône Alpes, en septembre 2020. L’idée était d’interroger des patientes dans le post-partum grâce à l’aide d’une étudiante sage-femme co-chercheur (si l’enquêtrice était indisponible) qui aurait donné une information orale individuelle aux patientes éligibles et leur aurait demandé leur consentement afin de transmettre leurs coordonnées, de manière sécurisée par le biais d’une pochette dont seul la co-chercheur et l’enquêtrice auraient eu accès, afin que celle-ci puisse les recontacter par mail ou téléphone.

Cette nouvelle option ne permettant pas de recruter de patiente et sur conseil de Madame la coordonnateur des soins en maïeutique, responsable du pôle femme enfant de la

maternité de type trois de la région Auvergne Rhône Alpes, la décision a été prise début octobre de contacter le service d'AMP de ce CHU, afin de recevoir de l'aide pour avoir accès aux coordonnées de certaines patientes ayant accouchées dans les six derniers mois pour que l'enquêtrice puisse les recontacter par mail (Annexe III) pour leur présenter l'étude.

A la suite de ce premier contact par mail avec la cheffe du service d'AMP, une présentation du projet d'étude devant les différents membres du service (médecins, psychologue, sage-femme) a été réalisé. A la suite de cette présentation, a été obtenu un rendez-vous avec la psychologue du service, qui a beaucoup aidé à la sélection des patientes. Malheureusement toutes les patientes qui ont été contacté par mail n'ont pas répondu (une dizaine de mail envoyés contre seulement cinq réponses).
En plus des patientes recrutées via le service d'AMP, des entretiens ont également pu être réalisé avec certaines patientes recruté via les réseaux sociaux.

Ces entretiens se sont donc terminés début décembre 2020. Tous les entretiens se sont déroulés à distance par téléphone ou par webcam. La durée des interviews a varié de 30 minutes à 1 heure et 15 minutes.

4. Le mode d'analyse des données

Le mode d'analyse utilisé, était une analyse thématique de contenue. Les données à la fois verbales et non verbales ont constitué des critères d'analyse de l'étude.

Tout d'abord, une analyse verticale des données a permis d'étudier chaque entretien de manière individuelle afin d'en retirer les thèmes abordés. Un tableau synthétisant les différentes idées a par la suite était élaboré à partir du verbatim et des différentes idées émergents des entretiens (Annexe IV). Le texte intégral a été découpé en phrases et morceaux de phrases.
Dans un deuxième temps, les différents entretiens ont été comparés dans une analyse horizontale. Les données recueillies ont été classées dans un tableau en fonction des thèmes et sous thèmes pour trier les données. Ce tableau a permis d'analyser plus

facilement le rendu des entretiens, permettant ainsi de mettre en avant les similitudes et différences par thèmes.

Enfin, dans un troisième temps, une analyse inductive et déductive a été utilisé afin d'élaborer les thèmes finaux.

5. Les aspects éthiques et réglementaires

a. Avis de comités consultatifs

Une déclaration a été formulée en Juin 2020 puis une nouvelle en septembre 2020 dû aux changements de moyens de recrutement, auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD). Cette demande a été faite car l'étude nécessitait d'avoir accès aux coordonnées des patientes et de les conserver.

Le numéro d'enregistrement est ES200602.

b. Information et consentement

Les informations ont été transmises via un mail (Annexe III) dans lequel était présenté l'étude. Toutes les patientes ont été prévenues de l'éventuelle utilisation anonyme de leurs données pour la rédaction du mémoire. Les patientes décidaient par elles même de répondre ou non.

Après avoir eu un premier contact avec les patientes par mail, une date était fixée afin de réaliser un entretien téléphonique ou par webcam. Avant de débuter l'entretien, leur consentement oral a également été recueilli.

c. Anonymat

Les coordonnées ont été colligées dans une pochette fermée et opaque dont l'enquêtrice était la seule à avoir accès.
De plus, une lettre de l'alphabet a été attribué à chacune de ces patientes afin de ne pas révéler leurs noms et aucunes données donnant des informations sur les identités des patientes n'ont été retranscrite à l'écrit. Les enregistrements ont été archivés dans un

fichier informatique sécurisé, accessible par un mot de passe uniquement connu de l'enquêtrice.

L'ensemble des données concernant les patientes ont été détruite à la fin de l'étude.

Résultats

I. Caractéristiques socio-démographiques des répondantes

Huit entretiens ont pu être réalisés, comprenant un couple et sept femmes s'exprimant sans leur conjoint. Ces femmes ont été sélectionnées sur la base de critères d'inclusion préalablement établis sans qu'ils n'aient besoin d'être rediscutés. Aucun des répondants n'a refusé de participer à l'étude.

La durée des entretiens réalisés avec les femmes et le couple a varié entre 21 et 69 minutes, pour une durée totale cumulée de 286 minutes. Ces 286 minutes d'enregistrements vocaux ont été intégralement retranscrites par l'enquêtrice.

Les huit participantes, âgées de 25 à 37 ans, étaient toutes d'origine française sauf une qui était d'origine africaine. Sur toutes les patientes interrogées deux d'entre elles avaient déjà eu recours à un parcours de PMA une première fois pour leur premier enfant et deux étaient maman de jumeaux.

II. Méthodes d'analyse et émergence des thèmes

Les entretiens réalisés ont été analysés individuellement et de manière différente afin de faire émerger des thèmes propres à chacun. Cependant ces thèmes se sont avérés identiques mais des divergences d'opinion sur certains points sont à noter.
Les différents entretiens ont été comparés afin de mettre en avant les différences de point de vue des patientes.

Les thèmes finaux sont les suivants (Annexe IV) :

- Du parcours de PMA au début de la grossesse : des moments clés
- La prise en charge de la grossesse
- Le rôle incontournable de l'entourage
- L'impact du confinement dû à la situation sanitaire (COVID 19)
- Le couple et la grossesse
- L'impact du parcours sur la grossesse
- L'impact du parcours sur l'« après » naissance
- La discussion libératrice, via des groupes ou les réseaux sociaux

III. Résultats des entretiens

1. Du parcours de PMA au début de la grossesse : des moments clés

a. Un bouleversement émotionnel

Nous avons vu plus haut que le parcours de PMA pouvait être éprouvant pour les femmes voire les couples en règle générale. En effet plusieurs des patientes interrogées ont signifié que c'était un grand bouleversement émotionnel. Pour Mme B c'était « *des montagnes russes clairement, de l'espoir de l'attente en permanence et souvent du désespoir* » elle signifiera même ne plus s'être reconnue lors de ce parcours, « *je suis de nature souriante et dynamique et ça m'a achevée clairement, je pleurais très souvent, je ne me reconnaissais pas* ». Mme F viendra soutenir ses propos en disant que c'est un parcours « *pas évident, assez dur psychologiquement, une année où j'étais en déprime complète* ». Le plus compliqué pour Mme H c'est que « *C'était douloureux. Ce n'était pas douloureux au niveau des prises de médicaments, des injections et tout, moi je le supportais ça. Mais c'était l'angoisse, le doute. On est toujours dans le doute, dans l'incertitude* ».

Le maître mot de Mme G quant à elle, c'est la préparation à l'éventualité de l'échec : « *Je m'étais vraiment préparée, j'ai fait de la sophrologie (...) de la méditation donc plutôt sereine mais en me disant que ça ne marcherait pas quoi, c'est une première tentative donc pas trop de pressions* (…) *j'essayais d'être positive au maximum, j'étais vraiment préparée ».*

b. Le premier trimestre de la grossesse : un ascenseur émotionnel

Dans la majorité des entretiens réalisés trois adjectifs reviennent souvent pour qualifier le moment de l'annonce de la grossesse : heureux, angoissant, stressant. Mme A était « *hyper heureuse, très contente* » mais Mme B, Mme C et Mme E s'accorderont pour dire « *heureuse mais stressée* ».

Même si pour Mme B ce début de grossesse fut un moment « *magique, un rêve* », le premier trimestre semble tout de même être une étape cruciale à passer, elle dira même « *les 3 premiers mois c'était difficile (...) chaque échographie c'était du stress* ». Mme E a expliqué avoir été « *très stressée pendant tout le premier trimestre* », Mme F se joint à

elle en disant « *Les trois premiers mois on ne s'est pas trop réjouis, on attendait de voir et d'être sûr que c'était vraiment bon* ».

Mme H quant à elle dira plutôt qu'« *une fois le parcours passé, c'est fini, c'est fait, c'est derrière nous, il ne reste que du positif* »

2. La prise en charge de la grossesse

a. L'importance de la relation professionnel/ soignant : un lien primordial

Pour les patientes interrogées ce qui semble primordial pour chacune d'entre elles c'est avant tout l'implication du professionnel dans la problématique de la grossesse. Mme A soulignera qu'avant son parcours de PMA « *les trois premières années on ne s'est pas senti vraiment écouté finalement (…) enfin parce qu'en fait on était jeune au final et on avait l'impression de ne pas être entendu surtout par rapport à notre âge* » mais à partir du moment où elle a été orientée vers une spécialiste celle-ci dira « on s'est *senti vraiment écouté* ».
Mme D exprimera la reconnaissance qu'elle a envers son médecin en disant « *j'ai trouvé un médecin extraordinaire qui m'a enfin comprise, qui a enfin trouvé le temps en fait de s'occuper de moi (…) je me suis sentie enfin prise en charge en fait (…) il m'a envoyé vers les bonnes personnes »* elle rajoutera même *« Moi mon parcours de PMA vraiment j'ai que du positif en souvenir, parce que j'ai été bien suivie, bien entourée* ». Toutes les patientes s'accorderont pour dire qu'elles sont toutes contentes de leur prise en charge lors du parcours de PMA en règle générale, « *les professionnels étaient rassurants, au top, très bonne prise en charge, on était bien encadrée* » dira Mme E.

Même lors du suivi de grossesse les patientes semblent être satisfaites de leur prise en charge, que ce soit Mme C en disant qu'elle a été « *vachement soutenue, super bien suivie, même avec ce confinement la gynécologue pensait au papa en me disant de filmer l'écho pour qu'il puisse la voir (…) ils ont vraiment pris en charge notre couple pas que moi* », Mme H en disant « *l'équipe était très encadrante, c'est ce qui m'a aidée à mieux vivre ma grossesse* ».
Elles souligneront toutes que la relation professionnel/soignant est très importante pour mieux appréhender la grossesse et établir une relation de confiance. Mme G exprimera

que le manque d'empathie pourrait justement enfreindre cette relation, « *La première personne que j'ai vue pour mon écho n'était pas très empathique (…) du coup je n'osais plus rien lui demander* ». Le manque d'empathie a également été souligné par Mme D mais lorsqu'elle a changé de professionnels, elle raconte qu'il y a eu « *un manque de soutien, un manque d'empathie* » qu'il n'y avait « *aucun mot pour me rassurer* ».
Mme H justifiera ces commentaires en disant « *on ne tombe pas forcément sur les mêmes personnes, il y en a plus douces que d'autres et c'est vrai que lorsqu'on est en PMA c'est qu'on n'a pas le choix, donc c'est bien d'être entourée par des personnes qui comprennent et qui sont douces autant dans leurs gestes que dans leur manière de dire les choses* ».

