



HAL
open science

La grossesse unique après FIV : une grossesse comme les autres ?

Julien Simon

► To cite this version:

Julien Simon. La grossesse unique après FIV : une grossesse comme les autres ?. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881943

HAL Id: hal-01881943

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881943v1>

Submitted on 26 Sep 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-theses-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 Henri Poincaré nancy I

Ecole de Sage-femme de Metz

**La grossesse unique après FIV :
une grossesse comme les autres ?**

Mémoire présenté et soutenu par

SIMON Julien

Né le 25 décembre 1987

Promotion 2007/2011

Ecole de Sage-femme de Metz

**La grossesse unique après FIV :
une grossesse comme les autres ?**

Mémoire présenté et soutenu par

SIMON Julien

Né le 25 décembre 1987

Promotion 2007/2011

N'engage que la responsabilité de son auteur.

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	p. 03
----------------------------------	-------

<u>1^{ère} PARTIE : LES BASES THEORIQUES</u>	p. 04
<u>1/L'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION</u>	p. 04
<u>1.1 Historique</u>	p. 04
<u>1.2 Définitions</u>	p. 05
<u>1.3 Techniques autres que la FIV</u>	p. 06
<u>2/ LA FECONDATION IN VITRO</u>	p. 07
<u>2.1 Les techniques de fécondation in vitro</u>	p. 07
<u>2.2 L'évolution des grossesses</u>	p. 09
<u>3/ LE POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE</u>	p. 15
<u>3.1 L'infertilité</u>	p.15
<u>3.2 L'annonce du diagnostic d'infertilité</u>	p. 16
<u>3.3 Le couple face à la stérilité</u>	p. 17
<u>3.4 Le désir d'enfant</u>	p. 18
<u>3.5 Les PMA et la FIV</u>	p. 19
<u>3.6 La grossesse et la parentalité</u>	p. 24
<u>2^{ème} PARTIE : L'ETUDE</u>	p. 27
<u>1/OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE</u>	p. 27
<u>2/ TERRAINS ET ECHANTILLONS</u>	p. 28
<u>3/ DIFFICULTES ET BIAIS DE L'ETUDE</u>	p. 29
<u>3.1 L'étude de dossiers</u>	p. 29
<u>3.2 Les entretiens téléphoniques</u>	p. 30
<u>4/ ETUDE DE DOSSIERS</u>	p. 30
<u>4.1 Les couples</u>	p. 30
<u>4.2 La grossesse</u>	p. 32

4.3 <u>L'accouchement</u>	p. 34
4.4 <u>Les suites de couches</u>	p. 35
4.5 <u>Le nouveau-né</u>	p. 36
<u>5/ LES ENTRETIENS TELEPHONIQUES</u>	p. 37
5.1 <u>Le vécu de la prise en charge en centre d'AMP</u>	p. 37
5.2 <u>La grossesse</u>	p. 40
5.3 <u>L'accouchement</u>	p. 43
5.4 <u>Le séjour en suites de couches et la sortie de la maternité</u>	p. 45
<u>3^{ème} PARTIE : LA DISCUSSION</u>	p. 47
1/ <u>L'analyse des résultats</u>	p. 47
1.1 <u>La situation du couple</u>	p.47
1.2 <u>Le vécu au centre d'AMP</u>	p. 48
1.3 <u>La grossesse, l'accouchement et le nouveau-né</u>	p. 50
1.4 <u>Les suites de couches et le retour à la maison</u>	p. 55
2/ <u>SYNTHESE DE L'ETUDE</u>	p. 56
3/ <u>PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS</u>	p. 58
<u>CONCLUSION</u>	p. 60
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p. 61
<u>ANNEXES</u>	p. 64

Introduction

En quelques décennies, la science, et en particulier la médecine, a connu d'immenses progrès. Parmi eux, l'assistance médicale à la procréation s'est développée de manière fulgurante. La fécondation in vitro fut une découverte très importante pour aider les couples infertiles à concevoir un enfant.

Près de trente-trois ans se sont écoulés depuis la naissance du premier « bébé éprouvette », je trouvais donc important de faire le point sur la situation des couples qui bénéficient de cette technique.

J'ai pu en effet observer au cours de mes stages que ces couples présentaient des particularités. Ils étaient souvent plus âgés que la moyenne et paraissaient souvent plus anxieux.

Durant mon stage au centre d'AMP de Metz, j'ai pu remarquer qu'une psychologue et des sages-femmes étaient présentes pour les accompagner, parallèlement au suivi par les gynécologues. Comment les couples vivent-ils leurs traitements au centre ? Qu'en est-il de leur suivi de grossesse ? Quels sentiments leur restent-ils après leur accouchement ?

J'ai voulu répondre à ces questions, tout d'abord en me documentant et en compilant certaines informations de la littérature tant sur le plan médical que sur le plan psychologique.

Puis, en effectuant deux études : un recueil de données dans les dossiers médicaux des accouchées, pour me documenter sur les caractéristiques de la population que j'étudiais, et des entretiens téléphoniques afin d'évaluer le ressenti concernant à la fois la FIV, la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Et enfin, en analysant les résultats de mon enquête, j'ai tenté d'apporter les réponses à mes questions et de formuler quelques idées pour améliorer la prise en charge de ces patientes enceintes après FIV.

1^{ère} Partie : Les bases théoriques.

1/L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

1.1 Historique

C'est à la fin du XVIII^e siècle, en Ecosse, que se réalise la première insémination artificielle intraconjugale alors qu'en France, ces inséminations ne commencent à être réalisées qu'au début du XIX^e siècle.

Aux Etats-Unis, la première insémination artificielle, mais avec don de spermatozoïdes, a été réalisée au XIX^e siècle. Ce sont également les premiers à créer les banques de sperme congelé. C'est dans ces mêmes années que les hormones susceptibles de stimuler l'ovaire (les gonadotrophines) sont utilisées.

En 1969, en Israël, on assiste à la première grossesse obtenue après une injection de gonadotrophines.

La technique de congélation du sperme n'arrive en France qu'en 1973. Avec son apparition, les CECOS (Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humain) sont créés. Ces centres organisent le don de spermatozoïdes selon leurs règles éthiques d'anonymat et de gratuité.

En 1978, Louise BROWN voit le jour en Grande-Bretagne. Elle est le premier enfant né après une fécondation in vitro (FIV), une nouvelle technique élaborée pour pallier les lésions des trompes que la chirurgie ne peut pas réparer.

En 1982 a lieu la naissance d'Amandine en France à l'hôpital Antoine Béchère de Clamart, premier bébé français né après une fécondation in vitro. Dans les années qui suivent, les progrès successifs permettent une meilleure maîtrise des traitements hormonaux et une augmentation des taux de succès.

Le transfert d'embryon congelé réussit pour la première fois en 1984, en Australie, avec la naissance de Zoé.

En 1988, face au développement des techniques d'assistance médicale à la procréation et suite aux réflexions des professionnels concernés, les pouvoirs publics créent des centres agréés ainsi que la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction.

L'injection directe du spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte (ICSI) est mise au point en 1992 à Bruxelles. Elle révolutionne la prise en charge de l'infertilité masculine.

En 1994 a lieu la naissance d'Audrey en France, elle est le premier bébé français conçu par ICSI. Cette même année, les premières lois de bioéthique sont votées en France. Ces lois réservent les pratiques d'AMP aux couples homme/femme en âge de procréer, mariés ou pouvant justifier d'au moins deux ans de vie commune. Durant les années qui suivent, des traitements inducteurs de l'ovulation plus simples à utiliser sont créés. Le nombre d'embryons transférés est revu à la baisse afin de réduire les grossesses multiples. Des normes de qualité s'imposent aux cliniciens et aux laboratoires. Les risques sont ainsi mieux évalués de même que les facteurs pronostics. Bien que la loi de 1994 prévoie l'accueil d'embryons, ce n'est qu'en 2004 que cette technique donne naissance à un enfant en France. Cette même année, les lois de bioéthique sont révisées, aujourd'hui les principes fixés en 1994 et prévoyant la création de l'Agence de la biomédecine sont appliqués.

1.2 Définitions

La **stérilité** est l'impossibilité totale pour un couple de concevoir un enfant ; elle ne peut être affirmée qu'à la fin de la vie reproductive. 4% des couples sont concernés.

L'**infertilité** ou l'**hypofertilité** concerne les couples qui ont des difficultés de conception. Elle touche 15% des couples.

Un bilan d'infertilité est indiqué après 2 ans de rapports réguliers sans contraception. Ce délai est ramené à un an seulement si la femme a plus de 35 ans ou en cas de facteur de risque d'infertilité connu.

On appelle **technique d'AMP**, toute technique comportant une manipulation des gamètes dans le but de promouvoir la fertilité du couple.

Le but est de favoriser la rencontre des gamètes, soit dans les voies génitales féminines par insémination de sperme (du conjoint ou d'un donneur) et fécondation in vivo ; soit en laboratoire en fécondation in vitro (FIV).

1.3 Techniques autres que la FIV [30 ; 14]

1.3.1 optimisation de la fécondité

Avant de recourir aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA), différents procédés peuvent permettre aux couples d'optimiser leur fécondité.

- Chirurgie selon l'étiologie par cœlioscopie ou hystéroscopie
- Prise en charge psychologique
- Règles hygiéno-diététiques
- Induction simple de l'ovulation :

Elle s'effectue par voie sous cutanée, soit par des hormones gonadotrophiques ménopausiques (HMG) soit par de la FSH pure. L'ovulation est déclenchée par l'hormone gonadotrophique chorionique qui entraîne la maturation terminale du follicule et l'ovulation 40h après. Le monitoring de l'ovulation est réalisé grâce aux dosages hormonaux de LH, oestradiol et progestérone et par une surveillance échographique (follicules ovariens et muqueuse utérine).

Le traitement permet de corriger les troubles de l'ovulation, le nombre d'ovocytes est limité à un ou deux, et de placer les rapports au moment de fécondité maximale, la date d'ovulation étant connue.

1.3.2 Les techniques d'insémination artificielle (IA) :

- Avec sperme préparé :

Cette méthode s'adresse aux stérilités cervicales ou masculines (oligoasthénospermies modérées) ou en 2^{ème} intention après échec des inductions simples, ou stérilités inexpliquées.

Le principe consiste à sélectionner un pool de spermatozoïdes à haute mobilité et de les déposer dans la cavité utérine.

Il a été démontré que le couplage de l'insémination artificielle avec l'ovulation provoquée améliore significativement les chances de grossesse.

- Avec sperme congelé :

C'est la méthode utilisée pour le don de sperme. Plus rarement, il s'agit du sperme autoconservé du conjoint avant un traitement stérilisant.

Les résultats attendus en IA sont les suivants : le taux de grossesse par cycle est de 15 %, 30 à 50 % après 6 cycles, la sécurité sociale limite le remboursement à 6 tentatives.

2/ La Fécondation In Vitro

2.1 Les techniques de fécondation in vitro [30 ; 14]

La FIV permet de « court-circuiter » le lieu habituel de la fécondation, c'est-à-dire la trompe et répond à différentes indications au 1^{er} rang desquelles la stérilité tubaire. Elle peut se pratiquer avec les gamètes des deux conjoints mais peut être envisagée avec un don de gamètes (don de sperme ou don d'ovocytes) On distingue donc ce que l'on appelle couramment la FIV.C: FIV avec gamètes des conjoints et la FIV.D: FIV avec dons de gamètes.

2.1.1 La FIV classique

Après une stimulation ovarienne, les ovocytes sont prélevés dans les follicules quelques heures avant leur libération naturelle, par ponction par voie vaginale sous échographie.

Les ovocytes ainsi recueillis sont mis en présence de spermatozoïdes préparés. Les ovocytes fécondés sont cultivés (le plus souvent deux jours, quelquefois plus, jusqu'à 6 jours). 1 à 3 sont implantés dans l'utérus (transfert) et les autres peuvent être congelés s'ils ont une chance significative de survie.

Pendant toute la période de stimulation, le couple vit au rythme des injections et du monitoring échographique. La femme s'en remet à l'équipe quant au traitement et à son suivi médical durant deux semaines. Elle consulte plusieurs fois, à partir du 6ème ou 7ème jour de la stimulation.

Résultats de la fécondation in vitro : après culture, 4 embryons sont obtenus en moyenne par femme. Environ 10% des embryons produits par FIV s'implantent après transfert intra-utérin. Le taux de succès est en moyenne de 30% par transfert. Globalement, 10 à 15% des cycles de FIV classique aboutissent à une naissance. [29]

Les résultats d'une étude chez 6 164 patientes ayant subi plus de 14 000 cycles montre que le taux cumulatif de naissances vivantes après 6 cycles de FIV est de 72 % avec les méthodes optimistes (MO) et de 51 % avec les méthodes conservatrices (MC). Parmi les patientes âgées de moins de 35 ans, le taux de naissances après 6 cycles est respectivement de 86 % (MO) et de 65 % (MC). Parmi les patientes âgées de plus de 40 ans, les taux sont seulement de 42 % (MO) et de 23 % (MC). Le taux cumulatif de naissances décroît avec l'âge. Ces résultats montrent donc que les FIV sont une solution médicale adéquate chez les patientes infertiles, essentiellement chez les plus jeunes, mais ne permettent pas d'augmenter la fertilité en fonction de l'âge maternel. Cependant cette étude ne fait pas de classification des patientes en fonction de l'origine de l'infertilité mais d'autres études avaient déjà montré que le taux cumulatif de naissances vivantes ne variait pas en fonction de l'indication de la FIV et certaines études disent le contraire. [18]

2.1.2 L'ICSI Intra Cytoplasmic Sperm Injection).

Le principe relève de la même technique que la FIV sauf pour l'étape de fécondation proprement dite. L'ovule, après le recueil, est décoronisé par une enzyme (la hyaluronidase), ce qui permet d'observer sa maturité : seuls les ovocytes en métaphase II peuvent être microinjectés. Le spermatozoïde est lavé et aspiré dans une micropipette puis injecté dans le cytoplasme ovocytaire. Le sperme utilisé est soit éjaculé, épидидymaire ou testiculaire.

Les indications sont les stérilités masculines qui ne relèvent pas de la FIV classique, soit qu'il y ait eu antérieurement un échec de fécondance en FIV classique, soit qu'il y ait trop peu de spermatozoïdes.

Les résultats sont les suivants : la technique est remarquablement efficace avec une obtention d'embryon dans plus de 90 % des cas et un taux de grossesse d'environ 35% par transfert et un taux de naissance d'environ 20% cela restant très dépendant de l'indication de l'ICSI, du nombre d'embryons transférés, et de l'âge maternel.

2.1.3 le transfert d'embryons congelés (TEC) :

Des embryons surnuméraires précédemment congelés obtenus par la méthode de la FIV ou d'ICSI sont décongelés et transférés dans l'utérus.

On peut aussi congeler des embryons obtenus par FIV chez un couple dont la femme aura à subir un traitement potentiellement stérilisant.

2.2 L'évolution des grossesses :

Dans un premier temps, j'aimerais faire un récapitulatif de l'évolution des grossesses dans la population générale afin de pouvoir la comparer aux grossesses issues de FIV. Puis, nous verrons l'impact de l'âge maternel sur la grossesse : en effet, c'est un facteur important car environ la moitié des femmes suivies en centre d'AMP ont plus de 35 ans. Enfin, nous aborderons plus spécifiquement la FIV et l'ICSI.

2.2.1 Dans la population générale : [19]

La moyenne d'âge des femmes ayant leur premier enfant est d'environ 29 ans. Dans la population générale, on retrouve un peu plus de 10% de métrorragie du 1^{er} trimestre, 15 à 30% de menaces d'accouchement prématurée (MAP), 3% de ruptures prématurées des membranes (RPM) avant 37 SA, 0,5 à 10% d'hydramnios, 2 à 4% d'oligoamnios, 0,5% de placenta prævia.

On trouve aussi chez la gestante 5 à 10% d'hypertension artérielle (HTA) : 10 à 15% des nullipares et 3 à 5% des multipares vont développer une HTA gravidique, une pré-éclampsie va survenir chez 3 à 7% des nullipares et 1 à 3% des multipares.

On retrouve également un diabète chez 0,5 à 1% des gestantes ; 1/3 de type 1 et 2/3 de type 2. Un diabète gestationnel est diagnostiqué chez 3 à 5% des femmes enceintes

2.2.2 Selon l'âge maternel : [16]

- **Pathologies durant la grossesse :**

Les taux d'avortement spontané commence à augmenter à partir de l'âge de 30 ans environ.

