

ESF – SORBONNE UNIVERSITE
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME

**LE VECU DU PARCOURS DE PMA ET DE
LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES
ENCEINTES SUITE A UNE FECONDATION
*IN VITRO***

DUTHILLEUL Laurelen

Née le 2 Octobre 1996 à Champigny sur Marne

Nationalité française

Directeur de mémoire : Dr KOLANSKA Kamila

En collaboration avec Mme SELIGMANN Julie (psychologue)

Année universitaire : 2019 - 2020

ESF – SORBONNE UNIVERSITE
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME

**LE VECU DU PARCOURS DE PMA ET DE
LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES
ENCEINTES SUITE A UNE FECONDATION
*IN VITRO***

DUTHILLEUL Laurelen

Née le 2 Octobre 1996 à Champigny sur Marne

Nationalité française

Directeur de mémoire : Dr KOLANSKA Kamila

En collaboration avec Mme SELIGMANN Julie (psychologue)

Année universitaire : 2019 - 2020

Table des matières

1. INTRODUCTION	7
1.1 L'infertilité	8
1.1.1 Définition	8
1.1.2 Etiologies	8
1.2 Les méthodes de Procréation Médicalement Assistée	9
1.2.1 L'insémination intra-utérine (IIU)	10
1.2.2 La fécondation in-vitro (FIV)	10
1.2.3 L'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI)	11
1.3 Le versant psychologique de la PMA	12
1.3.1 Le vécu psychologique des patientes	12
1.3.2 La prise en charge psychologique proposée par la PMA	14
1.4 Le suivi de grossesse	17
1.5 Intérêt de la mise en place d'un suivi spécifique pendant la grossesse chez les patientes ayant bénéficié d'un parcours de PMA	17
2. MATERIEL ET METHODES	18
3. RESULTATS	20
3.1 Cause d'infertilité	20
3.2 Durée de l'infertilité	20
3.3 Vécu de l'annonce de l'infertilité	21
3.4 Vécu du parcours de PMA	23
3.5 Vécu des échecs de PMA	25
3.6 L'accompagnement lors du parcours de PMA	29
3.7 Conséquences de la PMA sur la femme et le couple	31
3.8 Vécu de la grossesse	33
3.8.1 Le premier trimestre de grossesse	33
3.8.2 Ressentis face à l'apparition de signes évocateurs d'une grossesse	34
3.8.3 Conséquences de la PMA sur les signes sympathiques de grossesse	34
3.8.4 Ressentis des femmes à 6 mois de grossesse	35
3.8.5 Complications obstétricales et suivi de grossesse	36
3.8.6 Bénéfices d'un suivi plus rapproché de la grossesse	37
3.8.7 Besoins des femmes pour le suivi de la grossesse	37
3.8.8 Bénéfices de la grossesse et projection	38
3.8.9 Besoin d'un retour vers le naturel après la PMA	38

4. DISCUSSION	42
5. CONCLUSION	48
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
7. GLOSSAIRE	51
8. ANNEXES	52
8.1 Trame d'entretien	52
8.2 Entretien	57

1. INTRODUCTION

A travers des différents stages, nous pouvons rencontrer et accompagner de nombreuses femmes ayant obtenues leur grossesse suite à un parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA). L'infertilité touche entre 9 à 18% de la population générale. Aujourd'hui, en France, un couple sur six consulte un professionnel de santé spécialisé dans la médecine de la reproduction (1).

Alors qu'un parcours de PMA est extrêmement encadré avec un suivi régulier et rapproché, une fois la grossesse confirmée, ces couples bénéficient d'une surveillance classique de la grossesse sans attention particulière des professionnels de santé. Cependant, le vécu de ces grossesses peut être difficile.

La majorité des femmes ayant obtenu la grossesse suite à un parcours de PMA expriment une inquiétude plus importante que les femmes ayant une grossesse spontanée.

En début de grossesse, une femme ayant vécu plusieurs échecs, redoute fréquemment une fausse couche précoce ou une grossesse extra-utérine. Il lui est alors difficile de profiter de la grossesse. Pour elle, rien n'est acquis avant d'avoir atteint la fin du premier trimestre de la grossesse où elles commencent alors à émettre des inquiétudes concernant l'arrivée du bébé et sur la manière dont elles vont réussir à s'en occuper. Au troisième trimestre de la grossesse, la plupart des femmes ayant bénéficié d'un parcours de PMA ressentent une angoisse vis-à-vis de l'accouchement. Tout cela contribue à alimenter et accroître leur anxiété en se rajoutant au parcours compliqué de la PMA. Avant même le début de la grossesse, ces femmes sont plus vulnérables et fragilisées.

L'anxiété des futures mères s'observe également en salle de naissances où elles posent souvent davantage de questions sur le déroulement du travail, sur les différents gestes et produits utilisés, tels que le sondage urinaire, l'ocytocine ou l'amniotomie. De plus, une même question, « ça ne fera rien au bébé ? » revient souvent, ce qui reflète une certaine inquiétude.

Au moment de l'installation pour l'accouchement, une grande tendresse dans le couple peut être observée. L'appréhension et la peur, mais également une grande impatience de rencontrer enfin cet enfant tant attendu sont perceptibles. Une fois l'enfant né, lorsqu'il est nécessaire de lui apporter des soins plus spécifiques, les

pères sont très souvent présents auprès du nouveau-né, fortement encouragés par les mères qui ne veulent pas que leur enfant se retrouve seul.

Lors du séjour en suites de couches, ces mères sont souvent très organisées. La plupart d'entre elles ont déjà tout préparé. Néanmoins, l'inquiétude se ressent davantage lors des soins du nouveau-né. Un doute en leur capacité à s'occuper de leur enfant peut être ressenti. Elles peuvent rapidement se trouver désemparées devant les pleurs du nouveau-né qu'elles ne parviennent pas à calmer.

Cette inquiétude chez les femmes enceintes suite à un parcours de PMA ne s'observe pas chez l'ensemble d'entre elles. Cependant, il est plus remarquable chez les femmes ayant un antécédent d'infertilité.

1.1 L'infertilité

1.1.1 Définition

L'infertilité est définie comme une « aptitude diminuée à concevoir et à engendrer une descendance. De manière plus spécifique, elle correspond à l'incapacité de concevoir après une année de rapports sexuels réguliers » (2). D'après cette définition nous pouvons donc conclure que les couples qui ont recours à la PMA ont expérimenté déjà un an de tentatives infructueuses. En moyenne, après un an 18 à 24% des couples sont toujours dans l'attente d'une grossesse, et 8 à 11% le sont toujours après 2 ans (3).

1.1.2 Etiologies

Les causes de l'infertilité sont multiples. Quarante à 45% sont dues à un problème féminin, 30 à 40% à un problème masculin et 20% sont de cause inexpliquée (4).

L'infertilité d'origine féminine peut être liée à des troubles de l'ovulation, à une anomalie tubaire, à l'endométriose, à une malformation de l'utérus ou la présence de myomes utérins.

L'infertilité d'origine masculine peut être liée à une altération de la qualité du sperme, à une altération de la concentration, de la mobilité et/ou de la morphologie des spermatozoïdes.

L'infertilité peut également être la conséquence d'un problème mixte venant à la fois de l'homme et de la femme.

L'infertilité est en augmentation dans de nombreux pays et notamment en France. Cette augmentation est en lien avec le mode de vie. En effet, les femmes décident d'avoir leur premier enfant de plus en plus tardivement, privilégiant leur vie professionnelle. Ceci est possible grâce à l'amélioration de l'accès à la contraception. L'âge moyen des femmes primipares ne cesse d'augmenter depuis les années 70 (26,5 ans en 1977 versus 30,4 ans en 2016 (5)).

A l'heure actuelle, 21,3 % des femmes ont plus de 35 ans au moment de l'accouchement, et 4,1% ont dépassé 40 ans. Cependant, la qualité ovocytaire diminue au-delà de 35 ans, ce qui contribue à l'augmentation du risque d'infertilité.