Le lien avec le professionnel semble donc être primordial et d'autant plus en PMA, c'est ce qu'expliquera Mme G « *C'est vrai qu'on est dans un cosmos en PMA puis une fois qu'on est enceinte, on a plus aucun contact avec la PMA (…) j'ai été un peu déçue quand j'ai compris que je ne serais plus suivie par les mêmes personnes, c'est vrai que ça ne m'a pas perturbée mais ça m'a déçue au départ* ».

b. <u>Le besoin de se livrer et d'être soutenu</u>

Que le parcours soit long ou court, les patientes interrogées sont à peu près toutes d'accord pour dire que l'impact sur le psychologique est colossal. Cependant pour elles, le soutien psychologique n'est pas forcément nécessaire au même moment. Mme D dira que pour elle il y a plusieurs moments où il est nécessaire de discuter avec quelqu'un : « *Alors moi je voyais quelqu'un au début de ma grossesse en plus et heureusement parce que j'étais tellement stressée, mais avant aussi (…) vous savez ce qui est pire dans la phase de PMA ? C'est l'attente entre le transfert d'embryon et le résultat, là moi je passe les pires jours de ma vie (…) c'est interminable (…) en fait les premiers jours et les premiers mois sont hyper importants parce qu'on a tellement peur…* », elle ajoutera que même si la grossesse est enfin en route le psychologique souffre encore « *Mais une fois la grossesse en route je pense que ça fait toujours du bien de parler à quelqu'un (…) enfin je pense que pour celles qui sont en PMA elles devraient se faire suivre pendant la grossesse parce que c'est hyper important, enfin d'une manière générale on est hyper stressée au moindre truc* »

Mme F dira qu'il y a eu un moment où avec son conjoint ils ont pensé à consulter quelqu'un mais grâce à leur entourage ils l'ont évité « *On se laissait du temps pour que ça fonctionne avant d'aller voir quelqu'un (...) une fois que la FIV a fonctionné j'en ai plus ressenti le besoin, tout était réglé, ça allait mieux mais heureusement que mon conjoint et ma famille étaient présents* ».

Mme B quant à elle dira que même si la grossesse était installée, les séquelles de la PMA étaient toujours présentes pendant la grossesse : « *Même enceinte j'avais du mal à accepter qu'une autre femme dans mon entourage puisse tomber enceinte facilement, je me suis dit qu'il fallait que j'aille voir quelqu'un parce que ce n'était pas possible* » mais elle ajoutera que ces séquelles persistent encore aujourd'hui « je *crois que je ne suis pas vraiment soignée au fond de moi* ».

D'autres diront qu'en effet elles avaient besoin de discuter mais que leur suivi avec leur sage-femme leur suffisait, par exemple Mme G qui était tellement heureuse d'être enceinte dira « *pendant la grossesse j'étais tellement bien, les sages-femmes étaient largement en capacité d'y répondre et de me rassurer* » mais elle mentionnera le fait que « *autant pendant la grossesse je n'en voyais pas l'intérêt autant en post-partum ça a été une aide hyper précieuse* ». Mme C sera d'ailleurs du même avis en disant « *Pendant la grossesse la sage-femme me suffisait mais après la naissance j'ai eu comme un effet boule de neige* ».

c. Les informations données : des besoins très variés

Concernant les informations reçues au cours de la grossesse les idées sont relativement partagées. Certaines diront qu'elles n'avaient pas forcément besoins d'information sur les risques, Mme F par exemple dira « *on m'avait dit que maintenant c'était une grossesse normale, pas différente des autres donc que je n'avais pas de risques en plus* ». Mme G rejoint cette idée en disant « *Nous dès le début on nous a fait comprendre que c'était une grossesse comme une autre et qu'elle n'était pas forcément plus à risque qu'une autre. C'est vrai qu'au début j'avais peur et j'arrêtais pas de dire que ce bébé était fragile, en fait je pense que c'était plus moi qui était fragile, le bébé lui allait très bien* ».

Au contraire, « *Ils m'avaient exposé tous les risques liés à mon fibrome, ou mon diabète, ils m'avaient préparé à la césarienne et puis au final j'ai accouché voie basse* » se confie Mme H. Mme A est du même avis en disant « *On nous a dit ce qu'il pouvait nous arriver de pire sans dramatiser, mais je préférais. On se prépare peut-être au pire mais on vit mieux la grossesse et l'accouchement au moins* ».

Les autres patientes, elles, considèrent qu'ils n'ont pas suffisamment insisté sur les risques. En effet, Mme C témoigne : « *on nous prépare à avoir des échecs, a des risques un peu plus importants d'avoir des fausses couches mais on ne nous dit pas tout, on m'avait pas dit que j'avais plus de risques de saignements ou de perdre l'enfant même une fois l'embryon implanté* ». Ou encore Mme E qui se confie en disant « *on m'avait pas du tout expliqué les risques sauf que je ne suis pas du genre à m'inquiéter trop donc j'ai attendu sauf qu'on m'a expliqué que j'ai failli faire une embolie pulmonaire donc pour le coup si on m'avait dit faites attention c'est rare mais ça peut arriver, enfin c'est bien de le savoir je trouve (…) Je trouve qu'on m'a vraiment montré que les bons côtés* ».

Mme D insiste sur le fait qu'en plus de devoir donner des informations sur les risques il faut le faire d'une manière adaptée. *« Des fois ils m'ont raconté des histoires morbides, je ne sais pas si c'est pour nous faire tenir à carreau (…) il y a une manière de dire les choses quoi on peut me dire que je suis plus à risque d'accoucher de manière prématurée mais pas de cette manière-là* » se confit-elle.

d. Le rôle complet de la sage-femme dans ce suivi

A l'unanimité, toutes les patientes sont d'accord pour dire que leur sage-femme a vraiment eu un rôle de pilier. Tous les adjectifs utilisés pour les décrire sont tous positifs. Mme B qualifiera la sage-femme qui l'a suivie pendant sa grossesse de la sorte *« un amour, elle était vraiment adorable, elle était toujours là pour me rassurer* ». Ce côté rassurant de la sage-femme a également été mis en avant par Mme C : *« C'était un soutien, elle rassure, (…) elle a vraiment été là, elle ne nous a pas lâchés, elle a vraiment eu un rôle de confidente » et* Mme D *« Elle m'a beaucoup rassurée quand elle venait pour les monitorings mais elle m'a aussi beaucoup aidée dans la tête hein (…) Je suis une très grande angoissée moi (…) elle me rassurait tout le temps, elle me parlait*

beaucoup, (…) elle m'avait beaucoup conseillée (…) vraiment super quoi (…) donc elle ne m'a pas apporté que le côté médical, elle m'a vraiment apporté un vrai soutien ».
Mme E sera du même avis « *Elle avait à la fois un rôle de soutien mais aussi au niveau médical, il y a le coté très pratique (…) C'est vraiment bien de pouvoir lui parler ».*
Elles seront toutes rejointes par Mme H qui dira avec une voix très apaisée « *Elle a joué un bon rôle franchement. Elle était là, elle était présente pour la santé mais aussi pour le côté psychologique. Elle m'avait beaucoup soutenue, elle était très présente, très gentille. C'était un vrai soutien moral. Elle était douce, elle était rassurante. Tout était bénéfique avec elle* ».

On peut voir que dans chacun des discours le soutien de la sage-femme ne s'arrêtait pas à la santé physique, mais elle englobait bien la santé mentale également. Ce qui était un point très important pour toutes les patientes. Mme G le développera au cours de son entretien « *Elle est exceptionnelle, j'ai eu trop de chance d'être suivie par cette sage-femme, enfin dès le premier rendez-vous on a eu un bon feeling (…) ça a été une aide psychologique, émotionnelle, au même niveau que médicale, parce que concrètement, pendant le confinement il n'y avait aucun examen médical, c'est à dire qu'elle m'appelait pour me demander si j'avais des saignements, si j'avais fait vérifier ma toxo enfin les prises de sang, qu'elle recevait, puis après c'était juste discuter quoi, genre comment vous vous sentez, à la base j'ai un tempérament un peu angoissé, un peu anxieux et c'est vrai qu'elle l'a tout de suite perçu (…) dès que je comprenais pas quelque chose pour les échos par exemple j'appelais ma sage-femme pour qu'elle me rassure quoi, donc oui c'était une grande aide psychologique oui, c'était une vraie référence (...) Et après j'ai vu la sage-femme libérale à Vichy et là c'est pareil, ça a été un soutien énorme pour le post-partum* » elle ajoutera même « *heureusement que la sage-femme était là pour nous accompagner je pense qu'elle m'a apaisée sur pas mal de choses, il y a moins de barrière avec la sage-femme, pas de sujet tabou, on osait lui parler de tout* **».**
Cette relation particulière mentionnée par Mme G est aussi partagée par son conjoint « *je ne la connaissais pas mais c'était une relation presque au-delà de professionnel-patient, c'était une vraie personne ressource* ».

C'est d'ailleurs la disponibilité de la sage-femme mentionnée par toutes qui a surement contribué à la construction de cette relation. Que ce soit pour Mme C « *elle était plus disponible, elle nous envoyait des sms pour savoir comment on allait, on l'appelle, elle*

répond vite », pour Mme E « *Elle était vraiment disponible, elle sortait peut être un peu du cadre vraiment professionnel (…) c'est vrai que c'était rassurant de savoir qu'on pouvait l'appeler à tout moment si jamais on avait un souci, une question à poser* » ou encore Mme D « *j'étais vraiment contente de l'avoir elle était hyper disponible elle m'avait dit « si vous avez quoi que ce soit vous m'appelez ou vous m'envoyez un texto » (…) enfin elle était vraiment présente* ». Mme G ajoutera même « *elle était très impliquée, on était presque en symbiose, on ne pouvait pas mieux tomber (…) elle était hyper disponible, lorsque j'avais un problème j'appelais les secrétaires et elle me rappelait dans la journée ou le lendemain* ».

e. Les bénéfices ou non des séances de PNP

La PMA peut avoir comme effet sur les mamans de se concentrer sur cette grossesse qu'elles ont tant désirée, pour certaines, depuis des années. Les séances de PNP permettent, déjà, pour les futures mamans « lambda » de se projeter, ceci peut donc être un bon moyen pour ces mamans qui ont souvent plus de questions ou alors qui se sont tellement concentrées sur leur grossesse qu'elles ne pensent pas automatiquement à la suite, de se projeter à après la naissance de leur bébé. Mme F est de cet avis « *Très bien pour anticiper l'arrivée du petit parce que c'est vrai que j'étais tellement concentrée sur la grossesse que l'après on n'y pense pas trop* ».

Pour certaines ça aura également été un plus pour améliorer le vécu de leur grossesse et pour se détendre. Mme B racontera « *Oui ça m'a aidé à mieux vivre ma grossesse (…) surtout l'haptonomie qui était très appréciable* », rejointe par Mme G « *Oui c'était indispensable, on avait fait de la relaxation, de l'acupuncture, c'était une ressource même pour des petites questions (…) j'ai mieux vécu ma grossesse en parti grâce à ça* ».

Pour Mme H, les séances de préparation à la naissance ont également contribué à une amélioration du vécu de la grossesse dans le sens où ça lui permettait de voir un peu de monde pendant ce confinement « *Je retrouvais des mamans, on était en petit groupe, ça nous a fait du bien, on a même gardé contact* ». L'implication de la sage-femme qui anime ces séances permet également aux patientes de se sentir mieux et d'y trouver un bénéfice, comme pour Mme A « *La sage-femme faisait un petit aparté pour moi, elle se renseignait d'un cours à l'autre en fonction de nos besoins* ».

Cependant, Mme B dira tout de même que selon elle « *C'était très instructif mais elle nous parlait trop des bons côtés et pas suffisamment des risques envisageables puis typiquement j'aurais bien voulu qu'on me parle du baby blues* ». Mme C complète ce discours en disant « *Mes cours à moi était très centrés sur l'accouchement donc je trouve que le jour J on oublie un peu avec tout ce qu'il se passe* ».

