



HAL
open science

Un parcours motivé par l'amour. Impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare

Noémie Michel

► **To cite this version:**

Noémie Michel. Un parcours motivé par l'amour. Impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01845223

HAL Id: hal-01845223

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01845223>

Submitted on 20 Jul 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Ecole de sages-femmes de Metz

Un Parcours Motivé par l'Amour :

Impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare.



Mémoire présenté et soutenu par

MICHEL Noémie

Née le 30 Avril 1990

Promotion 2010-2014

Prendre la route de la FIV, ce n'est pas seulement combler le vide d'une absence : c'est prouver la confiance qu'on a dans l'avenir.

Dr Miguel JEAN 2003

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

Sommaire

Remerciements

Je remercie,

- Madame Jocelyne ANSALDI, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour m'avoir accompagnée tout au long de sa réalisation.
- Madame le Docteur Thérèse SCHWEITZER, pour l'intérêt porté à ce travail, et pour ses conseils et sa disponibilité.
- Monsieur le Docteur Yves PAUL, pour ses relectures et ses conseils avisés.
- Madame Hélène PAUL, pour m'avoir guidé dans l'élaboration de ce travail et sa disponibilité.
- Vivi, pour sa gentillesse et pour m'avoir apportée tout le soutien possible.
- Ma famille qui m'a toujours soutenue.
- Mes amis : Pauline, Laetitia, Emeline et tous les autres qui m'ont apportés la motivation nécessaire et permis de travailler dans la bonne humeur.
- Enfin, ma Promo, pour ces quatre années de découvertes avec ses difficultés mais surtout l'ensemble de ces fous rires.

Introduction

Au 20^{ème} siècle, la recherche scientifique a connu de grandes avancées. L'assistance médicale à la procréation (AMP) est l'un des domaines qui a bénéficié de ces progrès.

L'année 1978 est marquée par le premier succès mondial de la fécondation in vitro (FIV). Cette année là, naissait en Angleterre, Louise Brown, le premier "bébé éprouvette", suivie par Amandine en France en 1982, puis par bien d'autres à travers le monde. Ainsi, l'AMP donne de l'espoir aux couples ne pouvant procréer naturellement, grâce à la médecine.

Avec l'avènement de la contraception, le désir d'enfant devient un choix programmable. Les couples choisissent d'avoir un enfant le moment opportun, et si celui-ci tarde trop, ils se tournent vers l'AMP.

Les sages-femmes se sont investies dans les problèmes de l'infertilité. Grâce à la loi de Bioéthique de 2011, et à leur intégration légale dans les centres d'AMP, leur légitimité dans ce domaine a évolué, et leur place ne fait que progresser.

Ainsi, en tant que sage-femme, nous serons amenées à prendre en charge ces couples au cours de leur parcours d'AMP, mais également pendant la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum.

Pour accompagner au mieux ces femmes, il est essentiel de comprendre leur vécu. Nous avons donc souhaité les rencontrer, afin qu'elles nous parlent de leur parcours aussi bien au niveau médical que psychologique, et de l'annonce de l'infertilité jusqu'à l'accouchement.

Dans une première partie, nous développons des généralités sur la psychologie de la grossesse, les techniques d'AMP et le vécu d'un parcours d'infertilité. Ces éléments nous semblent importants pour clarifier notre analyse.

Dans une seconde partie, nous exposons les résultats de notre étude.

Enfin, dans une troisième partie, les résultats sont discutés. Des propositions d'optimisation de la prise en charge sont envisagées.

Première partie : Les bases théoriques

Chapitre 1 : La psychologie de la grossesse normale

Afin d'appréhender le déroulement et le parcours des couples suivis pour infertilité, nous allons dans ce premier chapitre aborder la psychologie de la grossesse.

1.1- Le désir d'enfant [1] [2] [3] [4] [5] [6]

Au cours de la rencontre amoureuse entre deux personnes, le désir d'enfant est une étape importante que l'on croit aujourd'hui maîtriser du fait de la contraception. Mais les protagonistes peuvent ignorer qu'il peut être plus facile d'éviter une grossesse que d'en démarrer une. Ainsi, le désir d'enfant se présente souvent comme une démarche consciente et programmée, s'intégrant dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels, et familiaux. De l'évolution de la relation amoureuse naît l'envie de construire une vie à trois avec bébé ; faire un enfant devient un des actes fondateurs du couple et chacun doit être sûr de le vouloir.

Selon la psychiatre BYDLOWSKI, ce projet conscient est infiltré de significations et de désirs inconscients. En effet, le désir d'enfant est complexe. Il est à la croisée des désirs actuels du couple, et de ses désirs passés, ceux enfouis de l'enfance, et qui viennent interroger les liens familiaux. Le désir d'enfant ne date pas du jour où la femme commence à y penser concrètement.

Dans l'ouvrage *la révolution intérieure*, Corinne ANTOINE expose la théorie de FREUD sur le désir d'enfant. Le désir prendrait racine dès le plus jeune âge chez la fillette lorsqu'elle commence à s'identifier à sa mère. A peine sait-elle marcher, qu'elle joue à la poupée, prenant soin de cet objet comme d'un vrai enfant et copiant les gestes quotidiens dont sa mère l'entoure. Vers l'âge de 6 ans, au moment où se joue le complexe d'Œdipe, elle change d'objet d'amour en transposant ses désirs vers son père : elle souhaite un enfant de ce dernier. La mère devient une rivale et le père un objet d'amour. Puis vient la phase de latence. C'est une période caractérisé par une désexualisation des relations d'objet. L'enfant va s'identifier au parent de même sexe et déplacer sa libido en dehors de la triade Parents-enfant. A l'adolescence, la jeune fille fait la découverte de sa sexualité,

ce qui va la pousser vers des objets d'amour différents de son père et de sa mère. C'est en rencontrant le sexe opposé qu'elle achèvera son évolution.

L'Œdipe n'est sans doute qu'un élément qui conduit à la maternité. On sait qu'il existe dans le désir d'enfant un lien très fort avec sa propre mère. Selon BYDLOWSKI « enfanter, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi ». Il arrive que d'une manière inconsciente le premier enfant soit dédié à la mère, on le fait pour devenir comme elle. C'est ce que la psychiatre appelle « la dette d'enfant ». D'ailleurs, il arrive que les femmes qui ont des relations difficiles avec leur mère remettent à plus tard leur projet. Chaque futur parent est confronté à sa propre enfance et à sa représentation de ses propres parents.

Le désir d'enfant est aussi perçu comme une étape indispensable, la maternité étant pour beaucoup le passage obligé pour se sentir légitimée en tant que femme. Il permet de se sentir conforme au modèle familial de la société. Les enfants permettent de perpétuer le nom, d'assurer la filiation et la transmission des valeurs.

Parfois, le désir de grossesse remplace le désir d'enfant : des femmes peuvent exprimer clairement leur désir de grossesse pour le plaisir, pour éprouver ce sentiment de plénitude, pour se rassurer sur leur capacité à procréer. Dans ce cas, on remarque souvent une absence de projet d'enfant et le discours de ces femmes ne fait pas apparaître l'élaboration d'un enfant imaginaire.

Parfois l'enfant est voulu dans le but de combler un vide, un manque. Il est alors chargé de tous les bons et mauvais cotés de la personne qu'il remplace. BYDLOWSKI écrit que dans ces cas là, l'enfant est « comme un médicament de la souffrance dépressive maternelle, l'enfant à venir a d'avance le tragique destin d'être le thérapeute de sa mère ».

1.2- Les représentations maternelles pendant la grossesse [2] [7]

Comme nous venons de l'évoquer, le désir d'enfant se révèle singulièrement complexe et ambigu. Il n'est pas homogène dans sa constance, il se mêle au désir

d'indépendance, à la passion amoureuse, ou encore à la difficulté pour chaque membre du couple de passer du statut d'enfant à celui de parent. Le couple doit gérer cette ambivalence du désir.

De nombreux psychanalystes ont montré qu'une représentation anticipatrice de l'enfant se construit au cours de la grossesse à partir de cette ambivalence et des fantasmes. Les interactions précoces entre une mère et son enfant se précisent aussi durant cette même période. On emploie le terme d'enfant imaginaire. Celui-ci existe souvent depuis l'enfance. C'est un enfant élaboré à partir des caractéristiques physiques et psychologiques des membres de la famille ; les parents l'ont rêvé, construit. Ils ont chargé toute leur histoire personnelle sur lui. Il existe plusieurs représentations de l'enfant fantasmé, chez le père, chez la mère, pour le couple, idéalisé souvent mais parfois à l'inverse source d'angoisse durant la grossesse.

Il ne peut décevoir, d'ailleurs ses manifestations in-utéro sont interprétées comme la confirmation de toutes ces qualités. Ces images gratifiantes entretiennent le désir d'enfant tout au long de la grossesse.

Le moment de l'échographie est la première confrontation entre l'enfant imaginaire et le réel aperçu sur l'écran. De ce fait, elle brise parfois les fantasmes parentaux.

Ces derniers sont aussi remis en cause après la naissance. En effet, l'enfant naît avec ses propres compétences, et sa propre façon d'être. C'est la confrontation avec cette réalité qui va déterminer en partie l'acceptation de cet enfant, ainsi que la possibilité de créer un lien ; ceci en faisant le deuil de l'enfant idéalisé. Un puissant effet de rencontre entre le nouveau né et ses parents explique qu'aucune histoire n'est écrite à l'avance, quel que soit le passé de chacun. Pour paraphraser Simone BEAUVOIR, on ne naît pas parent, on le devient.

1.3- La « maternité » [8]

La maternité est une étape unique dans la vie d'une femme. Elle symbolise la plénitude. Cet accomplissement implique un travail psychique d'adaptation qui n'est pas inné. Le psychanalyste RACAMIER a créé le terme « maternité » qui désigne l'ensemble

des processus psychoaffectifs que la femme traversera durant la grossesse, en vue d'accueillir son enfant.

La maternalité est différente de la maternité qui elle, renvoie à une réalité extérieure.

1.4- La transparence psychique [2] [5]

BYDLOWSKI a employé le terme « transparence psychique » pour qualifier le fonctionnement psychique maternel particulier au cours de la grossesse. Les raisons de cette transparence psychique s'expliquent par un hyper investissement de l'enfant. C'est un état marqué par les remémorations infantiles, où l'état de conscience est modifié et le seuil de perméabilité de l'inconscient abaissé ; autrement dit, on retrouve un abaissement des résistances habituelles de la femme face à l'inconscient. Plus que jamais, la femme enceinte est susceptible de se tourner vers son passé pour mieux le comprendre et le dépasser. Selon BYDLOWSKI, cet état apparaît au début de la grossesse, et permet à la mère, au moment de la naissance, de s'adapter aux besoins de son enfant, d'éprouver ce que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire ».

Le père peut aussi être plongé dans son passé infantile et ressentir des sentiments ambivalents face à l'événement.

1.5- La préoccupation maternelle primaire [2]

La mère développe une intuition concernant les besoins et les désirs de son enfant. L'essentiel des pensées maternelles va au confort du nouveau-né. C'est ce que le psychiatre WINNICOTT appelle « la préoccupation maternelle primaire ». En effet, on décrit des remaniements psychiques particuliers survenant chez la femme durant la grossesse et qui perdurent après l'accouchement. Elle présente un état d'hypersensibilité, son attention est entièrement focalisée sur les besoins de son enfant. Il s'agit pour la mère de vivre au quotidien avec lui. Dans leur relation duelle, un processus se met en place : la mère s'identifie à son enfant et inversement.

C'est ce que le médecin nomme : l'identification primaire. La mère a un rôle dans le développement de son enfant.

Tous les comportements d'attachement ont pour but de rétablir la proximité avec la mère, et comme au début de la vie, l'enfant est un individu vulnérable qui a besoin de proximité avec elle, les comportements d'attachement vont être fortement activés.

Par la suite, grâce aux processus de maturation dont il a hérité, l'enfant pourra progressivement affirmer son autonomie : il se servira de sa mère comme base de sécurité. Il en sera d'autant plus indépendant et pourra aller explorer le monde.

Dans ce contexte, le rôle de l'homme au cours de la grossesse est fondamental. Il est chargé de soutenir et de protéger la mère, tout étant un peu exclu de ce qu'elle vit.

1.6- Et à la naissance ? [4] [9]

La psychologue, Corinne ANTOINE écrit : « par son caractère unique, bouleversant, la naissance est source de turbulences plus ou moins intenses, et plus ou moins longues selon la famille où elle a lieu ».

En effet, le couple est préoccupé par l'évènement à venir et toute son attention est tournée vers l'enfant : son équilibre habituel et sa façon de fonctionner se modifient. Ces changements ont lieu à partir de réactions conscientes et inconscientes qui accompagnent le processus de grossesse.

Pour la mère, la naissance équivaut à une séparation d'avec son enfant, « laisser naître un enfant, c'est accepter qu'il soit autre », ce lâcher prise n'est pas évident. Elle renonce à son état de grossesse et à ses convictions inconscientes en refusant l'idée de l'enfant qu'elle était. Elle doit également faire le deuil de l'enfant imaginaire et accueillir l'enfant réel. Une nouvelle réalité physique se met en place. Un certain temps est nécessaire pour qu'elle puisse s'accorder à cet enfant réel, parfois bien loin de celui qu'elle a rêvé. Cette différence existe également entre l'idée qu'elle se fait de la mère qu'elle sera, et celle qu'elle va devenir.

Il y a 40 ans, les pères étaient interdits en salle d'accouchement. L'évolution de la société a permis de les inclure dans ce processus. Certains couples trouvent très important de partager ce moment unique de leur histoire, contrairement à d'autres qui ne le souhaitent pas. Le choix du père doit être respecté : en effet, il peut percevoir l'accouchement comme un moment d'impuissance à soulager la douleur de sa conjointe, à aider à la venue de son enfant... D'autres accompagnent le travail psychique, aident à la technique respiratoire et concentrative, tout en étant conscients aussi des gestes médicaux et des émotions.

Pour eux, comme pour les mères, la naissance est un grand moment d'émotion, il faut les laisser vivre ce moment comme ils le ressentent.

L'accouchement implique un troisième acteur : l'enfant. Bien que l'on ait longtemps cru qu'il ne ressentait rien, aujourd'hui, les psychologues ont démontré que la naissance était chargée de nombreux ressentis. L'enfant passe entre deux mondes distincts, d'un mode aquatique passif à un mode actif. De plus, comme pour la mère, un deuil s'opère : l'enfant n'est plus dans un état de fusion avec celle-ci. L'enfant a besoin de se sentir enveloppé sur les plans physique et psychique pour se sentir en sécurité. Attentive à son nouveau né, la mère peut induire par sa voix et ses comportements des réponses chez celui-ci, ils vivent en osmose. Le père, quant à lui, développe son rôle de parent progressivement. C'est par les soins et les attentions, que les parents accompagnent physiquement et psychiquement leur enfant en lui offrant la possibilité de s'appuyer sur eux : il comprend si l'adulte est fiable. ANTOINE reprend la théorie de BOWLBY, ce sont ces interactions précoces qui influenceront qualitativement les futurs comportements d'attachement de l'enfant, ces derniers agissant à leur tour sur le développement des autres fonctions mentales de l'enfant.

Suite à ce chapitre sur la psychologie de la grossesse normale, nous allons nous intéresser au déroulement d'un parcours d'infertilité.

Chapitre 2 : L'assistance médicale à la procréation

2.1- Définition [10] [11]

L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle aide à l'obtention d'une grossesse en favorisant la rencontre entre les gamètes mâles et femelles.

Sa définition est donnée par l'article L.2141-1 du code de santé publique : elle s'entend des « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ». Ainsi l'AMP correspond à tous les moyens médicaux mis en œuvre pour la conception d'un enfant en dehors de relations sexuelles fécondes.

Elle peut exclusivement être pratiquée pour « remédier à une infertilité dont le caractère pathologique est médicalement constaté. Un autre motif est d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité ». Aucun recours à l'AMP ne peut être revendiqué pour convenance personnelle.

2.2- Principales étiologies

2.2.1 – Les causes médicales [12] [13] [14]

D'après la définition de l'OMS, on parle d'infertilité lorsqu'un couple désireux d'avoir un enfant ne parvient pas à obtenir une grossesse après un an de rapports sexuels réguliers non protégés. On parle d'infertilité primaire lorsqu'aucune grossesse ne s'est encore déclarée dans le couple, et d'infertilité secondaire dans le cas contraire, même si aucune grossesse n'est allée à terme; il est évident par ailleurs que lorsque l'un des conjoints a déjà une descendance avec un autre partenaire, il s'agit néanmoins d'une infertilité primaire du couple, dont l'un des partenaires est donc (ou a été) fécond.

On estime que 30 % des infertilités sont exclusivement féminines, 20 % sont masculines, 40 % sont liées à des problèmes de fertilité chez les deux membres du couple et enfin 10 % sont de cause inconnue.

Chez les femmes, l'infertilité peut être liée dans 20 à 30% des cas à des troubles de l'ovulation avec une aménorrhée, une spanioménorrhée, des cycles anovulatoires, ou encore une insuffisance lutéale.

Ceux-ci peuvent être liés à une absence ou un mauvais fonctionnement hormonal ovarien ou de l'axe hypothalamo-hypophysaire, à des ovaires polykystiques ou encore à une hyperprolactinémie...