1.2 Les méthodes de Procréation Médicalement Assistée

La PMA regroupe les techniques telles que l'insémination intra-utérines (IIU), la fécondation in-vitro (FIV) et l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) (**Figure 1**). Actuellement, 3,1% des naissances sont issues de la PMA, ce qui équivaut à une naissance sur 32.

La PMA est encadrée en France par la loi de bioéthique du 6 août 2004 (6), révisée en 2011 (7). L'assurance maladie prend en charge à 100% les frais liés à la PMA jusqu'à six inséminations intra-utérines (IIU) et quatre cycles de fécondation in vitro (FIV) chez les femmes de moins de 43 ans (8).

Les recherches et les progrès dans le milieu de la PMA sont constants et ont pour objectif d'améliorer les techniques actuelles afin d'augmenter les chances de succès de grossesse qui se situent actuellement entre 10 et 22% par tentative (2).

1.2.1 L'insémination intra-utérine (IIU)

L'IIU représente environ 37% des tentatives en PMA (2). Elle consiste en recueillir et préparer le sperme du conjoint (ou d'un donneur en cas d'un problème majeur de sperme) afin de l'injecter directement dans la cavité utérine au moment de l'ovulation. Les spermatozoïdes vont alors remonter jusqu'aux trompes afin de féconder un des ovocytes matures. En cas d'IIU, la fécondation se fait donc naturellement, à l'intérieur du corps de la femme.

Avant la réalisation de l'IIU, la femme suit un traitement hormonal ayant pour objectif la stimulation ovarienne afin d'obtenir un ou deux follicules matures (9). Afin de choisir le moment optimal pour une ovulation et d'éviter une grossesse multiple, il est nécessaire de réaliser une surveillance rapprochée du développement folliculaire par échographie et des dosages hormonaux de LH, œstradiol et progestérone.

1.2.2 La fécondation in-vitro (FIV)

La FIV est une technique plus invasive que l'IIU et représente 63% des tentatives de PMA. Elle consiste à réaliser la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde dans le but d'aboutir à une fécondation en dehors du corps de la femme, *in vitro*.

Majoritairement une FIV intraconjugale est réalisée. Cependant, en cas d'azoospermie ou d'un problème majeur de sperme ou d'insuffisance ovarienne prématurée, une FIV avec les gamètes d'un donneur peut être réalisée.

La FIV est constituée de plusieurs étapes. Tout d'abord, une stimulation hormonale chez la femme est réalisée, ayant pour objectif de faire maturer une quinzaine de follicules. Une fois que les follicules sont matures, une ovulation est provoquée et les ovocytes sont prélevés lors d'une ponction ovarienne échoguidée, sous anesthésie locale ou générale. Les ovocytes prélevés sont adressés au laboratoire de PMA. En parallèle, le sperme du conjoint est recueilli et préparé au laboratoire. Au laboratoire, les spermatozoïdes et les ovocytes sont mis en contact dans une boîte de culture afin de permettre une fécondation et la formation d'un zygote.

Les zygotes poursuivent leurs divisions cellulaires formant une morula puis un blastocyste. Les embryons peuvent être transférés dans l'utérus de la femme entre deux et six jours après la fécondation. Le nombre d'embryons transférés sera déterminé principalement en fonction de l'âge de la femme. Cependant, tout comme pour l'IIU, les grossesses multiples sont à éviter et de ce fait, le nombre d'embryons transférés est en diminution (10). En 2012, 34% des transferts concernait un seul embryon, alors qu'en 2015, le transfert d'un embryon unique représentait 42,3% des transferts. Cette mesure de réduction du nombre d'embryons transférés a permis de réduire le taux d'accouchements gémellaires de 16,2% en 2012 à 13,8% en 2015.

Les embryons surnuméraires qui ne sont pas transférés dans l'utérus au cours du cycle suivant la ponction, peuvent être congelés et conservés dans le but d'un nouveau transfert, en cas d'échec du premier transfert.

1.2.3 L'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI)

L'ICSI représente aujourd'hui 67% des FIV. Contrairement à la FIV classique où les spermatozoïdes et l'ovocyte sont déposés dans une boîte de culture et la fécondation se fait spontanément, l'ICSI consiste à injecter directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. La micro-injection est réalisée par le biologiste à l'aide d'une aiguille sous microscope. Le transfert d'embryon est effectué comme en cas de FIV classique, entre le deuxième et le cinquième jour après la fécondation.



Figure 1. Différentes techniques de la PMA. Lors de l'insémination intra-utérine (IIU) les spermatozoïdes sont déposés dans la cavité utérine et la fécondation de fait dans le tractus génital. En cas de fécondation *in vitro* (FIV) les spermatozoïdes sont mis au contact avec l'ovocyte prélevé lors d'une ponction ovarienne après une hyperstimulation ovarienne contrôlée. Une injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) consiste à injecter un

spermatozoïde présélectionné sous microscope dans un ovocyte prélevé lors d'une ponction ovarienne après une hyperstimulation ovarienne contrôlée.

La technique de PMA utilisée dépend de l'âge de la patiente et de l'origine de l'infertilité. Par exemple, une FIV sera proposée au-delà de 38 ans ou en cas d'imperméabilité tubaire.

Aujourd'hui, il y a environ 145 000 tentatives de PMA, toutes techniques confondues, et environ 25 000 aboutissent à la naissance d'un enfant. Le meilleur taux de succès s'observe avec la FIV-ICSI, avec environ 22 naissances pour 100 tentatives (2). Cependant, si la PMA est un succès et augmente les chances de grossesse, toutes les grossesses n'aboutissent pas toujours à une naissance. Certaines grossesses aboutiront à une fausse couche spontanée, à une grossesse extra-utérine, ou encore à une interruption médicale de grossesse (IMG).

1.3 Le versant psychologique de la PMA

Même si la PMA permet d'aider de nombreux couples dans leur désir de devenir parents, elle est aussi source d'une grande anxiété puisqu'il s'agit d'un parcours long et compliqué, durant lequel le couple doit souvent faire face à des échecs de tentatives, rendant chaque membre du couple plus fragile et vulnérable. L'infertilité est de ce fait à l'origine de l'apparition de conflits dans le couple dans 20% des cas (11).

1.3.1 Le vécu psychologique des patientes

Avant même de débiter le parcours de PMA, l'infertilité peut provoquer des sentiments comparables au vécu d'un deuil. Lorsque le couple débute un parcours de PMA, celle-ci va d'une part leur redonner un espoir de devenir parents, mais va aussi réveiller, notamment chez la femme, une volonté de reprendre le contrôle sur son corps (12). Les démarches de PMA peuvent révéler une culpabilité chez les femmes, qui est renforcée par les remarques de l'entourage. La plupart des femmes espèrent connaître la cause organique à l'origine de l'infertilité, ce qui

peut leur permettre de déculpabiliser en leur donnant la raison médicale et pas seulement psychologique pour laquelle elles ne parviennent pas à être enceintes.

Cependant, si le fait de trouver une cause organique à l'infertilité permet de les déculpabiliser, cela ne dure qu'un temps et le traumatisme psychique va très vite resurgir. La femme va alors se concentrer sur la PMA et sur les techniques proposées. Elle va alors faire passer la PMA avant tout, et va finir par ne penser et ne vivre que pour elle (13). Certaines femmes finissent même par arrêter de travailler pour se consacrer uniquement à la PMA, ce qui ne fait qu'accroître le traumatisme, puisqu'elles ne vivent que pour ça et sont donc confrontées en permanence à leur infertilité.