Mme D n'a pas vraiment eu de séances de préparation à la naissance et à la parentalité, elle considère que la sage-femme qui passait à domicile faisait office de PNP car elles discutaient beaucoup « *je parlais beaucoup avec la sage-femme pendant les monitorings, on parlait de l'allaitement tout ça donc non on n'en a pas fait, et une fois elle m'a fait une séance de sophrologie, une ou deux fois je ne sais plus (…) ces visites étaient vraiment bénéfiques* ».

3. Le rôle incontournable de l'entourage

Il n'est pas toujours évident de trouver les mots pour soutenir une patiente qui endure des moments difficiles dans sa vie. Lors d'un parcours de PMA la personne au premier rang c'est souvent le 2ème parent. Celui-ci a d'ailleurs un rôle primordial dans le vécu de la grossesse. Mme A dira *« mon conjoint n'est pas de nature stressée, il m'aide à relativiser* ». Cet avis est par ailleurs partagé par Mme E « *il est assez serein ça m'aide beaucoup, il m'accompagnait dès qu'il pouvait* » et Mme H affirmera également « *il relativisait beaucoup pendant la grossesse, du coup je relativisais aussi* ». Mme G ajoutera d'ailleurs « *il n'était pas stressé du tout, ce qui m'aidait je pense à ne pas stresser non plus* ».

Mais l'inverse semble être aussi le cas. Lorsque la femme vit bien sa grossesse l'homme aussi car comme le dit le conjoint de Mme G « *moi j'ai un très bon vécu, j'ai vécu ça très bien du fait que ma femme le vive très bien, on attendait ça depuis longtemps* ». Il semble donc y avoir un « effet miroir » entre la réaction du conjoint et celle de la femme enceinte.

En ce qui concerne la famille et les amis, leur rôle semble être moins bien défini. Pour Mme F et Mme E, leur entourage aura été un vrai soutien psychologique ainsi que pour Mme C qui dira « *ça a été un vrai soutien pour nous* ».

Pour d'autres ça dépendait un peu du moment de la grossesse, Mme A dit « *Au départ on nous disait, « mais si ça va aller », puis au fur et à mesure de la grossesse ils étaient plus inquiets mais après ils étaient très contents pour nous* ».

Mme D se confiera sur la différence entre un soutien venant de l'entourage et un soutien professionnel en disant « *les amis quand ils ne connaissent pas ça, bah ils ne comprennent pas quoi (…) on a vraiment besoin d'un professionnel qui soit là pour nous rassurer voir juste nous écouter quoi* ».

D'autres mentionneront plutôt la difficulté de devoir en parler avec leur entourage. Pour Mme G c'est plus la peur de devoir annoncer une grossesse qui finalement n'aboutira pas « *on a attendu pendant tellement longtemps, on a attendu un peu plus de quatre mois avant de dire que j'étais enceinte* ». Mme H a également eu du mal à communiquer avec son entourage « *Moi la FIV c'est quelque chose que j'ai bien vécue mais je ne pouvais pas le dire à mon entourage, enfin c'était mon choix (…) je voulais protéger mon enfant du mauvais œil (…) il aurait pu être considéré différemment des autres car il n'a pas été conçu comme tous les autres enfants et je voulais éviter ce traumatisme à mon bébé quoi* ».

4. L'impact du confinement dû à la situation sanitaire

a. Les aspects négatifs

L'épidémie du covid 19 a eu un gros impact sur le système de santé. Forçant certains services à fermer leur porte pour éviter une transmission massive du virus et des rassemblements trop importants. Dans les hôpitaux des restrictions sont apparues, comme l'impossibilité aux papas de participer à certains rendez-vous ou encore les cours de préparation à la naissance qui ne pouvaient plus se faire en présentiel. Pour Mme D c'était « *un peu compliqué, il n'a pas pu venir aux échos en effet mais surtout j'ai été hospitalisée et il ne pouvait pas venir (…) ce n'était pas l'idéal* ». Le conjoint de Mme G dira également « *pendant le confinement c'est vrai que je me suis senti un peu plus mis de côté mais comme tout le monde quoi* » et sa femme rajoutera *« c'est vrai que pendant deux mois je n'ai vu personne quoi, j'avais que des rendez-vous téléphoniques* ».

Mme C verbalisera le fait que son conjoint était moins impliqué dans la grossesse de la part des professionnel *« mon conjoint était beaucoup mis de côté, il ne pouvait pas venir aux rendez-vous avec la sage-femme* », rejointe par Mme F « mon conjoint n'a pas pu assister aux cours de préparation à la naissance. »
Mme E ajoutera « *Le covid a majoré mon stress pendant cette grossesse (…) avec le confinement on a eu beaucoup de visio donc moins bien mais heureusement on avait une sage-femme au top donc ça s'est bien passé* ».

Certaines femmes ont trouvé un bénéfice dans le fait de ne pas recevoir de visite car elles se sont senties reposées en sortant de la maternité mais pour d'autres ne pas montrer leur enfant qu'elles avaient tant désiré et mis longtemps à engendrer c'était un véritable coup de massue qui s'abattait sur leur tête. Par exemple Mme H se confiera en disant « *Je me suis sentie seule (…) la première semaine suivant mon accouchement, à cause du confinement je ne pouvais pas voir ma famille, mes copines, mes amies, ma belle-famille, je ne pouvais voir personne alors que j'étais jeune maman et que j'avais besoin d'échanger, de voir du monde, j'avais rêvé tout le temps de la visite à la maternité (…) ce confinement m'aura empêché de vivre la naissance de mon enfant comme je me l'étais imaginée pendant toutes ces années* ».
Mme F explique également que le covid aura eu un impact sur le lien créé entre son enfant et elle : « *Le covid y est pour beaucoup parce que j'ai encore plus ce besoin de le protéger, on est un peu resté dans notre bulle, à essayer de voir le moins de monde possible (…) pour le protéger à tout prix* »

b. <u>Les aspects positifs</u>

Cependant, cette épidémie aura tout de même eu certains effets positifs. Les patientes en PMA peuvent parfois avoir du mal à se laisser aller pendant leur grossesse car elles ont souvent des événements antérieurs qui les travaillent encore, comme la peur de perdre la grossesse par exemple. Mme B nous dira que justement ce confinement a été, pour certaines choses, plutôt bénéfique pour elle « *le confinement est tombé et mon ventre est sorti d'un coup, ouais je pense que j'ai vraiment réalisé à ce moment-là que j'étais peut-être vraiment enceinte (…) je pense que j'ai pris plus le temps de me regarder et de penser à moi* ». Même si elles ne sont pas beaucoup à avoir fait cette remarque, cela montre bien

que pour les personnes très actives en règle générale, mettre « un coup sur la pédale de frein » de temps en temps ne peut être que bénéfique.

5. Le couple et la grossesse

a. Mis entre parenthèse

La PMA est un parcours intense et des fois mal vécu par les couples. Une fois la grossesse installée on aurait tendance à croire que ça y est tout est terminé, mais des séquelles peuvent perdurer au sein du couple et leur intimité.
Comme le dit Mme H « *Avant d'être enceinte mon mari me soutenait mais au fur et à mesure des échecs il désespérait au fond (…) ça nous a éloignés un peu jusqu'à l'annonce de ma grossesse* ».

Pour Mme C cela a duré pendant toute la grossesse : « *Je trouve que je l'ai parfois mis de côté, au fur et à mesure je sentais qu'il me soutenait un peu moins et moi j'avais besoin de protéger mon bébé, de préserver cette grossesse au détriment de mon couple (…) j'ai privilégié mon côté maman avant mon côté femme* ». Mme F sera un peu du même avis : « *Le parcours de PMA met notre intimité à rude épreuve et en fonction de nos antécédents je pense que la grossesse n'est pas forcément une libération (…) Je pense qu'on se concentre un peu plus sur notre côté maman plutôt que femme. On a envie de protéger cet enfant qu'on a eu du mal à concevoir* ».

Mme B mentionnera le fait que la relation de couple pendant le parcours est primordiale mais peut être très compliquée « *Il y a une certaine frustration, plus vraiment de désir de l'autre, juste le désir d'avoir un enfant* ». Mme D rejoindra ce discours mais en ajoutant que pour elle « *la véritable intimité est retrouvée qu'une fois que les enfants sont là* ».

b. Fin de la parenthèse

Pour la majorité, le couple a repris une relation « normale » à partir du moment où la grossesse s'est installée mais comme l'a dit plus haut Mme F cela doit dépendre des antécédents.

Pour Mme A par exemple « *le plus embêtant c'était au cours du traitement, avant la grossesse. La grossesse a même été une forme de libération* ». Mme B aura le même avis et ajoutera même « *on en est ressorti très fort, soudé encore plus rapproché* ».

Cette annonce de la grossesse semble donc être un point central dans la vie du couple. Mme H le confirme en disant « *A l'annonce de la grossesse notre couple est redevenu positif, l'arrivée du bébé a changé beaucoup de chose au sein de notre couple* », elle est rejointe par Mme D qui en rigolant dit « *Une fois que je suis tombée enceinte on a lâché l'affaire* ».
Mme G est du même avis et mentionne bien le fait que la fin du parcours de PMA signe un tournant dans leur vie « *Quand on quitte la PMA on quitte tout quoi donc oui on retrouve une certaine intimité naturelle* ».
Sans s'arrêter à l'intimité du couple, Mme C qui avaient du mal à intégrer son mari dans la grossesse mentionnera bien le fait que « *dès que je suis tombée enceinte ça allait mieux, je l'ai un peu plus fait rentrer dans la grossesse* ».

6. L'impact du parcours sur la grossesse

a. Une transition ambiguë, angoissante ou libératrice

Au cours des différents entretiens, elles se sont toutes confiées sur la difficulté du parcours mais surtout la conséquence que ça peut avoir sur le vécu de leur grossesse.
Beaucoup parlent du stress du début de la grossesse qui est majoré lorsque les patientes ont eu recours à la PMA : « *Je pense qu'on est plus angoissée, parce que moi perso j'étais un peu du style à me dire j'ai tellement rêvé de ça et attendu ça toute ma vie que ça y est ça se passe, ça y est qu'est-ce qu'il va se passer, ça y est, il va se passer un truc horrible (…) c'est jusqu'à la première échographie là et là où on a fait le test pour la trisomie que j'ai angoissé, je me suis dit s'il faut il y a un problème (…) c'est quand j'ai eu le résultat qui était bon que j'ai commencé à souffler* » a mentionné Mme D. Elle est rejointe par Mme F « *on était très sur la retenue les trois premiers mois, on ne se réjouissait pas forcémen*t » et Mme A « *Au début c'était stressant mais après non pour moi c'était une grossesse normale* ».

D'autres mentionnent que ce stress était majoré par le fait qu'avant la grossesse, pendant le parcours de PMA, elles étaient très encadrées, souvent par les mêmes personnes qui finissaient par très bien les connaître. Par exemple Mme F a expliqué que « *La transition entre le parcours de PMA où on est vachement suivi, où on a des rendez-vous hyper réguliers à une grossesse considérée comme normale avec beaucoup moins de rendez-vous, de suivi, ça fait bizarre* », comme pour Mme E « *J'étais très stressée au début, j'étais étonnée de la différence de suivi, un peu plus angoissée (…) j'ai eu l'impression qu'on me jetait dans le grand bain sans filet et que j'avais plus personne à qui parler* ».