On peut aussi retrouver des atteintes des trompes (20 à 30 % des cas), dont l'obstruction peut être partielle ou totale, uni ou bilatérale, souvent suite à des infections (salpingites) ; ou des anomalies utérines : au niveau du col de l'utérus ou du mucus cervical, empêchant le passage des spermatozoïdes; ou encore des polypes ou des fibromes, gênant l'implantation de l'embryon.

Une endométriose est présente chez 30 à 40 % des patientes qui ont un problème de fertilité, la croissance de tissu endométrial hors de l'utérus entraîne des lésions qui peuvent obstruer les trompes et aussi retentir sur la fonction ovulatoire. L'infertilité peut être liée à une anomalie congénitale. Après 35 ans la fécondité d'une femme diminue, l'âge doit donc aussi être pris en compte.

Chez l'homme, les insuffisances testiculaires peuvent entraîner une infertilité. On pourra retrouver ainsi une oligospermie, voire une azoospermie, une asthénospermie, nécrospermie, tératospermie, mais aussi des anticorps anti spermatozoïdes et/ou des troubles de l'éjaculation, etc. Il y a aussi des causes congénitales (cryptorchidie, absence de canaux déférents..) et plus rarement centrales hypothalamo-hypophysaires.

2.2.2 – [Les causes psychiques](#) [1] [15]

Il est impossible aujourd'hui d'aborder le problème de la fertilité et de la stérilité sans en évoquer la dimension psychologique.

En effet, certaines causes de l'infertilité peuvent avoir une origine psychique. Notre inconscient, fruit de notre histoire, retarde ou empêche parfois la grossesse.

Le désir d'enfant est très ambivalent, on peut vouloir très fort un enfant, mais quelque chose, à l'intérieur de soi, résiste et l'on n'en a pas conscience.

Parfois, l'infertilité est causée par une histoire de peur, purement psychique : celle de ne pas y arriver, de ne pas être à la hauteur. La pression de la famille et des amis est souvent très forte : "A quand le bébé ?". De plus, les représentations de nos propres parents participent à notre façon de penser la parentalité, il existe une part importante de l'histoire générationnelle dans la réussite ou l'échec de la procréation. La part de l'inconscient n'est donc pas négligeable. Dans ces conditions, attendre sereinement qu'un enfant s'annonce n'est pas chose facile.

La difficulté à enfanter peut également cacher des désaccords profonds au sein du couple. Les deux partenaires peuvent être déstabilisés et manifester l'expression d'une insécurité. En effet, ne supportant plus certaines choses chez son partenaire, il peut arriver qu'une femme ait à chaque rapport sexuel un spasme qui fermerait ses trompes, rendant impossible toute fécondation.

Parfois une émotion ou un événement permettent aux causes psychiques de l'infertilité de disparaître laissant la place à un climat où le désir d'enfant pourra se réaliser. C'est le cas de certaines femmes qui après l'échec de plusieurs FIV débutent un parcours d'adoption et qui naturellement finissent par démarrer une grossesse. C'est un phénomène caractéristique que les médecins et les psychologues appellent le « lâcher prise ».

[2.2.3 – Autres causes](#) [10] [12] [13]

La fertilité peut également être affectée par de multiples facteurs, on retrouve fréquemment le tabac, l'alcool, la prise de drogue, l'excès de poids ou à l'inverse la maigreur extrême, il existe aussi des causes iatrogènes, ou encore anatomique (traumatisme..).

2.3- [Le bilan d'infertilité](#) [10] [12] [15]

Le premier motif de consultation en AMP est un désir d'enfant insatisfait. Ce premier pas vers l'AMP s'effectue généralement chez un médecin traitant ou un gynécologue.

2.3.1 – [La première consultation](#)

Elle a lieu idéalement en couple. Ce premier contact avec le service est l'occasion de débiter le dossier médical. On y consigne d'abord les données administratives indispensables. Puis vient le temps de l'interrogatoire. Les premières questions portent sur la durée de vie commune et sur celle du désir d'enfant, en prenant entre autre en compte la date d'arrêt de la contraception s'il y en avait une, la fréquence des rapports sexuels, la durée et la régularité des cycles.

Les patients sont ensuite tour à tour questionnés sur leurs antécédents familiaux et personnels. Notamment, à la recherche d'une hypofertilité familiale, d'antécédents pouvant expliquer les difficultés conceptionnelles. On évaluera les habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, gestion du stress, exposition à des toxines, activité physique..).

Un examen clinique général et obstétrical fait suite à l'interrogatoire.

Le praticien conclut cette consultation par l'établissement d'une première conduite à tenir et la prescription d'examens complémentaires. Il prescrit à la patiente, si elle n'en prend pas déjà, de l'acide folique.

2.3.2 – [Les examens complémentaires](#)

- Concernant la femme

L'analyse de la durée et de la régularité des cycles menstruels de la femme permet d'évaluer la qualité de l'ovulation et ainsi de déterminer les examens nécessaires et de fixer les dates pour les réaliser.

Dans les examens de première intention, on retrouve la courbe de température, elle ne donne pas d'information sur les chances de grossesse, mais elle donne une idée sur le caractère ovulatoire ou non du cycle. En principe, pour un cycle standard de 28 jours, la température s'élève légèrement au-dessus de 37°C vers le 12e-14e jour du cycle, et ce pendant une dizaine de jours. La courbe de température (prise tous les matins et reportée sur un tableau) sert à vérifier l'existence d'un trouble de l'ovulation et à connaître le jour de l'ovulation.

Une échographie pelvienne sera aussi réalisée, elle permet de rechercher certaines causes ovariennes (kystes, ovaires micropolykystiques, réserve ovarienne diminuée..) et utérines (fibromes, polypes..).

Un dosage hormonal (LH, FSH, AMH..) sera réalisé au 3^{ème} jour du cycle, il permet de détecter certaines anomalies du fonctionnement ovarien ou de l'hypophyse.

Un examen radiologique, une hystérosalpingographie met en évidence des anomalies de l'utérus (fibromes, utérus cloisonné...), ou une obstruction des trompes utérines. Il s'effectue en première partie du cycle, après les règles. Cet examen peut être remplacé ou complété par une hystérocopie qui consiste à observer l'intérieur de l'utérus au moyen d'une fibre optique introduite dans la cavité utérine par le col.

D'autres examens peuvent être nécessaires tels qu'une coelioscopie, qui permet l'examen direct de la cavité pelvienne, de l'utérus, des ovaires et des trompes. Elle permet aussi le cas échéant la réalisation de certains gestes chirurgicaux à but thérapeutique.

- Concernant l'homme

Le spermogramme est l'examen clé. Praticué en laboratoire, il consiste à recueillir du sperme par masturbation, après deux à quatre jours sans rapport sexuel afin d'obtenir un sperme riche en spermatozoïdes. Le sperme est alors examiné au microscope afin d'effectuer une numération des spermatozoïdes, d'observer leur mobilité, vitalité et morphologie. En cas d'anomalie, l'examen doit être renouvelé, pour confirmer ou non, les anomalies observées.

Cet examen peut être complété par la recherche d'un germe dans le sperme (spermoculture). Il doit être réalisé à distance d'épisodes de fièvre ou de prises de médicaments pouvant interférer avec la spermatogenèse.

- Concernant le couple

Le test de Hünher est l'un des premiers examens à réaliser. Il s'effectue 6 à 12 heures après un rapport sexuel, pendant la période de l'ovulation. Cela consiste à prélever de la glaire cervicale au niveau du col de l'utérus. L'objectif de cet examen est de s'assurer de la qualité de la glaire cervicale de la femme et de la pénétration des spermatozoïdes dans celle-ci.

D'autres examens peuvent être prescrits tels qu'un caryotype si une infertilité d'origine génétique est suspectée.

2.4- La fécondation in vitro intraconjugale [10] [16]

2.4.1 – Définition [17]

Cette technique a pour objectif de recréer en laboratoire les différentes étapes de la fécondation naturelle : la fécondation et les premières étapes du développement embryonnaire, tout en optimisant les chances (recueil de plusieurs ovocytes, sélection des spermatozoïdes puis des embryons).

2.4.2 – Indications

Les principales indications de la FIV classique sont : l'infertilité tubaire, l'altération modérée du sperme, l'endométriose sévère, les troubles majeurs de l'ovulation, l'infertilité idiopathique, l'échec des inséminations intra utérines.

2.4.3 – Les différentes étapes [18] [19] [20]

Avant toute mise en œuvre d'une AMP, les sérologies VIH, syphilis, hépatites B et C sont réalisées chez les deux membres du couple ; pour madame s'ajoutent les sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose.

- La stimulation ovarienne

Elle doit maîtriser quatre points : provoquer la maturation de plusieurs follicules, bloquer une ovulation spontanée, déclencher l'ovulation, éviter une hyperstimulation ovarienne qui entraîne des risques de complications thromboemboliques.

On peut la décomposer en 3 phases :

- Une phase de blocage avec mise au repos de l'hypophyse dans le but de bloquer le risque d'ovulation spontanée.
- Une phase de stimulation où on fera augmenter le taux de l'hormone FSH afin d'obtenir la maturation de plusieurs ovocytes.
- Le déclenchement de l'ovulation : lorsque la stimulation et la maturation folliculaires sont suffisantes, l'ovulation est déclenchée mimant un pic de LH. L'injection d'HCG entraîne une ovulation environ 40 heures après, il faut donc prévoir la ponction 35 à 36 heures après.

Pendant toute la période de stimulation, le couple vit au rythme des injections et du monitoring échographique. En effet, la surveillance du cycle se fait par contrôles biologiques répétés de la cinétique d'élévation du taux d'œstradiol, et par évaluation échographique de la croissance folliculaire et de l'épaisseur de la muqueuse utérine. (Annexe I)

- La ponction folliculaire

Elle est réalisée sous contrôle échographique à l'aide d'une aiguille permettant de ponctionner les follicules à travers la paroi du vagin et de recueillir les ovocytes par aspiration du liquide folliculaire. La ponction s'effectue sous analgésie locale ou générale. Les seringues sont stockées à 37°C et placées immédiatement dans une mallette isotherme à 37°C et remis aussitôt au laboratoire. Le recueil du sperme quant à lui s'effectue le jour de la ponction des ovocytes. Il sera analysé et préparé au laboratoire. Le liquide séminal qui limite le pouvoir fécondant du sperme est éliminé et les spermatozoïdes les plus mobiles et de meilleure morphologie sont sélectionnés.

- La mise en fécondation

Les spermatozoïdes préparés sont simplement déposés au contact des ovocytes dans une boîte de culture contenant un milieu liquide nutritif et placée dans un incubateur à 37°C. Les spermatozoïdes mobiles viennent spontanément, sans aide extérieure, au contact de l'ovocyte. Mais un seul spermatozoïde fécondera celui-ci. Les ovules seront observés au microscope les jours suivants afin de déterminer le nombre exact et la qualité des embryons formés. Deux jours après la ponction, l'embryon a déjà commencé ses divisions, il est constitué de 2 à 4 cellules. Au 3^{ème} jour, il a atteint le stade 6 à 8 cellules, et au 5^{ème} ou 6^{ème} jour, il est au stade blastocyste.

- Le transfert embryonnaire

Lorsque la fécondation a eu lieu, le biologiste organise le transfert embryonnaire entre le 2^{ème} et le 6^{ème} jour après le prélèvement. Il s'agit d'un geste médical rapide et indolore, réalisé sans anesthésie. La femme est installée en position gynécologique. Après mise en place d'un spéculum, le transfert embryonnaire est réalisé à l'aide d'un cathéter fin et souple, contenant le ou les embryons en suspension dans une goutte de milieu de culture, introduit par voie transcervicale dans l'utérus.

- La congélation embryonnaire

Le nombre d'embryons obtenus peut être supérieur au nombre d'embryons transférés. Dans ce cas, les embryons surnuméraires et qui présentent des critères de développement satisfaisants peuvent être congelés si le couple le souhaite. Ils pourront être utilisés ultérieurement par le couple pour un nouveau transfert embryonnaire : c'est le transfert d'embryon congelé (TEC).

- Le test de grossesse

Il est réalisé 15 jours après le transfert. Le diagnostic de grossesse est établi quand la quantité de BHCG dépasse 100 UI/l. Il convient de réaliser une échographie vers 8 SA pour vérifier l'implantation intra utérine de la grossesse, la bonne vitalité et quantifier le nombre d'embryon présent.

2.4.4 – La FIV ICSI [21] [22]

La FIV ICSI consiste en l'injection d'un seul spermatozoïde dans l'ovocyte. L'ICSI impose une préparation spéciale des ovocytes et des spermatozoïdes. La couronne de cellules qui entoure l'ovocyte est retirée pour visualiser l'endroit où va se faire la micro-injection : c'est la « décoronisation ». Seuls les ovocytes matures seront micro-injectés. Pour chacun des ovocytes, un spermatozoïde est choisi en fonction de son aspect et de sa mobilité. Sous contrôle d'un microscope, le biologiste maintient l'ovocyte avec une micropipette et, avec une autre micropipette, aspire le spermatozoïde sélectionné puis l'injecte à l'intérieur de l'ovocyte. Les étapes suivantes sont identiques à une FIV classique.

Les indications sont les stérilités masculines où il y a trop peu de spermatozoïdes mobiles aptes à féconder les ovules, ou s'il y a eu antérieurement un échec de fécondance en FIV classique.

2.5- Les autres formes d'AMP [10] [19]

2.5.1 – L'insémination intra-utérine

Elle est envisagée dans le cas de certaines infertilités inexplicées ou liées à certaines altérations de la glaire cervicale ou du sperme. Le plus souvent, un traitement de stimulation préalable est prescrit à la femme afin d'obtenir le développement de follicules. Celui-ci est suivi par échographie et prise de sang. Lorsqu'ils sont matures, l'insémination

est programmée. Le médecin, à l'aide d'un fin cathéter, dépose les spermatozoïdes à l'intérieur de l'utérus. Ils sont mobiles et remontent naturellement vers les trompes à la rencontre de l'ovocyte. La fécondation se fait selon le processus naturel « in vivo ». Le sperme est préparé au laboratoire le jour de l'insémination, il s'agit soit de sperme frais ou congelé du partenaire (IAC), soit de sperme d'un donneur (IAD).

2.5.2 – Avec don de gamètes

Le don de spermatozoïdes est proposé dans certains cas d'infertilité masculine. Le don d'ovocytes est indiqué chez les femmes en âge de procréer en cas d'absence d'ovocytes ou devant certaines anomalies de ceux-ci. Les ovocytes sont ponctionnés chez une donneuse anonyme, mis en présence des spermatozoïdes du conjoint de la receveuse. Dans un second temps la receveuse bénéficiera du transfert d'embryon.

2.5.3 – Avec accueil d'embryon

L'accueil d'embryons peut être proposé dans certaines situations, aux couples en âge de procréer pour lesquels l'AMP intraconjugale est impossible ou ne peut plus aboutir.

2.6- L'AMP aujourd'hui

2.6.1 – Aspect épidémiologique [20] [24] [25] [26]

Pour comprendre les problèmes d'infertilité, il est important de connaître les chiffres de la fécondabilité moyenne. En effet, l'aptitude des couples à concevoir un enfant, lorsqu'ils le désirent, est un des éléments importants de la santé des populations.

Les résultats d'une étude de l'Institut national études démographiques, publiés en Octobre 2008, révèlent qu'à 25 ans, un couple a en moyenne 25 % de chance d'obtenir une grossesse à chaque cycle, avec un délai moyen de conception de 3 à 6 mois. Le pourcentage des femmes ayant conçu un enfant après un an de rapports réguliers sans contraception est de 84 %. Après 2 ans, il est de 92 %. A 30 ans, une femme qui souhaite procréer a 75% de chance d'y parvenir au bout d'une année, à 35 ans, ce chiffre passe à 66%, et à 40 ans à 44%. Ainsi, l'impact de l'âge sur la fertilité féminine a été beaucoup étudié. Celle-ci commence à diminuer lentement à 30 ans, puis plus rapidement après 35 ans. De plus, le risque

d'avortements spontanés augmente également avec l'âge maternel. Il a été estimé à 8.9% avant 25 ans et à 75% au-delà de 45 ans. L'impact de l'âge paternel a été beaucoup moins étudié.

Selon l'Agence de biomédecine, l'infertilité touche en France un couple sur sept et il est probable que ce taux ira en augmentant du fait d'un âge plus tardif de la première grossesse (30 ans actuellement contre 25 ans en 1970) et de nos modes de vie. Les techniques d'AMP ont un taux de succès constant, autour de 25% de naissances vivantes par cycle jusqu'à 34 ans chez la femme. Au-delà de 35 ans, le recours à l'AMP ne saurait compenser totalement le déclin naturel de fertilité lié à l'âge de la femme.

Ainsi, l'activité d'AMP est très présente en France. En 2011, 23 127 enfants sont nés après une AMP, soit environ 2,8% des enfants nés de la population générale cette même année, estimés par l'INSEE à 821 589 enfants. Cette même année 59 697 tentatives de FIV ont été réalisées et ont abouti à 13 239 enfants nés viables.