Ainsi, si la PMA permet de redonner un espoir, elle ne permet pas d'effacer le traumatisme vécu lors de l'annonce de l'infertilité. La PMA peut même chez certaines femmes aggraver ce traumatisme puisque la PMA sera mise au centre de la vie. La femme infertile va alors complètement se soumettre aux professionnels de santé et à la médicalisation. Elle perçoit alors son corps comme un instrument et occulte totalement la notion de désir qui est normalement associé au corps et à la sexualité (14). Pour ces femmes, les rapports sexuels ne sont plus spontanés ni désirés, mais uniquement nécessaires. Certaines femmes vont même être repoussées par la sexualité qui ne leur renvoi que l'image d'une sexualité stérile qui va leur rappeler en permanence leur infertilité. La PMA va donc prendre la main sur la vie de la femme qui va alors s'enfermer dans une spirale médicale, et mettre un terme à l'image de la procréation naturelle et spontanée.

Par ailleurs, lorsqu'une femme se retrouve confrontée à un problème d'infertilité, cela réactive chez elle les souffrances qu'elle a pu vivre dans le passé. La souffrance du parcours de la PMA renforce, elle aussi, celle de l'infertilité. La femme se retrouve alors dans un état psychique très vulnérable. On parle de la « dynamique de circularité » (15). La souffrance liée à l'infertilité peut donc parfois être précédée de souffrances plus anciennes, qui peuvent aussi avoir une part de responsabilité dans l'infertilité de la femme.

L'annonce de l'infertilité provoque chez la femme et dans le couple les mêmes réactions que lors de l'annonce d'une maladie grave ou d'un deuil. Les premières réactions de la femme sont l'incompréhension, parfois le déni, la volonté intense de déterminer une cause organique à cela, la révolte, la jalousie vis-à-vis

des autres femmes qui ne rencontrent pas ce problème d'infertilité, et surtout la culpabilité.

L'infertilité est à l'origine d'une blessure narcissique (11) chez la femme, qui perd confiance en sa capacité à devenir mère, mais aussi en sa capacité à donner un enfant à son conjoint. Il y a aussi une culpabilité vis-à-vis de la famille de par l'incapacité de donner une descendance et donc d'inscrire un enfant dans l'arbre généalogique familial. La famille va exercer involontairement une pression sur la femme qui va alors se sentir à l'écart, différente, puisqu'elle n'est pas capable de concevoir un enfant comme toutes les autres femmes. Avoir un enfant est aujourd'hui considéré comme incontournable et indispensable dans la vie d'une femme, et la femme infertile va alors se replier sur elle-même, éviter les femmes avec des enfants, par honte de ne pas être capable de donner la vie.

Ainsi, la prise en charge dans un parcours de la PMA constitue à la fois un espoir mais peut aussi réactiver des souffrances anciennes. La femme infertile va alors devenir extrêmement exigeante envers elle-même. Pour elle, il n'y a pas d'autre choix que de réussir à être enceinte dès la première tentative de PMA (11). Son désir d'enfant est exacerbé. Cependant, la déception est immense lorsque la première tentative se solde par un échec, malgré les informations données par les professionnels qui informent du risque d'échec et du pourcentage de réussite pour chaque tentative.

Alors que la femme portait tous ses espoirs sur la médecine qu'elle considérait comme toute puissante, après un échec, elle va alors entrer dans une phase de désillusion et perdre complètement confiance en la médecine. Chaque nouvelle tentative est vécue comme une véritable épreuve et chaque échec est une réelle désillusion, mais aussi une chance en moins. En effet, au bout d'un certain nombre d'échec, elle va être obsédée par la réussite puisque l'assurance maladie rembourse à 100% les frais liés à la PMA mais dans une certaine limite. Une fois cette limite atteinte, la femme infertile va alors devoir également faire face à l'aspect financier de la PMA. Cela contribue donc à accroître l'anxiété à chaque tentative.

1.3.2 La prise en charge psychologique proposée par la PMA

Ainsi, du fait de l'importante détresse psychologique que peut éprouver la femme pendant le parcours de PMA, une prise en charge de la souffrance liée à l'infertilité et au vécu de la PMA peut être organisée, de manière à éviter que les souffrances et les traumatismes ne s'enkystent et soient vécus comme un deuil impossible. Une prise en charge psychothérapique par un professionnel de santé spécialisé dans le domaine de la PMA peut donc être instaurée.

La nécessité d'une prise en charge psychologique pendant le parcours de PMA est basée sur l'identification des vulnérabilités psychologiques grâce à des outils psychométriques spécifiques qui permettent d'évaluer l'impact psychologique de l'infertilité.

Différents outils peuvent être utilisés. Le questionnaire FertiQol est un outil permettant d'évaluer la qualité de vie des couples après l'annonce de l'infertilité. Ce questionnaire est constitué de deux volets : un premier volet ayant pour objectif d'évaluer l'état général des couples et l'impact de l'annonce sur leur vie du quotidien, et un second volet permettant d'évaluer l'impact des traitements instaurés dans le cadre de la PMA sur leur qualité de vie (16).

Le questionnaire Screenivf a pour but de dépister les personnes à risque psychologique aussi bien avant que pendant le traitement. Ce questionnaire permet d'analyser l'anxiété, la dépression, l'implication sociale et l'acceptation de l'infertilité chez la femme et son conjoint (17).

Ces méthodes permettent d'identifier les couples à risque de détresse psychologique et ainsi d'instaurer une prise en charge adaptée. La prise en charge psychologique au cours de la PMA comprend différents niveaux, qui va de la prise en charge par le gynécologue à celle par un psychologue voire un psychiatre spécialisé dans les difficultés de procréation.

Cette prise en charge est également essentielle pour assurer à l'enfant futur une vie stable et sereine, et non une vie basée sur la notion de deuil impossible pour la femme (18). Elle permet également d'éviter les abandons de traitement pendant la procédure de PMA. On estime que 40% des femmes étant dans un parcours de PMA présentent des troubles psychiatriques de types anxieux et dépressifs qui sont équivalents à ceux que peuvent présenter les femmes atteintes d'une pathologie sévère.

Ainsi, la prise en charge d'une infertilité par la PMA doit être personnalisée en fonction des besoins de chaque patiente et de son état psychologique. La PMA propose donc aux patientes une prise en charge globale avec d'une part un traitement médicamenteux mais également un soutien psychologique adapté et personnalisé, tout cela dans le but d'assurer la meilleure qualité de vie possible à ces couples.

Pendant le processus de PMA, la prise en charge est fortement médicalisée et centrée sur l'infertilité. Le vécu de la PMA étant très compliqué, les professionnels veillent à les encadrer pendant tout le parcours, et cela jusqu'à ce que l'une des tentatives aboutisse à une grossesse.

Cependant, une fois la grossesse diagnostiquée, la femme peut éprouver certes une immense joie, mais cela peut aussi faire émerger de nouvelles angoisses (19). Tout d'abord la femme peut être amenée à se demander d'où vient l'enfant, et peut même commencer à émettre des doutes sur sa légitimité vis-à-vis de cet enfant qu'elle ne considère pas avoir conçu. Encore une fois la médecine vient ôter tout l'aspect naturel de la conception d'un enfant.

La femme peut aussi émettre une grande angoisse vis-à-vis du déroulement de la grossesse. Elle peut ressentir une peur intense de faire une fausse couche et de perdre l'enfant. Elle peut avoir beaucoup de mal à profiter pleinement de sa grossesse puisqu'elle ne parvient pas à faire abstraction de tout ce qui a pu se passer et de toutes les difficultés qu'elle a dû surmonter pour parvenir à être enceinte. La femme peut alors se fixer des étapes à passer tout au long de la grossesse, dont la première est d'arriver à la fin du premier trimestre de la grossesse.

En parallèle du vécu psychologique de la grossesse, les grossesses issues d'une FIV sont également plus à risque de complications obstétricales aussi bien pour la mère que pour le fœtus par rapport à une grossesse spontanée. Les grossesses obtenues par fécondation in-vitro (FIV) ont un risque augmenté de complications pendant la grossesse, notamment de la prématurité ou du petit poids de naissance (20) nécessitant souvent une hospitalisation.

Ce risque s'explique tout d'abord par la prévalence augmentée des grossesses multiples chez les femmes ayant un parcours de PMA. En effet, il y a environ 25% de grossesses multiples après un parcours de PMA contre seulement 1% lors de grossesses spontanées (21).