À partir de la National Survey of Family Growth, McFalls rapporte les taux d'avortement spontané suivants : 12,8 % à 20–24 ans, 16,2 % à 25–29 ans, 20,3 % à 30–34 ans, 26,6 % à 35–39 ans, et 26,7 % à 40 ans et plus. Wood et Weinstein ont aussi tenté de mesurer la prévalence totale des avortements spontanés, c'est-à-dire pour les grossesses diagnostiquées et non diagnostiquées, au moyen d'une modélisation s'appuyant sur ces mêmes données. Les taux par âge étaient de 28 % à 20–24 ans, 30 % à 25–29 ans, 35 % à 30–34 ans, 43 % à 35–39 ans, et 55 % à 40–44 ans.

La relation entre l'âge et la survenue de grossesses extra-utérines a été étudiée chez les femmes danoises appartenant aux générations 1935 à 1978 et ayant été enceintes entre 1988 et 1992. Le taux moyen de GEU était de 2,3 pour 100 grossesses devant être menées à leur terme, mais il augmentait régulièrement selon l'âge, de 1,4 % à

21 ans jusqu'à 6,9 % à 44 ans et plus. On a pu montrer que cette augmentation correspondait bien à un effet propre de l'âge et non pas à l'effet du cumul avec l'âge des expositions à d'autres facteurs de risque.

Au cours des autres trimestres de la grossesse, les principales complications obstétricales maternelles liées à l'âge sont le diabète permanent et gestationnel, l'hypertension artérielle chronique et gravidique, la prééclampsie et l'éclampsie, et les thromboembolies.

Bobrowski et Bottoms dans leur article comparant les femmes de 35 ans et plus à celles de 20–29 ans, parmi 9556 grossesses uniques, mettent en évidence 4,5 fois plus de diabète gestationnel et trois fois plus de prééclampsie chez les femmes les plus âgées. Chez les femmes de 40 ans, l'hypertension gravidique est de 3 à 12 fois plus fréquente (selon qu'elles sont grandes multipares ou non) par rapport aux femmes de 20–34 ans. Cependant, le risque d'hématome rétroplacentaire, complication liée à l'hypertension, ne serait pas augmenté avec l'âge selon l'étude de Ananth et al.. En revanche, le risque de placenta praevia serait multiplié par neuf pour les femmes âgées de 40 ans et plus comparées aux femmes âgées de 20 ans (après prise en compte des facteurs de confusion, en particulier la parité).

- **À l'accouchement :**

Le risque de césarienne augmente significativement avec l'âge, indépendamment de la parité http://www.sciencedirect.com/bases-doc.nancy-universite.fr/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8CXD-4TP7HFF-1&_user=9081597&_coverDate=12%2F31%2F2008&_alid=1619301783&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=40084&_st=13&_docanchor=&_view=c&_ct=41&_acct=C000009001&_version=1&_urlVersion=0&_userid=9081597&_md5=55036210dbb7b1ff7fc676223bc1b4dd&searchtype=a - bib44. Roman et al. ont réalisé une étude cas-témoins et ont comparé des femmes de plus de 40 ans à des femmes de 20–34 ans, en tenant compte de leur parité. Les césariennes étaient trois fois plus fréquentes chez les femmes plus âgées. Cela confirme les résultats d'une analyse réalisée aux États-Unis, avec 1,5 à deux fois plus de césariennes chez les femmes de 35 ans et plus par comparaison à la moyenne

nationale http://www.sciencedirect.com/bases-doc.nancy-universite.fr/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8CXD-4TP7HFF-1&_user=9081597&_coverDate=12%2F31%2F2008&_alid=1619301783&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=40084&_st=13&_docanchor=&_view=c&_ct=41&_acct=C000009001&_version=1&_urlVersion=0&_userid=9081597&_md5=55036210dbb7b1ff7fc676223bc1b4dd&searchtype=a - bib45.

Tout récemment l'étude de Le Ray et al. en France montre que le risque de césarienne pendant le travail, parmi des femmes à bas risque de complications, est multiplié par 1,5 chez les femmes de 35 ans et plus par rapport aux femmes de 20–34 ans, après prise en compte des facteurs de confusion que sont la parité, la nationalité, le poids et le sexe du bébé, le niveau et la catégorie de la maternité.

- **Dans le post-partum :**

Le risque thromboembolique est augmenté de 38 % chez les femmes de plus de 35 ans d'après James et al.

- **Risque de prématurité et faible poids de naissance :**

Dans une étude fondée sur un échantillon représentatif des naissances en France en 1995 (Enquête nationale périnatale), Foix-L'Hélias et Blondel ont montré que le risque de prématurité augmentait progressivement pour les femmes âgées de 35 ans et plus. Le taux de prématurité passait de 4,5 % pour les femmes de 30–34 ans à 5,6 % pour les femmes de 35–39 ans et 6,8 % pour les femmes de 40 ans et plus. De plus, elles ont observé que le risque relatif de prématurité associé à un âge avancé n'avait pas changé par rapport au début des années 1980, alors que le lien entre prématurité et d'autres facteurs s'était modifié.

Cela suggère que, contrairement à ce qui s'est passé pour d'autres facteurs de risque, l'effet d'un âge avancé sur le risque de prématurité est resté stable, malgré d'importants changements dans la pratique médicale dans les 20 dernières années. En 1995, le risque d'accouchement prématuré était supérieur d'environ 60 % chez les femmes de 35 ans et plus par rapport aux femmes de 25–29 ans, après prise en compte

de leur situation socioéconomique et de leurs antécédents obstétricaux (*odds ratio* ajusté de 1,6 avec un intervalle de confiance à 95 % de 1,2–2,2).

Dans une étude sur des données nationales des États-Unis, Khoshnood et al. ont analysé les effets d'un âge maternel tardif sur le risque de faible poids, séparément pour les premières naissances et les naissances de rang deux ou plus. Globalement, pour les premières naissances, un âge maternel de 35 ans et plus conduisait à une multiplication par presque deux du risque de poids inférieur à 1500 g (*odds ratio* de 1,82, IC à 95 % de 1,75–1,90) et d'une augmentation d'environ 60 % du risque de poids inférieur à 2500 g (OR de 1,60, IC à 95 % de 1,57–1,63).

- **Risque d'anomalies chromosomiques et congénitales**

Les études se rapportant essentiellement à la période précédant la mise en place du diagnostic anténatal ont montré que la prévalence à la naissance du syndrome de Down était la plus basse parmi les femmes de 20–24 ans (1/1400 naissances) et augmentait de manière exponentielle à partir d'environ 30 ans. La prévalence à la naissance était de 1/350 (taux quatre fois plus élevé) parmi les femmes de 35 ans et de 1/25 (taux près de 50 fois plus élevé) pour les femmes de 45 ans et plus.

Les taux estimés d'autres anomalies chromosomiques moins fréquentes, et parmi les plus connues, le syndrome d'Edwards (trisomie 18) et le syndrome de Klinefelter (génotype 47 XXY), semblent aussi augmenter de manière exponentielle avec l'âge. Les taux du syndrome de Patau (trisomie 13) augmentent également avec l'âge, mais de manière moins marquée, du fait probablement qu'une large part des cas est due à des translocations qui ne sont pas affectées par l'âge. Hook a estimé que le taux de l'ensemble des anomalies cytogénétiques ayant des conséquences observables cliniquement augmentait d'environ deux pour 1000 aux âges maternels les plus bas à environ 2,6 pour 1000 à 30 ans, 5,6 pour 1000 à 35 ans, 15,8 pour 1000 à 40 ans et 53,7 pour 1000 à 45 ans.

Un âge maternel tardif est aussi associé à un risque plus élevé d'anomalies non chromosomiques, en particulier les hypospadias de second degré ou plus (*odds ratio*

de 1,85, IC à 95 %, 1,33–2,58), les craniocynostosis (*odds ratio* de 1,65, IC à 95 %, 1,18–2,30), et dans une moindre mesure, les anomalies cardiaques en particulier l'atrésie tricuspide et les anomalies du cœur droit.

2.2.3 Le devenir des grossesses et des enfants

Les grossesses même uniques après FIV / ICSI sont associées à une certaine augmentation des complications périnatales.

Après FIV, 20 à 25% des grossesses se terminent par un avortement spontané, et 2 à 5% sont ectopiques. [30]

Chez les couples diagnostiqués infertiles non traités, les registres danois montrent un risque augmenté d'accouchement prématuré et de petit poids de naissance par rapport aux grossesses obtenues au cours de la première année. Ces constatations ne peuvent relever que de facteurs parentaux liés à l'infertilité : femmes plus âgées, plus souvent primipares, fibromes ou malformations de l'utérus, insuffisance ovarienne exposant à plus d'aneuploïdies, facteurs génétiques féminins ou masculins.

Pour les grossesses uniques issues de l'AMP, la plupart des particularités retrouvées en Suède peuvent également être expliquées par des caractéristiques parentales. Dans la population norvégienne la comparaison à des grossesses uniques spontanées (n = 1 200 922) montre, après AMP (n = 2 546 grossesses uniques) un poids de naissance plus faible de 25 grammes (IC : 95 %, 14 - 35), une durée de gestation plus courte de deux jours (IC : 95 %, 1,6 - 2,3) et une augmentation des risques de RCIU (OR : 1,26 - 1,10 à 1,44) et de mortalité périnatale (OR : 1,31 - 1,05 à 1,65). Les grossesses uniques obtenues par les mêmes femmes de façon spontanée ou après AMP présentent des risques de petit poids de naissance et de prématurité non significativement différents, le risque de mortalité périnatale devient même plus faible après AMP, suggérant que tous ces risques sont attribuables aux facteurs d'infertilité. Les données sont toutefois encore fragmentaires et parfois contradictoires.

Après FIV et transfert d'embryons frais, le poids de naissance est plus faible qu'après transfert d'embryons congelés, ce qui est interprété comme un effet adverse

de la stimulation ovarienne et/ou du recueil ovocytaire sur l'implantation ou le développement embryonnaire précoce. Pourtant, il n'existe pas de liens entre les paramètres de la stimulation ovarienne et le poids de naissance des enfants issus de FIV.

Le risque de malformations congénitales et d'anomalies génétiques des enfants est multifactoriel : l'infertilité joue un rôle, puisqu'après plus d'un an de délai à concevoir, on observe un taux plus élevé de malformations congénitales après grossesse spontanée (RR : 1,20 – IC à 95 % : 1,07 à 1,35) ou traitement de l'infertilité (RR : 1,39 – IC à 95 % : 1,23 à 1,57).

La prévalence globale de malformations congénitales augmente avec le délai d'obtention de la grossesse.

Les grossesses après ICSI sont plus à risque malformatif que les grossesses FIV malgré un âge maternel plus faible, avec une fréquence particulière d'ectopies testiculaires (5,4 %) et de malformations urogénitales comme les hypospadias (19,2 %). En théorie, ces anomalies peuvent provenir de la technique de l'ICSI (dommages ovocytaires), de son indication (spermatozoïdes non fécondants in vivo et potentiellement déficients génétiquement), ou même apparaître de novo comme des microdélétions de l'Y chez des enfants nés de pères avec spermatogénèse et bilan génétique normaux. Le groupe des ICSI avec sperme testiculaire pour azoospermie non obstructive est supposé le plus à risque et fait toujours l'objet d'une surveillance particulière.

La stimulation ovarienne a été mise en cause à l'origine d'anomalies chromosomiques embryonnaires et de pathologies rares liées à l'empreinte génomique (syndromes d'Angelman et de Beckwith–Wiedemann) dont la fréquence réelle après AMP est en cours d'évaluation.

Après congélation d'embryons provenant d'ICSI, on observe une augmentation des malformations par rapport aux congélations d'embryons obtenus en FIV et enfants nés d'embryons frais après ICSI. [2]

3/Le point de vue psychologique

3.1 L'infertilité

Les progrès de la médecine, notamment l'arrivée de la pilule contraceptive, ont permis de contrôler la fertilité. L'enfant, la plupart du temps, n'arrive donc plus par surprise.

Si la conception tarde un peu, l'échec est vécu très difficilement et peut même être intolérable.

L'infertilité peut être vécue comme un interdit de procréer. Les PMA peuvent donc apparaître subjectivement comme la transgression de cet interdit.

La découverte de l'infertilité reste un événement dramatique et traumatisant, qui est vécu douloureusement par les couples. Lorsque l'enfant ne vient pas, il apparaît divers sentiments : de déception, d'angoisse par rapport à l'avenir, de vide difficile à supporter, qui empêche les femmes d'accéder à leur identité féminine et qu'elles traduisent comme une incapacité à accéder au rôle de mère.

L'infertilité induit des sentiments de colère, d'injustice et de culpabilité qui entraînent une grande souffrance. La femme en particulier peut s'accuser d'en être responsable; s'il y a eu un antécédent d'IVG par exemple, elle peut le mettre en lien.

Chez l'homme, lorsque c'est sa capacité à procréer, la qualité de ses spermatozoïdes qui est affectée, il arrive qu'il ne se sente plus être un homme. Il risque aussi de se sentir réduit au rôle opératoire de simple fournisseur de matériau, les spermatozoïdes en l'occurrence. Il est atteint dans sa virilité et dans son identité masculine.

Parfois l'infertilité peut être due à un problème psychologique au départ. Selon M. Bydlowski : « la représentation psychique d'être en vie grâce à leur mère ou malgré elle, mais toujours indépendamment d'elle, leur ferait défaut ».

La stérilité peut s'avérer être un garde fou, pour des femmes qui sont, au fond, dans l'incapacité d'avoir une grossesse. [9]

3.2 L'annonce du diagnostic d'infertilité :

Elle est traumatique, même si l'individu la suspectait ou la redoutait.

Les réactions des couples sont identiques à celles observées lors de l'annonce d'une maladie grave. On observe 5 phases :

1. Dénier, refus d'admettre la réalité de l'infertilité
2. Agressivité réactionnelle envers l'autre qu'il soit le partenaire, le médecin, la société.
3. Angélisme : l'individu s'engage à avoir un comportement parfait, à devenir meilleur. On peut voir des engagements spirituels à ce moment là. Le sujet espère qu'il va être récompensé en retrouvant sa fertilité.
4. Dépression : elle survient lorsque la situation demeure inchangée.
5. Acceptation : cette phase n'est parfois jamais atteinte.

3.3 Le couple face à la stérilité : [7 ; 21 ; 23]

En cas de stérilité masculine, l'homme peut-être surprotégé par sa partenaire et est volontiers traité comme l'enfant du couple. Elle peut ne plus reconnaître en lui l'homme fort, le protecteur, «le chef de famille ».

Les rapports se situent autour de l'ovulation, s'accompagnent de difficultés dans leur exécution et le désir de grossesse passe devant le désir érotique. L'impuissance psychogène, trouble fréquent durant les quelques mois suivant l'annonce de la stérilité, peut être évitée grâce à une information correcte des couples, distinguant notamment stérilité et impuissance sexuelle.

Pour le couple, mais aussi pour l'enfant à venir, ce qui compte, c'est une bonne relation affective et la conservation d'une intimité entre l'homme et la femme. Vouloir être père ou mère, c'est d'abord se désirer l'un l'autre pour qu'ensuite cela aboutisse à un enfant, et non l'inverse.

Les couples vont vivre dans une situation de stress, d'espoir, de désespoir. Ainsi, la consultation doit permettre au couple de s'exprimer.

Il est nécessaire d'expliquer d'une manière qui puisse être entendue, la réalité de la situation clinique, les modalités envisageables. La femme doit pouvoir se confier à toute l'équipe qui l'écoute et qui l'aide. Le succès nécessite souvent d'avoir pu surmonter l'échec. L'aptitude du couple « stérile » à faire face à l'éventualité de l'échec passe par une cohésion, une capacité à communiquer et par l'intensité de l'amour mutuel permettant finalement au couple d'être dans les meilleures conditions psychologiques pour entreprendre le traitement.

3.4 Le désir d'enfant : [27]

Peut-on parler d'état pathologique quand on aborde le désir d'enfant ? Celui-ci est bien la traduction de la requête la plus légitime chez tout être humain.. Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur le bien-fondé de toute demande concernant l'assistance médicale à la procréation.

« Avant toute réalisation, l'enfant est imaginaire. Il est l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. L'enfant à venir est, pour la femme, l'objet par excellence, la réalisation du plus vivace des souhaits infantiles. »

« Pour la femme, la maternité réelle, symbolique ou imaginaire, est la preuve de sa sexualisation, alors que l'homme désire avant tout procréer, et cette procréation concerne à la fois la femme et l'enfant. Ce dernier sera le signe et le porteur de cette jouissance. »

Donner la vie se joue ainsi sur un double registre selon Bydlowski : « produit de la répétition de l'inconscient de ses parents, l'enfant est porteur d'avance des avatars de leurs désirs ».