La proportion de naissances obtenues par la seule technique de FIV n'a cessé de progresser au cours des vingt dernières années, passant de 0,52 % des enfants conçus par FIV en 1988 à 1,74 % en 2006 (soit un rythme moyen de hausse de + 0,72 % par décennie), et à 2.8% des enfants en 2011.

2.6.2 – Cadre législatif [27] [28] [29] [30]

En France, les pratiques d'AMP font l'objet d'un encadrement législatif (loi de bioéthique), institutionnel (Agence de la biomédecine), organisationnel (dans des centres agréés) et économique (Sécurité Sociale). L'AMP est riche d'espoir pour ceux qui peuvent y prétendre, ainsi il faut en connaître les modalités et les limites afin d'accompagner au mieux les couples.

Les lois de bioéthique de 1994, révisées en 2004, et en 2011, fixent les modalités d'accès à l'AMP. Selon l'article L 2141-2, « la demande concerne un homme et une femme qui doivent être vivants, en âge de procréer, et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du

consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation ». A ce jour, un tel dispositif entraîne donc des interdictions. Une personne célibataire ne peut entrer dans ce processus, de même que deux personnes de même sexe. Or en un quart de siècle, l'institution familiale connaît des mutations profondes. La famille traditionnelle a laissé progressivement sa place à un pluralisme familial. Ce sont développés les familles recomposées, monoparentales, homoparentales, les couples unis par le PACS, l'union libre. Les transformations de la famille entraînent de nouvelles demandes à l'accès à l'AMP. Celles-ci obligent une réflexion sur les biens faits d'une modification des conditions d'accès à ces pratiques afin de s'adapter à la diversité des modèles familiaux.

L'assistance médicale à la procréation est mise en œuvre selon des conditions précises, énoncées par les textes. Selon l'arrêté du 11 Avril 2008, « *une information loyale, claire et appropriée sur toutes les étapes de la prise en charge doit être donnée* ».

Leur motivation est vérifiée. Ils sont informés des possibilités de réussite et d'échec, ainsi que de l'impossibilité de poursuivre en cas de rupture du couple ou de décès de l'un d'eux. Un dossier-guide leur est remis. Les techniques alternatives à l'AMP, notamment l'adoption doivent être abordées. Le médecin devra faire remplir une demande d'entente préalable par la Sécurité Sociale. La prise en charge est de 4 FIV par couple et de 6 inséminations artificielles jusqu'à 42 ans révolus pour la femme. Les FIV avec ou sans micromanipulation qui ne sont pas suivies de transfert d'embryons ou les TEC ne comptent pas pour une tentative. Les cycles de FIV conduisant à une grossesse qui se termine par la naissance d'un enfant vivant ouvrent droit à la prise en charge pour une deuxième grossesse, aux mêmes conditions que pour la première grossesse.

En nous basant sur la psychologie de la grossesse normale et le déroulement d'un parcours d'infertilité que nous venons de décrire, nous allons aborder l'aspect psychologique de l'infertilité.

Chapitre 3 : La psychologie de l'infertilité

3.1- L'annonce du diagnostic d'infertilité [31] [32] [33]

L'annonce de l'infertilité et du dysfonctionnement des organes génitaux représente une importante atteinte narcissique. L'infertilité entraîne une multitude de pertes pour les couples qui y sont confrontés : perte de contrôle, modifications des relations avec l'entourage, perte de statut, sentiment de marginalisation, perte de l'enfant pré-investi lors du projet parental...

Le vécu est très souvent douloureux, voire traumatique. La découverte de l'infertilité paraît d'autant plus insupportable aujourd'hui alors que les femmes ont acquis, avec la contraception, la maîtrise de leur reproduction. Décider de ne pas avoir d'enfant, quand elles ne le désirent pas, implique pour elles de pouvoir en concevoir lorsqu'elles le souhaitent.

Ces couples sortent du cycle normal de la nature, ils rompent les cycles des générations. Ils ne peuvent se projeter dans l'idée d'une descendance à venir. Ils sont donc confrontés à leur désir et à leur absence d'enfant.

L'impossibilité de mettre un enfant au monde soulève souvent chez les femmes infertiles des questions sur leur statut féminin, familial et social. Comme nous l'avons dans le chapitre 1, il existe aussi une pression sociale et familiale vis-à-vis de la venue d'un enfant. Les femmes éprouvent un manque d'estime de soi, une haine face à ce corps qui est incapable de satisfaire leur désir. Elles manifestent souvent un immense sentiment d'injustice : pourquoi moi ?, elles se sentent lésées et peuvent se laisser envahir par la jalousie. Ces femmes ressentent fréquemment une forte culpabilité à ne pouvoir donner de progéniture à leur conjoint. Elles vont pallier à cet échec en se tournant vers la médecine. Puisqu'on leur propose une solution possible à leur infécondité ; elles s'organisent contre la souffrance consécutive au diagnostic, en multipliant les démarches et les essais de traitements.

Chez l'homme, c'est souvent une attaque violente par atteinte de leur virilité, mais également de leur intégrité physique. L'annonce provoque donc un profond sentiment d'infériorité, ainsi que de la culpabilité envers sa conjointe.

Au-delà du vécu individuel, le couple est souvent mis à l'épreuve dans la solidité de ses liens. Le diagnostic d'infertilité a des répercussions sur l'équilibre psychique et sexuel de celui-ci. On peut retrouver des tensions et des non-dits.

Il est nécessaire d'expliquer avec discernement, la réalité de la situation clinique, et les modalités envisageables. Le couple doit être capable de se confier à l'équipe, afin de surmonter l'échec et d'arriver au succès.

3.2- Le deuil : un temps à traverser [34]

Le deuil se définit par : *« la perte d'un être cher, d'un état, d'une situation fortement investie ou encore d'une idée à laquelle on est fortement attachée »*. Il représente le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'objet perdu. C'est un processus actif, on dit « faire le deuil ».

Les réactions face à une infertilité ont été comparées au processus de deuil décrit par Elisabeth KÜBLER-ROSS :

- Le déni : phase survenant lorsqu'on apprend la perte. Période plus ou moins intense où les émotions semblent pratiquement absentes. Refus d'admettre ce qui lui arrive. Le couple rejette son infertilité.
- La colère : la personne exprime sa révolte face à ce qui lui est imposé. C'est aussi un moment de questionnement « Pourquoi moi ? », et de recherche des causes.
- Le marchandage : phase de négociations.
- La dépression : période de grande tristesse, de remise en question, de détresse. La personne se replie sur elle-même, et le couple s'isole afin d'éviter les autres femmes enceintes.
- L'acceptation : dernière étape du deuil. La réalité de la perte est mieux comprise, et acceptée. La personne éprouve toujours de la tristesse, mais elle a retrouvé son plein fonctionnement et a réorganisé sa vie en fonction de cette perte. L'acceptation permet au couple de demander de l'aide, sans se sentir diminué

dans son être. Il finit par accepter l'idée qu'il n'aura, peut être, jamais d'enfant naturellement, et qu'il aura besoin des compétences des médecins.

Chaque individu passe par ces différentes étapes, sans forcément les éprouver dans le même ordre, ou pendant la même durée.

Dans le cas de l'infertilité, on ne perd pas une vie, mais le pouvoir de la donner : c'est le deuil de la fertilité qu'il faut faire. L'infertilité inscrit une discontinuité dans le cours de l'histoire de la personne, BYDLOWSKI écrit : « *l'enfant qui ne vient pas étant le substitut absolu de l'objet perdu, l'enfant à venir serait supposé tout réparer, tout combler* ».

Le désir de grossesse, si fort soit-il, ne peut pas raccourcir le deuil d'une grossesse dite naturelle : la personne doit passer par les étapes du deuil. Une fois qu'elle en émerge, elle est prête à affronter l'aventure de l'aide médicale à la procréation. Si ces étapes n'ont pas lieu, il existe toujours le danger que ces parents potentiels attendent que leur enfant vienne guérir la blessure provoquée par l'infertilité, mais cet « enfant réel » ne pourra pas répondre à cette attente et de ce fait renforcera la blessure narcissique.

3.3- Désir d'enfant et infertilité [1] [31] [33]

Dans la plupart des cas, les couples qui subissent les investigations et les traitements d'infertilité, attendent une grossesse depuis de nombreuses années.

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 1, le désir d'enfant est complexe, constitué par des aspects individuels, transgénérationnels et socioculturels. L'absence d'enfant pousse les couples infertiles à vivre leur désir de façon beaucoup plus consciente. La notion d'enfant imaginaire est très présente. L'espoir des futurs parents est tellement important qu'il n'y a plus de place pour l'ambivalence du désir d'enfant, si bien qu'il existe un risque que « l'enfant réel » ne puisse remplacer « l'enfant imaginaire ».

3.4- La présence d'un tiers [1] [31]

Pour un couple, s'engager en AMP, signifie passer à l'action afin de faire face à un profond sentiment de perte et d'impuissance à enfanter. Il se retrouve alors tributaire de la médecine : la conception ne résulte plus de l'intimité sexuelle d'un homme et d'une femme, mais se réalise dans un contexte médical.

De nos jours, la médecine est supposée tout guérir, de sorte que certains couples peuvent développer une dépendance et une confiance extrême dans le succès des possibilités médicales et des techniques. De plus, le médecin intervient dans la sphère intime et personnelle du couple, cette intrusion peut être difficile à vivre. En effet, il interrogera, entre autre, le couple sur leur union, leur mode de vie, leur vie sexuelle... L'engagement du couple dans un parcours d'AMP a donc des répercussions psychologiques importantes. Ils ressentent une perte de contrôle, dépossédés de leur sexualité, de leur capacité à enfanter.

Ainsi, « l'investissement du tiers gynécologue est vécu parfois comme un sauveur venant réparer la blessure liée à la situation d'infertilité, mais parfois il est vécu au contraire comme un rival qui fait l'enfant à la place du mari ».

3.5- La FIV et le couple [1] [31] [32]

Une fois en contact avec l'AMP, les couples se trouvent en position de passivité, dépossédés de leur sexualité, de leur intimité, et de leur rythme de vie. Les démarches d'AMP forcent les couples à se focaliser sur les actes techniques, à calculer, à adopter le rythme de l'AMP, à chercher des réponses et des explications.

- un moral vacillant, entre lassitude et espoir

Si les avancées techniques permettent aux couples infertiles de réaliser leur vœu d'avoir un enfant, nombreux sont les détours. Ce parcours est souvent long et difficile. Une longue durée peut précéder la FIV, elle est caractérisée par l'attente d'un enfant qui ne vient pas, et s'accompagne d'un questionnement angoissant sur la raison de cette absence. Le couple est impuissant face à cette réalité. Puis vient l'attente des résultats des examens d'investigation, et l'annonce du diagnostic d'infertilité. Le couple est alors remis en question. Suite à cela, l'espoir revient avec l'entrée dans le parcours d'AMP. Celui-ci est marqué par l'échec d'éventuels traitements proposés tels que la stimulation ovarienne, l'insémination artificielle, les tentatives de FIV. A la fin de chaque cycle, l'arrivée des règles met un terme à l'espoir de grossesse. Ainsi, chaque tentative d'AMP nécessite de la part du couple un investissement énorme, physique et mental. De nombreux couples traversent des périodes sombres avec perte de courage, sentiment de solitude,

d'incompréhension, ou encore de peur pour le futur. Dans l'intervalle, chaque nouvelle tentative est porteuse d'espoir.

- Une sexualité fragilisée [35]

Certains couples manifesteront une grande souffrance, car fragilisés par leur vécu de l'infertilité, et tout particulièrement sur le plan de l'intime. Acte le plus abouti de la communication privée, la relation sexuelle est révélatrice de l'état psychique du couple.

L'attente d'un enfant pousse les couples à intellectualiser leurs rapports sexuels en ayant des relations basées sur la période de fécondité, confondant ainsi désir sexuel et désir de procréer.

Une étude parue dans la revue 'Gynécologie, obstétrique et fertilité' en 2009 a démontré que l'infertilité et le parcours de FIV entraînent une diminution du désir, faute aux exigences médicales très intrusives pour la vie intime.

Il est important lors des consultations d'aborder le sujet de la sexualité. Les difficultés ne sont pas évoquées spontanément par les couples, une ouverture d'esprit et une neutralité permettent de laisser libre court à la parole du patient, afin qu'il puisse exprimer ses craintes et ses souffrances. « Dès le début de leur parcours, il est important de dire aux couples, que leur vie intime doit rester ou redevenir une fin en soi et non plus uniquement un moyen de procréation, cela permet souvent une prise de conscience et un changement d'attitude bénéfique ».

- L'importance de la parole

Il est important de retenir que la FIV exige du couple le dialogue, elle offre une occasion de cimenter la vie à deux. Mais c'est aussi une mise à l'épreuve, en effet, le diagnostic d'infertilité et le parcours qui en découle peuvent altérer les relations conjugales. Les deux partenaires doivent être disponibles face aux pratiques du centre d'AMP, il y a donc un important bouleversement de la vie quotidienne. Le couple doit faire des conciliations entre vie personnelle, professionnelle et FIV.

- La conception

Généralement à l'annonce de la grossesse, la date clé retenue est celle de l'accouchement, mais en cas de FIV le couple investit également la date de conception.

3.6- L'après FIV [36] [37]

Il est important de rappeler que le couple a été dépossédé d'une partie de son intimité, de sa responsabilité, ce qui demande un temps d'adaptation à ce futur statut de parents. Il faut créer un nouvel équilibre, une fois libéré des contraintes de l'AMP. De sorte qu'une fois la grossesse décelée, les sentiments de joie et de bonheur sont mêlés à ceux de la peur. De plus, cette crainte peut aussi être liée à différents aléas de la grossesse pouvant entraîner l'échec (fausse couche, malformations..). Le couple manifestera des difficultés d'investissement, de crainte de trop s'impliquer et d'être une nouvelle fois déçu. Cette anxiété semble n'être apaisée qu'à la naissance de l'enfant.

Les enfants issus de FIV, voire d'AMP en général, n'occupent pas forcément une place identique auprès de leurs parents. Une étude menée à l'hôpital Bécclère à Paris sur 400 enfants issus d'une FIV âgés de 5 à 13 ans, montre que ces enfants sont parfois l'objet d'un surinvestissement, d'une relation fusionnelle avec leurs parents.

3.7- La place de la sage-femme [38] [39] [40] [41]

La sage-femme accompagne les couples dans diverses situations de leur vie, elle partage aussi bien leurs joies que leurs douleurs, tout en assurant le suivi de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement. Elle dispense également des informations de prévention, de contraception, et assure le suivi gynécologique de prévention.

Une des facettes de la profession encore peu connue consiste en l'accompagnement des couples marqués par l'absence d'enfant. A la condition qu'elle se forme, la sage-femme a un rôle essentiel dans l'accompagnement de ces couples. Un décret paru le 17 Juillet 2012 définit les conditions selon lesquelles la sage-femme est autorisée à concourir aux activités d'AMP (Annexe II).

Elle est présente aux différentes étapes du processus de la FIV : la stimulation ovarienne, la ponction pour le recueil d'ovocytes, et le transfert des embryons dans l'utérus de la patiente.

Au sein des centres d'AMP, elle est animée par un souci de prise en charge global de la maternité. A l'écoute des couples, elle est l'intermédiaire entre ces derniers, les médecins

et les techniques. Ces personnes en demande d'une AMP, souvent fragilisées, ont besoin d'être rassurées, tranquillisées. De sorte que réexpliquer, ainsi que démystifier leur situation, sont des besoins très spécifiques à ces hommes et femmes suivis pour infertilité : ils veulent être sûrs d'avoir tout assimilé. Un outil symbolise cette mission : le téléphone. Durant leur traitement, les femmes appellent régulièrement pour plus de précisions, ou pour connaître les modalités de prise en charge. Il est donc essentiel de pouvoir être en contact avec une personne qui les renseignera. La sage-femme devient donc une interlocutrice de référence pour le couple.

#

Deuxième partie : La parole des femmes

Chapitre 1 : Présentation de l'étude

1.1- Problématique

Comme nous l'avons remarqué dans la première partie, le recours à l'AMP de nos jours est de plus en plus fréquent. Avec l'accès à la contraception, les femmes veulent maîtriser leur fertilité, de sorte que les grossesses sont davantage planifiées. De ces constatations sont nées une problématique : quel est l'impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement ?

1.2- Hypothèses et objectifs

Le parcours de FIV est long et difficile. Au cours de recherches, nous nous sommes aperçus que plusieurs études se sont intéressées au vécu des femmes au cours d'une FIV, mais peu traitent de l'effet produit par ce parcours sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Nous avons émis des hypothèses de travail :

- Afin d'accepter leur infertilité, les couples traversent les étapes classiques du deuil.
- Les contraintes des traitements en AMP influent fortement sur le moral des femmes.
- Il existe des difficultés pour les futurs parents à s'approprier la grossesse.
- Les sentiments d'anxiété et de peur de l'échec ressentis au cours du suivi en AMP persistent après l'annonce de la grossesse.
- Les couples éprouvent des difficultés à quitter l'accompagnement personnalisé du centre d'AMP, afin de rejoindre un suivi de grossesse classique.
- Les sage-femmes peuvent jouer un rôle prépondérant dans le suivi de ces couples. Ceux-ci recherchent une écoute attentive et ont le besoin de se rassurer sur la bonne santé de l'enfant.