1.4 Le suivi de grossesse

Après une tentative, les patientes doivent attendre quinze jours pour réaliser trois prélèvements sanguins à quelques jours d'intervalle. Si tous les prélèvements sanguins sont positifs et en faveur d'une grossesse évoluant normalement, les femmes bénéficient ensuite d'une échographie précoce vers 7-8 SA afin de confirmer la grossesse, déterminer le nombre de fœtus et s'assurer qu'il s'agit bien d'une grossesse de localisation intra-utérine qui évolue normalement.

Malgré les aspects qui rentrent en jeu dans la différence de vécu de la grossesse issue de la PMA comparée à une grossesse spontanée, une fois enceintes, les femmes ayant bénéficié d'un parcours de PMA poursuivent un schéma de surveillance de la grossesse classique. Il comporte sept visites médicales mensuelles de suivi de grossesse avec un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme, dont la première doit être réalisée avant la fin du troisième mois de grossesse. Les femmes ont également une échographie à chaque trimestre de la grossesse. Elles peuvent également bénéficier, si elles le souhaitent, d'un entretien prénatal précoce (EPP) et de sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (22).

1.5 Intérêt de la mise en place d'un suivi spécifique pendant la grossesse chez les patientes ayant bénéficié d'un parcours de PMA

Il semble évident qu'une grossesse issue d'une FIV peut entraîner chez la femme un vécu totalement différent. Le vécu de la grossesse peut donc être plus difficile et même anxiogène pour les futures mères, et cela sur deux aspects. Tout d'abord l'aspect psychologique, puisque la femme est déjà fragilisée par tout le parcours auquel elle a dû faire face pour parvenir à être enceinte, mais aussi l'aspect obstétrical puisque les grossesses obtenues par FIV sont plus à risque de complications obstétricales que les grossesses spontanées.

2. MATERIEL ET METHODES

HYPOTHESES :

Le parcours de PMA, qui peut être long et éprouvant, génère chez les femmes infertiles des troubles psychologiques à type d'anxiété et culpabilité et un suivi sur le plan psychologique pourrait être nécessaire pendant le parcours de PMA pour ces femmes.

Les grossesses obtenues par FIV sont source d'anxiété majeure pour les futures mères qui considèrent leur grossesse comme « précieuse » et qui ont aussi une inquiétude massive vis-à-vis de cette grossesse et ces femmes pourraient avoir besoin de bénéficier d'un soutien psychologique et d'un suivi plus rapproché pendant la grossesse.

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est d'évaluer le vécu du parcours de PMA et de la grossesse chez les femmes infertiles enceintes suite à la prise en charge en PMA.

TYPE ET DEROULEMENT D'ETUDE

C'est une étude observationnelle monocentrique descriptive non interventionnelle incluant sept patientes ayant obtenu une grossesse à la suite d'une prise en charge en FIV/ICSI dans le service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction de l'Hôpital Tenon.

Toutes les femmes ayant participé à l'étude étaient entre 22 et 28 semaines d'aménorrhée (SA) au moment de l'entretien dans une période s'étalant de début août à fin octobre 2019.

L'étude a été approuvée par le chef de service. Les femmes ont été interrogées lors d'un entretien téléphonique semi-dirigé. Elles ont été contactées par téléphone après avoir donné un consentement écrit pour l'enregistrement, la retranscription et l'apparition de l'entretien dans le mémoire de fin d'étude après anonymisation complète.

Les entretiens ont été réalisés avec une trame regroupant quatre principaux thèmes : (1) le vécu de l'annonce de l'infertilité, (2) le parcours de PMA,

(3) les conséquences de ce parcours sur la femme et le couple et (4) le vécu de la grossesse et de son suivi.

La durée des entretiens était comprise entre 40 minutes et 1 heure.

ANALYSE DES RESULTATS

Une analyse descriptive des entretiens a été réalisée afin de pouvoir évaluer le vécu de l'annonce de l'infertilité, du parcours de PMA, des conséquences du parcours sur la femme et le couple et le vécu de la grossesse. Ceci a permis d'estimer la nécessité d'un suivi spécifique psychologique, obstétrical ou combiné des grossesses issues de PMA.

3. RESULTATS

Sept femmes ayant bénéficié d'une prise en charge en PMA à l'hôpital Tenon ont été interrogées.

La durée de prise en charge et l'étiologie de l'infertilité étaient variables (0 - 10 ans), et leur influence sur le vécu du parcours de PMA pouvait être observée (**Tableau 1**). De manière générale, plus le parcours de PMA est long, plus les femmes exprimaient un vécu difficile.

3.1 Cause d'infertilité

Chez trois des femmes (Mme B, Mme C, Mme D) interrogées aucune cause de l'infertilité n'a été déterminée.

Pour Mme G l'étiologie de l'infertilité était mixte, c'est à dire d'origine féminine et masculine (téatospermie).

Pour Mme F l'étiologie de l'infertilité était d'origine masculine (conjoint atteint de drépanocytose).

Pour Mme E l'infertilité était liée à la présence d'endométriose symptomatique depuis l'âge de 15 ans diagnostiquée lors du bilan d'infertilité à l'âge de 32 ans.

Pour Mme A l'infertilité était d'origine tubaire, secondaire à une salpingite. Cette femme a eu un premier enfant sans difficulté.

La durée de PMA était moins importante pour les femmes dont une étiologie a été clairement déterminée contrairement à celles dont aucune n'a été retrouvée. Pour les femmes dont la cause de l'infertilité est restée inconnue, un profond sentiment de culpabilité (« *C'est vrai que je culpabilisais un peu, un peu beaucoup* ») a été systématiquement retrouvé.

3.2 Durée de l'infertilité

Les sept femmes interrogées n'ont pas toutes eu la même durée de parcours et n'ont pas toutes eu recours à la même technique de PMA. Le vécu de chacune est donc différent. Or, les entretiens menés ont permis d'observer que la durée de la prise en charge avant d'obtenir la grossesse est un facteur important influant sur leur vécu.

Six des sept femmes ont débuté leur prise en charge après environ un an d'infertilité. Une seule des femmes n'a pas eu à atteindre un an avant de débiter le parcours de PMA.

3.3 Vécu de l'annonce de l'infertilité

Lorsque Mme B a commencé à consulter pour des difficultés de conception, un problème venant de la glaire cervicale a été suspecté. Des IUI ont été alors réalisées. Compte tenu du spermogramme normal et après plusieurs échecs d'IUI, un sentiment de culpabilité s'est progressivement installé chez Mme B. Aucune cause de l'infertilité de Mme B n'a été retrouvée, ce qui aggravait la culpabilité (« *Si c'était la glaire, ça aurait dû marcher avec les inséminations* », « *C'est vrai que je culpabilisais* »).

Pour Mme D, le sentiment de culpabilité a été présent dès les premiers échecs de conception spontanée. Selon elle, l'infertilité de son couple était la conséquence de plusieurs années de prise de pilule oestro-progestative. Le sentiment de culpabilité a été ensuite renforcé par l'absence de cause retrouvée à l'infertilité (« *Toutes les analyses que j'ai faites étaient normales* »).

Pour Mme C, le sentiment le plus marquant était la solitude. Mme C s'est sentie seule et très peu accompagnée dans les démarches de prise en charge de l'infertilité. Elle ressentait également une grande pression de la part de sa famille et sa belle-famille de par ses origines et les traditions familiales. Elle subissait également une pression au travail. A cela s'ajoutait une absence totale de soutien de la part de son conjoint.

Pendant plusieurs années elle a rencontré de nombreux médecins, sans jamais parvenir à bénéficier d'une réelle prise en charge car, selon elle, aucune cause de l'infertilité n'a été retrouvée. Les médecins rencontrés avaient le même discours disant de réessayer et de reconsulter en l'absence de grossesse spontanée au bout d'un an (« *Tout va bien, vous n'avez pas de problème, il faut essayer pendant un an et si ça ne marche pas, revenez me voir* »). Mme C insiste sur le manque de soutien à la fois de la part des professionnels de santé, mais aussi de sa famille et de son conjoint lors de sa demande de prise en charge.