La différence de suivi entre le parcours de PMA et la grossesse semble être une raison pour laquelle les patientes apprécieraient de discuter avec des personnes qui sont passées par le même parcours. Mme B affirmera « *ça serait bien pour discuter de la grossesse (…) On passe d'un environnement où on est suivi par les mêmes personnes très régulièrement à un moment où on nous lâche parce qu'on est enceinte (…) On se sent vite seule face au monde, on passe de trop de rendez-vous à plus suffisamment (…) J'aurais préféré que la transition se fasse plus en douceur ».* Mme E complétera *« On passe d'un parcours très très suivi à moins suivi donc ça peut faire du bien d'avoir des personnes qui ont vécu la même chose à qui nous rattacher, juste échanger ça nous éviterait d'aller sur internet, sur les forums FIV et c'est juste atroce. Ça peut aider à dédramatiser certaines choses* ».

b. <u>Le suivi</u>

Un suivi classique lors d'une grossesse uni-embryonnaire se compose de trois échographies, et d'un rendez-vous mensuel avec une sage-femme ou un gynécologue. Ces rendez-vous ou échographies peuvent-être multipliés si c'est une grossesse pathologique ou multiple.
Les patientes interrogées ont toutes affirmé à un moment le souhait d'avoir plus de rendez-vous. Certaines, tout au long de la grossesse d'autres juste au début, avant d'avoir été rassurées et bien accompagnées par les différents professionnels qui les ont encadrées.

Mme A qui a eu une grossesse gémellaire se confie « *On est rarement sans rendez-vous, on a envie de ça aussi pendant la grossesse (…) c'est cool, c'est rassurant* », rejointe par Mme D qui elle aussi a fait l'objet d'une grossesse gémellaire « *On a un suivi rapproché*

qui est plutôt rassurant et heureusement que j'avais plus de rendez-vous d'ailleurs ». Cette idée d'avoir plus de rendez-vous est présente dans le témoignage de Mme B « J'aurais *voulu plus de rendez-vous pour savoir comment mon bébé évoluait, pour me rassurer (…) je voulais savoir comment il allait assez régulièrement* ».

Ce qui les a le plus perturbées, c'est ce changement de suivi, passer du parcours de PMA à un parcours lambda de femme enceinte. Mme C témoigne *« C'est vrai que je suis passée d'une écho toutes les semaines à après un suivi normal (…) donc ça je ne l'ai pas très bien vécu pour le coup(…) A partir du moment où on m'a considérée comme une grossesse normale j'ai trouvé qu'on était un peu moins à l'écoute de mes besoins, mais j'avais peut-être plus d'attentes que les autres aussi (…) Pendant notre parcours de PMA on est dans notre cocon, on est vachement suivi, vachement aidé et du jour au lendemain on nous dit qu'on va être suivi comme tout le monde sauf que notre parcours derrière il nous marque* », Mme E est du même avis « *J'étais vraiment encadrée, très entourée a plus rien d'un seul coup (…) j'aurais bien aimé avoir d'autres rendez-vous, si j'avais pu faire une écho tous les 15 jours je les aurais faites, au moins écouter le cœur. C'est vrai que des fois entre les rendez-vous ça me semblait hyper long (…) Mais au final même sans parler de faire des examens médicaux en plus mais juste histoire d'éclaircir certaines choses et nous déstresser* ». Mme F rejoint également Mme C et E en disant « *On est plus inquiète, on aurait besoin de plus de suivi, plus d'échographies (…) On a un suivi classique alors qu'on voudrait un suivi plus important en fait, surtout au début. Entendre le cœur du bébé plus souvent je n'aurais pas dit non* ».

Cette idée d'un suivi différent pour les patientes issues d'un parcours de PMA n'est néanmoins pas partagée par Mme G « *Au début j'en aurais voulu plus mais très rapidement on m'a rassurée et on m'a fait comprendre que je n'avais pas besoin d'un suivi particulier, dès la première échographie. Puis bon après on est suivi comme les autres c'est plutôt rassurant, on oublie un peu quoi même si on n'oublie jamais vraiment mais c'est vrai que j'aimais être considérée comme une grossesse normale, je ne sais même pas si c'est mentionné dans notre dossier médical et même si ça l'était ça changerait quoi ? Enfin on est des patientes comme les autres au final. J'avais un suivi cool et c'est vrai qu'elles savaient me rassurer donc pour moi non ça suffisait ».* Cette idée d'être considérée comme une femme enceinte lambda semble être également partagée par Mme H « *J'ai été très bien suivie, je n'avais pas forcément besoin de plus*

(…) c'est vrai qu'à l'annonce de la grossesse on est un peu lâchée dans la nature mais comme une femme normale quoi, après j'avais quand même des échos en plus pour contrôler le poids de bébé mais sinon non ça a été (…) ça ne m'a pas dérangée d'avoir moins de rendez-vous qu'avant. J'étais même contente d'être considérée comme celles qui sont tombées enceinte naturellement ».

Comme dit précédemment, les avis divergent sur le suivi, différent ou non, d'une grossesse lambda. Cependant pour Mme G là où il aurait fallu insister un peu plus c'est en Post-partum : « *J'aurais voulu être plus préparée à l'après (…) Je trouve que c'est stoppé vite enfin je veux dire on fait sept cours de prépa à l'accouchement et ensuite vous voyez la sage-femme deux fois et c'est fini, basta, salut, enfin il faudrait presque autant de séances après l'accouchement voir plus* ».

c. Le plaisir d'être enceinte qui dépasse les contraintes

Ce stress présent pendant le début de la grossesse ne leur a pas empêché de vivre leur grossesse pleinement et même selon certaines de manière plus intense que les femmes qui parviennent à tomber enceinte naturellement. Selon Mme A : « *Je prenais mon temps pour tout faire, j'ai profité en fait et puis c'était vraiment mon objectif de profiter et je pense que comme j'avais mis un peu de temps à les avoir c'était ce que je voulais, profiter de tous les moments (…) au final je vois une petite différence avec mon entourage, enfin je pense que j'étais plus prête à plein de choses en fait qui ne se sont pas forcément produites mais parce que j'avais mûri le fait de devenir maman* ». Mme B mentionne « *J'ai vécu au jour le jour, j'ai profité au maximum, on relativisait énormément* ».

Ce parcours difficile est en effet verbalisé par Mme C « *On galère tellement à avoir notre enfant qu'on est presque contente quand on a mal pendant la grossesse (…) on se plaint moins que d'autres aussi parce qu'on trouve mal venu de se plaindre de certains maux de la grossesse qui ne sont pas inquiétants alors qu'il y en a qui aimerait vivre ça* ». Du même avis, Mme F s'explique « *Lorsqu'on est passé par un parcours compliqué et qu'on est enfin enceinte, même si on a mal, qu'on est fatiguée, c'est vrai qu'on s'écoute moins, on a moins tendance à se plaindre des différents symptômes négatifs de la grossesse* ».

« *J'ai eu une grossesse magique, aucun symptôme difficile, je l'attendais tellement, je me suis révélée, je l'ai vécue en me disant que ça serait sans doute l'unique grossesse que j'aurais (...)Puis même si j'avais eu des symptômes à la limite ça me confirmait que j'étais enceinte, puis à la fin je dormais quand même très mal, je me réveillais souvent enfin vous voyez c'est des trucs que me rappelle mon conjoint parce que moi j'ai oublié les mauvais côtés* (…) *Je l'ai vécue intensément, j'ai toujours rêvé d'être enceinte avant d'être maman »* mentionne Mme G.
Comme cette dernière, Mme D mentionnera le fait qu'elle a eu une grossesse magique et qu'elle a adoré être enceinte. Pour elle *« Les petites choses du quotidien sont bien mieux appréhendées (...) certes ça peut être difficile physiquement mais on est contente d'être comme ça (...) C'est vrai que certaines n'aiment pas être enceinte alors que nous, on rêverait limite de vomir tous les jours, enfin on prend tout bien quoi ».*

Mme H, qui a pourtant eu une grossesse plus compliquée que les autres patientes interrogées, sera du même avis que celles-ci en disant que le fait d'avoir eu recours à la PMA lui a permis de relativiser sur beaucoup de points : « *Ce qui était peut-être différent d'autres qui auraient aussi vécu une grossesse aussi compliquée que la mienne, c'est que je me disais que c'était le prix à payer pour avoir ce que je désirais tant, ça valait le coup de supporter, je pensais qu'au positif, il n'y avait que le futur devant nous et la PMA c'était du passé* ».

7. L'impact du parcours sur l' « après naissance »

a. La relation avec son enfant

Les idées qui reviennent dans la majorité des entretiens c'est le fait qu'elles aient plus de patience, qu'elles relativisent beaucoup et qu'elles soient plus protectrices. Pour Mme A « *Je ne suis pas de nature stressée, enfin beaucoup moins depuis que j'ai accouché au final, parce que je relativise tout, je me dis que tout va aller, et que même si quelque chose ne va pas on va forcément trouver une solution (...) le parcours par lequel on est passé fait que tout nous semble dérisoire, je relativise tout* ». Cette notion que le parcours de PMA peut influencer leur relation avec leur enfant après la naissance fait également parti du discours de Mme D *« J'ai l'impression d'être plus protectrice et puis vous voyez par exemple une nuit ma fille m'a rendu complétement hystérique et là je me suis dit*

rappelle-toi par où tu es passée pour l'avoir, rappelle-toi combien tu l'as voulue (…) donc je pense que ça y joue oui, on a plus de patience (…) je pense que ça revient un peu au même que pour les maux de la grossesse (…) à partir du moment où on les a et en bonne santé tout nous semble dérisoire ».

Deux autres mamans se disent encore plus protectrices, Mme C témoigne que « *Le parcours ne génère pas plus de questions du type pourquoi il fait ci, pourquoi il fait ça, pourquoi il est malade ou des choses comme ça mais plus dans le sens protection, je protège mes enfants peut être un peu plus, je suis peut-être trop fusionnel avec mes enfants (…) après un parcours aussi prenant on a besoin de protéger nos bébés, c'est notre miracle, c'est un cadeau* » ainsi que Mme F « *Je suis quand même ultra protectrice et je pense que c'est quand même lié à la PMA parce qu'enfin s'il était né sans ce parcours, je pense qu'on serait protecteur quand même mais du coup comme on a eu plus de difficultés à l'avoir on va dire, qu'il est encore plus précieux, donc on y fait encore plus attention* ».

Pour Mme E quant à elle « *Le parcours ne m'a pas du tout influencée, pour moi c'est un bébé comme les autres, on vit au jour le jour* ».

Mme G emploiera des mots forts pour décrire la rencontre avec son enfant « *C'est un bouleversement énorme, c'est magique, c'est sentir qu'on existe vraiment pour quelqu'un* ». Tandis que Mme B dira « *A la naissance même on était dans notre petite bulle, c'était que du bonheur (…) on avait plus peur* ».
Ces deux dernières précisent bien le fait que c'était merveilleux « à la naissance », la suite fut un peu plus compliquée pour l'une comme pour l'autre.

b. <u>L'ambivalence des sentiments</u>

Il est vrai que les couples qui ont recours à la PMA c'est pour au final réussir à concevoir un enfant. Cependant, avant d'avoir cet enfant il faut parvenir à tomber enceinte et c'est souvent ce but-là qui est recherché chez les patientes. Au fur et à mesure, la condition de femme enceinte devient le but premier de ces femmes, tellement que certaines, parmi celles qui parviennent à l'être, peuvent avoir du mal à accepter la fin de leur grossesse. Comme Mme G par exemple « *J'ai dû faire le deuil de ma condition de femme enceinte*

après l'accouchement (…) J'ai accouché à 40 SA+5 et depuis le début je disais j'irai au bout et encore moi je disais si je dois faire trois mois de plus je les fais les trois mois de plus (…) C'est vrai que là autant les angoisses que je n'avais pas du tout pendant la grossesse sont bien ressorties quand mon bébé est né (…) Lâcher cette pression d'année d'essais m'a peut être conduite à cette dépression (…) J'ai très vite retrouvé mon corps d'avant, c'est comme si cet état de plénitude que j'ai eu pendant neuf mois, disparaissait en trois jours ».