Notre objectif sera de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses, et de déterminer dans quelles conditions les femmes ont abordé puis vécu leur grossesse et leur accouchement, après une telle prise en charge.

1.3- L'outil d'enquête

Nous avons fait le choix de mener une étude qualitative à l'aide de dix entretiens semi-directifs. La trame de ces entretiens est disponible en Annexe III. Ceux-ci ont été menés auprès de femmes primipares ayant eu recours à une Fécondation In Vitro intraconjugale classique ou d'une ICSI, aboutissant à une grossesse singleton et à la naissance d'un enfant vivant et viable. Les causes d'infertilité étaient variées : pour trois femmes, elles étaient d'origine féminine, pour quatre autres d'origine mixte, pour les trois suivantes d'origine paternelle, et enfin pour une femme, l'étiologie reste inexpliquée. Trois femmes avaient par le passé démarré une grossesse, pour deux d'entre elles aboutissant à une fausse couche, et pour la troisième à une grossesse extra-utérine. Les patientes ont toutes été interviewées dans entre le premier et le quatrième mois suivant leur accouchement, ainsi nous avons recueilli leurs témoignages rétrospectivement.

Nous avons exclu de l'étude les patientes multipares ou ayant bénéficié d'un don de gamètes afin d'éviter le biais de l'expérience. Ces caractéristiques induisaient d'autres problématiques concernant le vécu des couples.

L'étude s'est déroulée entre Octobre 2013 et Janvier 2014. Le recrutement a été effectué auprès de patientes du service d'AMP de Metz et ayant accouché, pour neuf d'entre elles au sein du CHR Metz-Thionville. Une patiente a accouché sur Paris, où elle était de passage pour le week-end. Neuf femmes remplissant les critères d'inclusion, ont été contactées une première fois par la sage femme de l'équipe d'AMP, et quatre par une sage-femme libérale les suivant médicalement. Ceci afin de veiller au strict respect du secret médical et pour leur laisser le libre choix de participer, ou non, à cette étude. Trois femmes n'ont pas souhaitées participer à ces entretiens.

Par la suite, nous avons recontacté les patientes ayant donné leur accord afin de convenir avec elles d'un rendez-vous. Au cours de cet entretien téléphonique, nous leur avons rappelé la raison pour laquelle nous les avons sollicitées, et leur avons expliqué le caractère anonyme de notre démarche. Sept entretiens ont été réalisés à leur domicile, deux par téléphone et un dans un lieu public. Chaque entretien a duré en moyenne 45

minutes. Il nous a semblé plus pertinent de réaliser les entretiens en dehors du contexte hospitalier, et de laisser les femmes choisir le lieu qui leur semblait le plus propice à s'exprimer sur des sujets intimes et difficiles.

1.4- Limite de l'étude

Il est important de noter que nous avons interrogé les femmes après leur accouchement, leur parcours de FIV est donc terminé et l'issue a été positive puisque les dix femmes ont donné naissance à un enfant en bonne santé. Notre étude nous obligeait à faire appel à des souvenirs lointains. Nous pouvons en déduire que les femmes n'ont pu garder en mémoire que les très bons ou les très mauvais souvenirs. Il existe donc un risque que les réponses aux questions aient tendance à être plus indulgentes ou au contraire plus critiques vis-à-vis de leur parcours.

Comme nous l'avons expliqué lors de la présentation de notre étude, nous avons fait le choix d'interroger des femmes primipares ayant bénéficié d'une FIV intraconjugale. Un biais de sélection peut donc affecter la composition de notre population. De plus, nous sommes également conscients que la taille de notre population est réduite.

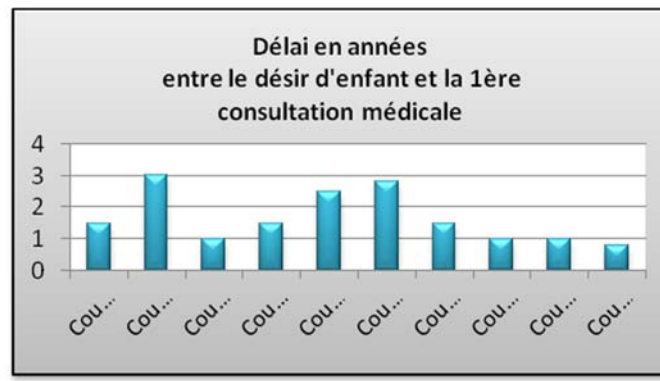
A partir de ces éléments nous concluons que notre analyse n'est pas généralisable à l'ensemble des femmes faisant une FIV.

Chapitre 2 : Présentation des résultats

2.1- Age

Les dix femmes interrogées étaient âgées de 26 à 36 ans, la moyenne d'âge est 30.8 ans.

2.2- Délai entre le souhait d'avoir un enfant et la première consultation pour infertilité



Le délai moyen est de 18 mois, et la médiane est à 17 mois.

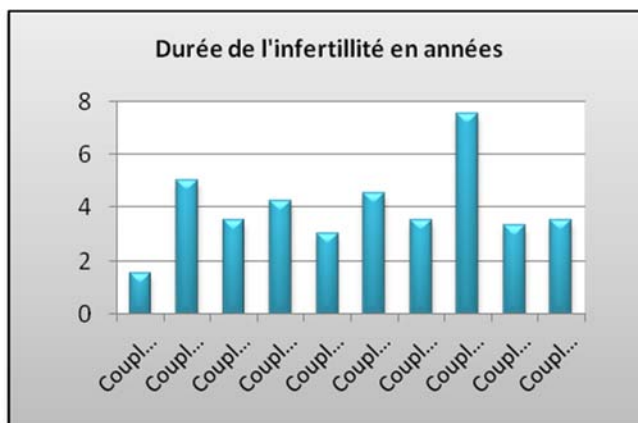
2.3- Délai entre la première consultation et le début de grossesse



Le délai moyen et la médiane sont de 24 mois.

2.4- Durée d'infertilité des couples

Nous avons calculé le délai écoulé entre le moment où les couples ont entrepris les démarches pour avoir un enfant et le début de grossesse.



Nous obtenons un délai moyen de 3 ans et 9 mois, et le délai médian est de 3 ans et 5 mois. Les minima et maxima sont respectivement de 1 an et demi, et 7 ans et demi.

2.5- Ressenti à l'annonce de l'infertilité

La découverte de l'infertilité est vécue avec incrédulité et déception pour les femmes : « *Je ne doutais pas une seconde que je serais rapidement enceinte : ma mère qui a eu 5 enfants, m'avait raconté que le délai le plus long qu'elle ait dû attendre pour concevoir était de 2 mois* ».

« *C'était ahurissant, je pensais consulter pour un truc bénin et qu'avec un médicament ça allait être réglé* ».

« *J'avais l'impression, que je n'avais pas vraiment de problème, juste besoin d'un petit coup de pouce. Mais en fait, je reviens vite à la réalité* ».

Une femme nous raconte : « *On était jeune quand on a décidé d'avoir un bébé, je venais d'avoir 24 ans quand on s'est tourné vers l'AMP. A notre âge, on s'attend pas à avoir des difficultés, au contraire, j'étais très consciencieuse dans ma prise de pilule. Pour nous après l'avoir arrêté, c'était une évidence : j'allais être enceinte, le fait que ce ne soit pas le cas, c'est très difficile à encaisser* ».

Un sentiment d'injustice est aussi exprimé par la majorité des femmes, la question « *pourquoi moi ?* » est très présente dans leur discours : « *c'est un vrai désarroi...une injustice.* », « *pourquoi faut que ça me tombe dessus à moi* ».

Une femme exprime clairement son sentiment d'injustice, mais aussi sa colère : « *J'avais l'impression de ne voir que des femmes enceintes partout. Je pleurais, je doutais de devenir maman un jour. Durant cette période, ma petite sœur m'apprend qu'elle est enceinte, elle vient tout juste d'arrêter la pilule, je ne m'y attendais pas du tout. J'ai eu du mal à accepter, le sentiment d'injustice s'est renforcé* ».

Nous remarquons, que l'annonce de l'infertilité est un événement traumatisant, vécue douloureusement par les couples.

Une femme exprime son désespoir face au résultat du spermogramme de son mari : « *on a vu le monde s'écrouler, notre vie se défaire devant une feuille blanche avec des 0 marqués a chaque ligne, ces zéros nous ont hantés pendant des semaines* ».

Une autre énonce clairement : « *le désespoir s'installe définitivement, les larmes coulent à flots pendant des jours, nous étions inconsolables* ».

La moitié des femmes expriment leur impuissance face à cette situation : « *c'est tous nos projets qui s'effondrent, ça a été horrible, je me suis sentie tellement impuissante* ».

« *J'avais l'impression d'être rentré tête baissée dans un processus qui me dépasse* ».

« *J'avais le sentiment de ne pas en faire assez, de ne pas faire comme il faut et quand il faut* ».

Deux femmes disent avoir éprouvé de la culpabilité suivi d'espoir, suite au diagnostic : « *on touche le fond c'est vrai, on se sent blessé, mais avec l'AMP on se dit qu'il y a toujours un espoir. On accepte peu à peu, et on arrive à relativiser* ».

« *Lors du diagnostic, j'ai déjà éprouvé ce sentiment bizarre de culpabilité, puis d'espoir, maintenant que l'on savait ce qui clochait on allait pouvoir le résoudre* ».

Une femme semble avoir décidé de s'accorder un temps de réflexion avant de démarrer les démarches d'AMP : *« c'était un choc, alors on a décidé d'attendre un peu avant de se lancer dans ce processus, pour digérer la nouvelle »*.

Enfin, trois femmes sur les dix interrogées, ont exprimé ne pas s'être laissées abattre lors de l'annonce : *« dès l'annonce de notre infertilité, nous avons décidé de nous battre, de prendre le problème à bras le corps. J'ai cherché des sites internet et je me suis documentée »*.

2.6- Relation dans le couple

Nous avons interrogé les femmes sur l'influence du parcours de FIV, sur leur vie de couple.

Une personne n'a pas souhaité répondre à cette question.

Pour quatre ce parcours a eu une influence bénéfique sur leur couple, en les rapprochant de leur conjoint : *« c'est un parcours avec beaucoup de joie, de déception, on se pose des questions à deux. Cela a renforcé notre couple »*,

« Avant de démarrer en AMP, on avait lu beaucoup de chose sur internet et dans des livres, ça disait que parfois ça crée des tensions dans le couple, chez nous pas du tout ».

Une autre explique l'importance du dialogue dans le couple : *« C'était un vrai projet commun, cela a renforcé nos liens. Nous savions qu'un parcours difficile nous attendait et que certains couples ne tiennent pas le choc. Il fallait que nous soyons suffisamment forts pour ne pas nous détruire et rester à l'écoute l'un de l'autre »*.

Pour cinq femmes, le parcours d'AMP a créé des tensions dans leur couple : *« ça a empiété sur notre couple, c'était lourd mentalement et physiquement. C'est la fatigue qui nous a usé »*.

Trois de ces femmes expliquent que les difficultés venaient des différences de tempérament entre elles et leurs conjoints : *« j'avais très peur que ça marche pas, alors mon mari en avait parfois un peu marre de voir si peu d'optimisme, alors que lui préférait laisser faire les choses et voir ce qui se passe. Notre couple en a un peu souffert »*,

« C'était difficile, parce que mon mari a eu beaucoup de mal à encaisser son infertilité. Il avait besoin de temps, alors que moi je cherchais à avancer, à faire en sorte que les différents examens s'enchaînent pour débiter la FIV. On n'était pas sur la même longueur d'onde ».

« Nous sommes restés longtemps désorientés, mon mari ne réagissait pas, il se refermait sur lui-même alors que moi au contraire j'avais besoin de sa présence, c'était au début une vraie barrière entre nous. Mais mon mari a fini par s'effondrer, et ça nous a permis de recommencer à dialoguer, on en sort plus soudé que jamais ».

Pour l'une d'entre elles, cela a été une période de conflit, de sorte que le couple a choisi de stopper momentanément le suivi en AMP : *« on était tous les deux obnubilés par ça ! Je voulais des rapports sexuels que pendant ma période d'ovulation, du coup de son côté il me disait : "je ne suis pas une machine !", ce fut une vraie période de conflit. C'est pourquoi après l'échec de la 3^{ème} FIV, on a décidé de faire une pause, ce n'était pas une décision facile à prendre, mais on mesure aujourd'hui combien notre décision a été salutaire : penser à autre chose, faire du sport, vivre pleinement nos projets et reléguer notre désir d'enfant au second plan. On a pu se retrouver ».*

2.7- Relation avec l'entourage

Trois personnes interrogées assurent ne pas avoir parlé de leurs difficultés à avoir un enfant avec leur entourage : *« je ressentais un terrible sentiment d'infériorité, alors non, on n'a préféré le garder secret, je ne voulais pas qu'on me juge »,*

« On a préféré se serrer les coudes entre nous. On ne voulait pas entendre de nos proches qu'il restait un espoir d'avoir des enfants naturellement, ou qu'il ne fallait pas se laisser abattre ».

Une femme déclare ne pas en avoir parlé et n'en parlera jamais : *« c'est ainsi ».*

Six autres déclarent que leur entourage familial et amical était au courant de leur parcours. Pour quatre d'entre elles cela a constitué un réel soutien : *« Au début on avait décidé de ne rien dire, mais notre entourage n'arrêtait pas de nous demander "pour quand bébé ? ", nous avons décidé de parler de notre parcours ».*

« Nos familles savaient et nos amis aussi, ce qui nous a encore plus rapproché, il n'y avait pas de raison de cacher la vérité ».

Deux de ces femmes témoignent que même si l'entourage avait connaissance du problème, le sujet n'était pas fréquemment évoqué : *« J'en parlais rarement, ce n'était pas un secret, mais j'avais l'impression de mettre les gens mal à l'aise, ils ne savaient pas quoi me dire. ».*

« On en parlait parfois avec la famille et les amis, même si ce n'était pas le sujet phare de nos conversations, ce n'était pas un tabou non plus ».

Enfin, une femme a déclaré regretter d'avoir tenu informés ses proches : *« Nous avons mis pratiquement toute notre famille et nos amis au courant de la tentative. Il a donc fallu dire à tout le monde le résultat négatif du premier transfert, ce qui est éprouvant et engendre un certain malaise. On s'est ensuite dit qu'il était préférable de poursuivre notre parcours dans plus d'intimité ».*

2.8- Le parcours de FIV

- **Les difficultés du parcours**

Une majorité de femmes disent que le plus dur a été l'annonce de l'infertilité. L'une d'elle nous déclare : *« Le plus pénible a été de ne pas pouvoir l'avoir naturellement, le fait que tous les autres, qui sont autour de nous, n'ont pas eu de questions à se poser. Sans parler des soucis de la vie qui nous semblent du coup insurmontables ».*

Une autre nous explique : *« sur le coup, on se disait que ça n'avait rien de romantique et on a eu dû mal à accepter que pour avoir un enfant, on soit obligé de passer par les laboratoires, la salle d'opération, les stimulations mais au bout de quelques semaines, on s'est doucement habitué à cette idée ».*

Trois femmes expriment leur empressement à démarrer une FIV et leur frustration face à la durée des examens préalables, la phrase *« j'avais l'impression de perdre mon temps »* est très présente dans leur discours.

Toutes les femmes soulignent la lourdeur des traitements. Elles mettent l'accent sur la fréquence des examens et les douleurs occasionnées lors des ponctions. *« La*

ponction, c'est horrible. C'est super douloureux et psychologiquement, c'est très éprouvant ».

Les femmes apparaissent fatiguées, tant physiquement que moralement.

Une d'elles nous explique : *« La période des injections est stressante, concilier travail et rendez vous chez le gynécologue, c'est loin d'être facile. Le moment de l'implantation est aussi pénible, je suis très stressée et du coup la gynécologue a du mal à passer le col de l'utérus ».*

Une autre nous parle également des contraintes rencontrées vis-à-vis de son emploi : *« il y a beaucoup de contraintes, moi j'ai un travail très laxiste, alors je pouvais me libérer, mais pour d'autres cela était plus compliqué. Ça prend beaucoup de temps. ».*

Pour six femmes interrogées, l'attente après le transfert d'embryons a été difficile à vivre. Les couples sont confrontés à une attente d'une quinzaine de jours pendant laquelle se mêlent différents sentiments. *« Le transfert a été un moment à la fois stressant et émouvant. Et après, il y a l'attente jusqu'à la prise de sang, on alterne espoir et doute », « j'avais peur de ressentir quelque chose d'anormal ».*

La moitié des femmes ont exprimé leurs difficultés de vivre avec leurs échecs : *« Le plus difficile, c'est qu'on enchaînait échec sur échec, et sur la longueur ça devenait vraiment épuisant moralement et physiquement. On était de plus en plus découragé ».*

« Le moment le plus dur, était l'échec de la première FIV, on n'arrivait pas à avoir de bébé, mais quand on a commencé la FIV, on se disait que c'était bon, avec leur aide ça allait venir ! Mais non... ».