Alors que les vœux œdipiens se rejouent avec le désir d'offrir un enfant au père, pour Groddeck, « *en enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle* ». Pour Bydlowski : « *sur le versant homosexuel de la maternité, enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi, c'est également faire renaître l'enfant qu'elle a été dans l'enfant qu'elle porte* ». Condensation à la fois de l'enfant merveilleux qu'elle a été et de sa propre mère idéalisée, cet enfant s'appuie sur le fantasme « *d'un double narcissique et d'une filiation par partition d'un autre soi-même* ». Ce futur enfant a d'emblée une valeur symbolique dans la mesure où la dette maternelle à l'égard de sa propre mère prend corps dans le corps de l'enfant à naître. Bydlowski conclue que « *la vie n'est pas un cadeau gratuit, mais porte en soi l'exigence de rendre, de rembourser ce qui a été transmis et de reconnaître que le don de la vie est aussi promesse de mortalité.* »

3.5 Les PMA et la FIV:

3.5.1 Généralités [5]

En PMA, on intervient sur la réalité sans mesurer les effets subjectifs qui en découlent.

« *Le fait de procréer hors sexualité, à travers l'intervention d'un tiers, avec le paradoxe de devenir des parents stériles, en utilisant parfois des zygotes fécondés depuis longtemps, conservés par congélation, brouille les repères entre les sexes, les générations, la parentalité et la filiation* ».

L'engagement d'un couple dans un parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP) a des répercussions psychologiques importantes. Dans un article du Quotidien du médecin, le Dr Sylvie Epelboin, gynécologue responsable du centre AMP de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard de Paris, explique que « *l'implication d'un tiers médical dans la procréation introduit une notion de limite éthique, qui pourtant n'existe pas en cas de grossesse naturelle* ». En effet, « *de par leur nature, les*

consultations d'AMP introduisent un tiers médical dans le couple et s'immiscent dans leur relation".

Les interrogatoires nécessaires au bilan de fertilité nécessitent que le couple révèle à une personne extérieure son intimité.

Le parcours de l'AMP a également des conséquences directes sur la sexualité du couple, qui perd en spontanéité, impose des rapports programmés et placés sous surveillance médicale. On constate également une difficulté de l'homme à trouver sa place tout au long du processus dans un contexte gynécologique habituellement réservé à la femme.

La rupture de l'intimité est telle que l'avenir du couple peut être compromis. C'est difficile à gérer au quotidien d'autant plus qu'il y a plus de 70% d'échec par cycle

La plupart des couples ont un long passé d'infertilité vécu dans une profonde souffrance existentielle. Pendant le traitement, la souffrance et l'angoisse peuvent être intolérables. L'image de soi, les relations aux autres tendent à s'altérer.

Le couple se sentant marginalisé, peut même avoir la sensation que son statut social est modifié. Il redoute les questions, commence à redouter de croiser des bébés dans la vie quotidienne. Les états dépressifs sont fréquents.

Pendant l'AMP quelque soit la technique, ce qui caractérise les traitements c'est la pénibilité pour la femme et le rôle obligatoirement limité de l'implication physique de l'homme.

3.5.2 La FIV : [1]

Une fois l'infertilité reconnue et la FIV acceptée, les femmes ressentent un empressement important à commencer les traitements, notamment chez les femmes approchant la quarantaine. L'échéance de la FIV est proche et c'est une source d'angoisse pour ces femmes.

L'impatience mêlée de colère domine leur discours : *« le sentiment d'avoir perdu beaucoup de temps entre le moment où on n'a pas pu avoir d'enfant et le moment où*

on est passé vraiment à la FIV [...] parce que ça a été trop long et un sentiment un peu de colère... » ; et « Le désir d'enfant était de plus en plus pressant, j'étais d'accord, je voulais commencer de suite, le plus rapidement possible et tout et tout... mais j'ai été très vite... freinée dans mon élan, vu que les rendez-vous étaient très longs... euh... il y avait des examens complémentaires à faire [...]. C'est long, c'est trop long... c'est beaucoup trop long.

Cet empressement est d'autant plus difficile à vivre que ces femmes sont quotidiennement confrontées à la maternité. Lorsqu'une femme a des difficultés à avoir un enfant, les grossesses de l'entourage ou la simple vue d'une femme enceinte sont des événements vécus douloureusement. Ces situations renforcent le sentiment d'injustice et accentuent leur désarroi. Les femmes sont également très sensibles à la vue d'un enfant et ressentent de la tristesse, voire de la jalousie.

L'incompréhension de l'entourage par rapport à la FIV pousse certaines femmes à ne pas vouloir en parler afin de ne pas augmenter leur mal-être. Malgré tout, le secret concernant la FIV est moins souvent gardé à l'égard de la famille proche.

- **Le vécu des traitements**

La FIV est difficile au niveau physique, elle est très contraignante et les femmes semblent alors ressentir une asthénie importante.

Le corps va être jugé, manipulé, morcelé. On parle surtout d'organe et pas de personne. Le sentiment d'intimité est perdu, on a une dissociation entre sexualité et procréation.

Les conséquences physiques des traitements entraînent un malaise à la fois physique et psychologique chez certaines femmes : « *la poitrine gonflée, le ventre... comme ça avec les traitements (elle montre la grosseur de son ventre)... un malaise... t'es crevée mais crevée vraiment physiquement* » ; « *c'est difficile en fait... le traitement est lourd... on prend du poids... enfin moi je prends du poids quand je fais une FIV... les piqûres... les cuisses toutes bleues... mon mari aussi le vit mal parce qu'il dit tu souffres pour avoir un enfant, je lui dis c'est pas grave* ».

Pour certaines femmes, un sentiment de peur liée aux traitements apparaît : « *Moi la première fois où j'ai eu ma première FIV... euh... la notice... donc du X qui est utilisé*

pour l'insémination... euh... j'ai pris peur... j'ai pris peur... euh... j'ai hurlé et j'ai dit à mon mari... ils veulent me faire mourir... parce que c'est marqué en gros... gros risque de cancer de l'utérus, cancer des seins... » ; « au début, me faire des piqûres toute seule, ça... ça me faisait peur, je ressentais de la peur ».

Certaines femmes évoquent des moments de solitude lors des traitements : *« tu vis une journée où t'es seule quoi... même si t'es accompagnée avec ton mari... t'es toujours seule... même si psychologiquement il a toujours été là [...] tu te sens seule, tu sais pas vers qui te tourner... enfin y'a des moments où vraiment t'es mal quoi [...] et t'as personne finalement... qui vient te tendre la main ».*

Les conjoints, quant à eux, si l'infertilité est d'origine masculine, voient dans la FIV un moyen de récupérer leur pouvoir fécondant, de sortir de cette situation marginale d'hommes blessés parce que jusque là incapables de procréer.

C'est en quelque sorte une réparation de leur blessure narcissique. Ils ont la chance de s'inscrire dans ce processus de filiation, de reconstruire leur image sociale, pour l'entourage, pour leur partenaire mais également pour eux-mêmes, ceci en prenant part de manière active et soutenue à cette démarche.

Les femmes elles, se situent comme victimes, subissant la stérilité de leur partenaire. Elles se vivent comme étant le «bon objet», par opposition à leur conjoint, «le mauvais objet ». En revanche après une tentative d'AMP ayant abouti à un ou plusieurs embryons, la situation prend une trajectoire différente. En fait, l'homme est comblé d'un sentiment de réussite, son sperme n'est plus défailant puisqu'il y a de la vie embryonnaire. Il se dégage de cette responsabilité coupable, maintenant c'est sur sa partenaire que tout repose, la culpabilité semble transiter de l'homme vers sa femme.

En effet, le succès dépend alors des paramètres féminins. Les femmes, elles, ont conscience que ces embryons ne représentent qu'une étape du parcours qu'elles ont à vivre.

- **L'attente des résultats :**

Plusieurs périodes d'attente ponctuent le processus de FIV. Ainsi, durant la phase in vitro et l'attente des résultats concernant le nombre d'embryons, les couples sont confrontés à un manque de contrôle : *« on attendait les résultats de l'évolution des embryons et là c'était pire parce que là, on pouvait vraiment rien faire... on était complètement... euh... spectateur, on ne pouvait rien faire, les embryons, ils étaient au labo et nous de l'autre côté... là... c'est encore plus difficile parce que l'on se dit : “on est vraiment... pas du tout responsable de ce qui se passe, pas du tout maître de la situation...” »*. Certains peuvent alors avoir des craintes concernant une erreur d'identité : *« on décide d'aller... de joindre le labo, le labo répondait plus, c'était trop tard et là, toute la soirée, il me dit : “ben, tu sais, peut-être que tout compte fait, ils ont mélangé les mallettes et que du coup, ils vont pas féconder avec les bons...”* Alors là, j'ai dit *“panique à bâbord...”* [...] donc toute la nuit, ça nous a turlupiné ». L'attente des résultats concernant une éventuelle grossesse est également très difficile à vivre, et ce, d'autant plus que les couples n'ont aucun contact avec l'équipe médicale.

- **Les résultats de la FIV :**

_Lorsque le résultat est négatif : l'échec de la FIV met fin temporairement à l'espoir d'enfant. Les femmes se sentent impuissantes et les termes employés peuvent alors évoquer des sentiments dépressifs : *« c'est la chute parce que là on y croit vraiment... et... c'est d'un grand bonheur à une tristesse... ça fait très mal. »* ; *« dès que tu as le résultat, tu plonges encore plus que ce que tu étais avant... t'as le résultat de la FIV qui est négatif, t'es complètement en bas quoi [...] puis tu te casses encore plus la figure, t'as encore plus mal... »*.

Certaines femmes soulignent alors l'alternance des émotions auxquelles elles sont soumises : *« la FIV, c'est plein d'émotions différentes, on peut monter très haut dans la vague mais on peut aussi descendre très bas dans la vague »*.

Un sentiment de culpabilité peut apparaître suite à l'échec de la FIV mais aussi suite à une fausse couche.

Beaucoup de femmes disent pouvoir « *remonter la pente* » et il est frappant de voir leur courage et leur détermination malgré la souffrance endurée. De plus, face au manque et à l'échec, les femmes semblent également développer une pensée positive et pleine d'optimisme : « *on va retenter, à force on va y arriver quoi...* » ; « *je me disais que c'était ma dernière chance qu'il fallait absolument que ça marche et puis finalement ben ça a marché donc et c'est que du bonheur finalement* ». Les couples peuvent se découvrir des ressources insoupçonnées jusque là et une capacité à s'adapter au fur et à mesure du parcours.

_Lorsque la grossesse est confirmée : celles qui ont la chance d'obtenir une grossesse vivent un moment de bonheur et de joie. Cependant, la peur peut également être présente durant cette période, et notamment la peur que la grossesse s'arrête : « *à la fois quand j'ai rendez-vous j'angoisse vachement parce que je me dis si ça s'arrête maintenant... enfin bon... c'est très très dur...* » ; « *beaucoup d'angoisse, d'anxiété, de stress, peur de faire le moindre mouvement... En fait, j'avais plein d'idées reçues... j'étais persuadée que si je faisais trop de mouvement, ça allait pas tenir donc j'étais sans cesse angoissée... très très stressée et en fait, je... j'ai vécu comme ça pendant pratiquement toute ma grossesse* ».

3.6 La grossesse et la parentalité : [28]

- **Généralités**

La grossesse est une période de transformation physique et sociale, elle est aussi le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience.

Au début de la gestation, l'enfant est une simple idée que les mouvements actifs par exemple vont soutenir. Au bout de quelques semaines, il apparaît comme « *un objet intérieur* ». Son investissement envahit la future mère au point « *qu'aucune réalité, pas même celle du corps de l'enfant, ne viendra limiter, jusqu'au jour de la naissance* ».

« Lorsqu'une femme se sait enceinte, elle éprouve un bouleversement psychique lié au réveil des traces indestructibles de la sexualité infantile et du traumatisme de la castration qui vont être au service de la constitution du lien affectif à l'enfant et des représentations des fonctions de mère et de père. »

La fonction maternelle qui va se déployer au service d'un enfant se situe au moment de son attente : le temps de la grossesse est nécessaire pour qu'une femme subisse le changement d'état qu'implique le fait de devenir mère.

Le cheminement d'une femme vers le statut de mère est le suivant :

1er trimestre : modification psychique dont les symptômes peuvent être repli sur soi, moments dépressifs, sensations d'envahissement (de trop plein), anxiété, angoisse

2eme trimestre : état de paix, repos, attention aux événements anxiogènes (vie personnelle : décès problèmes dans les couples, travail, enfant aîné,... ; grossesse : écho, dépistage d'anomalie)

3eme trimestre : représentation de l'enfant : relation affective très forte avec l'enfant imaginaire + possibilité de le laisser naître = gestation normale

Le cheminement d'un homme vers le statut de père est le suivant :

Même quand le futur père a été d'accord pour « faire un enfant » ou quand il a été à l'origine de cette réalisation, il est surpris lors de l'annonce de la grossesse.

Cette surprise possède un potentiel traumatique, qui érige les fondations de la paternité. Il endosse ensuite la fonction paternelle au moment où il se crée un enfant imaginaire et au changement de lien avec sa femme qui va créer une triangulation avec lui et l'enfant.

- **Le suivi de grossesse :**

Les couples ont besoin de se réappropriier la grossesse; un suivi trop médicalisé n'est pas la meilleure solution pour une grossesse physiologique. En effet, l'attente, suivie d'espoirs souvent déçus, crée une dépendance affective et une anxiété importantes. Le désir d'enfant peut devenir un besoin d'enfant. Les couples ne sont pas forcément demandeurs d'un suivi psychologique, mais ils ont besoin de soutien et d'évacuer leur angoisse : la sage-femme pourrait alors être un acteur important.

Il apparaît que l'expérience des différentes interventions médicales, à la fois spécifiques à la FIV et inhérentes aux situations normales d'accouchement, a un effet particulier et négatif sur les femmes. Alors que beaucoup de femmes mettent en place des mécanismes de défense et des stratégies d'adaptation efficaces, certaines ont des difficultés à en faire autant et pourraient bénéficier d'une aide à ce niveau. Si la réussite de la FIV est un immense bonheur, du fait de l'expérience spécifique de ces femmes, la grossesse et l'accouchement de ces mères doivent peut-être être accompagnés avec une attention particulière.

- **La parentalité :**

Selon une étude de N. Séjourné, S. Callahan et H. Chabrol sur le vécu du *post-partum* immédiat de 12 mères ayant eu recours à une FIV. Celles-ci ont complété l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) qui permet d'évaluer l'intensité du *post-partum* blues et le MSI (*Maternal Self-Report Inventory*) qui permet d'appréhender l'estime de soi maternelle et le vécu de la mère par rapport à son nouveau rôle. Le score moyen à l'EPDS indique un *post-partum* blues et 7 mères sur 12 présentent un risque de dépression. Les résultats indiquent une corrélation significative entre le score des complications à l'accouchement et le score à l'EPDS ainsi que la sous-échelle du MSI concernant les sentiments de la mère par rapport à la grossesse, au travail et à l'accouchement. De même, un score global de médicalisation

de l'accouchement est significativement corrélé avec le score à l'EPDS et la sous-échelle du MSI sur la grossesse et l'accouchement. Les complications durant l'accouchement sont reliées à un score élevé de *post-partum* blues et à une mauvaise évaluation de l'accouchement.

Les résultats des études, appuyés par des entretiens cliniques, indiquent que l'expérience de la conception, de la grossesse et de l'accouchement influencent le vécu de la maternité et du *postpartum* des mères.

Concernant leur grossesse, les mères parlent d'anxiété intense suivie par une envie d'oublier les traitements de l'infertilité. Alors que, selon les entretiens, l'accouchement et la période *post-partum* semblent être mieux vécus, les résultats des échelles suggèrent autre chose. Il semble que ces mères, confrontées aux difficultés particulières des FIV, aient du mal à faire face à leurs expériences difficiles. Un accompagnement psychologique des grossesses et des accouchements très médicalisés semble alors approprié.

2^{ème} partie : L'étude

1. Objectifs et hypothèses de recherche

Depuis mes stages de deuxième année de première phase, un thème m'intéresse particulièrement : l'aide médicale à la procréation (AMP). En effet, j'ai pu remarquer que les patientes ayant bénéficié d'une AMP pour la grossesse manifestaient plus d'anxiété pendant la grossesse : elles posaient beaucoup de questions et consultaient aux urgences gynécologiques et obstétricales pour, le plus couramment, des causes bénignes. Je les trouvais aussi généralement inquiètes quant à la prise en charge de leur enfant en service de suites de couches.