Pour Mme A et Mme F, l'annonce de l'infertilité a été assez bien supportée et le parcours de PMA relativement court avant de parvenir à obtenir une

grossesse. L'étiologie a rapidement été déterminée et elles ont pu bénéficier rapidement d'une prise en charge adéquate.

Pour Mme A, il s'agissait d'une infertilité secondaire liée à une obstruction tubaire à la suite d'une salpingite. Elle a eu un premier enfant sans difficulté. Mme A a vécu difficilement les premiers temps de l'infertilité, jusqu'à ce que le diagnostic soit posé (« *Ca met un petit coup au moral car on se dit que l'on ne peut plus avoir d'enfant normalement* », « *puis je l'ai plutôt bien vécu car finalement on se dit que c'est seulement une question de tuyau* »).

Pour Mme F, l'infertilité n'a pas eu d'impact psychologique car elle avait connaissance de drépanocytose avec une atteinte de la fertilité chez son conjoint, ce qui nécessitait, en cas de désir de grossesse, un recours à la PMA. Mme F n'a donc pas expérimenté de période pendant laquelle elle aurait tenté d'obtenir une grossesse spontanée et a consulté en PMA dès son désir de grossesse.

Dans le cas de Mme G, l'infertilité était d'origine mixte et a impacté à la fois son état psychologique mais aussi son état de couple. Les examens ont montré une baisse de la réserve ovarienne et une tératospermie associée à des anomalies de la fragmentation de l'ADN spermatique.

Etant médecin, Mme G a rapidement compris ce que les résultats des examens allaient impliquer. Elle avait ressenti une angoisse mais aussi une culpabilité car, selon elle, les causes masculines sont plus facilement réversibles que les causes féminines (« *Tous les autres examens étaient normaux, mais quand j'ai reçu l'AMH, j'ai eu un coup de blues on va dire* »). L'annonce des résultats du bilan d'infertilité a été très difficilement vécue par Mme G qui exprimait la sensation d'avoir été atteinte dans sa féminité ainsi que dans sa capacité à être mère. Cependant, Mme G est la seule des sept femmes interrogées qui a remis en cause cette fonction maternelle.

Nous pouvons aussi remarquer au cours de l'entretien que Mme G n'acceptait pas le terme « d'infertilité » mais préférait parler « d'hypofertilité » ou de « difficultés » de conception.

Pour Mme E, l'infertilité était associée à l'endométriose probablement présente depuis le début de sa vie pubertaire à l'âge de 15 ans, mais le diagnostic a été posé à l'âge de 32 ans, lorsqu'elle a consulté pour une infertilité. Mme E a réussi à obtenir une grossesse après traitement de l'endométriose. Mme E n'a pas mal vécu le diagnostic de la maladie. Bien au contraire, cela a permis de donner une explication à tous les symptômes dont elle avait souffert depuis l'âge de 15 ans. Elle a d'abord eu d'importantes dysménorrhées, pour lesquelles elle a

consulté. Ensuite sont apparus des troubles du transit qui l'ont mené à consulter des gastro-entérologues.

C'est seulement lorsqu'elle a consulté pour infertilité que le diagnostic d'endométriose sévère de stade 4 avec atteinte profonde vaginale et rectale a été posé. Malgré toutes les autres conséquences invalidantes de la maladie, celle qui a le plus inquiété Mme E est l'infertilité qui était pour elle inacceptable. Mme E a cependant tout de suite assumé le diagnostic et en a parlé à son entourage, notamment à son conjoint. Le diagnostic a été vécu comme un soulagement car Mme E pouvait enfin connaître la raison des symptômes qu'elle avait depuis toutes ces années et mettre un mot sur tous ces troubles qui la fragilisaient et la déstabilisaient aussi bien physiquement que psychologiquement (« *Le diagnostic a permis de mettre un mot sur les douleurs que je subissais depuis 17 ans* »).

Mme E avait principalement des troubles du transit et pas de problème gynécologique avant de vouloir avoir un enfant, et n'avait donc pas envisagé qu'il puisse s'agir d'une endométriose. L'infertilité, dans son cas, ne pouvait être prise en charge en PMA avant qu'elle ne bénéficie d'un traitement de l'endométriose. Elle a donc subi de nombreuses interventions chirurgicales. Les examens réalisés au cours du traitement ont également permis de détecter un kyste ovarien qui a nécessité une chirurgie supplémentaire.

D'après les entretiens menés avec les femmes, il semblerait que l'une des périodes les plus difficiles psychologiquement soit la période d'essai de grossesse spontanée pendant laquelle les femmes ne sont pas encore prises en charge pour l'infertilité.

3.4 Vécu du parcours de PMA

La PMA a pris une place importante dans la vie de toutes les femmes au moins à un moment du parcours. Elles expriment toutes une « obsession » pour la PMA, sauf Mme F qui n'évoque aucun impact particulier de la PMA sur sa vie quotidienne (« *Sincèrement ça n'a rien changé à ma vie quotidienne. Je suis comme d'habitude, on est comme d'habitude* »).

Pour deux femmes (Mme D et Mme F), le plus difficile dans la prise en charge en PMA a été la longueur de la prise de traitement et les douleurs qu'ils ont provoquées.

Pour Mme E, le moment le plus difficile a été le délai entre le dernier échec et la grossesse. Cela a été une période de remise en question importante qui a également remis en question le couple. Elle a évoqué aussi une difficulté physique, renforcée par la prise en charge de l'endométriose qui a précédé sa prise en charge en PMA (« *C'était une période douloureuse physiquement et moralement, de doutes, d'incertitudes, de souffrances et d'inconnu* »). Elle a ressenti un certain soulagement lorsque le diagnostic d'endométriose a été posé car elle avait enfin une explication à tous les maux qu'elle avait depuis tant d'années (« *psychologiquement, je me sentais déséquilibré* »). Elle, mais également les professionnels qu'elle a rencontrés avant le diagnostic, ont longtemps banalisé ses symptômes et le diagnostic a donc été pour elle un « soulagement ». Cependant elle a aussi ressenti une forte inquiétude car ne connaissait pas la maladie. Cette anxiété face au diagnostic a été renforcée par la réaction des différents professionnels qu'elle a rencontré lors du début de sa prise en charge pour l'endométriose puisque ces derniers semblaient très inquiets et désemparés face à la gravité de l'atteinte ce qui a été très anxiogène (« *Les médecins paniquaient juste en voyant mes résultats d'IRM* »).

Pour Mme G le moment le plus difficile a été la deuxième tentative de FIV. Pour cette seconde FIV, le traitement n'a pas permis une croissance folliculaire suffisante et la réalisation d'une ponction ovocytaire. Ce moment a également été une période de remise en question pour Mme G qui ressentait une fatigue intense et avait perdu espoir en la possibilité d'une réussite de la PMA et de pouvoir un jour être mère.

En ce qui concerne le vécu du traitement, si toutes les femmes ont évoqué des difficultés psychologiques à un moment de la prise en charge, seules trois d'entre elles ont évoqué des difficultés sur le plan physique (Mme B, Mme E et Mme F).

Mme B a rapporté une fatigue intense et une prise de poids. Elle a eu beaucoup de difficultés à accepter cette prise de poids, malgré les paroles rassurantes de son conjoint (« *Tu es bien comme tu es, je t'aime comme ça* »). Très mince de base, elle a pris au total quinze kilogrammes en cinq ans. Elle a également essuyé de nombreuses remarques de la part de son entourage qui n'était pas au courant de la prise en charge en PMA et qui lui faisait remarquer sa prise de poids. Ces difficultés liées à la prise de traitement étaient renforcées à chaque échec de tentative car elle avait l'impression que tout ce qu'elle faisait et toutes les conséquences des traitements étaient vaines.