Une autre nous dit : *« ce qui a été dur, c'est se faire piquer tous les jours, ponctionner et ça pendant des mois et des mois pour après voir le résultat, négatif ! Alors, il faut attendre deux mois avant de recommencer, et c'est de nouveau une attente interminable, c'est très frustrant ».*

Certaines ressentent de la culpabilité suite à l'échec : *« peut-être que je ne me suis pas assez reposée ».*

Une femme interrogée relativise en déclarant que pour elle, même si l'échec était difficile à accepter, il a été formateur et lui a permis d'en apprendre plus sur elle-même et d'être plus à l'écoute de ce que son corps peut endurer.

- **Les relations avec l'équipe d'AMP**

Huit entre elles se disent satisfaites de leur accompagnement : « *vraiment bien accueilli* », « *l'équipe est super, compétente et efficace* », « *compatissant* », « *regard professionnel et respectueux de la part de l'équipe* », « *à l'écoute et compréhensif* », « *on formait une équipe, après tout, on recherchait la même chose* ».

Trois patientes reprochent le manque d'intimité de la salle d'attente « *entassés dans cette salle* », « *on n'arrive pas à s'exprimer librement* », « *toute la salle savait comment je m'appelais* ».

Une d'entre elles exprime son mécontentement vis-à-vis des chambres d'HDJ où se déroule le post ponction ovocytaire. Elle juge difficilement admissible de ne pas être en chambre individuelle, « *c'est un moment intime, et dans ces circonstances, ça ne l'est vraiment pas* ».

Deux autres n'ont rien à redire sur la prise en charge médicale, mais reprochent à l'équipe un manque de disponibilité : « *elle manquait de temps pour nous* ».

De manière générale, l'information avant la FIV est apparue satisfaisante : « *c'était très clair, on partait en sachant où on allait* », « *on nous a donné toutes les informations nécessaires, et si on avait des questions, on nous répondait* », « *on nous a tout expliqué de A à Z* ».

Deux personnes ont déclaré s'être beaucoup renseignées grâce à internet afin de s'assurer une bonne compréhension du discours médical : « *je prends le problème de front : documentation, apprentissage du vocabulaire, recherches sur Internet.. Comme ça je n'avais plus qu'à me renseigner sur ce que je n'avais pas compris, ou sur nos éventuelles questions lors des consultations* ».

Sur les dix femmes interrogées, trois nous disent avoir pu rencontrer la psychologue du service. Quatre n'ont pas ressenti le besoin de consulter, et les trois autres regrettent que l'équipe ne leur ait pas proposé de suivi.

2.9- La confirmation de la grossesse

La majorité des femmes a manifesté une anxiété importante avant les résultats du dosage des β -HCG. « *On était stressé, on se disait qu'il n'y avait pas d'autre solution qui marche du premier coup* », « *stress intense* », « *l'attente est interminable* ».

Deux femmes ont déclaré que leur anxiété était tellement importante qu'elles n'ont pas pu se rendre au laboratoire 15 jours après le transfert embryonnaire, elles ont réalisé le test une semaine après ce délai : « *je ne sais pas je n'étais pas très optimiste. C'est bête, mais je n'aurais pas supporté d'être déçue. Après une semaine d'hésitation, je finis par aller faire le test de grossesse, on est allé récupérer le résultat ensemble avec mon mari, on a ouvert l'enveloppe dans la voiture, c'était positif* ».

Quatre femmes expriment leur incrédulité face à leur grossesse : « *j'ai appelé le labo pour les résultats la dame m'a dit que c'était positif, je lui ai demandé trois fois qu'elle le répète, j'y croyais pas. J'ai pleuré comme une madeleine.* ». La phrase « *on y croyait pas* » est très présente dans la majorité des discours.

Toutes les femmes évoquent leur joie devant le succès de grossesse : « *c'est indescriptible comme moment* », « *j'étais tellement contente, c'est le meilleur moment pour moi, un vrai aboutissement* », « *joie immense* ».

Une majorité évoque également leurs craintes face à cette grossesse, et notamment la peur de la perte : « *j'étais partagée entre joie et terreur de la fausse couche* », « *l'inquiétude de perdre le bébé est vite là* », « *il a fallu passer le cap des trois mois pour qu'on soit plus rassuré* ».

2.10- L'annonce de la grossesse à l'entourage

Six femmes sur dix ont annoncé leur grossesse après le 3^{ème} mois. Elles se justifient en évoquant la crainte importante de la fausse couche : « *on ne sait jamais ce qui peut arriver* ».

« *On sait qu'il existe des risques de fausse couche, et ça aurait été assez dur comme ça, on ne voulait pas en plus devoir subir les remarques de notre entourage* ».

Parmi elles, une femme l'a annoncé au 4^{ème} mois et une autre au 5^{ème} mois. L'une explique : « *avec mon mari, on voulait en profiter au maximum, on l'a tellement attendue cette grossesse* ».

Pour les quatre femmes restantes, l'entourage était au courant dès la prise de sang. Trop heureuses de pouvoir partager la nouvelle : « *tout le monde était au courant en une demi-heure de temps, on avait envie de partager* », « *comme tout le monde savait le jour de la FIV, ils ont posé la question et on leur a répondu* ».

2.11- Le vécu de la grossesse

Lorsque les femmes débutent une grossesse, le centre d'AMP arrête le suivi et passe le relais à un gynécologue obstétricien ou à une sage femme. Pour sept femmes, le changement s'est effectué sans problème. Trois femmes ont manifesté le sentiment d'être « *lâchées dans la nature* ».

Huit femmes déclarent que le suivi de leur grossesse a été réalisé par un gynécologue de ville. Pour six d'entre elles, il s'agissait du gynécologue les suivant déjà avant leur parcours d'infertilité. Deux femmes, s'estimant insatisfaites de la prise en charge de leur infertilité, ont cherché un nouveau gynécologue à la sortie de l'AMP. Enfin, deux femmes ont décidé de faire suivre leur grossesse par une sage-femme libérale.

Dans l'ensemble elles se disent satisfaites de leur suivi de grossesse : « *tout s'est très bien passé* », « *une grossesse merveilleuse* », « *rien à redire* », « *un bonheur qui se concrétise enfin* ».

Dans sept cas, le début de grossesse a été une période de stress intense : « *j'étais très inquiète* », « *on était jamais vraiment rassuré* », « *j'avais peur de tout, abusé !* ».

La peur de la fausse couche est très présente : « *on avait très peur de perdre le bébé, on avait déjà eu assez de mal à l'avoir* », « *ce n'était pas possible de le perdre, on était à notre 4^{ème} FIV, c'était notre dernière chance* ».

Une femme nous raconte : « *Je ne pouvais pas m'empêcher de continuer à me demander pourquoi, pour nous, ça ne pouvait pas être normal, pourquoi on a dû faire cette FIV, et du coup oui j'étais très inquiète. J'avais peur que du coup je n'ai pas une grossesse normale* ».

Parmi ces sept femmes, cinq disent s'être senties rassurées passé le 3^{ème} mois de grossesse : « *après avoir passé le cap des trois mois, c'était un grand soulagement* ».

Deux ont consulté à l'UGO au cours du premier trimestre de la grossesse pour des métrorragies.

Deux autres déclarent ne pas avoir été rassurées tout au long de la grossesse, et ne s'être senties apaisées qu'après la naissance de l'enfant : « *on a jamais été vraiment rassuré, pas avant de l'avoir dans nos bras* », « *j'ai vécu l'accouchement comme une véritable délivrance* ». L'une d'elles nous explique avoir le sentiment de ne pas avoir vécu pleinement sa grossesse.

Dans leur récit ces sept femmes expriment le besoin d'être rassurées sur la bonne évolution de la grossesse.

Trois femmes déclarent ne pas avoir eu d'inquiétude particulière après l'annonce de la grossesse : « *comme à chaque consultation tout allait bien, le bébé grandissait bien, il n'y avait pas de raison que je sois inquiète* », « *on y croyait à cette grossesse, on était confiant* ».

- **Travail et grossesse**

Six femmes ont déclaré avoir travaillé pendant leur grossesse. Trois d'entre elles se sont arrêtées au début du congé prénatal. Deux autres ont arrêté de travailler huit semaines avant le terme de leur grossesse, ayant bénéficié des congés pathologiques (une pour fatigue importante, et l'autre pour lombalgies). Une femme a bénéficié d'un arrêt de travail à partir de 32SA en raison d'une menace d'accouchement prématuré.

Quatre femmes, nous disent ne pas avoir travaillé pendant la grossesse. Deux d'entre elles étaient déjà sans emploi avant l'entrée dans le parcours d'AMP. Les deux autres femmes ont bénéficié d'un arrêt de travail dès le début de grossesse, l'une pour vomissement gravidique et l'autre réalisant un « *travail non compatible avec la grossesse* ». Elle nous dit : « *j'ai préféré mettre mes chances de mon côté pour que ma grossesse se passe au mieux* ».

- Consultations et échographies

Les dix femmes ont bénéficié d'une consultation par mois tout au long de leur grossesse. Elles ont toutes trouvé cet intervalle adapté, *« une fois par mois, ça suffit »*.

Pour la moitié d'entre elles, le délai était idéal afin de se sentir bien encadré, rassuré et avoir le temps de réfléchir aux éventuelles questions.

Trois femmes nous rappellent les contraintes d'un parcours d'AMP, et leur satisfaction à s'éloigner du milieu médical et de reprendre le cours de leur vie : *« on passe tellement de temps en AMP, qu'après on en a marre de voir des médecins »*.

Cinq patientes ont bénéficié des trois échographies recommandées. Quatre d'entre elles n'ont pas ressenti le besoin d'en faire plus : *« on anticipait de la voir, ça nous permettait de bien voir son évolution », « c'était suffisant, je le sentais bouger cela me rassurait ! Et de toute façon à l'écho nous les parents, on le voit pas trop bien »*.

A l'inverse, une de ces femmes a manifesté son regret de ne pas avoir eu plus d'échographie au début de la grossesse : *« je n'aurais pas été contre une ou deux de plus en début de grossesse, pour qu'on s'assure que tout aille bien »*.

Les cinq autres femmes ont bénéficié d'une échographie tous les mois, pour deux de ces femmes il s'agissait de la pratique courante de leur gynécologue obstétricien : *« Mon gynécologue me faisait une échographie à chaque consultation. C'était ce qu'il faisait pour toutes ses patientes, mais avec mon mari on ne s'en plaignait pas, c'était à chaque fois un grand moment d'émotion d'entendre le cœur de notre bébé »*.

Pour les trois autres, c'était une demande personnelle. Dans le discours de ces femmes, on retrouve un besoin de s'assurer de la bonne évolution de la grossesse et de l'absence de malformations fœtales : *« j'avais toujours peur de la fausse couche, que quelque chose ne soit pas normal. J'avais besoin de savoir que le bébé allait bien, que je n'allais pas mettre au monde un bébé malformé comme j'avais de mauvais ovocytes et mon mari de mauvais spermatozoïdes »*.

« On avait besoin de l'échographie pour que la grossesse devienne réelle ».

La majorité des femmes a déclaré se rendre aux échographies accompagnée de leur conjoint. Pour cinq d'entre elles, les conjoints étaient également présents lors des consultations.

- **Entretien prénatal individuel (EPI) et séances de préparation à la naissance**

Quatre femmes déclarent avoir participé à un EPI. Pour deux de ces femmes, il a été proposé par la sage femme assurant leur suivi de grossesse, et a été très apprécié par les femmes : *« ça nous faisait une pause pour discuter, poser des questions à la sage-femme »*.

Pour une autre femme, l'EPI lui a été proposé par la sage femme contactée pour les séances de préparation à la naissance.

Enfin, pour la troisième femme, il a été réalisé par la sage femme de PMI, et n'a pas du tout été apprécié : *« elle m'a mis des angoisses je vous raconte même pas. Elle a déballé tout ce qui pouvait se passer pendant une grossesse, mais vraiment tout et n'importe quoi »*.

Deux femmes n'ont pas ressenti d'utilité à réaliser un EPI, et les quatre dernières ignoraient de quoi il s'agissait.

Sept femmes ont assisté à des séances de préparation à la naissance. Pour six d'entre elles, il s'agissait de séances classiques. Chacune d'elle a été satisfaite de cet accompagnement et ne regrette pas leur participation : *« ça m'a beaucoup apporté, avec le groupe on parlait de tous nos petits soucis », « j'y ai appris plein de choses, la sage-femme était très douce et très gentille », « avec mon mari, on avait plein de questions et d'inquiétude alors il n'était pas question de louper ces séances »*.

Une couple a suivi des séances d'haptonomie, la femme nous confie : *« sur le moment c'était bien, mais à l'accouchement ça ne m'a pas aidé du tout. Avec le recul je prendrai plus de cours d'accouchement pour apprendre à respirer. Mais c'est agréable pendant la grossesse, ça faisait participer le papa en plus, c'est pour ça qu'on avait choisi ces séances »*.

Trois femmes ont déclaré ne pas voir d'utilité à se rendre à ces séances.

2.12- La prise en charge de la naissance

Huit femmes ont accouché par voie basse à terme. Cinq d'entre-elles ont accouché sous péridurale, quatre suite à un travail spontané, une à la suite d'un déclenchement, une autre a bénéficié d'une aide instrumentale (ventouse).

Les trois autres femmes ont accouché normalement et sans péridurale. Elles disent avoir voulu « *accoucher naturellement* ».

Elles manifestent une volonté de démedicaliser leur accouchement, à contrario de leur parcours d'AMP : « *après tous ces traitements j'ai voulu éviter tout ce qui était médical, donc pas de péri, ni d'épisiotomie. Ce fut sportif, mais c'était une très belle aventure* ».

« *C'était génial, je suis arrivée à la maternité à 5cm. Ils m'ont dit que j'avais fait le plus gros à la maison, et c'était ce que je voulais : ne pas céder à la péridurale. La sage-femme l'a bien compris, alors elle m'a proposé le bain, j'ai fini par accoucher sans péri 2h après* ».

Globalement, ces huit femmes révèlent être satisfaites par le déroulement et la prise en charge de leur accouchement : « *équipe très compréhensive* », « *réconfortante* », « *un accouchement de rêve* ».

Deux femmes ont accouché suite à une césarienne en urgence sous rachianesthésie, l'une s'est déroulée à terme suite à des altérations du rythme cardiaque fœtal, et l'autre à 35SA suite à une rupture prématurée des membranes avec un fœtus en présentation transverse. Ces femmes reprochent à l'équipe, le manque d'information sur l'évolution du travail, donc un manque de dialogue. Une autre a eu le sentiment d'être « *spectatrice* » de son propre accouchement.

Les dix femmes ont ressenti une certaine confusion entre appréhension et empressement lors du travail : « *c'était très stressant, mais en même temps on avait tellement envie de voir mon bébé* ».

Quatre femmes déclarent avoir parlé de leur parcours à la sage-femme de salle de naissance, selon elles c'était une nécessité afin que l'équipe médicale comprenne leurs inquiétudes et les prenne mieux en charge : « *on leur a expliqué notre parcours pour qu'ils comprennent nos inquiétudes, et du coup elles ont été très présentes et nous ont tout expliqué au fur et à mesure* ».

Les six autres femmes n'ont pas éprouvé le besoin d'évoquer leur parcours : « *j'étais une femme en travail normal* ».

2.13- La rencontre avec le bébé

Neuf femmes ont pu voir leur enfant dès la naissance. La majorité d'entre elles exprime une joie immense et un vif soulagement : « *dès que je l'ai vu, j'ai fait que pleurer, de joie, de soulagement. Après tout ça c'était un vrai lâcher prise. En plus c'était un tel soulagement de voir qu'il allait bien* ».

« *C'était vraiment un moment magique quand on l'a mis sur moi, Il était très éveillé, on était tout content car on ne savait pas que dès la naissance il pouvait être aussi éveillé* ».

« *Mon Dieu, c'était génial, c'est même moi qui l'ai sorti, j'ai adoré que la sage-femme me le propose. Mon mari a coupé le cordon, nous avons tous les deux participé, nous étions ravis*».

La plupart des femmes exprime un sentiment d'aboutissement : « *la boucle est bouclée* ».

Trois mères confient que c'est à la naissance qu'elles ont vraiment réalisé qu'elles allaient avoir un enfant : « *je crois que c'est à ce moment là que je me suis dit que j'avais vraiment un bébé ! Avant je n'arrivais toujours pas à y croire* ».

« *Je crois que c'était le moment le plus exceptionnel de ma vie, à l'annonce de la grossesse, bien sûr on était content, mais il pouvait encore se passer tellement de choses, quand je l'ai eu sur moi c'était concret, c'était vrai* ».

2.14- Les souvenirs de ce parcours...

Six femmes pensent à leur parcours positivement, elles nous confient : « *franchement on n'en garde pas un mauvais souvenir, on y pense de temps en temps surtout parce qu'il y a encore des embryons qui nous attendent* ».

« *Cela a été plusieurs années de galère dans notre vie pour aboutir à notre plus grand bonheur*».

« Quand je regarde le petit, je me dis pas « tiens on l'a fait par FIV », c'est juste notre bébé. Alors même si c'est dur sur le moment ça vaut vraiment le coup ».

« On a beaucoup appris de cette expérience et nous en sortons plus unis que jamais, mais cette fois nous sommes trois ».