Il est vrai que cette anxiété n'est pas uniquement propre aux femmes ou aux couples ayant bénéficié d'une AMP ; je la trouvais néanmoins particulièrement exacerbée chez ces couples.

J'ai choisi d'étudier plus particulièrement la FIV car le nombre de patientes qui en bénéficient chaque année est assez conséquent. De plus, le parcours et les traitements en centre d'AMP sont lourds et contraignants. J'ai décidé d'étudier uniquement les grossesses singletons, car les grossesses multiples sont considérées d'emblée comme des grossesses à haut risque, induisant un suivi plus médicalisé et plus rapproché.

N'ayant pas trouvé de recommandations particulières de l'HAS à ce jour, mon problème était donc de savoir si, après la réussite d'une FIV, une prise en charge spécifique du couple lors d'un suivi de grossesse singleton était nécessaire.

Mes hypothèses de départ étaient donc que :

_ Le couple ayant eu recours à la FIV a des besoins et des attentes spécifiques ; il participe plus souvent à des séances de préparation à la naissance et le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité est plus élevé que dans la population générale.

_La prise en charge courante de la grossesse physiologique n'est pas adaptée aux besoins de ces couples, c'est pourquoi ils consultent plus souvent en urgence pour des motifs bénins.

_La sage-femme peut occuper une place prépondérante dans leur suivi de grossesse ; en effet, ces couples ont besoin d'un suivi moins médicalisé pour s'approprier la grossesse, mais plutôt qu'on leur consacre du temps et qu'on leur apporte une écoute attentive.

J'ai pour objectif d'infirmer ou de confirmer mes hypothèses par le biais de deux études. Une étude de 100 dossiers de grossesses singletons post FIV et des entretiens téléphoniques avec 20 de ces patientes.

2. Terrains et échantillons

Tout d'abord, une brève présentation du centre d'AMP de Metz : 2 médecins équivalents temps plein sont attachés au centre, aidés de 2 sages-femmes, de 3 secrétaires, d'un interne et de l'équipe du bloc opératoire de l'Hôpital Maternité de Metz. En 2009, 10183 actes externes au total ont été réalisés, dont : 3655 consultations, 657 inséminations intra-utérines et 953 transferts d'embryons ; on recense aussi en actes opératoires 614 ponctions d'ovocytes.

L'étude porte sur les patientes ayant eu recours à une FIV durant l'année 2009 et ayant accouché d'un enfant unique né vivant. Elles avaient donc un terme prévu entre septembre 2009 et septembre 2010, ce qui me permettait de recueillir leur vécu assez rapidement après l'accouchement.

J'ai donc inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une FIV classique, d'une ICSI ou d'un transfert d'embryon congelé. J'ai exclu les dons d'ovocyte et de sperme qui induisaient des biais par rapport au vécu psychologique de la grossesse . 167 patientes correspondaient à ces critères.

Toutes les patientes n'ayant pas accouché sur place, j'ai donc sélectionné les dossiers accessibles à l'Hôpital Maternité de Metz, l'Hôpital Bel-Air de Thionville, l'Hôpital Maillot de Briey et l'Hôpital Marie Madeleine de Forbach. Au final, j'ai effectué une étude sur 96 dossiers médicaux exploitables.

Afin d'étayer mes conclusions et mes propos, j'ai voulu effectuer une seconde étude. J'ai choisi de m'entretenir par téléphone avec 30 patientes sélectionnées au hasard dans la liste des 167 patientes. Elles étaient classées par date à laquelle la FIV avait été réalisée. J'ai alors préparé 10 billets numérotés de 1 à 10 et j'ai tiré au sort le chiffre 8. J'ai donc commencé par la huitième patiente sur la liste puis je les ai sélectionnées 5 en 5 jusqu'à atteindre 30 patientes. Je leur ai envoyé un courrier sous couvert du Dr Schweitzer, médecin au centre d'AMP de Metz, qui a suivi mon mémoire et mon étude, ce courrier ayant pour but d'obtenir l'accord des couples pour un entretien téléphonique. J'ai reçu 20 réponses positives et effectué 20 entretiens téléphoniques.

3. Difficultés et biais de l'étude.

3.1 L'étude de dossiers

3.1.1 Terrains et population

Après avoir défini la population à interroger, il m'a été très facile de retrouver tous ces couples grâce à un programme informatique au centre d'AMP. Par la suite, je me suis heurté à plusieurs difficultés engendrant des biais dans mon étude.

Tout d'abord, je n'ai pas pu retrouver la totalité des dossiers obstétricaux. En effet, certaines ont pu accoucher dans des cliniques privées ou hors de la Moselle notamment à Nancy. Par conséquent, je n'ai eu affaire à aucune patiente ayant accouché dans une maternité de type 3.

De plus, certaines informations ont été biaisées, du fait que les dossiers étaient parfois mal remplis ou incomplets.

Je suis donc conscient du nécessaire recul à prendre concernant les résultats de mon étude, d'autant plus que je n'ai pas non plus de groupe témoin.

3.1.2 Le questionnaire

Afin d'être exhaustif, j'ai d'abord créé un questionnaire reprenant la totalité des items des dossiers médicaux (Annexe I). Finalement, je ne les ai pas tous utilisés ; j'ai évincé les items qui n'apportaient rien à ma recherche et j'ai gardé ceux qui étaient exploitables.

3.2 Les entretiens téléphoniques :

A l'origine, je voulais réaliser des entretiens semi-directifs pour recueillir le vécu et le ressenti des couples. Je me suis ravisé afin de pouvoir exploiter mes résultats plus facilement et avoir plus d'objectivité, j'ai préféré créer une enquête basée sur des questions à choix multiples et j'ai laissé des champs libres pour des remarques éventuelles à chaque question. (Annexe II).

Concernant ces entretiens, il faut bien noter qu'ils ont été réalisés rétrospectivement, induisant des réponses parfois biaisées par le fait que les couples ont souvent gardé en

mémoire uniquement les très bons ou les très mauvais souvenirs. Ajoutons qu'ils ont été effectués par téléphone, tout ce qui appartient au domaine du langage non verbal n'a donc pas pu être étudié.

J'ajouterai aux paramètres à prendre en compte qu'au fur et à mesure des appels, je n'abordais pas les questions de la même façon et qu'il m'a été difficile, selon les réactions et les réponses aux questions, de rester totalement neutre.

4. Etude de dossiers

4.1 Les couples

⇒ âges des couples

n= 96

Ages	femmes	hommes
Moins de 25 ans	1	1
De 25 à 30 ans	9	7
De 31 à 35 ans	42	26
Plus de 35 ans	44	62

Tableau I : Répartition des couples par âge

⇒ Antécédents

- Antécédents médicaux

Trente-huit dossiers ne sont pas documentés sur les antécédents médicaux de la mère et 48 patientes n'ont aucun antécédent médical pouvant avoir un lien avec le suivi de la grossesse et de l'enfant.

Parmi les antécédents médicaux notables on retrouve trois cas d'asthmes, trois hypothyroïdies, une maladie de Basedow, une mosaïque 46XX-47XXX. Une patiente présente des nodules thyroïdiens. On constate aussi qu'une femme a des antécédents

de dépression.

Soixante-et-un dossiers ne sont pas documentés sur les antécédents médicaux du père et 25 hommes n'ont aucun antécédent médical pouvant avoir des répercussions sur le suivi de la grossesse et de l'enfant. On note 4 cas d'asthme, 2 cas d'hypertension, une oligoasthénospermie et un porteur sain de mutation du gène de la mucoviscidose.

- Antécédents chirurgicaux et gynécologiques

Cette question n'a pas été documentée dans 38 dossiers et 18 femmes n'ont pas d'antécédents chirurgicaux ou gynécologiques notables.

On retrouve 3 amygdalectomies, 3 appendicectomies, une greffe de peau au niveau de la jambe, une rhinoplastie et deux thyroïdectomies.

On constate aussi : deux ligatures tubaires, 4 ovaires polykystiques, 9 endométrioses, 6 antécédents de dysovulation, une ablation de fibrome et d'un polype, 2 antécédents de chlamydiae, une conisation après HPV et, pour une même patiente, 2 grossesses extra-utérines (GEU) avec salpingectomie bilatérale.

- Antécédents obstétricaux

n=96

fréquence	gestité	parité
I	55	65
II	23	23
III	15	5
IV ou +	3	3

Tableau II : gestité et parité des patientes

Parmi les antécédents obstétricaux, on constate : 10 fausses couches, 2 GEU, 2 patientes qui ont vécu 2 fausses couches chacune, 2 IVG chez une même patiente et 2 GEU chez une même autre patiente. On peut noter également 3 grossesses gémellaires.

4.2 La grossesse

⇒ consultations en urgence qui n'ont pas abouti à une hospitalisation :

n= 32

		Nombre de consultations	Nombre de patientes		
		1	21		
		2	4		
		3	1		
		4	2		
		5 et plus	4		

Tableau
nombre de consultations en sans hospitalisation

III:
urgence

Parmi les motifs de consultations, on retrouve : 23 pour des contractions utérines après 37 SA, 15 pour des diminutions de mouvements actifs fœtaux, il y a eu 10 visites de terme ou terme dépassé ; 5 pour des douleurs abdominales, 6 pour algies pelviennes, 4 pour des métrorragies et 2 pour un prurit.

⇒ hospitalisations :

n= 96

Nombre d'hospitalisations	Nombre de patientes
1	78
2	13
3	4
4	1

Tableau IV : nombre d'hospitalisations

Parmi les motifs d'hospitalisation, on retrouve : 58 pour des contractions utérines à terme, 15 pour rupture prématurée des membranes après 37 SA et 4 pour une rupture prématurée des membranes avant 37 SA.

Quatorze patientes sont restées en hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, 5 pour une césarienne programmée, 5 pour des dopplers pathologiques, 3 pour des anémies, 3 pour un déclenchement à terme plus 4 jours, 2 pour oligoamnios, 3 pour hypertension artérielle, une pour diabète gestationnel sous insuline, une pour un hématome rétroplacentaire, une pour un placenta bas inséré, une pour prééclampsie, une pour un accident de la voie publique, une pour un décollement placentaire et une autre pour une albuminurie supérieure à 0,3g/L.

4.3 L'accouchement

n=96

Terme de la grossesse à l'accouchement	Nombre de patientes
Moins de 32 SA	1
De 32 à 33 SA	3
De 34 à 35 SA	2
36 SA	4
De 37 à 40 SA	68
41 SA ou plus	18

Tableau V : Terme de la grossesse lors de l'accouchement

n=96

Mode du début de travail	Nombre de patientes
spontané	71
déclenchement	15
césarienne avant travail	10

Tableau VI: Mode du début de travail

	Mode d'accouchement	Nombre de patientes
n=96	VBS	77
	Ventouse	4
	Forceps	2
	manœuvre siège	0
	Césarienne	13

Tableau VII : Mode d'accouchement

4.4 Les suites de couches

⇒ Le bien-être maternel

Quatre-vingt-quatre dossiers ne font pas référence au bien-être de la mère après l'accouchement. Par contre dans 6 dossiers, on dépiste de l'anxiété ou du stress par rapport à l'allaitement maternel, la fréquence des tétées et le poids du bébé. Une femme est « perdue et inquiète » car son bébé régurgite, une patiente est « en colère » car les professionnels en maternité ont différents discours par rapport à l'allaitement maternel. Dans le dossier de 4 patientes, on note deux baby blues.

⇒ Type d'allaitement en fin de séjour

	Type d'allaitement	Nombre de patientes
n=96	artificiel	30
	lait maternel	64
	mixte	2

Tableau VIII : Type d'allaitement en fin de séjour

4.5 Le nouveau-né

⇒ Sexe

n= 96

Sexe	Nombre d'enfants
Masculin	47
Féminin	49

Tableau n°IX : sexe des nouveau-nés

⇒ Poids

n=96

Poids	Nombres d'enfants
Moins de 2 000	1
De 2 000 à 2 799	9
De 2 800 à 3 199	23
De 3 200 à 3 599	41
3 600 et plus	22

Tableau X : Poids des nouveau-nés

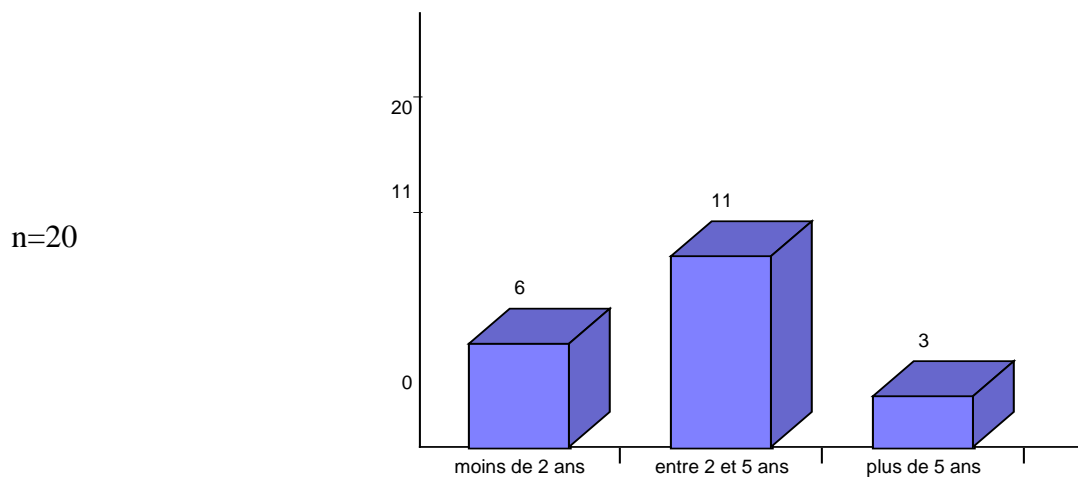
⇒ Pathologies

Quatre-vingt-deux nouveau-nés présentaient une bonne adaptation néonatale. Sept enfants ont été transférés en service de néonatalogie pour prématurité ; un enfant trémulait car il avait des problèmes de thermorégulation d'hypoglycémie et d'hypocalcémie, un autre trémulait pour hypocalcémie. Un nouveau-né a été mené en néonatalogie pour des extrasystoles, un autre pour des geignements. On a diagnostiqué un rétrognatisme et un hypertélorisme chez un nouveau-né et chez un autre une association malformative comprenant : cardiopathie congénitale sévère avec interruption de l'aorte et CIV multiples, pieds bots, talus valgus bilatéraux et hanches luxées, agénésie sacrée avec élargissement du canal médullaire. Un autre enfant avait une dysmorphie faciale (rétrognatisme, oreilles mal ourlées, visage triangulaire, disjonction des sutures, hypertélorisme discret et un test auditif négatif).