Mme F a évoqué elle aussi une difficulté physique des traitements, ajouté à la difficulté psychologique. Elle a insisté sur les contraintes importantes imposées par les traitements de PMA et des douleurs que ce dernier a entraîné.

Au cours de la prise en charge en PMA, deux des femmes (Mme C et Mme G) ont ressenti le besoin de se recentrer sur elles-mêmes et se sont séparées temporairement de leur conjoint.

Parmi les sept femmes interrogées, cinq d'entre elles ont souhaité suspendre la prise en charge en PMA (Mme B, Mme C, Mme D, Mme E, Mme G). Les deux femmes n'ayant pas ressentie le besoin d'interrompre la PMA sont les deux femmes qui ont eu les parcours les plus rapides (Mme A, Mme F).

Malgré les difficultés rencontrées par ces femmes pour concevoir spontanément, seule Mme E a remis en question ses compétences en maternité. Lors de l'annonce du diagnostic d'endométriose, elle dit avoir remis en question sa vie de femme, de couple mais aussi de mère.

Un sentiment de culpabilité et de responsabilité de l'infertilité et de la réussite de la PMA est cependant évoqué par quatre des femmes interrogées (Mme B, Mme C, Mme D et Mme G).

Le parcours de PMA et ses traitements étant contraignants et difficiles psychologiquement voire aussi physiquement. Deux des femmes (Mme B, Mme E) ont interrompu leur activité professionnelle pendant le parcours de PMA.

Mme C a ressenti le besoin pendant le parcours de changer complètement sa vie quotidienne et a également changé de travail.

3.5 Vécu des échecs de PMA

Les femmes ont toutes vécu au moins un échec de tentative. Ces échecs ont été les moments les plus difficiles du parcours de PMA pour trois des femmes (Mme A, Mme B et Mme C). Le nombre d'échec pendant le parcours a un rôle très important dans leur vécu.

Mme A a été prise en charge immédiatement en PMA et a tout de suite été rassurée par les professionnels (« *Ils n'ont jamais l'ai vraiment inquiet. Pour eux c'est normal, on dirait que rien ne les inquiète* »). Elle a directement bénéficié d'une FIV. La première tentative de FIV s'est soldée par un échec dont elle a porté l'entière responsabilité et s'est beaucoup culpabilisée (« *Je ne me suis pas assez*

reposée », « *Je m'en prenais à moi-même* »). Elle a recommencé une nouvelle tentative de FIV deux mois plus tard qui a permis d'obtenir une grossesse.

La PMA a pris une place centrale dans sa vie quotidienne dès le premier essai. Elle a essayé de moins se focaliser sur la PMA lors de la deuxième FIV (« *Ca a pris une grosse place à partir du moment où l'on a commencé le traitement* », « *ça a pris une grosse place pendant un mois, un mois et demi, mais après non, pas plus que ça* »).

Le moment le plus difficile de son parcours a été l'échec de la première FIV, ainsi que les jours qui ont suivi chaque FIV. Pendant ces premiers jours après une FIV elle devait seulement attendre et se sentait totalement impuissante. Etre dans « l'ignorance » a été pour elle le plus difficile.

Mme B a débuté son parcours de PMA après dix mois d'infertilité. Cependant, elle a souhaité être prise en charge avant et a commencé un traitement par Citrate de Clomifène (Clomid®, Sanofi-Aventis, France) dès quatre mois d'absence de conception spontanée, sur prescription de son gynécologue de ville.

Elle a donc d'abord bénéficié d'un traitement par Clomid® pendant trois mois, puis a débuté sa prise en charge en PMA en commençant par trois IUI en un an sans grossesse. Elle a ensuite eu recours à la FIV. La première ponction ovocytaire a permis de réaliser quatre transferts d'embryon congelé (TEC), mais qui se sont soldés par un échec. Après de nombreux échecs, elle a souhaité suspendre la prise en charge en PMA pendant environ une année. Elle a repris un traitement et fait une nouvelle ponction ovocytaire avec un TEC permettant d'obtenir une grossesse.

Elle relate une atteinte importante sur le plan psychologique des échecs qui s'accompagnaient de « faux espoirs » (« *On a eu deux positifs et après, au bout d'une semaine c'était négatif* », « *Ca aussi ça joue sur le moral* »).

Mme C a d'abord consulté son gynécologue de ville avant de débiter un parcours de PMA. Elle a fait plus d'une dizaine d'IUI sur une période de 2 ans sans succès. Elle a ressenti une grande « frustration » mais aussi une grande incompréhension face à tous les échecs. Elle a trouvé que l'attente était longue avant de vraiment débiter la FIV. Elle avait selon elle « *perdue 2 ans* », et les examens à réaliser avant de débiter vraiment la FIV ont pris un certain temps. Au total, il se sera écoulé 10 ans entre le désir de grossesse et sa grossesse actuelle.

Elle a aussi dû faire face à d'importantes pressions de la part de sa belle-famille de fait de ses origines. Son infertilité a donc été la source de nombreux

conflits avec sa famille mais aussi son mari avec qui elle a décidé de se séparer un temps.

L'obsession pour la PMA devenait beaucoup trop importante pour elle. Elle croit beaucoup en l'aspect psychologique dans la réussite de la PMA et a senti le besoin de prendre le temps pour elle, se recentrer sur elle-même, se demander ce qu'elle voulait vraiment et pourquoi elle « s'infligeait tout ça » (« *Ca n'a pas marché parce que l'on n'était pas positif dans notre tête* »). Elle a eu besoin de tout changer dans sa vie pour ne plus être focalisée sur la PMA qui la fatiguait aussi bien moralement que physiquement. Après quelques mois elle et son mari ont décidé de reprendre ensemble la PMA.

Trois ponctions d'ovocytes ont été réalisées, dont une ne donnant aucun embryon. Chaque échec a été très difficile à supporter moralement et elle a fini par perdre espoir. Elle a ressenti une forte culpabilité. Les traitements de la PMA ont aussi eu des conséquences physiques comme une prise de poids.

Mme D a consulté son gynécologue de ville après plus d'un an de rapports sans grossesse. Elle a commencé son parcours de PMA par quatre IIU avant de débiter la FIV. Après le deuxième échec de FIV, il lui a été annoncé qu'il faudrait avoir recours à un don d'ovocyte. Elle l'a initialement rejeté et a alors décidé de suspendre la PMA pendant 1 an, espérant pouvoir être enceinte spontanément (« *Je suis restée 1 an sans rien faire parce que même moi je ne voulais pas du don, je voulais que ça arrive comme ça* »). Devant l'absence de grossesse spontanée, elle a finalement accepté de devoir avoir recours à un don d'ovocyte (« *Je n'ai pas d'autres choix, on va accepter le don* »).

La première FIV qui a suivi le don d'ovocyte a permis d'obtenir une grossesse gémellaire. Mais même si cela lui a permis d'être enceinte, elle souligne la contrainte importante et la difficulté physique mais surtout psychologique du traitement qui a précédé le don. Le traitement a entraîné une extrême fatigue mais également des douleurs. Ce traitement qui a duré un mois a été le plus difficile de l'ensemble du parcours de PMA, principalement du fait de la longueur du traitement. Elle exprime aussi une certaine solitude et une difficulté de communication avec la PMA.

Mme E a dû subir de nombreuses interventions chirurgicales pour le traitement de l'endométriose avant de pouvoir débiter un parcours de PMA. Une fois le traitement de l'endométriose réalisé, elle et son conjoint ont essayé d'obtenir une grossesse spontanément pendant dix mois avant de débiter la PMA.

Les bilans d'infertilité réalisés en début de PMA ont détecté un kyste ovarien qui a nécessité une nouvelle opération.

Après un traitement de quinze jours, la première ponction d'ovocytes sous anesthésie générale a été réalisée qui a permis d'obtenir quinze ovocytes et trois embryons de bonne qualité. Un transfert d'embryon frais (TEF) n'a pas permis d'obtenir de grossesse.