Devenir parents est souvent stressant pour les couples, mais souvent, ceux qui ont eu recours à la PMA pour fonder leur famille ont mûri cette idée. Cependant le fait d'avoir réfléchi à cet enfant, parfois pendant plusieurs années, fait que les parents ont souvent des attentes envers ce dernier ou plutôt se sont imaginé différents scénarios de cette rencontre avec cet enfant tant désiré. Mais ce bébé enfin présent dans leur vie est généralement bien différent de celui imaginé. Mme G se confiera en disant « *En fait tout retombe et finalement le bébé que j'avais tant imaginé bah finalement mon bébé il pleure beaucoup, la montée de lait ne se fait pas, les doutes s'installent (…) Enfin je me disais c'est pas possible, enfin je l'ai attendu pendant presque cinq ans et là je l'ai dans mes bras je fais des crises d'angoisses, il m'impressionne presque, je ne sais pas gérer ses pleurs, c'est pas normal je ne suis pas une maman* ».

Une certaine pression et une culpabilité semble peser sur les épaules de ces femmes qui ont tant désiré leur enfant. Ces sentiments sont d'ordinaire propices à l'apparition d'une dépression. Comme le dit Mme G « *Je me disais tu n'as pas le droit de penser ça, pense à toutes celles qui sont passées en PMA et qui n'ont pas eu la chance d'obtenir cette grossesse (…) C'est vrai que le parcours de PMA on se dit j'ai pas le droit d'être mal parce que quand on réussit à avoir un bébé on doit être heureuse, ça doit être le bonheur, bah ouais c'est le bonheur mais pas que* ».

Mme B est du même avis « *ça a été très difficile pour moi après la naissance de mon bébé car j'ai fait un baby blues de deux semaines, je ne comprenais pas d'avoir pleuré aussi longtemps pour avoir un enfant et une fois qu'il était là bah j'étais paniquée et je pleurais alors que je devais être heureuse (…) j'avais dit à mon conjoint que si ça durait plus de trois semaines il fallait que j'aille voir quelqu'un (…) ça a été deux semaines où je me suis demandée pourquoi je me suis battue pendant trois ans si ce n'était pas pour être heureuse après* ».

8. La discussion libératrice via des groupes ou les réseaux sociaux

Cette difficulté rencontrée par certaines et non verbalisée de la sorte par d'autres peut avoir un réel impact lors de l'installation du lien mère-enfant. Sur les huit patientes interrogées, six verbaliseront l'importance de discuter de ce parcours avec des personnes qui peuvent les comprendre, des personnes qui souvent sont passées par la même chose. Une seule dira qu'elle n'en a pas ressenti le besoin : « *Non la prochaine étape après être tombée enceinte c'était l'accouchement et je ne suis pas sûre que le parcours influe vraiment sur ça, je voulais laisser ce parcours derrière moi d'un côté* » se confiera Mme A.

Cependant beaucoup disent avoir trouvé refuge via les réseaux sociaux. Mme C mentionne le fait d'avoir trouvé un soutien à travers ces réseaux : « *Sur les réseaux j'ai trouvé ce réconfort, difficile de parler de tout avec sa famille, entre nous on se comprend, on ne se juge pas ».* Mme D est d'accord avec elle *« Je n'en parlais pas beaucoup et les réseaux sociaux ça permet de s'ouvrir, ça permet de pouvoir en parler parce que notre stress s'estompe mais ne disparaît jamais vraiment et pouvoir en parler avec des personnes qui ont vécu la même chose que nous ne peut être que bénéfique à mon avis* », tout comme Mme F « *C'est un peu ce que j'ai fait à travers des groupes facebook de PMA et ça m'a aidée, ça me permettait de répondre un peu à mes questions et aujourd'hui j'y suis encore d'ailleurs pour donner des conseils. Ça fait du bien de se sentir entourée par des personnes qui ont fait un parcours similaire au notre, on se sent moins seul.* »

Au fur et à mesure des entretiens, plusieurs femmes mentionnent le fait que la PMA soit encore un sujet tabou et parfois difficile à aborder. C'est ce que dira Mme F « *C'est encore un sujet tabou, pas suffisamment informé, sujet pas très facile à aborder, assez intime, on a parfois honte de passer par un parcours de PMA (…) Donc c'est vrai que de pouvoir en parler ça serait un moyen de mieux vivre sa grossesse enfin de déstresser un peu surtout au début. »,* rejointe par Mme H *« Oui en effet, pouvoir échanger, avoir un contact avec des femmes qui ont eu la même chose que moi, parce qu'en plus moi la FIV je l'ai bien vécue mais c'était quelque chose que je ne pouvais pas dire à mon entourage enfin que je ne voulais pas dire(…) je voulais préserver mon bébé. Il aurait pu être considéré différemment des autres et je voulais éviter ce traumatisme à mon bébé quoi ».*

Mme E qui elle semblait pouvoir en parler facilement avec son entourage mentionnera tout de même *« J'avais déjà une ou deux copines qui ont fait un parcours de PMA donc je savais à quoi m'attendre mais c'est vrai que si j'avais pas eu ces copines j'aurais apprécié parler de mon parcours avec d'autres pendant la grossesse pour me rassurer, pour échanger nos impressions, se rassurer ».*

En réponse à tous ces témoignages, certaines ont eu l'idée de créer des « groupes de paroles » à organiser avec des personnes issues du même parcours mais également des professionnels de santé qui pourraient être présents pour rassurer les patientes et démystifier certaines choses. C'est l'idée qu'a eu, notamment, Mme C *« Des petites réunions avec les gynécologues, les sages-femmes, un psychologue ça serait peut-être libérateur et nous permettrait d'enlever ce côté tabou ».*

Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Les Forces

Le choix de l'étude qualitative était approprié pour ce type de recherche. Les entretiens semi-directifs ont été faits afin de recueillir des opinions à la fois diverses et semblables à propos du vécu de la grossesse chez les patientes ayant eu recours à la PMA. En effet, la littérature en règle générale étant relativement centrée sur la dimension quantitative de la PMA, cette nouvelle approche apporte une dimension ouverte sur l'aspect psychologique.

Cette technique aura permis aux femmes interrogées de s'exprimer librement et à leur manière à propos de leur expérience. La grille d'entretien a été construite afin de guider les participantes à travers les thèmes retrouvés dans la littérature. Cependant, au-delà des thèmes précocement établis, de nouveaux ont été abordés et a été ajoutée une plus-value à l'étude en explorant de nouveaux aspects du sujet. Les divers points de vue recueillis ont été un réel avantage pour répondre à nos objectifs.

Cette étude présente également la force de regrouper des opinions à la fois similaires et différentes de femmes n'ayant pas eu nécessairement les mêmes parcours ce qui a permis de recueillir des propos riches de ces diverses expériences.

Les femmes étaient interrogées au plus tard dans les six mois suivant la naissance de leur(s) enfant(s) dans le but que l'euphorie de l'accouchement n'ait pas d'impact sur ce ressenti. De plus, ce recul nous aura également permis d'ouvrir le sujet sur la période de post-partum qui fût pour certaines une épreuve difficile et pleine de rebondissement.

Pour finir, la saturation des données a été atteinte ce qui signifie qu'à l'échelle de la population interrogée, la réalisation d'entretiens supplémentaires n'aurait pas apporté de nouveaux éléments à l'étude en cours.

2. Les faiblesses

La phase de recrutement a été un frein à l'étude car elle s'est étendue sur une période de temps courte avec un faible taux de réponses. En effet sur les 15 patientes répondant aux

critères d'inclusion, seulement huit ont accepté de participer à l'étude. Cependant ce nombre restait suffisant pour répondre aux objectifs.

La réalisation d'entretiens semi-directifs a été parfois difficile à mettre en place devant un manque d'expérience dans ce domaine. De plus la situation sanitaire limitant nos interactions physiques, la communication à distance a parfois été compliqué suite à, par exemple, des coupures de réseaux. La grille d'entretien a également souffert dans sa construction. En effet, des questions plus ouvertes aurait été préférables afin de faciliter l'expression de certaines participantes et d'obtenir des réponses plus approfondies sur certains sujets.

Par ailleurs, il ne peut être exclu un biais de volontariat à cette étude. Les participantes ayant été pour moitié sollicitées via les réseaux sociaux et l'autre moitié grâce à l'aide du service d'AMP d'une maternité de type trois de la région Auvergne Rhône Alpes.

Enfin, il faut également prendre en compte le fait que les opinions des personnes volontaires puissent être différentes des personnes qui ne participent pas et que les résultats ne puissent pas, par conséquent, être généralisés. Mais le but de l'étude étant de mettre en avant des raisonnements, des explications et d'analyser en profondeur le thème retenu.

II. Analyse des résultats

1. Un parcours intrusif

Le parcours de PMA se compose dans un premier temps d'une consultation assez exhaustive afin de comprendre l'origine de l'infertilité du couple mais également leurs motivations. Il se compose d'un examen gynécologique pour la femme et de multiples examens complémentaires pour le couple (4,7). Cette première consultation est plus ou moins bien vécue par les couples.

Pourtant le premier contact avec les professionnels induit souvent notre manière de communiquer par la suite. La littérature montre que ce rendez-vous est, en effet, très intrusif et médicalisé (4,5,7) mais nécessaire pour l'orientation thérapeutique des patients.

Lors des entretiens, les patientes témoignent de l'importance de ce vécu pour la suite de la grossesse, si grossesse il y a. Les mauvaises expériences passées, conditionnent le vécu de la grossesse. Un geste douloureux, une réflexion mal placée, un manque d'écoute sont souvent à l'origine de stress inutilement présent pendant la grossesse. Il sera donc important pour ces patientes de se sentir comprises, écoutées et bien entourées par les professionnels.

Les trois qualités recherchées chez le professionnel par les patientes sont : l'empathie, la douceur autant dans les gestes que dans les mots, et être compréhensif.

Que ce soit pendant le parcours ou la grossesse, les patientes s'attendent à être très entourées. Pendant le parcours de PMA, un suivi rapproché est, en effet, réalisé (7) mais une fois enceinte les rendez-vous s'estompent et les patientes changent, pour la majorité, de professionnel. Une grossesse obtenue par PMA ne nécessitant pas systématiquement un suivi différent d'une grossesse physiologique, les rendez-vous sont en effet plus espacés. Cette différence de suivi, génère des avis contraires.
Certaines diront avoir été « lâchée » dans le grand bain sans sécurité alors qu'elles ressentaient le besoin d'être plus accompagnées, d'autres seront plus modérées et seront heureuses d'être considérées comme des femmes étant tombées enceinte naturellement.