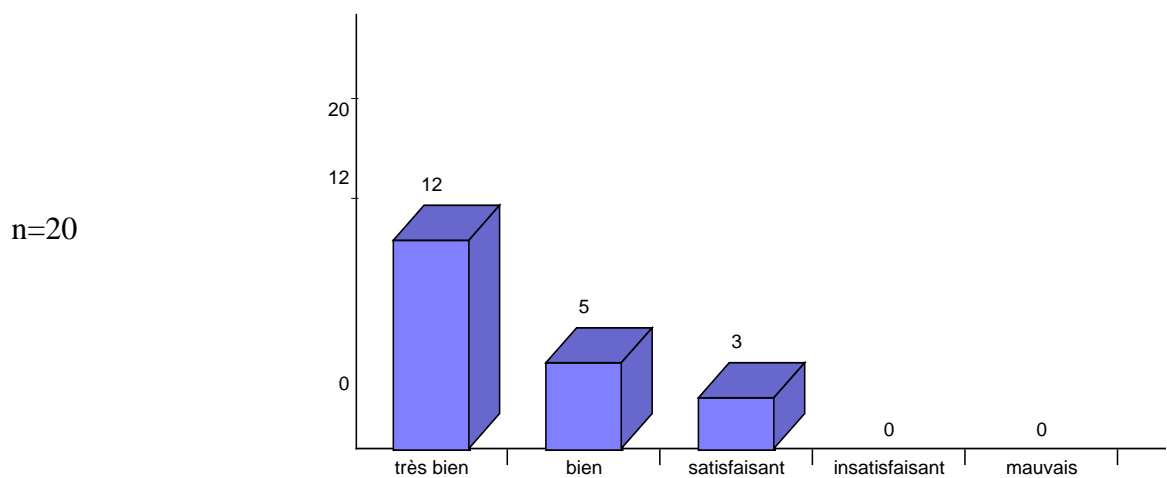
5. Les entretiens téléphoniques

5.1 Le vécu de la prise en charge en centre d'AMP

⇒ Figure n°1 : temps entre l'arrêt de la contraception et la consultation en centre d'AMP



⇒ Figure n°2 : Appréciation du suivi médical en centre d'AMP



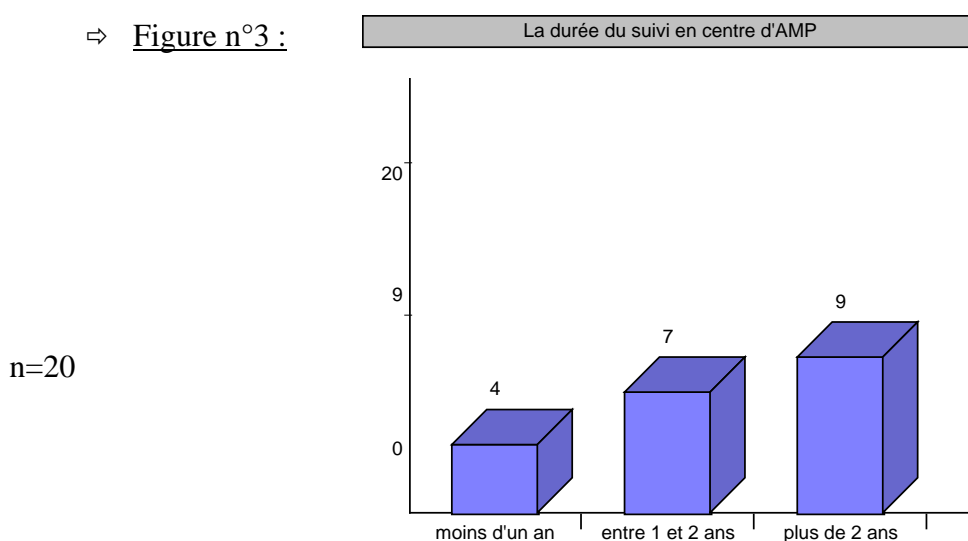
Concernant le suivi par les médecins au centre d'AMP, dans la catégorie des femmes qui ont « très bien » apprécié, 10 n'ont fait aucune remarque particulière. Dans ce même échantillon, une a dit avoir reçu un « bon accueil et de bonnes explications » et une autre a souligné qu'il y avait eu un « bon accueil et une bonne disponibilité » de la part des médecins.

Parmi celles qui ont répondu « bien », une femme a fait la remarque qu'on ne lui avait pas proposé de suivi psychologique, une patiente exerçant le métier de sage-femme

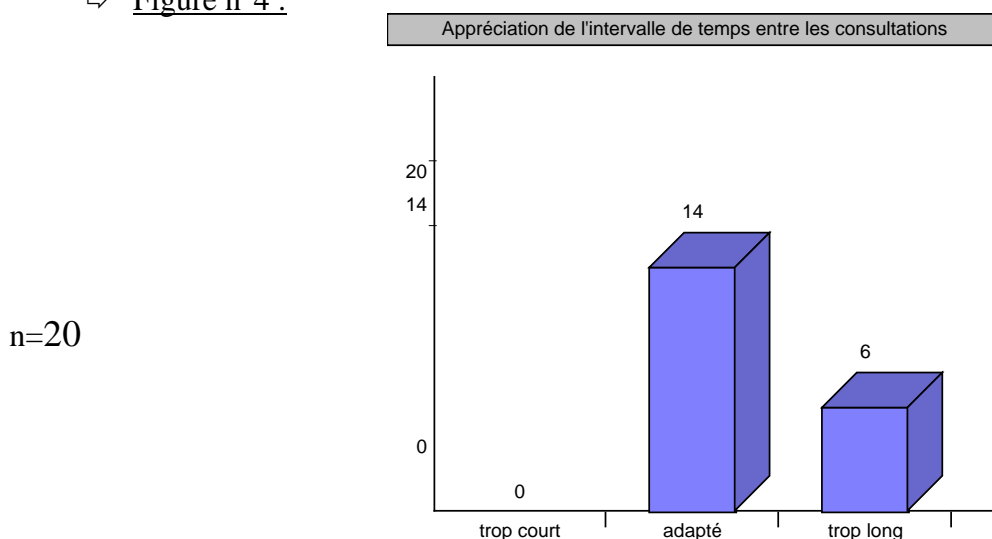
trouvait qu'elle n'avait pas été assez informée et 3 femmes n'ont pas fait de remarques particulières.

Parmi celles qui ont trouvé leur suivi « satisfaisant », une femme a suggéré que le personnel médical pourrait être « plus humain », une autre a rencontré « quelques petites incompréhensions » entre elle et les médecins. Une patiente a ressenti le 2eme rendez-vous comme « brutal » on lui aurait dit qu'il n'y avait « quasi aucune chance d'avoir un enfant ».

⇒ Figure n°3 :



⇒ Figure n°4 :



Parmi les patientes qui ont trouvé l'intervalle entre les consultations trop important, l'une a estimé que « 3 cycles de repos entre chaque tentative c'est trop long » mais s'est rendu compte « que c'est nécessaire », tandis qu'une autre a affirmé que « quand

on attend un bébé c'est toujours trop long » et qu'une dernière était « pressée » car elle avait plus de 35 ans.

Deux patientes ont jugé que les médecins manquaient de disponibilité. Parmi elles, une patiente et son conjoint disaient avoir mal vécu la prise en charge globale à cause de cela.

Les 19 autres femmes ont bien vécu leur prise en charge en centre d'AMP. De même pour leur conjoint, qui se sont sentis intégrés au suivi.

n=20

Soutien souhaité	Nombre de couples
oui	7
non	13

Tableau XI : nombre de couples ayant souhaité avoir plus de soutien durant leur suivi en centre d'AMP.

n=7

Personnes	Nombre de couples
familial	0
médical (SF, médecin)	4
psychologique	3
du conjoint	0
autres	0

Tableau XII : les personnes chez qui les couples aimeraient trouver plus de soutiens durant leur suivi en centre d'AMP.

⇒ Amélioration de la prise en charge :

J'ai demandé aux patientes comment améliorer leur prise en charge. 10 patientes n'ont fait aucune suggestion, 2 patientes ont demandé à ce que les médecins fassent plus attention à leur intimité, 4 couples ont réclamé plus de disponibilité de la part des

médecins et 3 couples auraient aimé ressentir plus d'écoute et avoir plus d'explications. Un couple a regretté de ne pas avoir eu de prise en charge psychologique.

5.2 La grossesse

⇒ L'annonce de la grossesse

J'ai voulu savoir quel était le niveau d'investissement des patientes par rapport à leur grossesse à l'annonce de celle-ci. Si, pour elles, l'investissement avait été immédiat lors des premiers résultats de laboratoire ou lors de la première échographie ou si cela avait nécessité plus de temps.

n=20

Réaction lors de l'annonce par le laboratoire	Nombre de couples
Indifférence	0
investissement immédiat/bonheur	6
prise de distance	4
besoin d'être rassuré	10

Tableau XIII : Les réactions des patientes lors de l'annonce de la grossesse par le laboratoire

n=20

Réaction lors de la première échographie	Nombre de couples
Indifférence	0
investissement immédiat/heureuse	17
prise de distance	0
besoin d'être rassurée	3

Tableau XIV : Les réactions des patientes lors de la première échographie.

Notons que, parmi les 10 patientes qui avaient besoin d'être rassurées lors de l'annonce par le laboratoire, 7 patientes l'ont été lors de la première échographie.

⇒ Les inquiétudes concernant la grossesse et l'enfant à venir

Je me suis demandé si les couples étaient anxieux, s'ils avaient des inquiétudes par rapport à la grossesse et à leur futur bébé, et si ces inquiétudes étaient du même ordre avant et pendant la grossesse.

n=20	Les couples inquiets	oui	non
	avant la grossesse	12	8
	Au 1 ^{er} trimestre de la grossesse	18	2

Tableau XV: Nombre de couples se qualifiant d'inquiets par rapport à la grossesse et la santé du futur enfant.

Les inquiétudes avant la grossesse portaient essentiellement sur la fausse couche pour les 12 couples inquiets et 8 couples parmi eux ont ajouté la menace d'accouchement prématuré.

Comme causes d'angoisses au premier trimestre, parmi les 18 couples inquiets, 1 a cité la fausse couche, 6 ont mentionné la menace d'accouchement prématuré et 11 ont évoqué les deux cumulés.

Concernant les sources d'inquiétude liées au futur bébé, avant la grossesse, 6 couples ont cité les malformations (3 ont précisé malformations rénales et urinaires) et un couple a avoué avoir peur d'avoir un enfant handicapé. 13 couples n'ont pas exprimé d'inquiétudes concernant l'enfant avant la grossesse.

Pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse, 9 couples étaient inquiets quant aux risques d'anomalies chromosomiques et génétiques notamment la trisomie 21. Les 7 couples inquiets avant la grossesse par rapport à la santé de leur enfant étaient toujours anxieux au 1^{er} trimestre.

9 couples disent ne pas s'être inquiétés de la santé de l'enfant pendant la grossesse.

⇒ Passage du centre d'AMP au suivi de grossesse par le gynécologue

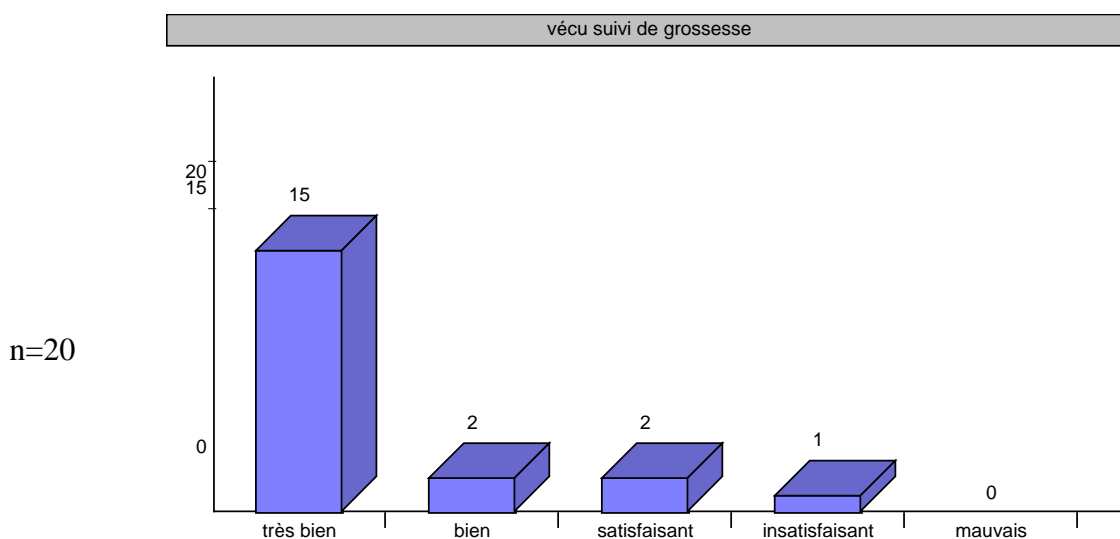
Lorsque les femmes débutent une grossesse, le centre d'AMP arrête le suivi et passe le relais à un gynécologue obstétricien. Je me suis intéressé au vécu et au ressenti des patientes concernant cette transition.

Pour 15 couples sur les 20 de l'étude, le changement s'est fait sans problème et la première consultation avec le gynécologue s'est bien passée.

Les 5 autres couples avaient l'impression d'être « lâchés dans la nature » malgré « tous les risques qu'on leur a énoncé concernant la grossesse » ; 3 couples racontent que leur gynécologue n'a pas été mis au courant de leur suivi en centre d'AMP.

⇒ Le suivi de grossesse

Figure n°5: Appréciation des couples concernant leur suivi de grossesse



Aucune remarque n'a été formulée concernant le suivi de grossesse, sauf pour le couple l'ayant jugé « insatisfaisant » et qui a ajouté avoir ressenti « un manque d'écoute et de disponibilité ».

Douze patientes ont bénéficié d'échographies supplémentaires à leur demande, parmi elles, 6 en ont eu à chaque consultation.

Huit patientes ont bénéficié d'une amniocentèse.

Dix-huit patientes ont eu un rendez vous une fois par mois tout le long de leur grossesse et 2 patientes ont eu un rendez-vous tous les 15 jours en alternance avec une sage-femme. Dix-sept patientes dont les 2 ayant rendez-vous tous les 15 jours, ont

trouvé cet intervalle entre les consultations adapté. Trois patientes pouvaient appeler leur gynécologue quand elles avaient des questions et 2 autres expliquaient pouvoir aller le voir entre deux rendez-vous en urgence.

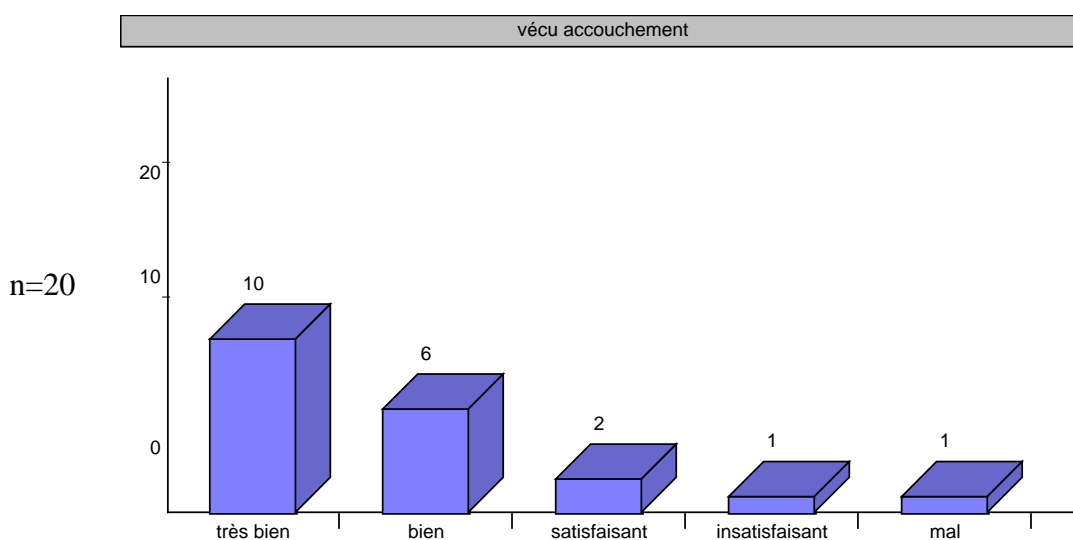
Trois patientes ont trouvé cet intervalle trop long car elles étaient inquiètes et avaient besoin d'explications.

Aucune patiente ne souhaitait de consultation supplémentaire avec un autre médecin, ni avec une psychologue. Quinze patientes auraient souhaité plus de consultations avec une sage-femme, 19 patientes ont rencontré une sage-femme pendant leur grossesse, 16 lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité et 3 patientes étaient en hospitalisation à domicile. Elles ont toutes apprécié leurs rencontres : 11 patientes ont souligné la disponibilité et 6 patientes l'écoute de la ou des sage-femme(s) qu'elles ont consulté.

Seize patientes ont trouvé utile un suivi en parallèle par un gynécologue et une sage-femme.

5.3 L'accouchement

Figure n°6 : Appréciation des couples concernant le travail et l'accouchement



Une patiente ayant « très bien » vécu le travail et l'accouchement et ayant bénéficié de l'acupuncture a trouvé ça « génial ». Les 9 autres patientes n'ont fait aucune remarque tout comme les 6 patientes l'ayant « bien » vécu.