Elle souligne une importante fatigue à la fois physique et morale au cours de la prise en charge et a ressentie le besoin de suspendre la PMA, fatiguée auparavant par le traitement de l'endométriose. Ce temps de pause a été une période de doute quant à sa volonté de poursuivre la PMA. Elle décrit un « *rejet inconscient* » de la PMA dû à l'aspect « *contre-nature* » des techniques associé à la déception de ne pas parvenir à être enceinte spontanément. Elle a repris la PMA au bout de deux mois et a pu bénéficier directement d'un transfert d'embryon congelé (TEC) qui lui a permis d'obtenir la grossesse évolutive actuelle. Elle décrit une « obsession » pour la PMA car avait depuis plusieurs années un profond désir de devenir mère.

Mme F a consulté en PMA dès le désir de grossesse. En effet, lors du début de la prise en charge en PMA le bilan d'infertilité a révélé des anomalies du spermogramme mais aucune anomalie de fertilité féminine. La première tentative de FIV a été un échec. Malgré la « *tristesse* » de cet échec, elle a souhaité rapidement refaire une FIV, soutenue par son conjoint et motivée par la « *nécessité* » d'avoir un enfant.

Selon elle, la principale difficulté de la prise en charge réside dans le traitement par injection lors de la première FIV, du fait de la contrainte et de la douleur qu'il a engendré. Pour la suite des traitements elle n'a pas eu d'injections et exprime une certaine « *simplicité* » de cette seconde tentative.

Mme G étant médecin a commencé à faire le bilan d'infertilité dès six mois d'absence de conception spontanée. Elle a ensuite eu sa première consultation en PMA après neuf mois d'infertilité. Elle a débuté par trois mois de traitement par Clomid avant de faire la première tentative de FIV et a trouvé le traitement contraignant et long. Elle a ressenti de la frustration en constatant que malgré le traitement elle ne parvenait pas à être enceinte et a souhaité l'interrompre jusqu'à la FIV. Du fait de l'infertilité due à une tératospermie associée à une faible réserve ovarienne, elle a bénéficié directement d'une FIV-ICSI. Lors de la première tentative, un unique embryon a été transféré mais aucun n'a pu être congelé. Face

à l'échec d'implantation, elle a été très atteinte moralement et a eu l'impression de devoir « *tout recommencer à zéro* ».

Elle dit s'être « *précipitée* » pour programmer la seconde FIV, qui a eu lieu alors que son conjoint avait dû s'absenter pour des raisons professionnelles. Elle exprime une profonde solitude d'avoir du supporter seule toute la pression et la responsabilité de cette tentative (« *C'était un moment où je me sentais un peu seule dans tout ce projet-là, et j'avais l'impression que tout reposait sur moi* »). La deuxième tentative n'a pas permis de ponction ovocytaire, ce qui a été vécu comme un double échec. Elle a alors décidé de suspendre la PMA pendant deux à trois mois. Le couple a été inclus dans une étude et le conjoint a dû suivre un régime particulier. Si cela décalait le projet de grossesse de trois mois, l'inclusion dans cette étude a permis un certain partage des responsabilités ce qui lui a permis d'avoir moins de pression mais aussi de diminuer les conflits qui commençait à apparaître entre elle et son conjoint. Elle souligne cependant le manque d'information et de communication lors de l'inclusion dans l'étude.

La demande en mariage de son conjoint a totalement modifié la place de la PMA dans sa vie. Cette demande a été une façon d'avancer pour le couple ce qui a permis d'amoindrir l'importance que prenait la PMA.

Elle a donc vécu la troisième tentative de FIV beaucoup plus sereinement et est parvenue à être enceinte (« *Moi j'étais dans l'esprit que bon si ça ne marche pas, il y a quand même le projet du mariage donc ... tant pis quoi* »).

Le moment le plus difficile a été la deuxième tentative de FIV où aucune ponction n'a été possible car vécue comme une perte de temps mais aussi une perte d'espoir. Elle a à ce moment-là développé une importante crainte quant à la possibilité de ne jamais parvenir à obtenir de grossesse avec la PMA (« *Il s'est passé quelques semaines où l'on se dit que si ça se trouve, je n'y arriverai jamais en FIV parce que je ne réagis pas* »).

3.6 L'accompagnement lors du parcours de PMA

Pendant le parcours de PMA, cinq des femmes estiment avoir reçu un soutien suffisant de la part de leur conjoint (Mme A, Mme B, Mme D, Mme E et Mme F).

Mme C mentionne l'absence totale de soutien de son conjoint tout au long du parcours d'infertilité, jusqu'à la dernière tentative de FIV qui a abouti à cette

grossesse. Elle a également subi énormément de pression de la part de sa belle-famille, sans aucune intervention de son mari pour la défendre.

Mme G évoque un manque de soutien de la part de son conjoint à un moment de la prise en charge, mais pas pendant tout le parcours. Pendant cette période elle s'est sentie seule. Elle reproche non seulement l'absence de soutien moral de son conjoint mais aussi son absence physique au moment de la deuxième tentative de FIV. En conséquence de cette période elle a ressenti le besoin d'être davantage soutenue par son conjoint et a souhaité qu'il participe activement à la prise en charge. Elle en est arrivée à remettre en question son couple et a ressenti le besoin d'avoir un vrai dialogue avec son conjoint au sujet de l'avenir à deux, ce qui les a conduits à mettre en place un « partage des responsabilités » la soulageant ainsi et lui permettant de ne plus porter à elle seule la responsabilité de la réussite de la PMA.

Le vécu de l'accompagnement par les professionnels rencontrés pendant le parcours de PMA diffère aussi selon les femmes. Cependant il peut être mis en avant que ce vécu dépend du soutien provenant du conjoint et de la famille.

Trois des femmes interrogées ont été satisfaites de l'accompagnement de la part des professionnels (Mme A, Mme E et Mme F). Au contraire, les quatre autres femmes expriment un manque d'accompagnement, un manque d'intérêt et un manque d'aide à la prise en charge (Mme B, Mme C, Mme D et Mme G).

Mme A s'est sentie suffisamment accompagnée et soutenue par l'équipe médicale tout au long de sa prise en charge (« *On est vraiment bien pris en charge, on les sent bien présents* »). Une consultation avec la psychologue du service lui a été proposée en début de parcours mais elle n'a pas ressenti la nécessité d'un tel suivi (« *Je n'en ai pas forcément ressenti le besoin* »).

Selon Mme B, la possibilité d'un accompagnement psychologique n'a été évoqué que très brièvement en début de parcours. Elle souligne cependant l'importance du suivi psychologique dans le cadre d'un parcours de PMA et regrette qu'il n'y ait pas de consultation systématique avec un psychologue. Si elle aurait aimé bénéficier de ce soutien supplémentaire, les démarches nécessaires l'auraient découragé.

Excepté ce suivi sur le plan psychologique, elle s'est tout de même sentie bien accompagnée et prise en charge par l'équipe médicale, même si elle mentionne un manque d'individualisation (« *C'est un travail à la chaîne* »).

Mme C a souligné le manque d'accompagnement pendant la prise des traitements. Elle a vu la psychologue du service de PMA une seule fois. Une consultation qui a été « inutile » selon elle car le problème venait surtout de son entourage et pas d'elle-même. Malgré cela, elle exprime un manque de soutien psychologique de la part des professionnels, même si l'accompagnement purement médical lui a convenu.

Un rendez-vous avec la psychologue a été proposé à Mme D après le premier échec de FIV mais elle l'a refusé.

Pour Mme E, malgré la compassion de l'équipe médicale lors de l'échec du TEF, aucune proposition de consultation avec un psychologue n'a été évoquée. Le moment le plus éprouvant de la prise en charge a été la période entre l'échec du TEF et l'obtention de la grossesse actuelle, qui a été une période de doute et de déception. Une proposition de consultation avec un psychologue a été faite en début de son parcours mais a été refusé (« *Je lui ai dit non, que je ne voyais pas l'intérêt, que ça peut aller* »). Elle dit ne pas avoir été impacté dans sa vie quotidienne par la PMA.