L'idée de ne pas abandonner, ainsi que l'obstination sont très présentes dans le récit de ces femmes, l'une d'entre elles nous dit : *« ce qui ressort c'est l'acharnement, je me suis accrochée à l'envie de tomber enceinte pendant des années et des années, même s'il y a eu des périodes où j'ai perdu espoir, et aujourd'hui, je mesure à quel point on a eu raison de continuer ».*

Trois femmes avouent à quel point ce parcours les a marquées, et comme il est encore difficile à accepter aujourd'hui. Une d'elles nous raconte : *« on ne peut pas oublier. Cela a abouti à plus que du positif, si cela m'était arrivé il y a 35 ans, il ne serait pas la ! Mais, toute ma vie restera marquée par ce parcours ».*

Une femme déclare qu'elle et son mari refusent de penser à cette période de leur vie : *« on ne veut pas y penser, on l'occulte car c'est une période où on a beaucoup souffert, ça ne me plaît pas de devoir revenir dessus ».*

2.15- Se relancer dans cette aventure

Huit femmes déclarent qu'elles se lanceront une nouvelle fois dans un parcours d'AMP.

Parmi celles-ci trois possèdent encore des embryons congelés, les cinq autres devront redémarrer tout le processus. En revanche, une des femmes déclare : *« si on n'avait pas d'embryons je ne pense pas qu'on recommencerait, c'était trop contraignant, l'attente et les déceptions trop dures à vivre ».*

Deux femmes disent ne pas y avoir réfléchi encore : *« on a le temps d'y penser, il est encore petit ».*

Après l'exposé de nos résultats, nous allons, dans une dernière partie, en faire l'analyse.

Troisième partie : Discussion

Chapitre 1 : L'infertilité

1.1- La découverte de l'infertilité

L'annonce de l'infertilité est un choc pour les femmes, il vient bouleverser leurs projets de vie, d'enfant et parfois même leur identité. Se lancer dans l'aventure de l'AMP revient à confier à d'autres le soin de mener à bien une démarche habituellement confidentielle. Grâce à notre étude, nous remarquons la difficulté des femmes à reconnaître leur infertilité et à accepter la FIV. L'ensemble des femmes interviewées a exprimé divers sentiments : incrédulité, déception, impuissance, perte de courage, espoir. L'idée d'injustice est aussi récurrente dans leur discours.

Nous remarquons également l'expression d'une incompréhension, qui apparaît d'autant plus forte chez la femme dont l'étiologie de l'infertilité reste inexpliquée. Ceci se comprend aisément. Nous avons remarqué que la découverte de la cause de leur infertilité a permis à ces femmes de s'investir dans une vision plus concrète. Elles cherchent à remédier à la situation et à lutter contre la souffrance.

En effet, une fois le diagnostic posé, les femmes ressentent un empressement à commencer les traitements. Ce sentiment d'urgence semble d'autant plus important dès lors qu'elles se trouvent confrontées à d'autres grossesses et maternités dans leur entourage.

Ces constatations nous laissent penser que notre hypothèse de départ selon laquelle l'acceptation de l'infertilité passe par les étapes du deuil n'est pas toujours confirmée. Une seule femme interrogée a témoigné ne pas avoir démarré le protocole d'AMP après l'annonce d'infertilité, mais s'être accordée un temps de réflexion pour accepter la situation. Toutes les autres femmes ont manifesté du désarroi face au diagnostic, suivi immédiatement d'espoir devant la possibilité de prise en charge médicale. Nous remarquons que le choix de s'engager en AMP, c'est passer à l'action afin de faire face à un profond sentiment d'impuissance à enfanter.

Cependant, il est bon de s'interroger et de voir s'il ne s'agit pas de précipitation pour certaines femmes, car la lourdeur des traitements mériterait une réflexion et une bonne adhésion de la part des couples.

Nous tenons à rappeler que dans la partie théorique de ce travail, nous avons vu que l'AMP, tout comme l'accès à la contraception, s'intègrent dans un dispositif général, qui veut qu'aujourd'hui un couple ait le sentiment couple qu'il peut avoir un enfant quand il le désire. De ce fait, l'urgence à combler ce désir d'enfant n'est pas seulement retrouvée chez les femmes consultant en vue d'une FIV.

Notons également que les femmes pour qui une infertilité d'origine féminine a été diagnostiquée, ont exprimé un sentiment de culpabilité. Ce sont également ces femmes qui manifestent l'empressement le plus important à débiter les démarches de FIV. Nous pensons, que cela peut confirmer l'idée que c'est un moyen de lutte contre la souffrance pour elles, mais aussi de lutte contre la peur de perdre leur conjoint et de leur statut féminin.

1.2- Le parcours de FIV

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, une longue durée de vie précède le lancement de la FIV, correspondant à une succession d'étapes : attente, examens d'infertilité, premiers traitements éventuels précédant la FIV. Nous remarquons que cette période n'est pas sans conséquence sur l'état psychologique et physique de la femme. En effet, à travers leur récit, les femmes nous semblent aborder la FIV dans un état général de lassitude, mêlé à un espoir de grossesse.

Les dix femmes que nous avons rencontrées lors des entretiens ont toutes manifesté un niveau d'anxiété important. Elles évaluent le traitement par FIV très stressant et fatiguant tant moralement que physiquement. Nous pouvons fort bien comprendre ces sentiments. La FIV constitue un processus médical relativement lourd pour le couple qui l'entreprend, notamment pour la femme qui vit une large partie des traitements dans son corps.

- Toutes les femmes ont évoqué les contraintes liées aux traitements. Au quotidien, la FIV bouleverse différents aspects de l'existence. Plusieurs femmes ont évoqué les modifications de leur rythme de vie engendrées par la prise en

charge en AMP. La gestion de l'emploi du temps au travail constitue l'essentielle difficulté dont témoignent les femmes. Elles doivent en effet, se rendre aux consultations d'AMP, aux échographies et dosages hormonaux de contrôle. Il leur faut aussi gérer la distance géographique les séparant du centre ou du laboratoire assurant le suivi du protocole. La stimulation de l'ovulation nécessite des injections pluriquotidiennes qui bouleversent aussi leur vie.

- De leur point de vue, la stimulation ovarienne et la ponction ovocytaire sont deux étapes de leur parcours qui ont été génératrices de douleurs. Nous pouvons comprendre la pénibilité que représentent les injections pour les femmes. Tout d'abord, l'acte d'injecter peut en lui-même provoquer une légère douleur localisée. De plus, la douleur peut aussi s'expliquer du fait que le but de la stimulation de l'ovulation est de produire plusieurs ovocytes, alors que lors d'un cycle normal, un seul est produit. La ponction ovocytaire qui consiste à aspirer du liquide folliculaire situé dans les ovaires, implique d'entrer en contact avec ces derniers. Ce contact peut provoquer une douleur. Nous remarquons que les femmes n'oublient pas la pénibilité de cette étape, mais ont tendance à relativiser la douleur physique qui, selon elles, leur a permis d'atteindre leur but.
- Plusieurs périodes d'attentes ponctuent le processus de FIV : l'attente d'une grossesse avant de décider de consulter, durant la phase in vitro, le couple est dans l'attente des résultats concernant le nombre d'embryons ; il y a aussi l'attente des résultats concernant une éventuelle grossesse. Il ressort des différents témoignages que l'étape la plus difficile à vivre est celle qui suit le transfert embryonnaire. Une fois les phases actives de la FIV terminées, la femme se retrouve dans une période d'attente inévitable, pendant laquelle elle est confrontée à un manque de contrôle et doit affronter l'incertitude d'être enceinte.
- La moitié des femmes a aussi évoqué ses difficultés à faire face aux échecs de l'AMP. Les femmes décrivent « une fin temporaire à l'espoir d'enfant ». Durant cette période la tension émotionnelle est très forte, et l'échec les précipite dans un profond sentiment de désespoir, de tristesse, voire de colère.

Deux des femmes interrogées ont exprimé une grande confiance dans les techniques d'AMP, qui constituaient pour elles une solution à leurs problèmes, nous remarquons que l'acceptation de l'échec chez celles-ci a été particulièrement pénible. Ainsi, l'échec semble compliqué à appréhender chez les couples voyant la FIV comme une solution miracle. Nous remarquons également que chez certaines femmes un sentiment de culpabilité est apparu suite à l'échec. Ces femmes nous ont semblé remettre en question leur capacité de réussite. Ce sentiment a été observé chez celles dont l'origine de l'infertilité est variée.

Aucune femme rencontrée n'a manifesté de rancune envers son conjoint, cela même lorsque l'infertilité est le fait exclusif de ce partenaire.

Il nous a semblé important de souligner à quel point nous avons été frappés par le courage et la détermination de la majorité des femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenus, cela malgré les espoirs successifs à chaque fois contrariés.

Ces éléments nous permettent d'aboutir à la conclusion que lors d'un parcours de FIV, les femmes sont soumises à de rudes épreuves : dans leur corps, leur mental et leur volonté. Elles font face à la colère, l'injustice, la peur, la déception, la douleur mais aussi l'impatience, la joie, l'espoir... Cette perpétuelle alternance d'émotions positives et négatives est déstabilisante pour elles et explique le fort sentiment d'anxiété décrit. Ainsi, nous pensons que l'hypothèse selon laquelle les traitements en AMP influent sur le moral des femmes est confirmée.

1.3- L'entourage pendant la FIV

- **Les relations au sein du couple**

La moitié des femmes interrogées déclare que leur parcours de FIV fut accompagné de tensions dans leur couple, il leur a semblé « malmené ». Nous pensons que les craintes, les interrogations, la fatigue et les baisses de moral que l'on retrouve durant tout le protocole influencent la vie de couple. Selon nous, les deux partenaires devront tant que possible, dialoguer, exprimer leur ressenti, pour continuer à aller de l'avant.

- **Les relations avec l'entourage**

Dans plus de la moitié des témoignages recueillis, l'entourage familial et amical occupe une place déterminante auprès de la femme. Pour ces femmes, l'entourage semble être une source de réconfort et de soutien. L'important, pour elles, est de ne pas rompre la communication avec l'extérieur.

Deux femmes ont malgré tout exprimé de la solitude dans le vécu de leur tentative. Celle-ci peut être expliquée par le fait que la FIV touche à la sphère privée du couple, à sa sexualité et à sa reproduction. Selon nous, cela peut provoquer un malaise auprès de l'entourage, il peut se sentir désarmé, aboutissant à une communication moins facile, voire à une incompréhension. Il ne faut pas oublier que l'entourage est dans l'impossibilité de se mettre à la place du couple.

La femme se confronte à travers ses proches à la grossesse et à la naissance; on peut alors comprendre l'impact douloureux pour elle de les côtoyer. Elle peut chercher à se replier sur elle-même, d'où ce sentiment de solitude.

Quatre femmes n'ont pas souhaité parler de leur parcours. Trois d'entre elles l'ont évoqué seulement après la découverte de la grossesse. Elles ont expliqué le souhait de vouloir éviter à faire face au jugement qui pourrait découler de la découverte par l'entourage. En partant du fait où chaque individu est doté d'une palette de réactions différentes pour une même situation, en fonction de son histoire personnelle ou encore de ses croyances, nous comprenons les réticences de ces femmes.

Une femme a justement évoqué son incapacité de parler un jour de son parcours de FIV avec qui que ce soit de son entourage. Elle explique que pour des raisons idéologiques ce parcours a été très difficile pour elle et son mari, et qu'il ne sera jamais accepté et compris par ses proches.

- **Les relations avec l'équipe d'AMP**

La majorité des femmes nous confie être satisfaite de l'accompagnement qu'elle a reçu de l'équipe du centre d'AMP. L'accueil, ainsi que le professionnalisme du personnel ont été soulignés à plusieurs reprises.

Trois femmes se sont plaintes d'un manque d'intimité lors des différentes étapes de leur parcours. Elles reprochent aux personnels le manque de discrétion concernant leur identité et regrettent le fait d'avoir dû brider leurs réactions face à certaines situations, du fait de la présence de nombreuses personnes autour d'elles. Cette réaction peut se comprendre. Comme nous l'avons évoqué précédemment la FIV n'est pas un acte anodin, elle renvoie au domaine intime du couple, de ce fait elle peut entraîner gêne et tabou. De plus, c'est un moment important pour le couple, qui peut ressentir des difficultés à s'exprimer sur son vécu, ou à manifester des gestes de tendresse l'un envers l'autre.

La majorité des femmes expriment leur satisfaction devant les informations apportées par l'équipe médicale au cours de leur parcours. Les femmes ressentent le besoin de comprendre et d'être actrices de leur prise en charge. A travers leur discours, nous comprenons que le soutien et l'apport d'informations de la part de l'équipe participent à l'amélioration du vécu. Il nous semble qu'il est nécessaire de dispenser une information claire et précise afin de les armer au mieux avant de débiter les traitements. Dans la première partie de ce travail, nous abordions la place de la sage-femme en AMP ; nous pouvons ici confirmer son rôle dans l'accompagnement des couples : ils trouvent en elle les réponses à leurs interrogations et une écoute bienveillante.

Chapitre 2 : La grossesse

Lors de la découverte de leur grossesse, les femmes vivent un moment de bonheur et de joie.

Nous constatons que quatre femmes ont annoncé leur grossesse juste après l'avoir découverte elles-mêmes, celles-ci avaient également partagé le vécu de leur parcours d'infertilité avec leurs proches. Elles expriment une envie de mettre en commun leur bonheur avec les personnes ayant eu connaissance de leur passé.

La peur semble être également présente durant cette période, notamment la peur que la grossesse ne s'interrompe. Nous constatons que six des femmes rencontrées ont annoncé à leur entourage qu'elles étaient enceintes après avoir passé le 3^{ème} mois de gestation. Trois de ces femmes ont un antécédent de grossesse arrêtée précocement, c'est elles aussi qui font l'annonce le plus tardivement (au 4^{ème} et au 5^{ème} mois). Nous observons une vigilance particulière de la part des femmes qui ont déjà vécu cet évènement.

Elles évoquent toutes une anxiété importante face au risque de fausse couche. Ainsi, il nous semble que la grossesse est marquée par une ambivalence entre la joie du succès de la conception et la crainte des complications qui ne permettraient pas qu'elle aboutisse à son terme. Cohabite la joie due au succès de la conception, et la crainte que cette grossesse n'aboutisse pas.

Passé le troisième mois de grossesse l'anxiété diminue chez la majorité des femmes. En revanche, deux femmes témoignent avoir vécu cette angoisse de le perdre jusqu'à la naissance de bébé. Cet enfant qu'elles portent, apparaît après des années d'attente. Ces femmes ont vécu par une succession d'espoir et de déception, qui nous permettent de comprendre leur l'attitude d'hyper vigilance.

Du fait de ce climat d'anxiété, nous sommes étonnés de constater que seul deux des femmes interrogées (dont une présente un antécédent de fausse couche) déclarent avoir consulté en urgence auprès de la personne assurant leur suivi ou à l'UGO.

Nous remarquons globalement un retard dans l'investissement de la grossesse, confirmant notre troisième hypothèse de travail. Les femmes semblent ne pas s'autoriser

à y croire. La phrase « on n'y croyait pas » est d'ailleurs fréquente dans leur récit. Il nous semble que la plupart des femmes ont besoin de se rassurer sur la bonne évolution de la grossesse avant de pleinement se réjouir de celle-ci, nous constatons qu'un élément y participe : l'échographie fœtale.

Les femmes présentent l'image échographique comme la preuve de l'existence de l'enfant. Ainsi, la visualisation du fœtus semble permettre une mise en relation avec les parents. Après le premier trimestre, les femmes mettent en balance le toucher, l'échographie est relativisée par le ressenti des mouvements fœtaux. Ceci nous amène à supposer que les femmes recherchent encore une fois à se rassurer sur la présence de leur enfant. L'échographie reste un grand moment d'émotion, qui rassure les femmes sur la bonne vitalité et la bonne croissance du fœtus.

Dans notre étude, cinq femmes ont bénéficié des trois échographies recommandées et les cinq autres d'une échographie mensuelle. Nous constatons que ce ressenti de l'échographie est le même pour toutes. En revanche, dans le groupe de femmes ayant fait la demande d'une échographie mensuelle, nous retrouvons celles qui manifestent une crainte importante de la fausse couche.

L'ensemble de ces éléments nous amènent à penser que pour une majorité de femmes que nous avons rencontrées, être enceinte a été une période d'inquiétude. Nous avons développé précédemment l'idée que le parcours d'AMP est vécu comme stressant, nous observons que ces sentiments d'anxiété et de peur de l'échec ressentis au cours du suivi en AMP persistent après l'annonce de la grossesse. Le bien être du fœtus et les possibles difficultés de la grossesse créent de l'anxiété. Après leur parcours d'infertilité, ces craintes sont difficiles à supporter, du fait que l'enfant a été idéalisé pendant plusieurs années. Notre quatrième hypothèse de travail est donc confirmée.

Nous observons cependant que toutes les femmes ont été satisfaites de l'intervalle d'un mois entre chaque consultation du suivi de grossesse. Les femmes manifestent le souhait d'une prise en charge classique de leur grossesse, elles se considèrent elles-mêmes comme « *des femmes enceintes normales* ». Trois femmes expriment même leur besoin de s'éloigner du milieu médical. Ceci nous a, de prime abord, semblé contradictoire avec les craintes du début de grossesse ; mais après réflexion, nous pensons que c'est une façon pour elles de rattraper le temps perdu quant à l'investissement de la grossesse, et

de se projeter avec leur enfant en dehors du contexte médical. Ces femmes cherchent à s'approprier leur grossesse.