2. Les informations reçues sur les potentielles complications

Comme mentionné plus haut, la Fécondation in vitro est un procédé technique et protocolé consistant en la succession de plusieurs étapes (9). Peigné et Epelboin mettent en avant plusieurs complications envisageables à la suite d'une FIV telles que : le syndrome d'hyperstimulation ovarienne pouvant favoriser la survenue d'accidents thromboemboliques, des torsions d'annexes, des complications liées au geste ou encore des grossesses multiples (9).
Les patientes interrogées semblent être au courant dans la majorité des cas de ces complications-là. Cependant, les complications de la grossesse liées au parcours semblent être inconnues par certaines patientes. Elles sont pour la plupart au courant du risque augmenté de FCS, certaines disent même avoir des renseignements assez complets sur les risques liés à la grossesse mais la majorité dit ne pas avoir eu d'informations suffisantes. Les professionnels se contentant de leur dire que leur grossesse n'était pas

plus à risques qu'une autre. Les patientes diront dans l'ensemble qu'on leur a trop montré les bons côtés sans exposer de manière exhaustive les risques.
Il a pourtant été mentionné par Guerif et Al que le parcours de PMA peut favoriser l'apparition de quelques complications telles que : FCS, GEU, métrorragies, la pré-éclampsie ou encore la prématurité et l'hypotrophie (10,12).

De plus, un élément semble être importante à retenir. Lors des cours de préparation à la naissance, la majorité des femmes sont d'accord pour dire qu'il manque une grosse part d'information sur l'impact psychologique. Même si la plupart disent avoir été bien accompagnées, elles regrettent de ne pas avoir été prévenues sur l'éventualité de faire un baby blues ou une dépression du post-partum. Pourtant la littérature montre bien que la grossesse, même naturelle, peut être un déclencheur de symptômes dépressifs (16,17). Cette notion, sera détaillée plus tard.

3. La peur face à l'inconnu du devenir des enfants issus de parcours de PMA

Concernant le devenir des enfants issus d'un parcours de PMA, la littérature est formelle, il n'est pas différent de ceux conçus naturellement (13,14). Il a été démontré que les rares complications observées chez des enfants conçus par PMA étaient la conséquence de certains facteurs tel que la prématurité ou la gémellité (10,12).
Les patientes interrogées ayant toutes accouché à terme et sans complication, les inquiétudes au sujet du devenir de l'enfant ne se sont pas posées, de même pour les patientes ayant eu une grossesse gémellaire.
Cependant, les patientes mentionneront tout de même le fait d'avoir une peur mais qui concernait plutôt le maintien de la grossesse.

4. Le rôle de la sage-femme

La sage-femme faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire assure l'accompagnement des couples à toutes les étapes de la procédure d'AMP (2).

Que ce soit une grossesse obtenue par AMP ou non, la sage-femme assure le suivi de la même manière en prévenant et en essayant de diminuer les facteurs de risques pouvant être à l'origine de pathologies induisant une prématurité et une hypotrophie (12).

De plus, comme abordé précédemment, plusieurs études ont démontré que les patientes ont tendance à être plus exposées à la dépression pendant la grossesse (15,16), ce qui peut potentiellement être majoré lorsqu'elles ont recours à la PMA (17–20). Laissant sous-entendre qu'un soutien psychologique est primordial pour mener à bien cette grossesse.

Les femmes interviewées, formuleront toutes que ce soutien était amplement rempli par la sage-femme. Celle-ci a été décrite à plusieurs reprises comme étant un pilier sans lequel la grossesse n'aurait pas été aussi bien vécue. Elle leur permettra de se déstresser et de faire diminuer leur angoisse, qui était pour la plupart la conséquence de leur parcours.

La littérature montre également, que certaines pratiques tel que l'homéopathie peuvent être employées afin d'aider les couples pendant le parcours de PMA (22). Ces pratiques alternatives pourraient aussi systématiquement être proposé pendant la grossesse afin d'aider les patientes à gérer leur stress par exemple.

Beaucoup des patientes interrogées ont eu la chance de pratiquer des séances d'acupuncture, de relaxation qui ont été bénéfiques pour faire diminuer cette anxiété, souvent encrée au plus profond d'elles-mêmes.

Cependant, celles qui n'ont pas eu cette chance, diront que l'échange, la parole, la communication et la « complicité » avec la sage-femme leur ont suffi pour mieux vivre cette grossesse. De savoir que la sage-femme était présente si elles avaient le moindre problème leur permettait d'être plus sereines. Certaines qualifieront même leur relation de supérieure à une simple relation de soignant à patient. C'était une personne de confiance faisant, dans un sens, presque partie de leur famille.

La PMA est aujourd'hui un gros sujet d'actualité, surtout au niveau légal puisque l'article L-2141-2 du code de santé publique fait l'objet de modifications (2).

Cependant malgré cette visibilité, les patientes interrogées persistent à dire que la PMA est encore un sujet tabou, empêchant parfois les couples d'en parler avec leur entourage. Ceci peut être à l'origine de la majoration du poids que ces femmes et ces hommes portent sur leurs épaules, ajoutant ainsi du stress qu'il sera important de faire disparaître. Là encore, elles se confient en disant qu'avec la sage-femme il n'y a pas de sujet tabou, ce

qui facilite l'échange. De plus, pour certaines les séances de préparation à la naissance étaient bénéfiques pour communiquer avec des mamans avec qui au final il était plus facile d'en discuter car elles ne se connaissaient pas vraiment.

5. La découverte de cet enfant tant désiré et l'impact émotionnel que cela engendre

Nous savons à quel point la dimension « légale » dans la PMA est importante. Ce domaine est en effet très encadré par la loi, que cela soit au niveau des dons (24) de l'AMP post mortem (2,26) ou encore de la filiation (27).

Cependant la parentalité faisant partie intégrante des raisons du recours à la PMA est donc tout autant importante voir plus puisqu'elle relève du choix des personnes (29) . En effet, la parentalité correspond à l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permet à un sujet de devenir parent (30). Cette volonté de devenir parent, se concrétise à l'annonce de la grossesse, ce qui crée un état de plénitude chez les futurs parents parfois parsemé de moment de stress. Mais en règle générale, toutes les patientes diront qu'être enceinte est un vrai plaisir, que tout est magique et que les contraintes sont minimes face à cet état de grossesse dont elles avaient tant rêvé. Le but de la grossesse étant atteint, les patientes relativisent sur tout et prennent le temps de profiter de leur grossesse.

Ces réaménagements psychiques peuvent avoir un réel impact sur les parents, d'autant plus lorsqu'il y a derrière un processus long pour devenir parent. Cet enfant tant attendu et jusqu'à présent imaginaire, fait souvent l'objet de « fantasmes » ayant pour impact un chamboulement émotionnel. En effet, plusieurs études montrent que les familles ayant eu recours à la PMA développent un environnement émotionnel considérable et les relations parents-enfants seraient également plus importantes (31,32). Cette idée est en effet ressortie lors des entretiens. Les patientes disent être plus protectrices, plus fusionnelles mais également plus patientes avec cet (ces) enfant(s) tant désiré(s).

Néanmoins ce bonheur lié à la naissance de cet enfant peut être semé d'embuches. Comme vu précédemment, des études ont prouvé que l'impact psychologique pendant le parcours de PMA était tel que la dépression pouvait être majorée (17–20).

Les entretiens réalisés ont montré qu'en effet, la naissance d'un enfant est un grand bouleversement émotionnel. Autant certaines patientes décrivent le fait qu'elles étaient dans une petite bulle à ce moment-là, autant d'autres montrent l'impact psychologique du parcours de PMA sur la fin de cette condition de femme enceinte.
Dans un premier temps, faire le deuil de cet état de grossesse semble compliqué à gérer, s'ajoutant à cela, la présence de cet enfant qu'elles avaient tant imaginé mais qui ne ressemble finalement pas tant que ça au bébé qu'elles avaient muri depuis un moment. Laissant place au stress, à la panique et l'angoisse, trois sentiments ouvrant la porte à une sensation d'incompréhension et d'impuissance.
Ces patientes qui pensaient être heureuses, puisqu'elles avaient enfin tout ce qu'elles avaient tant désiré, se retrouve à pleurer très souvent. Certaines parlent de baby-blues, d'autres plutôt de dépression du post-partum.

Comme l'affirment Silver et Al, les femmes pendant leur grossesse sont vulnérables surtout au niveau psychologique. La grossesse est un déclencheur de la dépression et peut avoir des conséquences graves sur la santé maternelle et fœtale (15). Ce risque de dépression également présent en post-partum est moins mis en avant et pourtant tout aussi important concernant le lien mère-enfant.

6. Le couple après le parcours

L'infertilité peut avoir des effets dévastateurs sur le couple. Devenir parent est souvent la plus grosse transition dans la vie d'adulte, ces effets sont comparables à ceux du deuil. Royère et Al, disent que ces couples passent par un état de conflit affectif et de sidération (34) mais également un écart social (18).

Si l'on se penche un peu plus sur les hommes, la littérature a mis en avant que lors d'un parcours, ils se sentent un peu à l'écart et se considèrent comme le soutien premier de leur femme (11).
Certaines patientes diront même que malgré le fait qu'elles soient enceintes il est parfois difficile de faire entrer le papa dans la grossesse car elles ont ce besoin de protéger cet enfant à tout prix.

L'équilibre du couple peut par conséquent être modifié, réactivant les souffrances passées.

De plus Chaabane et Al disent que la PMA a souvent un effet négatif sur le couple avec une diminution du désir sexuel, une diminution de la fréquence des rapports et un plaisir moins important chez certaines femmes (37).

Les patientes interrogées diront en effet que le désir de l'autre n'existe plus vraiment et que le désir d'enfant prime sur le reste. Ceci est en accord avec la littérature qui dit que les femmes dissocient souvent la sexualité et la conception de leur enfant (38).
Même si cet état émotionnel de plénitude semble arriver après l'annonce de la grossesse avec une anxiété qui diminue, la relation de couple n'a pas forcément l'air de s'améliorer directement. Beaucoup estiment la grossesse comme une libération avec un retour aux choses normales, à une vraie vie de couple, un retour à la positivité. Mais pour d'autres, cette relation ne revient vraiment que lorsque les enfants sont là. Elles diront que lorsqu'elles obtiennent enfin une grossesse, leur côté maman est privilégié au détriment de leur côté femme et que ce dernier revient vraiment qu'à la naissance de leur enfant. Certaines verbaliseront même le fait d'avoir préservé leur grossesse au détriment de leur couple.

III. Perspectives d'avenir

Pour améliorer la satisfaction de ces patientes à propos de leur suivi, plusieurs solutions peuvent être proposées :

La première serait d'adoucir la transition entre le parcours de PMA et le suivi de grossesse « normal ». Dans la mesure du possible il serait bénéfique pour les patientes d'organiser un suivi par un intervenant proche du service de PMA. Par exemple, désigner une sage-femme qui pourrait suivre le couple pour leur grossesse en se présentant en amont au moment de l'annonce de celle-ci. Cet intervenant aurait ainsi une meilleure connaissance de la situation médicale, sociale et psychologique de la femme et du couple.

Une deuxième solution serait d'instaurer une consultation, téléphonique ou en présentiel, en plus par mois avec sa sage-femme pour discuter, si les patientes en ressentent le besoin. Ceci permettrait aux couples de poser leurs questions et d'être un peu moins angoissés surtout au cours du premier trimestre.

Une troisième solution serait de mettre en place, sous forme de cours de préparation à la naissance, des séances avec d'autres couples ayant réalisé un parcours de PMA afin de discuter de la grossesse, pour échanger leurs impressions et se rassurer. Ces groupes pourraient être organisés avec une sage-femme en collaboration avec un psychologue par exemple, ce qui permettrait également d'enlever ce côté tabou de la PMA et pourrait permettre aux patientes de mieux vivre leur grossesse.