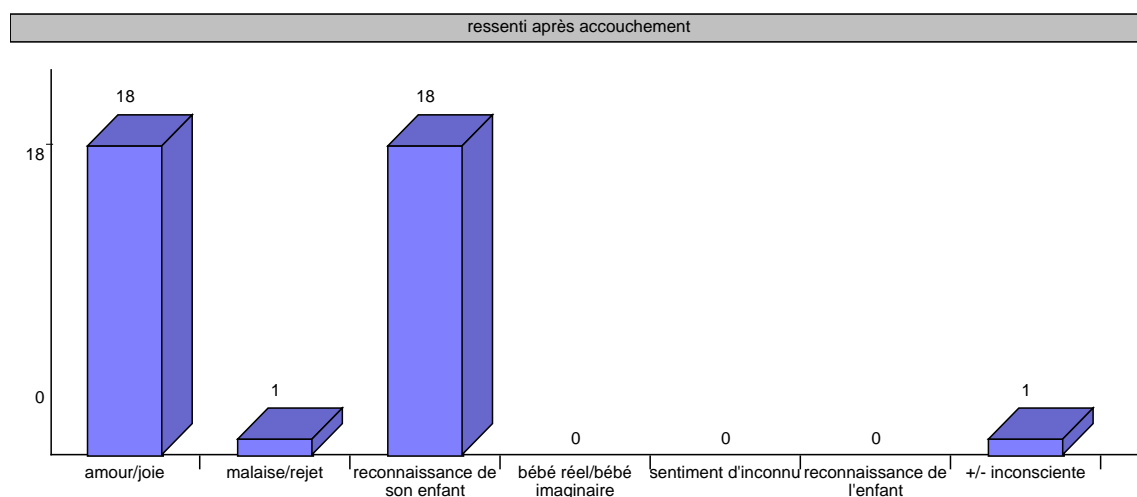
Les 2 patientes qui ont répondu « satisfaisant » ont été déçues car pour l'une il y a eu utilisation des forceps et pour l'autre de la ventouse et elles ont été peu informées avant l'acte.

Pour la patiente qui a trouvé son vécu en salle de naissance « insatisfaisant », le bébé n'est pas « descendu », elle a été peu informée de l'évolution et a été césarisée.

Pour celle qui l'a mal vécu, elle m'a dit qu'elle n'avait « pas eu l'impression d'avoir accouché », qu'elle était « spectatrice » car « la péridurale était trop dosée », qu'il « manquait 5 semaines de grossesse » et qu'elle ressentait « beaucoup de culpabilité d'avoir raté son accouchement » et qu'en plus elle n'avait pas pu faire de peau à peau car son bébé était en détresse respiratoire à la naissance. Cette patiente se dit « dégoûtée » car ce sera sûrement « son unique accouchement ».

Figure n°7 : Le ressenti des femmes juste après leur accouchement.

n=20



Les patientes ayant ressenti amour et joie et qui ont reconnu l'enfant comme le leur et se sont senties maman ont toutes décrit ce moment comme l'un des plus beaux de leur vie.

La personne qui a ressenti un malaise et un rejet a accouché d'un bébé avec des malformations et avait besoin d'être rassurée, elle a mis plusieurs semaines à se dire « je suis maman ».

La femme qui était plus ou moins inconsciente a fait une hémorragie de la délivrance juste après l'accouchement.

5.4 Le séjour en suites de couches et la sortie de la maternité

n=20	Allaitement	femmes
	Maternel	13
	Artificiel	7

Tableau XVI : Le type d'allaitement à la maternité

Aucune patiente n'a arrêté l'allaitement maternel pendant son séjour en maternité.

Figure n°8 : durée de l'allaitement maternel

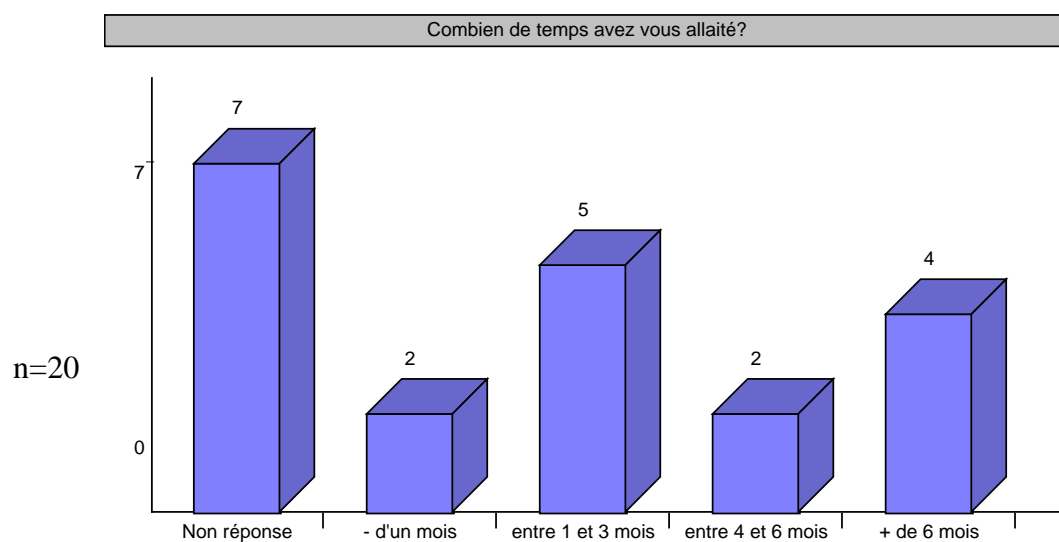
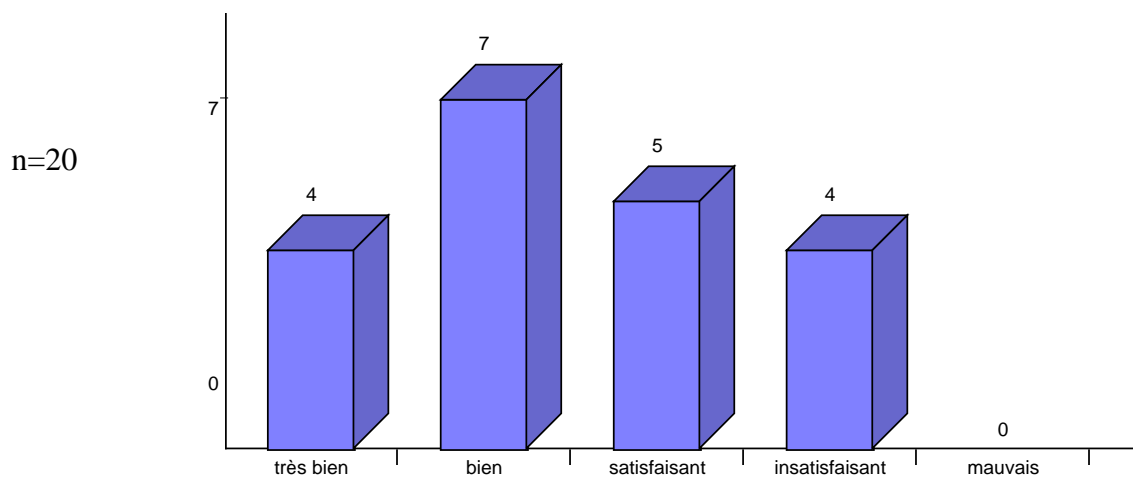


Figure n°9 : Appréciation des premiers jours en maternité avec le bébé



Les mamans qui ont « bien » ou « très bien » apprécié leur séjour en maternité n'ont fait aucune remarque.

Parmi celles qui l'ont trouvé « satisfaisant », 2 avait leur bébé en néonatalogie, un pour ictère, un pour prématurité. 4 femmes ont trouvé que les explications concernant l'allaitement maternel étaient différentes d'un professionnel à l'autre.

Les 4 mères qui ont jugé les premiers jours en maternité « insatisfaisant » ont déploré le manque d'explications pour 2 d'entre elles par rapport aux soins du nouveau-né et à l'allaitement. Les 2 autres ont trouvé que les discours différaient beaucoup entre les professionnels concernant l'allaitement et se sentaient perdues.

Après la sortie de la maternité, 6 patientes ont bénéficié d'un suivi par la puéricultrice de PMI et 4 ont été suivies par une sage-femme libérale et ont trouvé ces interventions très utiles. 2 patientes qui ont été suivies par la puéricultrice de PMI n'étaient pas satisfaites, l'une a dit « elle a recopié le carnet de santé et est repartie » et l'autre a exprimé qu'elle et la puéricultrice n'avaient pas la même façon de voir l'allaitement. Les 8 autres n'ont vu aucun professionnel après la sortie de la maternité et 4 d'entre elles auraient voulu que quelqu'un vienne leur donner des conseils.

3^{ème} partie : discussion

Après avoir présenté les résultats de mon étude, j'aimerais dans un premier temps, en analyser les résultats afin d'en ressortir ou non des conclusions. Nous nous attacherons ensuite à une réflexion sur différentes améliorations qu'il est possible d'apporter.

1. L'analyse des résultats

Pour articuler cette partie, nous discuterons successivement de la situation du couple, du vécu au centre d'AMP puis de la grossesse et l'accouchement, tant sur le plan médical que psychologique ; enfin nous nous consacrerons à une réflexion sur les suites de couches et le retour à la maison.

1.1 La situation du couple :

1.1.1 L'âge :

L'âge est un facteur important lors de la prise en charge d'une femme enceinte. En effet, il majore les risques de grossesse pathologique, de césarienne et de thrombose dans le post-partum. Il augmente la fréquence de prématurité, d'hypotrophie et d'anomalies chromosomiques ou congénitales chez l'enfant à naître.

Or dans notre étude, presque 50% des femmes ont plus de 35 ans, ce qui correspond à la population consultant en AMP en général.

De plus, la grande majorité des couples ayant recours à la FIV est suivie pendant plus d'un an au centre d'AMP avant d'obtenir une grossesse évolutive. Lors des entretiens, j'ai pu en effet constater que 16 patientes sur les 20 sondées ont été suivies pendant plus d'un an dont 9 pendant plus de 2 ans.

On comprend alors pourquoi les couples atteignent facilement 30 voire 35 ans lors de la première grossesse évolutive après une FIV. J'ai pu constater dans mon étude que, parmi les 96 patientes présentes, 86 ont plus de 30 ans dont 44 ont plus de 35 ans. La tendance est encore plus marquée chez les conjoints qui sont 88 à avoir plus de 30 ans dont 62 qui ont plus de 35 ans. Mais on sait que l'influence de l'âge masculin n'est

pas aussi prépondérante.

Les couples sont donc en moyenne bien plus âgés que dans la population générale : il faut alors prendre en compte, lors de l'analyse, les risques précédemment énoncés.

1.1.2 Gestité et parité des femmes

Les patientes concernées par l'étude ont toutes été suivies pour infertilité, il est donc logique de retrouver une population majoritairement primipare primigeste.

Dans mon étude, j'ai effectivement 55 primigestes et 65 primipares. Pourquoi cette différence entre la gestité et la parité ? En fait, 17 femmes ont obtenu des grossesses qui n'ont pas abouti à la naissance d'un enfant né vivant à cause de fausses couches, de grossesses extra-utérines ou d'interruptions volontaires de grossesse (IVG). Cela augmente la gestité sans augmenter la parité.

Ces antécédents obstétricaux ont un impact psychologique majeur et engendrent entre autres choses, beaucoup d'anxiété et de culpabilité pour les futures grossesses.

Trois femmes ont aussi mis au monde des jumeaux augmentant ainsi de deux leur parité mais d'un seulement leur gestité. On peut ajouter qu'il y a d'ailleurs peu de grandes multipares dans mon étude comme le montre le tableau II.

1.1.3 Etiologie de la stérilité

Il aurait également été intéressant d'étudier le type et les causes de stérilité qui conduisaient les couples à avoir recours à la FIV, mais ces informations ne sont pas recueillies dans les dossiers.

1.2 Le vécu au centre d'AMP :

Au centre d'AMP de Metz, les patientes sont suivies régulièrement par les deux médecins du centre. Il y a deux sortes de rendez-vous : les consultations proprement dites qui durent environ 30 minutes, au cours desquelles les gynécologues analysent le dossier, prévoient les examens à but diagnostique ou les traitements, donnent des explications et répondent aux questions des couples. Et les visites de monitoring qui durent entre 5 et 10 minutes, comprenant une surveillance échographique et biologique pour adapter le traitement et définir le meilleur moment pour la ponction

d'ovocytes. Les couples ont souvent des interrogations durant ces visites de surveillance et le temps manque aux médecins pour y répondre.

Néanmoins, ils sont souvent prévenus à l'avance que ces rendez-vous sont courts et qu'ils ne pourront certainement pas poser toutes les questions qu'ils souhaitent.

Cela dit, je constate que tous les couples de l'étude ont été satisfaits par le suivi des médecins en centre d'AMP. Le bon accueil a été souligné plusieurs fois et le personnel du centre a été très apprécié. Les réactions sont partagées lorsque l'on parle des explications et de la disponibilité des médecins ; certaines patientes ont accentué ces points de manière positive (« bonnes explications », « bonne disponibilité ») et d'autres de manière négative (« je n'ai pas été assez informée et mon conjoint non plus », « les médecins auraient pu être plus humains »).

A noter qu'un oubli important a été signalé par une patiente, qui ignorait totalement l'existence de la psychologue.

Pour 6 d'entre elles, l'intervalle entre les consultations est trop long et une patiente sur les 20 sondées dit avoir mal vécu sa prise en charge à cause de cette attente. Cela s'explique parfois par les 3 mois de repos nécessaires entre 2 tentatives mais la majorité des patientes en comprend la nécessité. D'autres femmes ont avoué que c'est la distance du centre d'AMP et la disponibilité du couple qui engendraient un intervalle plus long.

Deux patientes se sont plaintes aussi du manque d'intimité en particulier lors des échographies par voie vaginale, leur conjoint ayant étant conviés à venir regarder l'écran et aimeraient que les médecins y soient plus attentifs.

Certaines soulignent aussi des incompréhensions ; une patiente a relevé qu'on lui avait affirmé qu'elle n'avait « quasi aucune chance d'avoir un enfant ». Ce témoignage démontre l'importance que les patientes donnent à chaque mot que les professionnels de santé prononcent. Il est difficile de juger ces propos, sortis de leur contexte, mais cela montre tout de même qu'en tant que professionnel de santé il est important d'être clair, de choisir ses mots et de s'assurer de la bonne compréhension des couples.

1.3 La grossesse, l'accouchement et le nouveau-né :

1.3.1 Du point de vue psychologique :

- L'annonce de la grossesse.

La réaction lors de l'annonce de la grossesse montre bien l'état d'anxiété des patientes. En effet, la fausse couche et l'accouchement prématuré sont leurs principales inquiétudes. Douze couples sur les 20 interrogés se sont dit déjà inquiets avant la FIV et 18 ont exprimé l'avoir été au premier trimestre de la grossesse. Lors des entretiens, j'ai pu entendre que 10 patientes avaient besoin d'être rassurées et 4 ont pris de la distance par rapport à l'annonce de la grossesse par le laboratoire. Seulement 6 ont immédiatement été heureuses et ont investi la grossesse. Après la première échographie, la peur de la fausse couche précoce étant passée et constant de visu l'activité cardiaque, seules 3 patientes ont encore eu besoin d'être rassurées avant d'investir réellement la grossesse.

En résumé, après la FIV et l'implantation de l'embryon, la plupart des femmes ont besoin de temps pour investir la grossesse. En effet, de nombreuses inquiétudes, existant déjà pendant le suivi au centre d'AMP, subsistent et s'amplifient lorsque la grossesse tant désirée débute. Ces patientes demandent à être rassurées par les professionnels de santé.

- Transition entre le centre d'AMP et le suivi de grossesse par le gynécologue

Après l'échographie confirmant la grossesse, le centre d'AMP réadresse la patiente à son gynécologue ou l'oriente vers un confrère obstétricien. Pour 15 de ces couples, la transition s'est passée sans problème particulier et ils semblent l'avoir bien vécue. Pour les 5 autres, ils ont apparemment eu l'impression d'être « lâchés dans la nature ». En effet, la quasi-totalité des patientes sondées espérait une continuité dans le suivi et voulait être prise en charge par les médecins du centre pendant la grossesse.

- Inquiétudes concernant l'enfant à naître :

En plus des inquiétudes concernant la grossesse, les couples se soucient de leur futur bébé. Au centre d'AMP, on leur a parlé des risques augmentés de malformations, en particulier rénales et urinaires, ainsi que des risques accrus d'anomalies chromosomiques et congénitales. Sept d'entre eux s'en inquiètent avant la grossesse et 11 couples sont inquiets de la santé du fœtus pendant la grossesse ; ce qui explique les demandes d'amniocentèses et d'échographies plus fréquentes. Mais, rappelons que même si le fait de voir le fœtus bouger et son cœur battre apparaît comme rassurant, le couple sait qu'il n'y a pas de garantie et qu'il reste toujours une part d'incertitude.

- L'accouchement :

Pour l'accouchement, le constat est simple : celles qui ont accouché par voie basse l'ont bien ou très bien vécu. Celles qui ont été déçues et ont d'ailleurs manifesté beaucoup de regrets sont celles dont l'accouchement a nécessité l'utilisation d'une ventouse ou d'un forceps ou celles qui ont accouché par césarienne. La conception et la grossesse étant très médicalisées, les patientes ont souhaité un accouchement le plus physiologique possible.