Ainsi, pour la plupart des femmes que nous avons rencontrées, la grossesse est perçue comme normale. Ce sentiment ne semble pas être partagé par deux d'entre elles, qui nous confient leur crainte d'avoir un enfant malformé ; elles se justifient en évoquant les anomalies des gamètes diagnostiquées dans leur couple. Elles expriment aussi la peur d'avoir une grossesse difficile dans la continuité de ce qu'a été leur parcours. Il nous semble que ces femmes présentent une diminution de l'estime de soi persistante au cours de la grossesse. Leur réaction illustre le propos que nous développons dans la partie théorique : le dysfonctionnement des organes génitaux représente une importante atteinte narcissique.

Nous avons émis l'hypothèse que les couples éprouvent des difficultés à quitter l'accompagnement personnalisé du centre d'AMP, afin de rejoindre un suivi de grossesse classique. Celle-ci ne semble pas se vérifier pour chacune des femmes. La réussite d'une tentative entraîne la cessation du suivi du couple par l'équipe d'AMP. Il n'y a plus d'obligation qui les lie au centre. Pour sept femmes, la transition s'est bien déroulée, elle symbolise le franchissement d'une nouvelle étape vers l'aboutissement de leur projet d'enfant. Trois femmes ont exprimé un sentiment d'abandon par le centre, parmi celles-ci nous retrouvons les deux femmes insatisfaites par leur gynécologue. D'après leurs discours, nous observons que ces femmes se sentent en confiance auprès de l'équipe car celle-ci avait connaissance de leur parcours, de sorte qu'elles émettent le souhait d'une continuité du suivi pendant la grossesse. L'anxiété ressentie par les femmes, nous semble atténuée lorsque la personne les prenant en charge a connaissance des difficultés qu'elles ont ressenties. Après avoir été rassurées, elles se disent satisfaites de leur suivi de grossesse.

Les résultats de l'étude nous montrent que sept femmes ont suivi des séances de préparation à la naissance, et quatre d'entre elles ont également réalisées l'EPI. Elles ont toutes été satisfaites de cet accompagnement, et ont souligné la disponibilité et la compréhension des sages femmes animant ces séances. Ces femmes nous semblent vouloir être actrices de leur grossesse et de leur accouchement, elles sont à la recherche d'une maîtrise de leur vie. Au cours de leur parcours de FIV, elles ont dû s'en remettre à

une équipe médicale pour mener à bien les tentatives ; une fois libérées des contraintes de l'AMP et rassurées sur la bonne évolution de la grossesse, les femmes cherchent à compenser le manque d'investissement qu'elles ont pu ressentir.

Nous constatons que le parcours de FIV laisse son empreinte sur le vécu de la grossesse. Nous allons maintenant nous intéresser au vécu de l'accouchement.

Chapitre 3 : La naissance

3.1- l'accouchement

Pour six femmes, l'accouchement s'est déroulé de façon satisfaisante. Le fait que la grossesse soit issue d'une FIV n'afflue pas dans l'appréhension de cet évènement. Il nous semble que, même si la grossesse est originaire d'une FIV, celle-ci ne joue aucun rôle dans l'attitude de ces femmes. Elles nous confient d'ailleurs ne pas avoir ressenti le besoin d'évoquer leur parcours avec l'équipe les prenant en charge en salle de naissance.

Quatre femmes ont eu plus de difficultés à se détacher de la particularité qui a marqué la conception de leur enfant. Elles ont témoigné la nécessité d'en parler avec l'équipe. Nous constatons que ces femmes manifestaient déjà une forte anxiété au cours de leur parcours de FIV et de leur grossesse. Elles ressentent peu de confiance en elles, nous observons qu'elles cherchent à s'assurer que l'équipe comprenne et prenne au mieux en charge leurs inquiétudes. La place de la sage-femme, grâce à ses compétences médicales et sa capacité d'écoute, est une présence rassurante pour les couples.

Nous évoquions précédemment le souhait de certaines des femmes à démedicaliser leur grossesse. Celles-ci ont également souhaité une prise en charge naturelle de leur accouchement. Ces femmes nous semblent rechercher une approche plus physiologique, s'éloignant encore de la technicité entourant la conception. Nous remarquons que ce sont des femmes pour qui les séances de préparation à la naissance étaient indispensables. Elles ont cherché à affiner leurs connaissances, afin de renforcer leur confiance pour mener à bien ce projet, nous pensons que ces femmes ont cherché à se réapproprier l'instant présent. Dans ce groupe, nous retrouvons les deux femmes ayant fait suivre leur grossesse par une sage-femme, nous pensons qu'il s'agit encore d'une volonté de rester dans la physiologie.

A travers leur discours, nous observons que pour chaque femme la naissance de leur enfant est vécue comme un moment de transition importante dans leur vie, et qu'elle amène un sentiment d'accomplissement. Par simple bonheur de tenir enfin leur enfant

dans leurs bras ou encore par envie de se rassurer sur sa bonne santé et sa sécurité, les femmes que nous avons rencontrées attendent avec empressement de rencontrer leur enfant.

3.2- La rencontre

Toutes les femmes expriment leur joie et leur soulagement après la naissance. Elles semblent toutes savourer cet instant et nous confient ressentir un moment de plénitude.

Les deux femmes qui ont témoigné d'une forte inquiétude tout au long de la grossesse, nous ont confié que ce n'est qu'à la naissance qu'elles ont réalisé avoir un enfant. Selon nous, c'était une manière pour ces mères de se protéger de la souffrance qu'aurait occasionnée la perte.

Ce parcours reste gravé dans la mémoire des femmes, beaucoup nous ont dit s'en souvenir de façon positive. Ces femmes semblent garder à l'esprit qu'elles auraient pu ne jamais être enceintes. Pour d'autres, le parcours est encore difficile à accepter, et malgré la présence de leur enfant, ressentent de l'injustice. Finalement, nous remarquons que chaque parcours reste inscrit dans les mémoires. L'AMP laisse son empreinte à plus long terme, durant la grossesse et aussi après la naissance.

A partir des entretiens que nous avons menés, nous allons maintenant émettre des propositions de prise en charge.

Chapitre 4 : Propositions de prise en charge

- **Instaurer un groupe de parole**

Comme nous l'avons vu, quand le désir d'enfant est contrarié, la découverte de l'infertilité, puis les traitements et les incertitudes entraînent des émotions et des réflexions parfois difficiles. De plus, nous avons constaté que certaines femmes ressentent de la solitude au cours des tentatives. L'entourage, qui n'est pas confronté à ce parcours, peut avoir des difficultés à le comprendre. Il serait bénéfique d'organiser des groupes de parole. Cela permettrait aux femmes de rencontrer d'autres couples vivant la même situation, ils pourraient ainsi échanger sur leurs ressentis et leurs vécus. Notre but serait d'offrir aux couples un espace d'écoute et d'expression, où la parole peut être posée et entendue. Il serait bénéfique d'offrir à tous les couples le choix de réaliser cette démarche.

Cette étude démontre la dimension émotionnelle de la FIV, elle nous a permis de réfléchir à la manière d'intégrer cela dans la prise en charge des femmes. Ces groupes seraient donc articulés autour d'une sage femme et d'une psychologue. Ce duo est à même d'écouter et de comprendre la souffrance des couples, il peut aussi répondre aux interrogations.

La sage-femme devient le chaînon manquant pour les femmes, elle est le vecteur de l'information auprès des couples. Elle symbolise également l'accès à la maternité, ce qui leur permet de se projeter positivement dans leur parcours.

En cas de nécessité ou sur demande de leur part, les couples pourront être orientés vers une prise en charge individuelle.

- **Orienter vers la médecine complémentaire [42] [43]**

Selon la définition de l'OMS, les thérapies complémentaires « *se rapportent aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé* ».

Après s'être formée, la sage-femme peut donner accès aux couples à certaines de ces pratiques. Celles-ci, utilisées conjointement à la médecine conventionnelle, peuvent

apporter des bienfaits et optimiser la chance des couples de concevoir un enfant. On retrouve généralement des pratiques qui ont une approche différente du corps, en le considérant dans sa globalité.

Nous allons évoquer certaines de ces pratiques tout en retenant que cette liste n'est pas exhaustive.

- L'acupuncture peut, grâce à son action équilibrante et relaxante, produire des effets bénéfiques sur le bien être et la confiance des femmes. Nous évoquons précédemment le climat anxieux dans lequel vivaient les femmes tout au long de leur projet d'enfant. A ce titre l'acupuncture peut constituer une idée judicieuse d'aide et de soutien.
- L'homéopathie peut aussi être employée dans le cadre d'une infertilité. Chez les femmes, elle pourrait aider à réguler les cycles menstruels, ainsi qu'améliorer la qualité de la glaire cervicale. L'équilibre hormonal étant lié au psychisme, un traitement homéopathique en fonction de la personnalité de la femme peut également être prescrit en complément. Chez l'homme des traitements existent afin d'améliorer la qualité du sperme.
- L'ostéopathie est une thérapeutique manuelle fondée sur les manipulations osseuses ou musculaires. L'ostéopathe ausculte tout particulièrement le bassin, le sacrum, le coccyx, les hanches, les viscères, le diaphragme ; mais aussi la colonne vertébrale directement liée au bassin. Il s'intéresse enfin au crâne, car il renferme des glandes endocrines qui sécrètent des hormones indispensables à la fertilité. Ainsi, il travaille à lever certains obstacles pouvant gêner la fertilité.
- La phytothérapie est fondée sur les vertus thérapeutiques des plantes et les principes actifs naturels. La phytothérapie peut, par exemple, aider à stopper la croissance des fibromes et rétablir l'équilibre hormonal.
- La sophrologie permet des moments de relaxation lors desquels les femmes pourront évacuer les tensions physiques et mentales.

- Favoriser l'anonymat des couples au centre d'AMP

Certaines femmes ont estimé qu'il existait un défaut dans le respect de leur anonymat et de leur intimité au cours de leur prise en charge en AMP. Elles reprochent principalement que leur nom soit divulgué à l'ensemble des personnes présentes dans la salle d'attente lors de l'appel pour les consultations. Nous avons pensé qu'il serait possible de mettre en place un système avec les photographies des couples, afin d'éviter de les appeler nominativement.

- Proposer le suivi de grossesse par une sage-femme

Nous avons remarqué la volonté des femmes à démedicaliser leur grossesse, le suivi de celle-ci par une sage-femme peut être la solution. La sage-femme, professionnel de la physiologie, témoigne d'une grossesse qui se passe bien. Cela peut être un élément rassurant pour les femmes.

Si la grossesse est suivie par un gynécologue-obstétricien, la sage-femme peut l'épauler en effectuant l'EPI et les séances de préparations à la naissance.

- Systématiser l'entretien prénatal individuel

Au cours de notre travail, nous avons constaté que l'annonce de cette grossesse tant désirée est vécue par les femmes avec autant de joie que d'anxiété, surtout au cours du 1^{er} trimestre. Nous pensons que l'EPI, réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance, peut être un élément de soutien bénéfique à proposer à toutes les femmes. C'est en effet un temps d'échanges et d'écoute, pendant lequel seules ou accompagnées de leur conjoint, elles peuvent exprimer attentes et craintes.

Pour les mêmes raisons, il faut également encourager la participation aux séances de préparation à la naissance. Elles permettent de dispenser soutien et informations aux couples. Elles évoquent la grossesse, mais aussi le post-partum.

#

#

#

#

#

Conclusion

Conclusion

Grâce aux entretiens que nous avons menés, auprès de primipares ayant eu recours à une FIV, nous constatons qu'outre les contraintes physiques importantes, les techniques d'AMP s'accompagnent souvent de lourdes charges émotionnelles et psychologiques. Certaines femmes apparaissent en souffrance, fragilisées par le vécu de leur infertilité. Les successions d'attente, d'espoir et d'échec influencent leur moral. C'est pourquoi, pendant toute la procédure, leur anxiété a été très éprouvante.

La grossesse est synonyme de moments de joie. Cependant, nous remarquons que celle-ci est teintée d'une anxiété persistante. Précédemment, elle portait sur la réussite de la FIV, à présent elle concerne le bien être de l'enfant et les complications possibles de la grossesse.

De sorte que les femmes ressentent beaucoup d'angoisses quant à leur grossesse, notamment durant le premier trimestre. Au cours de cette période, nous constatons que les femmes ont du mal à s'approprier leur grossesse. Elles semblent chercher à se protéger de la souffrance qu'occasionnerait la perte de leur enfant.

Une fois passé ce délai, les femmes manifestent la volonté d'investir enfin leur grossesse et l'enfant à venir. Ce qui se traduit par une minimisation de la médicalisation de leur suivi.

Cette recherche de démedicalisation s'exprime aussi au cours de l'accouchement. Certaines femmes ont souhaité une approche plus physiologique de la naissance. C'est une façon pour elles de prouver leur part de responsabilité dans l'arrivée de cet enfant.

Ce travail nous a permis de comprendre que le parcours de FIV, bien que conduisant à un grand bonheur grâce à la concrétisation de leur projet de famille, entraîne un bouleversement émotionnel chez les femmes qui l'entreprennent. Il apparaît essentiel d'intégrer cette spécificité dans leur prise en charge. Il nous revient, professionnels et futurs professionnels de santé, d'être attentifs et disponibles pour ces femmes, afin de mieux repérer et accompagner ces moments de difficultés.

De ce fait, le rôle de la sage femme, en complémentarité des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, apparaît capital pour le suivi et le soutien apportés aux couples.

Enfin, pour clôturer ce travail, nous tenions à rappeler que depuis la naissance de Louise Brown en 1978, l'AMP a conduit à une quantité de réflexions et de prises de positions. Plus particulièrement de nos jours, avec les modifications de la structure familiale, la légalisation du mariage pour les couples de même sexe, la gestation pour autrui, le diagnostic pré-implantatoire... De nouveaux débats de société pourront bouleverser les pratiques actuelles.

#

Bibliographie

Bibliographie

[1] R.Frydman, M.Rufo, C.Schilte. *Désir d'enfant*. Edition Marabout – 2005

- [2] **C.Antoine.** *La révolution intérieure.* Edition Larousse – 2007
- [3] **O. Rosenblum.** Gynécologie Obstétrique & Fertilité : *Désir d'enfant : une folle passion.* Volume 35, N°10 – 2007. Pages 1060-1063
- [4] **Amal Abdel- Baki.** *Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement.* Cairn info 2013
- [5] **M.Bydlowski.** *la dette de vie.* Edition PUF – 2002
- [6] **Marie-Jo Thiel.** Revue des Sciences Religieuses : *Du désir d'enfant à l'enfant désiré* Université des Sciences Humaines de Strasbourg, N°1 – 1994. Pages 95-107
- [7] **M.Bydlowski.** *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité.* Edition Odile Jacob – 2000
- [8] **Naïma Boukhalafa Hamdane.** Transmission de vie : *Impact de certaines PMA sur le vécu de la maternité.* N°116 – 2011. Pages 192
- [9] Le guide « grossesse, accueil de l'enfant » à l'attention des professionnels de santé, Ministère de la santé – 2010
- [10] **J.Lansac, F.Guerif.** *L'assistance médicale à la procréation.* Edition Masson – 2005
- [11] **L.Barnéoud.** *La procréation assistée : comprendre vite et mieux.* Edition Belin – 2013
- [12] **P.Granet.** AKOS (Traité de Médecine) : *Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.* Article 3-1362 – 2010
- [13] **C.Dechanet, B.Hedon, J.Belaisch-Allart.** Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction : *Éléments de pronostics de la prise en charge du couple infécond.* N°39 – 2010. Pages 9-26

- [14] <http://www.ameli-sante.fr/sterilite/comment-soigner-la-sterilite.html> (consulté en Décembre 2013)
- [15] **M.Jaoul.** Gynécologie, Obstétrique et Fertilité : *rôle joué par les éléments de filiation dans l'infertilité masculine*. N°35 – 2007. Pages 442-448
- [16] Equipe AMP la sagesse Rennes. Dossier Guide « la fécondation in vitro » – 2012
- [17] <http://www.fivfrance.com> (consulté Novembre 2013)
- [18] <http://www.fiv.fr/protocole-long-fiv/> (consulté en Décembre 2013)
- [19] **Amar-Hoffet, B. Hédon, J. Belaisch-Allart.** Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction : *Place des techniques d'assistance médicale à la procréation*. N°39 – 2010. Pages 88-99
- [20] www.agence-biomedecine.fr/professionnels/rapports-et-etudes.html (consulté Octobre 2013)
- [21] Agence de la biomédecine, Plaquette d'informations « le dispositif d'AMP vigilance ». – 2010
- [22] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_icsi. (consulté le 20 Novembre 2013)
- [23] **C.Ponte.** Vocation sage femme : *Assistance médicale à la procréation, de nouvelles règles de bonnes pratiques*. N°67 – 2008. Pages 38-39
- [24] **L.Ravez.** Ethique & Santé : *Autorité, désir d'enfant et assistance médicale à la procréation*. Volume 6, N°3 – 2009. Pages 142-146
- [25] http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/delai_conception/ (consulté le 8 Décembre 2013)