De plus, la grossesse ayant déjà un gros impact sur le versant psychologique de la femme et du couple en règle générale, les patientes issues d'un parcours de PMA sont d'autant plus à risque de dépression du post-partum. Discuter et prévenir le baby blues ou la dépression du post-partum lors de la grossesse pourrait permettre aux femmes de relativiser sur cette sensation ressentie après la naissance de leur enfant les empêchant de vivre pleinement les premiers moments de vie de leur bébé. Enlevant ainsi cette culpabilité et diminuant donc le risque de dépression du post-partum ayant un impact important sur le lien mère-enfant ainsi que sur la future vie du couple.

Enfin, pour les patientes qui en ressentiraient le besoin, leur proposer un suivi personnalisé après leur retour à la maison pourrait être bénéfique pour prévenir ce risque de dépression. Le fait de se sentir entourées, aidées et comprises pourrait en effet leur permettre de relativiser.

Conclusion

La PMA est aujourd'hui encore un sujet tabou souvent difficile à avouer et empêchant la communication avec leur entourage, repliant ainsi le couple l'un sur l'autre. Malgré les interventions récentes concernant la PMA, surtout au niveau des modifications de la loi, le sujet reste tout de même trop mis à l'écart.

Cette étude a permis de recueillir l'opinion de huit femmes et un homme à l'égard du vécu de la grossesse après un parcours de PMA. Le but de cette étude étant de connaître la satisfaction des couples mais également de mettre en avant la nécessité ou non de mettre en place un suivi différent pour les femmes issues de ce parcours. Il a été constaté que seulement trois femmes sur huit, ne souhaitent pas un suivi particulier et considèrent même être heureuses de ne pas avoir été considérées différemment que les femmes ayant obtenu leur grossesse naturellement.
Les cinq autres patientes quant à elles, auraient apprécié un suivi plus rapproché et adapté à leurs besoins car estiment avoir plus d'attentes, de questions et de stress que les autres.

Cependant, elles sont toutes d'accord pour dire que la communication est primordiale car elle contribue à un meilleur vécu de la grossesse. Là où certaines ont trouvé refuge à travers les réseaux sociaux pour se confier et échanger avec d'autres femmes ayant vécu la même chose, d'autre se sont renfermées sur elle-même et n'en ont pas forcément discuté. La sage-femme ayant été pour ces patientes-là, un vrai soutien psychologique et au-delà de ça, une personne « confidente ».

C'est ainsi, que nous est venue l'idée de mettre en place des groupes de paroles, sous forme de PNP, afin de discuter avec des personnes ayant vécu la même chose qu'elle et des professionnels spécialisés dans ce domaine, afin que les patientes se sentent entourées par des professionnels à l'écoute de leurs besoins et compréhensifs.

Cet accompagnement un peu plus spécifique pourrait par la suite diminuer le taux de dépression du post-partum ou de baby blues et favoriser alors une majoration de l'estime du couple sur leurs compétences parentales et par conséquent une amélioration du lien mère enfant.

On a déjà pu constater à travers cette étude, que le lien avec l'enfant après un parcours de PMA était très fort mais que des attentes concernant cet enfant persistent. Il serait donc intéressant pour compléter cette étude de connaître à distance cette relation parents-enfants déjà très « fusionnelle » à la naissance.

Références bibliographiques

1. Agence de la biomédecine (ABM) Assistance médicale à la procréation : principaux chiffres de l'activité [Internet]. Agence de la biomédecine. 2019 [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: https://rams.agence-biomedecine.fr/principaux-chiffres-de-lactivite

2. Article L 2141-1. Code de la santé publique (2021)

3. Aubert C, Capperon Watrinet C, Grosfort A. Suivi prénatal: les femmes ayant recours à la PMA ont-elles des besoins psychosociaux spécifiques? [Internet] [Mémoire: Sage-femme]. [Genève]: Haute École de Santé; 2017 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://doc.rero.ch/record/305328/files/TB_-_Aubert_Capperon_Grosfort_-_2017.pdf

4. Gouneaud J. Aspects diagnostiques de l'infécondité du couple. In: Barthélémy C, Jouannet P, Bouchot O, Colombel A, Couet M-L, Griveau J-F, et al., éditeurs. AMP L'assistance médicale à la procréation en pratique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005. p. 13-35.

5. Dupont C, Lévy R. Infertilité masculine. EMC, Endocrinologie-Nutrition [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2020];16(2):1-16. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/1284960

6. Ohannessian A, Gamerre M, Agostini A. Épidémiologie de la fertilité. EMC, Gynécologie [Internet]. 2014 [cité 4 mars 2020];9(2):1-7. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/868276

7. Bry-Gauillard H, Massin N, Young J. Infertilité du couple : étiologies et prise en charge. EMC, Endocrinologie-Nutrition [Internet]. 2014 [cité 22 avr 2020];11(3):1-15. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/900374

8. Vaiman D, Multigner L, Binart N. Infertilité [Internet]. Inserm. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infertilite

9. Peigné M, Epelboin S. Assistance médicale à la procréation. EMC, Traité de médecine [Internet]. 2018 [cité 14 nov 2019];13(3):1-11. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/1202115

10. Bouillon C, Fauque P. Devenir des enfants issus des techniques d'assistance médicale à la procréation. Arch Pediatr [Internet]. 2013 [cité 23 avr 2020];20(5):575-9. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.02.003

11. Patrat C, Epelboin S. Santé des enfants conçus après assistance médicale à la procréation. J Pediatr Pueric [Internet]. 2011 [cité 6 avr 2020];24(6):325-9. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.jpp.2011.06.003

12. Guerif F, Royere D, Lansac J. Grossesses et enfants de l'AMP. In: Barthélémy C, Barrière P, Bouchot O, Colombel A, Couet M-L, Gouneaud J, et al., éditeurs. AMP L'assistance médicale à la procréation en pratique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005. p. 241-73.

13. Belaisch-Allart J. Grossesses et enfants de l'assistance médicale à la procréation. EMC, Obstétrique [Internet]. 2020 [cité 4 mai 2020];Sous presse. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/1360199

14. Beauquier-Maccotta B. Les enfants de l'assistance médicale à la procréation. EMC, Pédiatrie - Maladies infectieuses [Internet]. 2009 [cité 26 oct 2019];4-180-C-10:1-6. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/221347

15. Silva MM de J, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Depression in pregnancy: prevalence and associated factors. Invest Educ Enferm [Internet]. 2016 [cité 2 avr 2020];34(2):342-50. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14

16. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol. 2004;103(4):698-709.

17. Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. British Journal of Medical Practitioners [Internet]. 2010 [cité 2 avr 2020];3(3):1-3. Disponible sur: https://www.bjmp.org/files/2010-3-3/bjmp-2010-3-3-a336.pdf

18. Revidi P. Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation. EMC, Psychiatrie [Internet]. 2016 [cité 26 oct 2019];13(1):1-11. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/989752

19. Revidi P, Beauquier-Maccotta B. Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation. EMC, Pédopsychiatrie [Internet]. 2008 [cité 26 oct 2019];37-204-G-40:1-10. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/192347

20. J. Darwiche, Bovet P, Corboz-Warnery A, Germond M, Rais M, Real del Sarte O, et al. Quelle assistance psychologique pour les couples requérant une aide médicale à la procréation ? Gynecol Obstet Fertil [Internet]. 2002 [cité 26 oct 2019];30(5):394-404. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/S1297-9589(02)00339-9

21. Dancet EAF, Van Empel IWH, Rober P, Nelen WLDM, Kremer JAM, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. Hum reprod [Internet]. 2011 [cité 4 janv 2020];26(4):827-33. Disponible sur: https://doi.org/10.1093/humrep/der022

22. Besnard-Charvet C. Accompagner la procréation médicalement assistée. Revue d'Homéopathie [Internet]. 2014 [cité 26 oct 2019];5(3):120-4. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.revhom.2014.07.006

23. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Traitement de l'infertilité et assistance médicale à la procréation [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/prise-charge-infertilite

24. Agence de la Biomédecine (ABM). Encadrement juridique du don de gamètes en France et les nouveaux enjeux de la loi de bioéthique [Internet]. ABM. 2019 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche_2_encadrement_juridique_don_de_gametes.pdf

25. Le Sénat. La gestation pour autrui [Internet]. Sénat. 2008 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc182/lc1820.html

26. Azoulay M, Belaisch-Allart J, Cossart P, Lacroix X, Lebatard C, Siroux D, et al. La demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple [Internet]. CCNE. 2011 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_113.pdf

27. Grynberg M, Roux I, Frydman R. Assistance médicale à la procréation et filiation. EMC, Gynécologie [Internet]. 2010 [cité 26 oct 2019];5-150-A-05:1-8. Disponible sur: https://www.em-premium.com/article/239105

28. Fessard L, Gross M, Brunet L. PMA, GPA: «Il faut renouveler la réflexion sur la filiation» [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=389dfGQXQE0

29. Mehl D. La famille contemporaine au prisme des procréations médicalement assistées. Cliniques Méditerranéennes [Internet]. 2011 [cité 1 mai 2020];1(83):95-108. Disponible sur: https://doi.org/10.3917/cm.083.0095

30. Alby VJ. Nouvelles parentalités : l'enjeu de la parentalité psychique. Ann Med Psychol [Internet]. 2018 [cité 30 avr 2020];176(5):515-7. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.03.006

31. Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT, Guerra D, MacCallum F, Rust J. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. Hum reprod [Internet]. 2002 [cité 1 mai 2020];17(3):830-40. Disponible sur: https://doi.org/10.1093/humrep/17.3.830

32. Shelton KH, Boivin J, Hay D, van den Bree MBM, Rice FJ, Harold GT, et al. Examining differences in psychological adjustment problems among children conceived by assisted reproductive technologies. Int J Behav Dev [Internet]. 2009 [cité 1 mai 2020];33(5):385-92. Disponible sur: https://doi.org/10.1177/0165025409338444

33. Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Mellish L, Marks A, et al. Children Conceived by Gamete Donation: Psychological Adjustment and Mother-child Relationships at Age 7. J Fam Psychol [Internet]. 2011 [cité 1 mai 2020];25(2):230-9. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1037/a0022769

34. Merlet F, Vincent B, ABM. L'assistance médicale à la procréation. Actualité et Dossier en Santé. 2011;(75):9-67.

35. Place I, Laruelle C, Kennof B, Revelard P, Englert Y. Quel soutien les couples en traitement de FIV attendent-ils de l'équipe soignante ? Enquête et pistes de réflexion. Gynecol Obstet Fertil [Internet]. 2002 [cité 3 janv 2020];30(3):224-30. Disponible sur:

https://doi.org/10.1016/S1297-9589(02)00300-4

36. Allard M-A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro (FIV). Gynecol Obstet Fertil [Internet]. 2007 [cité 26 oct 2019];35(10):1009-14. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.06.015

37. Chaabane K, Trigui K, Kebaili S, Louati D, Gassara H, Dammak A, et al. Sexualité du couple lors de grossesse issue d'une procréation médicalement assistée. J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2013 [cité 3 janv 2020];42(3):265-70. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.08.005

38. Bydlowski S. Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ? Gynecol Obstet Fertil [Internet]. 2014 [cité 13 janv 2020];42(12):861-4. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.10.006

39. Gdańska P, Drozdowicz-Jastrzębska E, Grzechocińska B, Radziwon-Zaleska M, Węgrzyn P, Wielgoś M. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. Ginekologia Polska [Internet]. 2017 [cité 2 avr 2020];88(2):109-12. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.5603/GP.a2017.0019

40. Goëb J-L, Férel S, Guetta J, Dutilh P, Dulioust E, Guibert J, et al. Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. Ann Med Psychol [Internet]. 2006 [cité 26 oct 2019];164(9):781-8. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.08.013

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

- Quel âge avez-vous ?
- A quel âge avez-vous commencé à essayer de concevoir un enfant ?
- Au bout de combien de temps avez-vous décidé d'avoir recours à la PMA ? et au bout de combien de tentative cela a abouti ?
- *A quelle technique avez-vous eu recours pour concevoir ? vous n'êtes pas obligé d'y répondre.*

Le parcours de PMA :

- Pourriez-vous me décrire votre ressenti pendant votre parcours PMA ? Jusqu'à l'annonce de votre grossesse ? en quelques mots

La place du professionnel de santé :

- Par quels professionnels de santé avez-vous été suivie pendant votre grossesse ?
- Si suivi par une sage-femme : Pour vous, quel rôle a joué la sage-femme pendant votre grossesse ?
- Sinon, Selon vous qu'est-ce qu'une sage-femme aurait pu apporter de plus à votre prise en charge ?