En ce qui concerne le premier contact avec l'enfant, une patiente était plus ou moins inconsciente à cause d'une hémorragie de la délivrance et une autre a accouché d'un enfant malformé et a d'abord ressenti malaise et rejet au départ envers lui. Toutes les autres ont éprouvé une immense joie et beaucoup de bonheur à rencontrer leur enfant et à faire leur premier « peau à peau ». Ce moment a été décrit comme l'un des plus beaux de leur vie.

1.3.2 Du point de vue médical

- Le suivi de grossesse

La haute autorité de santé (HAS) n'a pas jugé utile d'énoncer de recommandations spécifiques pour les grossesses issues de PMA. Pourtant, on a vu que ces grossesses,

outre qu'elles sont valorisées par le contexte de stérilité, sont connues comme étant plus à risques que les grossesses spontanées. Elles sont généralement suivies aussi régulièrement qu'une grossesse physiologique, c'est-à-dire une fois par mois.

Toutes ont bénéficié de ce type de suivi sauf 2 qui ont consulté tous les 15 jours en alternance avec une sage-femme car elles présentaient une menace d'accouchement prématuré ; elles restaient au repos avec une prescription d'antispasmodique à domicile. Seule 3 patientes sur les 20 interrogées ont trouvé cet intervalle trop long car elles étaient inquiètes et avaient besoin d'explications. Précisons que, parmi les 17 autres, 3 patientes pouvaient appeler leur gynécologue quand elles avaient des questions et 2 femmes allaient le voir entre deux rendez-vous en urgence. J'ai pu remarquer que les gynécologues sont donc parfois plus disponibles. Sont-ils ainsi à l'écoute de toutes leurs patientes ou est-ce parce que ce sont des grossesses issues de FIV ?

De plus, 8 patientes ont bénéficié d'une amniocentèse pendant leur grossesse dont 5 pour âge maternel supérieur à 38 ans. Douze patientes ont également profité d'échographies supplémentaires à leur demande ; parmi elles, 6 y ont eu droit à chaque consultation. La même interrogation se pose : est-ce pour ces grossesses spécifiques ou pour toutes leurs patientes que les gynécologues effectuent ces échographies mensuelles ?

En continuant mes entretiens, j'ai pu découvrir que 19 patientes ont rencontré une sage-femme pendant la grossesse, 11 ont souligné sa disponibilité et 6 son écoute. Les 16 patientes qui ont fait de la préparation à la naissance pouvaient contacter leur sage-femme par téléphone si elles avaient un souci. Enfin, 15 patientes auraient souhaité plus de consultations avec une sage-femme.

Il semble donc que les femmes ayant bénéficié d'une FIV pour leur grossesse participent plus souvent à des séances de préparation à la naissance que dans la population générale, et que la sage-femme, en particulier celle qui propose des séances de préparation à la naissance, se rend très disponible et qu'elle est un acteur important dans le suivi des gestantes.

Nous aurions encore pu étudier si les couples ont participé à des préparations à la naissance et si oui, de connaître le nombre de séances mais cela n'est pas documenté dans les dossiers.

- Consultations en urgence

L'étude des dossiers devait, selon mon hypothèse, montrer qu'il y avait plus de consultations en urgence chez ces couples ayant eu recours à la FIV que dans la population générale. Hors, seulement 32 patientes sur les 96 de l'étude sont venues aux urgences et n'ont pas été hospitalisées ; parmi elles, 21 ne se sont déplacées qu'une seule fois et seulement 5 ont consulté plus de 5 fois. Remarquons que, parmi ces consultations sans hospitalisation, 10 étaient des visites de terme ou de terme dépassé, ce ne sont donc pas des consultations d'urgence proprement dites.

Ainsi, contrairement à mon hypothèse de départ, il semble donc que les patientes ayant eu recours à la FIV pour obtenir une grossesse ne consultent pas plus en urgence que dans la population générale.

Il aurait été intéressant aussi d'étudier le nombre total de consultations prénatales mais cette question n'était pas documentée dans les dossiers.

- Les hospitalisations :

Les motifs d'hospitalisation étaient très divers. On retrouve 73 patientes qui sont entrées pour l'accouchement à terme, soit après des contractions utérines, soit après avoir rompu la poche des eaux ; 3 patientes sont entrées pour un déclenchement à terme plus quatre jours et 5 patientes pour des césariennes programmées.

Notons également d'autres motifs plus pathologiques comme 14 menaces d'accouchement prématuré (MAP), 4 ruptures prématurées des membranes (RPM) avant 37 SA, 5 entrées pour des dopplers pathologiques, 3 pour anémie, 2 oligoamnios, 3 pour HTA gravidique, une pour diabète gestationnel sous insuline, une pour prééclampsie, une pour un accident de la voie publique, une pour hématome

rétroplacentaire, un décollement placentaire et une albuminurie supérieure à 0,3g/L.

Rappelons qu'on retrouve dans la population générale 15 à 30% de MAP, 3% de RPM avant 37 SA, 2 à 4% d'oligoamnios et 5 à 10% d'HTA.

A titre indicatif, on retrouve dans mon étude les mêmes pourcentages de MAP et d'oligoamnios, plus de RPM et moins d'HTA. Cependant, il est difficile de conclure car ma population est trop restreinte et mon étude présente des biais qui ont été détaillés précédemment.

- L'accouchement :

On compte 86 accouchements à terme et 10 accouchements prématurés dont 4 très prématurés en-dessous de 34 SA et même un enfant né avant 32 SA qui aurait dû normalement être pris en charge par une maternité de type 3. Dans mon étude, il n'y a pas plus d'accouchement prématuré que dans la population générale. Il est également difficile d'émettre des conclusions par rapport à ces résultats à cause de l'échantillon de population restreint et des biais existants.

Je répertorie aussi 15 déclenchements, 77 accouchements par voie basse, 13 césariennes, 4 ventouses, 2 forceps et aucun accouchement voie basse en siège.

L'Organisation Mondiale de la Santé préconise un pourcentage de césarienne bas, 15% étant un bon résultat. Malgré le contexte, le taux de césarienne reste donc ici raisonnable.

- Le nouveau-né

Les couples de mon étude ont donné naissance à 47 garçons et 49 filles. En ce qui concerne leur poids de naissance, 10 pesaient moins de 2800g correspondant aux 10 accouchements prématurés de l'étude. On en compte aussi 64 qui pesaient entre 2800

et 3600g et 22 qui pesaient plus de 3600g. Mon étude ne comprend pas plus de retard de croissance ni plus d'hypotrophie que dans la population générale mais comme énoncé précédemment, ces résultats sont peu interprétables.

Quatre-vingt deux enfants ont eu une bonne adaptation néonatale, 7 ont été transférés en néonatalogie pour prématurité, 2 ont trémulé dans les premières heures de vie, un enfant présentait des extrasystoles et un autre des geignements.

On a diagnostiqué des malformations plus ou moins graves chez 3 enfants, ce qui est conforme aux 3 à 6% de malformations auquel on peut s'attendre. Je déplore cependant de ne pas avoir retrouvé dans les dossiers obstétricaux les diagnostics exacts de ces malformations.

1.4 Les suites de couches et le retour à la maison.

- L'allaitement

On notera en premier lieu qu'aucune femme de mon étude ayant choisi l'allaitement maternel n'a changé d'avis avant la sortie de la maternité. En moyenne, dans la population générale, environ 47% des femmes allaitent leur enfant au sein à la sortie de la maternité, dans mon étude j'ai un pourcentage bien plus élevé puisque 64 femmes ont choisi l'allaitement maternel, 2 allaitements sont mixtes et 30 enfants sont allaités artificiellement.

De plus, lors de mes 20 entretiens, 13 patientes m'ont indiqué avoir allaité leur enfant au sein, 7 ont arrêté avant 3 mois, 2 ont arrêté entre 4 et 6 mois et 4 ont continué à allaiter pendant plus de 6 mois comme le recommande l'OMS. Ces femmes ont fait ce choix, car elles souhaitaient « un allaitement naturel pour leur enfant et que le lait était de meilleure qualité ».

- Les suites de couches :

Dans un premier temps, je déplore encore le manque d'informations dans les dossiers médicaux sur l'état psychologique des patientes en suites de couches : je n'ai

trouvé aucune information à ce sujet dans 84 dossiers. On notera tout de même que 6 mères se sont dit « anxieuses » et « stressées » par rapport à l'allaitement maternel et la prise du poids de l'enfant et qu'une femme se sentait « perdue et inquiète ». Une autre patiente était « en colère » car les professionnels ont eu des discours différents. On peut encore compter 4 patientes ayant souffert d'un baby blues.

Les entretiens téléphoniques ont fait ressortir les mêmes plaintes : la plupart des femmes qui allaitent au sein ont reproché des divergences de discours d'un professionnel à l'autre. D'autres mères ont critiqué le manque d'explications. Malgré tout, 11 femmes sur les 20 sondées ont bien, voir très bien apprécié leur séjour en suites de couches. Parmi elles, on retrouve les 7 femmes qui ont choisi l'allaitement artificiel.

- La sortie de la maternité :

Avec les sorties de plus en plus précoces de la maternité, les femmes ont besoin de conseils et d'écoute de la part de professionnels à ce moment. Les femmes évoquent des besoins d'informations au niveau de l'allaitement, des soins à procurer au nouveau-né et des signes auxquels il faut prêter attention. Les sages-femmes libérales d'Hospitalisation à Domicile et les puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile jouent alors un grand rôle dans cette démarche. Les femmes, en particulier les primipares, en ont besoin et elles le réclament.

2. Synthèse de l'étude

Il est possible d'émettre quelques conclusions suite à l'analyse de cette étude.

Tout d'abord, on peut dire que la population des gestantes après FIV est fortement représentée par des primipares ou des primigestes âgées. Ces femmes avaient donc peu ou aucune expérience de grossesse ; elles ont donc besoin de beaucoup d'attention, d'écoute, de conseils et d'informations.

Elles sont âgées, ce qui augmente leur angoisse : en premier lieu car, pour certaines ce seront leur unique grossesse et d'autre part, elles sont informées de l'existence de risques majorés pour la grossesse même si cela ne s'est pas vérifiée dans mon étude.

Les patientes ont été plutôt satisfaites de leur suivi en centre d'AMP. Malgré des incompréhensions et parfois un manque de disponibilité des médecins, les patientes aimeraient qu'il y ait continuité des soins et un suivi de grossesse par les gynécologues du centre. Lorsqu'elles quittent le centre, certaines se sentent abandonnées.

Elles sont particulièrement anxieuses avant et pendant la grossesse. En même temps, les grossesses issues de FIV sont plus à risque et les patientes demandent un suivi médicalisé : la prise en charge exclusive par une sage-femme n'est peut être pas judicieuse.

Selon mon étude, les patientes ayant eu recours à la FIV pour leur grossesse ne consultent pas plus en urgence que les autres gestantes. Mais elles ont des gynécologues qui montrent parfois de la disponibilité en dehors de leurs consultations mensuelles et elles bénéficient de plus d'échographies qu'une par trimestre comme c'est habituellement recommandé.

Un fort pourcentage de patientes de l'étude participe aux séances de préparation à la naissance. La sage-femme qui les propose est en général très disponible et rassure les patientes. Les femmes souhaiteraient plus de consultations avec une sage-femme.

Concernant l'accouchement, les patientes préfèrent accoucher par voie basse, donc de manière physiologique et sont la plupart du temps mal préparées à la possibilité d'une intervention instrumentale.

La première rencontre avec leur bébé est, pour la quasi-totalité, racontée comme l'un des plus beaux moments de leur vie. Il y a une tendance plus forte pour l'allaitement maternel. Lorsqu'elles choisissent d'allaiter leur enfant au sein, elles sont souvent déçues par les professionnels de santé qui ne s'accordent pas sur les recommandations et le discours tenus et qui parfois ne leur apportent pas assez d'explications.

Les dossiers obstétricaux sont très peu documentés concernant le vécu et à la santé psychologique des patientes.

Certaines questions qu'il aurait été intéressant d'aborder dans ce mémoire n'ont pas pu l'être, car les dossiers médicaux des accouchées sont mal remplis ou que l'on y

trouve également que très peu d'informations sur les traitements de stérilité qui ont été entrepris.

Les mères demandent de l'aide à domicile les jours suivants la sortie de la maternité. La majorité en reçoit de la part de sages-femmes ou de puéricultrices.

3. Propositions d'améliorations.

Dans un premier temps, j'aimerais évoquer l'idée qu'on puisse mettre en place des groupes de paroles au centre d'AMP pour les couples qui désirent parler de leurs difficultés avec d'autres couples dans le même cas. Ces groupes pourraient être gérés et organisés par la psychologue et la sage-femme du centre en coordination. Je pense que cela aiderait les couples à traverser les épreuves et qu'ils auraient là un endroit où ils pourraient être écoutés, soutenus et rassurés.

Ensuite, je pense que la sage-femme du centre d'AMP a un rôle majeur dans la prise en charge des couples ; elle fait le lien entre le couple et le médecin, elle est disponible pour répondre aux questions, reprendre les explications sur ce qui a pu être mal compris.

La sage-femme pourrait aussi permettre que le lien perdure avec le centre d'AMP, une fois la grossesse débutée, pour éviter que les patientes ne se sentent abandonnées. En effet, elle pourrait les voir en consultation au 1^{er} trimestre de la grossesse pour les rassurer et répondre à leurs inquiétudes. Rappelons que le suivi par la sage-femme montre que la grossesse se passe bien, car c'est le professionnel de la physiologie. A partir du deuxième trimestre, une sage femme peut épauler l'obstétricien en effectuant l'entretien prénatal individuel et les séances de préparation à la naissance. Elle accompagnerait aussi les couples dans leur projet de naissance et pourrait donner les conseils et informations aux parents dans le post-partum.

Par ailleurs, il serait utile d'organiser des réunions, dans les différents services de suites de couches, pour uniformiser les propos des professionnels de santé sur l'allaitement maternel et les soins à donner à l'enfant. Il faudrait alors aussi que les sages-femmes et auxiliaires de puériculture soient plus disponibles pour la formation à l'allaitement.

Enfin, afin d'obtenir un maximum de données médico-psychologiques sur les patientes que les professionnels de santé prennent en charge, le dossier médical unique sera, je l'espère, une bonne solution. Il permettra d'obtenir une continuité dans la transmission des informations entre le centre d'AMP, la maternité et les professionnels de santé qui prendront en charge la patiente par la suite.

Il serait non négligeable d'ajouter, lors de la fabrication des dossiers, des items concernant la santé psychologique et de rappeler aux différents professionnels de remplir de manière exhaustive le dossier médical des patientes.

Conclusion

Parmi les techniques de procréation médicalement assistée, la FIV et l'ICSI sont les plus contraignantes et les plus médicalisées. Pourtant, d'après les entretiens menés auprès des patientes, elles étaient plutôt satisfaites de leur suivi au centre d'AMP.

Lorsqu'une grossesse se déclare, l'HAS n'ayant pas fixé de recommandations, les patientes peuvent être suivies comme pour toute grossesse physiologique. Ces gestantes peuvent avoir l'impression d'être abandonnées ou au contraire peuvent être soulagées de réintégrer « la norme ».

Malgré tout, la littérature montre qu'elles restent des grossesses à risques. De plus, mon étude met en évidence des patientes particulièrement anxieuses. Elles ont donc besoin d'un suivi régulier, d'une écoute attentive et de professionnels de santé disponibles.

L'accouchement est bien vécu lorsqu'on reste dans la physiologie et que les patientes mènent à bien leur projet de naissance. Lorsque ce n'est pas le cas, on remarque qu'elles sont souvent mal préparées à une instrumentalisation de l'événement.

Quant aux suites de couches, les patientes pourtant motivées pour l'allaitement maternel sont souvent déçues par les professionnels et le suivi qu'elles ont dans le post-partum, conduisent la moitié d'entre elles à renoncer avant 3 mois.

La sage-femme, décrite comme disponible et à l'écoute par les patientes, pourrait alors jouer un rôle plus important à toutes les étapes, au centre d'AMP, dans le suivi de grossesse et dans le post-partum.

A l'heure de la révision des lois de bioéthique et au vu de mon expérience au centre d'AMP de Metz, je comprends pourquoi les législateurs ont voulu mettre un frein à certaines pratiques plus « borderline » comme l'insémination post-mortem ou la gestation pour autrui.