- [26] <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/l-assistance-medicale-a-la-procreation> (consulté le 8 Décembre 2013)
- [27] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687417&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 28 Décembre 2013)
- [28] http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=65D423277BB53C33D41E7F9CEA548D9C.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000024323102&dateTexte=20131226 (consulté le 28 Décembre 2013)
- [29] **S.Mathieu.** Gynécologie obstétrique et Fertilité : *Faire famille aujourd'hui : une éthique de l'assistance médicale à la procréation.* N°41 – 2013. Pages 532-536
- [30] **M.Segalen.** La documentation française : *De la famille traditionnelle à la famille relationnelle.* – 2013
- [31] **R.Frydman.** *L'art de faire des enfants autrement des enfants comme tout le monde.* Edition Robert Laffont – 1994
- [32] **S.Epelboin.** 42^{ème} journées nationales de la société française de médecine périnatale : *Espoirs et peurs dans la procréation.* 2012
- [33] **P. Gerardin.** La revue Sage-femme : *Réflexions psychopathologiques et psychiatriques sur l'assistance médicale à la procréation.* Volume 10, N°1 – 2011. Pages 14-18
- [34] **C. Dudkiewicz-Sibony.** Gynécologie, Obstétrique et Fertilité : *le deuil de la grossesse.* N°35 – 2007. Pages 27-28

[35] **J.Ohl, F.Reder, A.Fernandez, C.Rongières.** *Gynécologie Obstétrique et Fertilité : Impact de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité.* N°37 – 2009. Pages 25-32

[36] **M.Ibanez.** *Prématurité, émotions et développement à long terme,* Cairn info. – 2005. Pages 93-106

[37] **J. Belaisch-Allart.** *EMC : Grossesses et enfants de l'assistance médicale à la procréation. Références 5-016-B-20.* 2011

[38] **C.Bouet.** *Les sciences humaines et les pratiques qui s'en inspirent : l'expérience d'une sage femme dans la création d'une unité de FIV.* N°32 - 2004. Pages 137-140

[39] **I.Paulard.** *Vocation sage femme : Rôle de la sage femme de l'infertilité au post-partum.* N°99 – 2012. Pages 11

[40] **N.Richard-Guerroudi.** *Profession sage femme : Un portage médical et émotionnel.* N°157 – 2009. Pages 37-39

[41]

http://www.ordresagesfemmes.fr/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/gynecologie_contraception_et_preconception/la_sagefemme_peutelle_exercer_dans_de_centres_de_procreation_medicalelement_assistee_/index.htm (consulté le 6 Janvier 2014)

[42] http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1_fre.pdf?ua=1
(consulté le 7 Mars 2014)

[43] <http://www.fiv.fr/ameliorer-sa-fertilite/medecines-douces-fiv/> (consulté le 2 Mars 2014)

Annexes

ANNEXE I

Les principaux protocoles de stimulation ovarienne

Il existe plusieurs protocoles de stimulation ovarienne. En Fécondation in vitro, deux types sont principalement utilisés: le **protocole long** et le **protocole court**. Les médicaments stimulateurs de l'ovulation utilisés dans les deux cas sont les mêmes. Le choix du meilleur protocole et du dosage idéal est adapté à chaque patiente en fonction de son âge, de l'IMC, du statut ovarien, de son profil endocrinien, de l'indication de la FIV et des éventuelles réponses antérieures.

Voici les principaux :

Protocole long :

Ce protocole, qui est le plus ancien, est utilisé maintenant principalement pour les patientes de plus de 35 ans et/ ou celles qui ont une mauvaise réponse à la stimulation ovarienne.

Protocole long avec agoniste de la LHRH forme journalière :

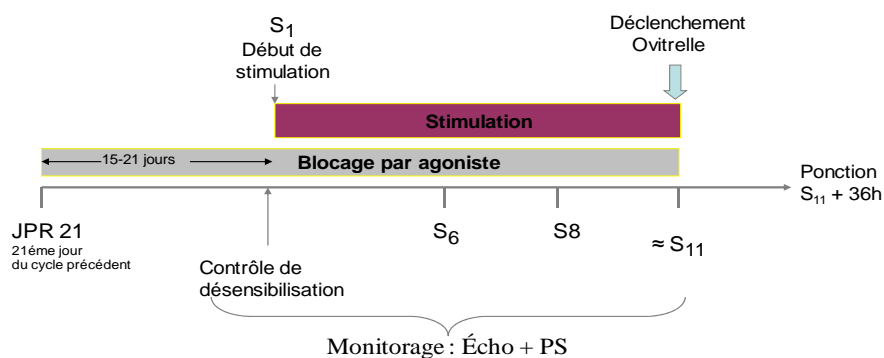


Schéma issu du cours du Dr T.Schweitzer

Ce protocole débute en phase lutéale du cycle précédent celui de la stimulation ovarienne, au 21^{ème} jour d'un cycle de 28 jours.

On démarre par une phase de désensibilisation hypophysaire par les agonistes de la GnRH (Décapeptyl®, Synarel®) qui nécessite une quinzaine de jours. Une fois la désensibilisation hypophysaire acquise, la stimulation ovarienne est débutée, tout en poursuivant l'agoniste jusqu'au moment du déclenchement de l'ovulation. Les injections qui vont permettre de stimuler l'ovaire pour obtenir des follicules de bonne qualité sont des molécules de type FSH, parfois additionnées d'un peu de LH (Puregon®, Gonal F®, Fostimon®, Ménopur®).

Après 6 à 7 jours, on évalue la croissance folliculaire par un bilan échographique et on mesure le niveau sérique d'œstradiol. Le même test est pratiqué tous les 2 à 3 jours. Le but de cette surveillance étroite est d'ajuster les doses d'hormones aux besoins de chaque femme et de contrôler le cours de la stimulation ovarienne. Lorsque la maturité folliculaire est acquise, c'est-à-dire que les follicules ont la bonne taille (> 17mm) et le niveau d'œstradiol est d'environ 150-200pg/ml pour chaque follicule, on induit une décharge ovulante par l'injection d'HCG soit urinaire (HCG 5000) ou recombinante (Ovitrelle 250®) et on organise la ponction des follicules environ 36 heures plus tard.

Protocole long avec agoniste de la LHRH forme retard :

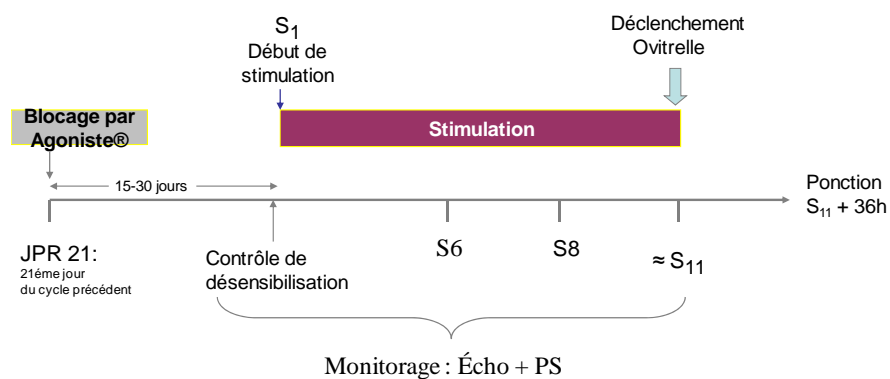


Schéma issu du cours du Dr T.Schweitzer

Le principe est le même que le précédent, sauf que le protocole hypophysaire est ici assuré par une injection unique d'un analogue de la LHRH retard. Ce protocole est particulièrement adapté en cas d'endométriose.

Protocole court :

C'est le protocole souvent utilisé en première intention, car c'est celui qui a le moins d'effets indésirables. Il convient aux patientes normo-ovulantes dont la cause d'infertilité est masculine ou tubaire. Il est également indiqué dans les cas d'ovaires micropolykystiques, car c'est celui qui présente le moins de risque d'hyperstimulation ovarienne.

Protocole court avec antagoniste de la LHRH :

Soit J1 = 1^{er} jour des règles
Et S1 = 1^{er} jour de stimulation

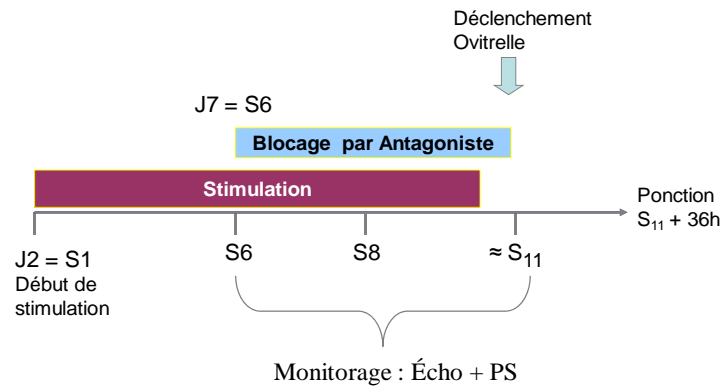


Schéma issu du cours du Dr T.Schweitzer

La stimulation ovarienne débute en début de phase folliculaire, au deuxième jour du cycle. En revanche, contrairement aux agonistes, le blocage hypophysaire se fera par un antagoniste de la GnRH (Cétrotide®, Orgalutran®..), dont l'action est très immédiate. L'antagoniste est introduit en général au 7^{ème} jour du cycle, quand un pic de LH est à craindre. Les résultats échographiques et des mesures d'œstradiol débutent le jour du blocage ovarien. Les résultats des examens détermineront la marche à suivre du protocole, exactement comme avec le protocole long. A la fin du traitement, on déclenchera artificiellement l'ovulation par injection d'HCG.

DECRET

Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation

JORF n°0166 du 19 juillet 2012

Publics concernés : sages-femmes intervenant dans les établissements de santé autorisés à pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation ou exerçant en libéral dans le cadre d'une convention avec un centre d'assistance médicale à la procréation autorisé.

Objet : conditions dans lesquelles les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation.

Notice : l'article 38 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique a complété l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, qui définit le champ de compétence des sages-femmes, pour prévoir qu'elles sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. Le texte définit les activités auxquelles les sages-femmes peuvent participer lorsqu'elles interviennent dans le cadre de la mise en œuvre d'une procédure d'assistance médicale à la procréation : participation aux entretiens particuliers ; information et accompagnement des couples ; au cours de consultations spécifiques, mise en œuvre du protocole de prise en charge établi par le médecin et prescription et suivi des examens nécessaires. En cas de don d'ovocyte, elles peuvent contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse. Elles peuvent également intervenir dans la procédure d'accueil d'embryon par un couple tiers. Lorsqu'elles exercent au sein d'un centre d'assistance médicale à la procréation implanté dans un établissement de santé, elles participent à l'évaluation des activités du centre.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de l'article 38 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011

relative à la bioéthique. Le code de la santé publique modifié par le présent décret peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre, sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé, vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4151-1, décrète :

Article 1

Au chapitre 1er du titre V du livre 1er de la 4e partie du code de la santé publique (partie Réglementaire), il est ajouté une section 6, comportant les articles D. 4151-20 à D. 4151-24, ainsi rédigée :

« Art. D. 4151-20. - Dans les conditions prévues par la présente section, les sages-femmes concourent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon. »

« Elles exercent à ce titre au sein des centres d'assistance médicale à la procréation implantés dans les établissements de santé publics ou privés autorisés à pratiquer ces activités en application de l'article L. 2142-1. »

« Les sages-femmes libérales peuvent également concourir aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation lorsqu'elles interviennent en tant que tiers extérieur dans le cadre des dispositions du 2° de l'article R. 2142-3. »

« Art. D. 4151-21. - Les sages-femmes font partie de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire mentionnée au premier alinéa de l'article L. 2141-10. A ce titre, elles participent aux entretiens particuliers mentionnés à ce même article. »

« Art. D. 4151-22. - Les sages-femmes apportent aux couples les informations et l'accompagnement nécessaires à toutes les étapes de la mise en œuvre de la procédure d'assistance médicale à la procréation, en lien avec les médecins du centre. »

« Avant et pendant la mise en œuvre de cette procédure, les sages-femmes peuvent, au

cours de consultations spécifiques, effectuer les activités suivantes :

- Programmation et mise en œuvre du protocole de prise en charge établi par le médecin pour chaque patiente ;
- Éducation thérapeutique ;
- Prescription et suivi des examens biologiques ;
- Surveillance échographique de la réponse ovarienne au traitement, sous réserve que leur expérience et leur formation dans ce domaine aient été jugées suffisantes par les praticiens d'assistance médicale à la procréation intervenant dans le centre. Les sages-femmes pratiquent les échographies sur prescription d'un médecin et établissent un compte-rendu transmis à ce dernier. »

« Au cours de l'insémination artificielle, du prélèvement d'ovocytes et du transfert d'embryons, les sages-femmes peuvent apporter une collaboration technique aux opérateurs et contribuer à la surveillance postopératoire des patientes. »

« Les sages-femmes participent 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 des nouveau-nés. »

« Art. D. 4151-23. - Les sages-femmes peuvent contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse d'ovocytes. »

« Elles peuvent intervenir dans la procédure d'accueil d'embryon par un couple tiers en participant à l'entretien prévu au premier alinéa de l'article R. 2141-2. Elles peuvent être chargées du suivi médical et de l'accompagnement de la femme recevant l'embryon.

« Art. D. 4151-24. - Pour chaque couple, les sages-femmes concourent à la bonne tenue du dossier médical commun mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 2142-8. »

« Lorsqu'elle exercent au sein d'un centre d'assistance médicale à la procréation, elles participent à l'évaluation des activités du centre. »

Trame entretien

Prise de contact :

Quel âge avez-vous ?

En quelle année votre conjoint et vous avez-vous décidé d'avoir un enfant ?

A quel moment vous êtes-vous tournés vers l'AMP ? Quelles circonstances vous ont amené à consulter ?

Racontez-moi votre parcours ...

Les informations données avant les FIV, et lors des cycles de ponction correspondaient-elles à vos attentes ?

Combien de tentatives de FIV ont été réalisées avant l'obtention de la grossesse ? Y a-t-il eu des FC ?

Avez-vous parlé de vos difficultés / de votre parcours à votre entourage ?

Pourriez-vous me parler de l'influence du parcours de FIV sur votre vie de couple ?

Quels ont été les moments difficiles de votre parcours ?

Quelles étaient vos relations avec l'équipe d'AMP ? Quelles impressions gardez-vous de l'accueil au centre d'AMP ?

Ce parcours a-t-il correspondu à vos attentes ? Combien de temps a-t-il duré ? Comment pourrait-on l'améliorer ? (conditions de réalisation des FIV, accueil au centre, délais...)

Comment avez-vous vécu votre infertilité ?

Quels souvenirs gardez-vous de l'annonce de la grossesse ?

De l'attente du résultat ?

Quelle a été votre réaction ?

A quel moment avez-vous fait l'annonce de votre grossesse à votre entourage ?

Comment s'est déroulée votre grossesse ?

Qui a suivi la grossesse ?

Avez-vous été satisfaite de votre suivi ?

Combien d'échographies avez-vous faites au cours de la grossesse ? Qu'avez-vous ressenti lors de ces échographies ? Votre conjoint était-il présent ?

Avez-vous travaillé pendant la grossesse ? (Si oui, jusqu'à quand ?)

Durant la grossesse, quelles ont été vos inquiétudes ?

Qu'avez-vous pensé de l'intervalle entre les consultations de suivi de grossesse ? Avez-vous eu besoin de consultations supplémentaires ? Si oui, pour quels motifs ?

Selon vous, quelle a été l'attitude de votre conjoint au cours de la grossesse ?

[Comment vous êtes vous préparé à la naissance ?](#)

Avez-vous fait l'EPI ? Si oui, que vous a-t-il apporté ?

Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?

[Comment s'est déroulé votre accouchement ?](#)

Votre conjoint était-il présent ?

(Si père non présent, y avait-il quelqu'un à ses côtés ? Qui ?)

La prise en charge de la naissance a-t-elle répondu à vos attentes ?

Comment s'est passée la rencontre avec votre bébé ?

Comment va-il aujourd'hui ?

Quels souvenirs gardez-vous de votre accouchement ?

[Rétrospectivement, qu'auriez vous aimé changer dans votre suivi pour améliorer le vécu de votre grossesse et de votre accouchement ?](#)

[Repensez-vous souvent à votre parcours ? Quelles idées en ressortent ?](#)

[Vous relanceriez vous dans cette aventure ?](#)

Nous avons décidé de nous entretenir avec des femmes ayant vécu un parcours de Fécondation In Vitro, dans les quatre mois qui ont suivi leur accouchement.

Celles-ci nous ont fait part de leur vécu au cours de leur suivi au centre d'Assistance Médicale à la Procréation, mais aussi au cours de leur grossesse et de leur accouchement.

Ce parcours apparaît comme une succession d'attente et d'espoir, teinté d'épisodes de déception et d'anxiété pour les femmes qui l'entreprennent.

Dans le souci d'une prise en charge globale de ces femmes, la place de la sage-femme, de part ses compétences médicales et sa disponibilité, apparaît tout à fait justifiée.