Le vécu de la grossesse :

- Comment avez-vous vécu votre grossesse ? Vous êtes-vous sentie accompagné et compris(e) ? (*Réponses aux questions, informations suffisantes…)* Et vous monsieur, comment vous-êtes vous senti ?
- Si entretien juste avec la femme : Quel a été le vécu de votre compagnon ?

Les informations reçues :

- Que pensez-vous des informations reçues sur les complications potentielles de la grossesse ? (Contenu et forme) Quel est votre ressenti ?
- Avez-vous fait des séances de préparation à la naissance ?
- Trouvez-vous que ça vous a beaucoup apporté pour mieux « vivre » votre grossesse ?

L'impact du parcours de PMA :

- Est-ce que vous avez l'impression d'avoir vécu votre grossesse d'une manière différente par rapport à ce que vous avez pu constater dans votre entourage dû au parcours que vous avez fait ?
- Comment avez-vous vécu les échanges touchant l'intimité de votre couple ? Et du coup avec la grossesse est-ce que vous avez réussi à retrouver une intimité « naturelle »?

Le suivi psychologique :

- Avez-vous ressenti le besoin d'être accompagnés pour gérer vos émotions ? Vous as-t-on aidé à ce sujet ? (Avez-vous ressenti le besoin de voir un psychologue à ce moment-là ?) Qu'en avez-vous pensé ?
- Est-ce que c'était au début de votre grossesse ou plutôt vers la fin ?
- Et votre conjoint ? il a eu besoin de parler à des personnes en particulier (professionnels, entourage…) ?

La prise en charge de la grossesse :

- La prise en charge de la grossesse a-t-elle créer des conditions favorables aux dialogues avec les professionnels et au sein de votre couple ? Quand avez-vous pensé ?
- Considérez-vous que vous ayez eu suffisamment de rdv justement ou vous en auriez voulu d'autre ?
- Êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge générale tout au long de votre grossesse ? Que suggéreriez-vous pour améliorer votre prise en charge et votre suivi ?
- Est-ce que vous auriez voulu pendant votre grossesse qu'on vous accompagne différemment qu'une grossesse « normale » ?
- Est-ce que vous auriez voulu parler avec d'autres patientes qui sont tombées enceinte par PMA pour discuter avec elles, par exemple des groupes de parole comme pour la préparation à la naissance qui peut se faire en groupe ?

Après la naissance :

- Après la naissance de votre enfant, avez-vous eu des peurs ou des questions en particuliers ? Comment vous êtes-vous senti face à cet enfant que vous aviez tant désiré ? Le parcours que vous avez entrepris a-t-il influencé sur ces peurs et ces questions ? Votre parcours de PMA n'aura pas du tout influencé le « après » la naissance ?

Annexe II : Lettre d'information

Vécu de la prise en charge de la grossesse, pour les couples ayant eu recours à la PMA

Investigateurs :
- …. , étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Madame …., Sage-Femme enseignante à l'école de Clermont-Ferrand

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "Le vécu de la prise en charge de la grossesse, pour les couples ayant eu recours à la PMA "

Une étude sur le vécu de la prise en charge de la grossesse, pour les couples ayant eu recours à la PMA est engagée. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une (e) étudiante (e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame…, sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude

Le recours à la PMA est de plus en plus fréquent. En 2015, un enfant sur 32 est issu d'une AMP et un sur 637 a pu naitre grâce à un don de gamète ou d'embryon, 3% des enfants nés en France sont issus de la PMA.
En 2017 dans une maternité de type 3 de la région Auvergne Rhône Alpes il y a eu : 31% de grossesses obtenues après FIV, 29% après ICSI et 14% après Insémination.

Le vécu de la prise en charge de la grossesse est encore peu exploré, beaucoup d'étude ont été centré sur le parcours de certaines méthodes de PMA mais pas sur la grossesse (notamment le parcours de FIV).

Il me semble donc important de mettre en avant les différences de besoins dans l'accompagnement des familles ayant eu recours à la PMA.

2. L'étude en pratique

Les personnes concernées sont les couples ou les femmes ayant eu recours à la PMA pour concevoir leur enfant, ayant accouchées et sans complications pour elle et leur(s) enfant(s).

Cette étude se fera sous forme d'entretiens individuels, dans les 6 premiers mois de vie du ou des enfant(s) via un entretien vidéo, téléphonique ou en face à face. Ils dureront maximum 30 minutes. Ces entretiens resteront anonymes puisque j'utiliserai des numéros au lieu des noms propres.

Mon recrutement se fera via les réseaux sociaux ou les associations (BAMP, Jumeaux et plus…) par mail en leur expliquant en quoi consistera mon étude et en leur transmettant cette lettre d'information afin qu'ils/elles me contactent si ils/elles sont d'accord.

Il se fera également via une étudiante co-chercheur dans le service de post-partum d'une maternité de niveau trois de la région Auvergne Rhône Alpes. Celle-ci donnera une information orale

individuelle aux patientes éligibles et leur demandera leur consentement afin de me transmettre leurs coordonnées, de manière sécurisée par le biais d'une pochette dont seul la co-chercheur et moi-même auront accès, afin que je puisse les recontacter par mail ou téléphone.

Les patientes peuvent, jusqu'au dernier moment, refuser de participer à mon étude.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

⇨ *Numéro de déclaration au DPD : ES200602*

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.
Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).
Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décider d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à… , mail : … Adresse de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand : 28 place Henri Dunant BP 38, 63001 Clermont-Ferrand cedex 01

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :
– … , étudiante sage-femme : …

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données,
CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand

Annexe III : Mail envoyé aux patientes éligibles à l'étude

Bonjour,

Étudiante sage-femme en 5ème année à …, j'effectue mon mémoire de fin d'étude sur le vécu de la prise en charge de la grossesse chez les patientes/couples ayant eu recours à un parcours de PMA (FIV, ICSI).

Mon but est, entre autres, de connaître les besoins et les attentes des personnes issus de parcours de PMA, dans leur accompagnement au cours de la grossesse. Je recherche des femmes ayant accouché voie basse ou par césarienne programmée sans complications. Le(s) enfant(s) doi(ven)t être né(s) à terme et en bonne santé.

J'ai eu vos coordonnées par l'intermédiaire du service d'AMP du CHU …

Je me permets de vous contacter pour savoir si vous voulez et pouvez participer à mon étude ?

Si vous êtes d'accord il suffira de convenir d'une date pour que nous puissions nous recontacter en face Time. L'entretien durera une trentaine de minutes.

Je vous laisse mes coordonnées pour tout renseignements supplémentaires :
Mail:…
Téléphone:…

Cordialement,

Annexe IV : Tableau regroupant les thèmes et sous-thèmes de l'étude

Thèmes							
Du parcours de PMA au début de la grossesse : des moments clés	La prise en charge de la grossesse	Le rôle incontournable de l'entourage	L'impact du confinement	Le couple et la grossesse	L'impact du parcours sur la grossesse	L'impact du parcours sur l'après naissance	La discussion libératrice
Sous thèmes 1							
Un bouleversement émotionnel	L'importance de la relation professionnel/ soignant		Les aspects négatifs	Mis entre parenthèse	Une transition ambiguë, angoissante ou libératrice	La relation avec son enfant	
Sous thèmes 2							
Le premier trimestre de la grossesse : ascenseur émotionnel	Le besoin de se livrer et d'être soutenu		Les aspects positifs	Fin de la parenthèse	Le suivi	L'ambivalence des sentiments	
Sous-thèmes 3							
	Les informations données : des besoins très variés				Le plaisir d'être enceinte qui dépasse les contraintes		
	Sous-thèmes 4						
	Le rôle complet de la sage-femme dans ce suivi						
	Sous-thèmes 5						
	Les bénéfices ou non des séances de PNP						

Résumé :

Introduction : Les couples désireux de devenir parents ont de plus en plus recours à l'AMP. Ce procédé a fait l'objet de plusieurs études mais surtout sur le versant obstétrical. Cependant le versant psychologique est peu développé dans les travaux de recherche actuels.

Méthode : L'objectif de l'enquête était d'étudier la prise en charge des femmes ayant eu recours à l'AMP pour leur grossesse, par les professionnels de santé. En collaboration avec le service d'AMP d'un CHU de la région Auvergne Rhône Alpes, ainsi que via les réseaux sociaux, une étude qualitative descriptive et interprétative a été réalisée. Un couple et sept femmes ont été interrogés par le biais d'entretiens semi-directifs.

Résultats : La prise en charge de la grossesse a pour la majorité été bien vécue cependant des divergences d'opinion sur certains points apparaissent, ne se limitant pas seulement à cette période-là.

Discussion : La charge émotionnelle déjà importante pendant le parcours ressort très souvent pendant la grossesse et a un impact à différents niveaux, qui a été mise en avant dans cette étude.

Conclusion : La communication, primordiale dans des événements pareils, n'est pas toujours facile. L'étude a mis en avant que même si certaines souhaitent avoir un suivi différent pendant la grossesse, d'autres veulent plutôt cet accompagnement là en post-partum.

Mots clés : PMA, procréation médicalement assistée, Fécondation in vitro, filiation, causes infertilité, techniques, complications, infertility care, treatments, retentissement psychique, couples, enfants de l'AMP, sages-femmes, législation

Abstract :

Introduction : Couples aiming to become parents turn to medically assisted procreation (MAP) with increasing frequency. This procedure has been the subject of variety of studies, with a focus on the obstetrical point of view. However, the psychological aspect has been underdeveloped in present-day research works.

Method : The goal of the survey was to study the care and treatment of women who relied on MAP for their pregnancy. Collaborating with the MAP department of a university hospital of the Auvergne Rhône Alpes region, and using social networks, a qualitative descriptive and interpretative study has been performed. One couple and seven women were surveyed through semi-structured interviews.

Results : The handling of the pregnancy has been met with satisfaction for most, although some differences of opinion on certain matters have been revealed, without it being confined to the pregnancy period.

Discussion : The already significant emotional baggage associated with childbearing is coming up frequently during pregnancy, and it has an impact on multiple levels, which has been highlighted in this study.

Conclusion : Communication, crucial during such events, is not always an easy task. The study has underlined that even if some people wish to have a different monitoring during pregnancy, other might want this kind of support post-partum.

Keywords : MAP, medically assisted procreation , In vitro fertilization, kinship, causes of infertility, technics, complications, infertility care, treatments, psychic repercussion, couples, children of MAP, midwives, legislation