Bibliographie

1. **Allard M.-A. , Séjourné N. et Chabrol H.** : Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro (FIV)
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 35, Issue 10, Octobre 2007, Pages 1009-1014
2. **Antoine J.-M.** : Grossesses et enfants issus de couples infertiles
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 38, Supplement 1, Janvier 2009.
3. **Barruyer C.** : Mieux vivre avec... Une PMA
Edition Arnaud Franel, 2005
4. **Blanchet V., Cochin C.-H.** : Le parcours des couples qui entreprennent une fécondation in vitro dans les centres d'Assistance Médicale à la Procréation
La Revue Sage-Femme, Volume 5, Issue 6, Décembre 2006, Pages 286-289
5. **Coëffin-Driol C., Giami A.** : L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 32, Issues 7-8, Juillet-Aout 2004, Pages 624-637
6. **Collier F.** : Quand le désir d'enfant est là : quelle sexualité pour le couple ?
Original
Research Article Sexologies, Volume 19, Issue 3, Juillet-Septembre 2010, Pages 170-174
7. **Czyba- Gaultier C.** : l'infertilité masculine : Aspects psychologiques.
Soins Gyn. Obs. Puer. Ped – 1991 – n° 118- pp 27-29 ;
8. **Darwiche J., Bovet P., Corboz-Warnery A., Germond M., Rais M., Real del Sarte A. and Guex P.**: Quelle assistance psychologique pour les couples requérant une aide médicale à la procréation ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 30, Issue 5, Mai 2002, Pages 394-404
9. **Dugnat M.** : Devenir père, devenir mère
Edition ERES, 2004

10. **Epelboin S.** : Les enfants de l'ICSI Original Research Article
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 36,
Supplement 3, Décembre 2007,
11. **Frydman R.** : L'irrésistible désir de naissance
Edition PUF, 1986
12. **Frydman R., Rufo M., Sdulte C.** : Désir d'enfant
Edition Hachette, 2006
13. **Hamamah S.** : Ovocyte et embryon de la physiologie à la pathologie
édition ellipses, 1999
14. **Hamamah S., Saliba E., Benahmed M., Gold F.** : Médecine et Biologie de la
reproduction
éd MASSON, 2004
15. **HAS** : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à
risques identifiés
recommandation professionnelle, mai 2007
16. **Khoshnood B., Bouvier-Colle M.-H. , Leridon H., Blondel B.** :
Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de
l'enfant
La Revue Sage-Femme, Volume 8, Issue 3, Juin 2009, Pages 145-160
17. **Lansac J., Guerif F.** : AMP : L'assistance médicale à la procréation en
pratique
Edition MASSON, 1999
18. **Malizia B, Hacker M.** : FIV : quelles sont les chances de réussite ?
Revue Francophone des Laboratoires, Volume 2009, Issue 416, Novembre
2009, Page 22
19. **Marpeau L.** : Traité d'obstétrique
Ed ELSEVIER MASSON, 2010
20. **Matias A., Cristiano Oliveir, José Teixeira da Silva, Joaquina Silva,
Alberto Barros and Isaac Blickstein**
The effect of ICSI, maternal age, and embryonic stage on early clinical loss
rate of twin versus singleton pregnancies
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,
Volume 130, Issue 2, février 2007, Pages 212-215
21. **MOUZON J.** : Accompagner un couple infertile
JOBGYN 7 – mai 1997 – pp. 19-21
22. **Nils-Halvdan Morken** :
Preterm delivery in IVF versus ICSI singleton pregnancies: a national
population-based cohort
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, In

- 23. Ohl J., Reder F., Fernandez A., Bettahar-Lebugle K., Rongières C. and Nisand I. :**
Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 37, Issue 1, Janvier 2009,
Pages 25-32
- 24. Pelinck Marie-José, Marjan H. Keizer, Annemieke Hoek, Arnold H.M. Simons, Karin Schelling, Karin Middelburg and Maas Jan Heineman :**
Perinatal outcome in singletons after modified natural cycle IVF and standard IVF with ovarian stimulation
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,
Volume, Issue 1, Janvier 2010, Pages 56-61
- 25. Place I., Laruelle C., Kennof B., Revelard P. and Englert Y.**
Quel soutien les couples en traitement de FIV attendent-ils de l'équipe soignante ? Enquête et pistes de réflexion.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 30, Issue 3, Mars 2002,
Pages 224-230
- 26. Quijano C., Germond M., Ansermet F. :** Parentalité stérile et procréation médicalement assistée
Edition ERES, 2006
- 27. Rosenblum O. :** Désir d'enfant : une folle passion ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 35, Issue 10, Octobre 2007,
Pages 1060-1063
- 28. Séjourné N., Callahan S. et Chabrol H. :**
Vécu psychologique de la maternité chez douze mères ayant fait une FIV
Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive Volume 15,
Supplement 1, Décembre 2005, Page 48
- 29. West Z. :** Je veux un enfant, le guide pratique de la fertilité et de la procréation
édition Pearson pratique, 2007
- 30. Zorn J.-R., Savale M. :** Stérilité du couple
Edition MASSON, 2005

Annexes

Annexe I :

Questionnaire de l'étude de dossier

ANNEXE II :

Questionnaire des entretiens téléphoniques

I/Concernant la mère :

- 1) age : 1 -25 ans 2 25-30 ans 3 30-35 ans 4 + 35 ans
 2) gestité : 1 Ig 2 II g 3 IIIg 4 IV g ou +
 3) Parité : 1 Ip 2 II p 3 IIIp 4 IV p ou +
 4) Gr sanguin :
 5) mode de vie familiale : 1 vit seule 2 vit en couple 3 mariée
 6) Origine géographique : 1 france 2 Europe du nord 3 Europe du sud 4 Afrique du nord
 5 Afrique 6 DOM TOM 7 Asie 8 autre :
 7) niveau d'études : 1 non scolarisée 2 primaire 3 collège, CAP, BEP
 4 lycée 5 enseignement sup
 8) Profession code insee :
 9) Profession exercée pendant la grossesse : 1 oui 2 non
 10) durée de transport : 1 -15min 2 entre 15 min et 30min 3 + 30 min
 11) Tabac avant la grossesse 1 0 2 -10 cig 3 +ou = 10 cig
 12) Tabac pendant la grossesse 1 0 2 -10 cig 3 +ou = 10 cig
 13) Alcool : 1 oui 2 non
 14) Toxicomanie : 1 oui 2 non
 15) Taille : 1 -1m50 2 1m50 à 1m60 3 +1m60
 16) Poids : 1 -50kg 2 entre 50 et 60kg 3 entre 60 et 70kg 4 +de 70kg
 17) IMC : 1 -18 2 18 à 25 3 +25

II/Concernant le père :

- 1) age : 1 -25 ans 2 25-30 ans 3 30-35 ans 4 + 35 ans
 2) Origine géographique : 1 france 2 Europe du nord 3 Europe du sud 4 Afrique du nord
 5 Afrique 6 DOM TOM 7 Asie 8 autre :
 3) niveau d'études : 1 non scolarisée 2 primaire 3 collège, CAP, BEP
 4 lycée 5 enseignement sup
 4) Profession code insee :
 5) Taille :
 6) Gr sanguin :
 7) Pathologie particulière :

III/ Antécédents maternels

1) médicaux	2) chirurgicaux	3) gynéco	4) obstétrical	5) familial

- 6) transfusé : 1 oui 2 non

IV/ Grossesse actuelle

- 1) type de stérilité précédent la grossesse :

2) Consultations :

consultation	SA	motif	diagnostic	hospit	TTT
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

3) Hospitalisations :

hospitalisa- -tion	SA	motif	diagnostic	hospit	TTT	durée	Mode de sortie
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

- 4) nombre total de consultations prénatales :
 5) préparation a la naissance : 1 oui 2 non nbre :
 6) Arret de travail : age gest en SA :
 nb de semaine :

7) Echographie : nombre :

Echographie	Anomalies
1er trimestre	
2ème trimestre	
3ème trimestre	

V/Accouchement :

- 1) age gestationnel en SA :
 2) motif d'admission :
 3) CU :
 4) TV :
 5) poche des eaux :
 6) mode d'entrée : 1 domicile 2 mutation 3 transfert 8 autre :
 7) mode du début de travail : 1 spontané 2 déclenchement 3 césarienne avant travail
 8) si décl : motifs : 1 acct programmé 2 grossesse prolongée 3 patho maternelle
 4 patho foetale 5 RPM 6 MFIU 8 autre :
 9) Moyens : 1 ocytocine 2 prostaglandine 8 autres :
 10) Bishop :

Surveillance du travail :

- 11) anomalie des CU :
 12) anomalie du RCF :
 13) PH :
 14) Pathologie au cours du travail :
 15) L.A à la rupture 1 clair 2 méconial 3 sanglant 4 teinté 8 autres :
 16) L.A ultérieuremnt 1 clair 2 méconial 3 sanglant 4 teinté 8 autres :
 présentation : 1 sommet 8 autres :

- 17) Mode d'accouchement : 1 VBS 2 ventouse 3 forceps 4 manoeuvre siège 5 césarienne
 18) durée d'ouverture de l'oeuf
 19) durée du travail
 20) durée du travail de 5 cm à dilatation complète
 21) durée entre dilatation complète et effort expulsif
 22) durée des efforts expulsifs
 23) Anesthésie pendant le travail : 1 péridurale 8 autres
 24) Délivrance : 1 naturelle 2 dirigée 3 artificielle
 25) anomalie du cordon ou du placenta :
 26) déchirure 1 oui 2 non
 27) épisiotomie 1 oui 2 non

VI/Suites de couches :

1) Transmissions :

- 2) Pathologie des suites de couches : 1 oui 2 non
 3) infection : 1 oui 2 non
 4) origine : 1 infection préexistante 2 infection nosocomiale 3 inconnue
 5) type d'infection code :
 6) Autre pathologie : 1 oui 2 non
 7) si oui, code :
 8) Complication de l'anesthésie : 1 oui 2 non
 9) si oui, code :
 10) Intervention : 1 oui 2 non
 11) si oui, code :
 12) durée de séjour :
 13) mode de sortie : 1 domicile bonne santé 2 mutation 3 transfert 4 HAD
 5 SF à dom. Hors HAD 6 décès 7 contre avis médical 8 autres

VII/Nouveau-Né

- 1) sexe :
 2) poids :
 3) taille :
 4) PC :
 5) Apgar :
 6) réanimation :
 7) développement pondéral : 1 hypotrophie 2 eutrophie 3 hypertrophie
 8) alimentation en fin de séjour : 1 lait maternel 2 mixte 3 artificiel 4 diététique spécial
 9) Pathologie du NN : 1 oui 2 non
 10) si oui :
 11) durée de séjour :
 12) mode de sortie : 1 domicile 2 mutation 3 transfert 4 pouponnière 5 décès 8 autres

1) quelles circonstances vous ont amené à consulter dans un centre d'AMP :

2) Combien de temps avez vous attendu entre l'arrêt de la contraception et la consultation en centre d'AMP :

1 moins de 2 ans 2 entre 2 et 5 ans 3 plus de 5 ans

remarques :

Thème 1 : Centre d'AMP

3) votre suivi médical (par les médecins) en centre d'AMP était il :

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

4) quelle a été la durée du suivi :

1 moins d'un an 2 entre 1 et 2 ans 3 plus de 2 ans

5) Comment qualifieriez vous l'intervalle entre les consultations :

1 trop court 2 adapté 3 trop long

Si trop court ou trop long pourquoi ?

6) Avez vous bien vécu la prise en charge :

1 oui 2 non

Si non, pourquoi?

7) Votre conjoint a-t-il bien vécu la prise en charge :

1 oui 2 non

si non, pourquoi ?

8) Auriez- vous souhaité avoir plus de soutien ?

1 oui 2 non

9) Si oui, soutien :

1 familial 2 médical (SF, médecin) 3 psychologique 4 du conjoint 5 autres :

10) Pour vous, le suivi a t il répondu a vos attentes?

1 oui 2 non

11) Qu'auriez vous aimé améliorer dans votre prise en charge?

12) Comment?

Thème 2 : la grossesse

13) Lors des résultats annonçant le début de grossesse par le laboratoire quelle a été votre réaction?

1 indifférence 2 investissement immédiat/heureuse 3 prise de distance 4 besoin d'être rassurée

14) Lors de la première échographie confirmant la grossesse évolutive quelle a été votre réaction?

1 indifférence 2 investissement immédiat/heureuse 3 prise de distance 4 besoin d'être rassurée

5 rassurée

15) Durant votre suivi en centre d'AMP, avez vous eu des inquiétudes quant au déroulement de votre grossesse, car issu de FIV?

1 oui 2 non

si oui, lesquels :

16) Votre grossesse s'est elle bien passée?

1 oui 2 non

Remarques :

17) Le gynécologue qui a surveillé votre grossesse était-il celui qui assurait votre suivi auparavant?

1 oui 2 non

18) si non, comment c'est passé la transition?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

19) Avez vous eu conscience d'un passage de relais entre le centre d'AMP et le gynécologue ?

1 oui 2 non

20) Comment s'est passé la première consultation avec le gynécologue qui a suivi votre grossesse?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

21) comment avez vous vécu votre suivi de grossesse?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

22) Durant la grossesse, avez vous eu des inquiétudes concernant la grossesse elle-même?

1 oui 2 non

si oui, lesquels :

23) Durant la grossesse, avez vous eu des inquiétudes concernant le bébé?

1 oui 2 non

si oui, lesquels :

24) A cause de ces inquiétudes avez vous bénéficié d'échographies supplémentaires?

1 oui 2 non

25) A cause de ces inquiétudes avez vous demandé une amniocentèse?

1 oui 2 non

26) quelle était la fréquence de vos consultations prénatales?

1 1 par mois 2 1 par 15j 3 1 par semaine

27) Comment qualifieriez vous l'intervalle entre les consultations :

1 trop court 2 adapté 3 trop long

Si trop court ou trop long pourquoi ?

28) Votre conjoint a-t-il été intégré dans le suivi?

1 oui 2 non

Remarques :

29) Auriez vous souhaité avoir des consultations supplémentaires avec un autre médecin?

1 oui 2 non

30) Auriez vous souhaité avoir des consultations supplémentaires avec une sage-femme?

1 oui 2 non

31) Avez vous eu l'occasion d'avoir un entretien avec une sage-femme?

1 oui 2 non

32) Si oui, dans quel cadre?

33) Comment cela s'est il passé?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

34) Auriez vous souhaité avoir un ou plusieurs entretiens avec un psychologue?

1 oui 2 non

35) Pour vous, le suivi de la grossesse a-t-il répondu a vos attentes?

1 oui 2 non

remarques :

36) Avez vous été hospitalisé :

1 oui 2 non

motif(s) :

37) Un suivi par une sage-femme en collaboration avec votre gynécologue vous paraît-il utile?

1 oui 2 non

38) Avez vous consulté en urgence pendant la grossesse?

1 oui 2 non

si oui, pourquoi?

39) Y a t il eu une pathologie mise en évidence?

40) Qu'auriez vous aimé changer dans votre suivi pour améliorer le vécu de votre grossesse?

Accouchement :

41) Pour quel motif êtes vous venu à la maternité?

42) Comment s'est passé le travail?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

43) comment avez vous vécu votre accouchement?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mal

remarques :

44) Etiez vous inquiète en salle de naissance?

1 oui 2 non

pourquoi?

45) Le suivi en salle de naissance était il :

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

46) La prise en charge lors de la naissance a t elle répondu a vos attentes?

1 oui 2 non

remarques :

Thème 3 : relation mère-enfant

47) Qu'avez vous ressenti juste après l'accouchement?

1 amour/joie 2 malaise/rejet 3 reconnaissance de son enfant 4 bébé réel/bébé imaginaire
5 sentiment d'inconnu

48) Après l'accouchement, avez vous eu des inquiétudes concernant le bébé?

1 oui 2 non

si oui, lesquels?

49) Comment se sont passés les premiers jours en maternité avec le bébé?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

50) Avez vous allaité?

1 oui 2 non

51) Combien de temps avez vous allaité?

1 - d'un mois 2 entre 1 et 3 mois 3 entre 3 et 6 mois 4 + de 6 mois

52) Comment cela s'est il passé?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

53) Avez vous bénéficié du soutien des professionnels de santé en maternité?

1 oui 2 non

remarques :

54) Vous sentiez vous à l'aise dans les soins du bébé dès les premiers jours?

1 oui 2 non

55) Si non, avez vous demandé de l'aide?

1 oui 2 non

Si oui, a qui?

56) avez vous bénéficié d'une aide de la part de professionnel(s) de santé à la sortie de la maternité?

1 oui 2 non

57) Si oui, le(s)quel(s)?

58) Comment cela s'est il passé?

1 très bien 2 bien 3 satisfaisant 4 insatisfaisant 5 mauvais

remarques :

59) Si non, auriez vous voulu un suivi par une sage-femme libérale après la sortie de la maternité?

1 oui 2 non