Mme G n'a jamais eu de proposition de consultation avec un psychologue mais aurait aimé en bénéficier. Elle a débuté une psychothérapie de son côté. Si ce soutien psychologique lui a été essentiel, elle a souligné quand même le manque de connaissance du professionnel qui l'a accompagné dans le sujet qui lui importait, c'est-à-dire la PMA.

Elle a exprimé un manque d'accompagnement pendant le parcours de PMA et pensait qu'il faudrait un suivi psychologique systématique, ou au moins une proposition systématique (« *Si ça peut effectivement permettre de mieux accompagner les femmes pendant le parcours de PMA qui n'est pas évident... déjà pour moi qui suis dans le milieu j'ai demandé de l'aide psychologique, donc pour quelqu'un qui n'est pas dans le milieu ça doit être encore plus difficile. Et du coup le fait de le proposer, moi je trouve que ça devrait être proposé presque systématiquement* »).

3.7 Conséquences de la PMA sur la femme et le couple

L'infertilité et la PMA ont des conséquences sur les femmes mais aussi sur les couples puisqu'elle remet en question la fonction physiologique de la reproduction.

Parmi les sept femmes interrogées, Mme A et Mme G ont mentionné un impact sur la vie sexuelle. Cependant, il semblerait que cette modification soit à la fois causée par la PMA en elle-même mais aussi par l'infertilité (« *Quand on ne fait plus l'amour pour faire un bébé, ce n'est pas pareil quand même* »).

En ce qui concerne le soutien de leur conjoint, la majorité des femmes a signalé avoir été suffisamment soutenue et épaulée par leur conjoint (Mme A, Mme B, Mme D, Mme E et Mme F).

Mme C a évoqué au contraire un manque de soutien notable de son conjoint et de sa famille, mais a été soutenue par son entourage amical. Elle a ressenti le besoin de modifier totalement ses habitudes de vie à la recherche d'une vie plus saine et afin d'éviter tout ce qui est extérieur et qui pourrait diminuer les chances de réussite.

Mme G quant à elle a dit avoir été soutenue par son conjoint mais le couple a eu un moment de conflit et a rencontré des difficultés conjugales au fur et à mesure de l'avancée du parcours de PMA. Elle a insisté sur les conflits de couples apparus notamment du fait de la disparition progressive de la spontanéité des rapports sexuels au cours de la prise en charge en PMA. Une incompréhension et des reproches mutuels se sont installés au sein du couple. Elle a évoqué également l'absence de son conjoint aussi bien physique que morale lors de la deuxième tentative de FIV-ICSI où elle a ressenti une grande solitude, une passivité de la part de son conjoint et avait le sentiment d'assumer seule tout le projet de la PMA (« *Je gérais un peu tout j'ai l'impression. Lui il suivait et toute l'organisation c'était moi qui devait la faire* »). Elle reprochait à son conjoint son manque d'implication à ce moment du parcours ce qui a conduit à l'apparition d'un sentiment de rancœur. Elle a eu besoin d'en parler à son conjoint car elle ne supportait plus d'assumer toute cette pression seule et avait besoin que la charge de ce projet soit répartie entre elle et son conjoint et de se sentir soutenue.

Au contraire, Mme B a insisté sur le soutien essentiel qu'a représenté son conjoint tout au long de la prise en charge. Son conjoint était d'ailleurs présent lors de l'entretien pendant lequel il a exprimé la nécessité incontournable de son soutien (« *on est obligé d'être impliqué* »). Elle a dit que toutes ces difficultés rencontrées et qu'ils ont surmonté à deux n'ont fait que renforcer leur couple (« *le fait de surmonter ça à deux ça nous a renforcé, enfin ça nous a rapproché* »). Le couple a par ailleurs complètement changé son mode de vie à la recherche d'une vie plus saine afin d'optimiser au maximum les tentatives de PMA (« *On a changé pas mal de choses, on voulait aller plus vers le naturel* »).

Mme E s'est également interrogée sur la durabilité de son couple lors de l'annonce du diagnostic, mais son conjoint a été très présent et s'est renseigné sur la maladie pour la comprendre et pouvoir la soutenir au mieux (« *Il a été un vrai pilier* »). Mme E a dû subir de nombreuses opérations, qui lui ont laissé des cicatrices qu'elle a accepté et qu'elle voit comme une preuve de sa guérison (« *C'est un peu l'histoire de ma vie sur mon corps* », « *moi je les vois comme une source de guérison* »). Déjà éprouvée aussi bien moralement que physiquement par le traitement de l'endométriose, elle a ressenti le besoin de voir une psychologue avant de débiter le parcours de PMA pour s'assurer d'être « prête ». Malgré toutes ces difficultés rencontrés, elle a toujours été soutenue par son conjoint et le couple a continué à garder du temps pour eux, afin de garder un certain équilibre.

3.8 Vécu de la grossesse

Mise à part pour Mme A et Mme F qui ont déjà un premier enfant, pour toutes les autres femmes interrogées il s'agissait du premier enfant.

La durée du parcours de PMA avant l'obtention de la grossesse actuelle était très variable et s'étendait d'un à dix ans. Malgré le délai variable, toutes les femmes interrogées ont exprimé avoir ressenti une certaine anxiété en tout début de grossesse, et toutes ont eu besoin d'arriver à un certain terme avant d'être plus sereine et de commencer à croire vraiment en la réussite de la PMA.

3.8.1 Le premier trimestre de grossesse

Le début de grossesse est très surveillé. Malgré cela, toutes les femmes interrogées exprimaient être restées dans la retenue et l'anxiété jusqu'à l'échographie du premier trimestre à partir de laquelle elles ont pu être vraiment rassurées et croire en la réussite de la PMA et en la réalité de la grossesse.

Si pour toutes les femmes le début de grossesse a été vécu dans la peur de la fausse-couche, pour Mme F cela a été amplifié par la difficulté qu'elle a rencontré pour l'estimation de la date de début de grossesse.

Les premières semaines ont été un moment d'inquiétude et de stress important pour Mme F qui dit que ce sont ces semaines qui ont été les plus difficiles de l'ensemble de son parcours. Elle a rencontré plusieurs professionnels et aucun ne parvenait à déterminer précisément la date de début de grossesse car elle ne concordait pas avec l'âge gestationnel estimé à l'échographie.

Les premières semaines ont été très difficiles puisqu'elle s'est sentie seule, perdue et totalement démunie face à cette situation (« *C'était quand même compliqué. C'est vraiment après l'annonce de la grossesse, c'est vraiment après l'implantation que ça a été vraiment difficile* »).

Si la prise en charge pendant le parcours lui a convenu, elle s'est plainte tout de même du manque d'accompagnement après la réalisation de la FIV. Une fois la grossesse obtenue, elle s'est sentie « seule », « délaissée » et livrée à elle-même pour organiser le suivi de la grossesse.

3.8.2 Ressentis face à l'apparition de signes évocateurs d'une grossesse

Malgré les nombreuses tentatives et plusieurs échecs, parmi les sept femmes interrogées, trois d'entre elles (Mme A, Mme E et Mme G) expriment avoir ressenti des signes inhabituels, non ressentis lors des précédentes tentatives, et avoir eu le pressentiment avant même de faire les prélèvements sanguins de contrôle que cette tentative était une réussite.

Pour Mme A, si certains signes physiques lui faisaient penser qu'elle était enfin enceinte, elle n'a pas pu attendre les quinze jours pour faire le prélèvement sanguin et a réalisé un test plus tôt (« *C'est vrai que j'avais la poitrine qui avait un peu gonflée pour la première fois mais bon* »).

Mais malgré le résultat positif de ce test précoce, elle est restée longtemps dans la crainte et le doute (« *Si ça se trouve, c'est un faux positif* », « *J'étais un peu dans le déni* »). Cette difficulté à réaliser l'état de grossesse semble principalement dû à la peur de revivre un échec (« *Je me suis protégée en me disant ça ne va pas marcher* »).

Mme G a également ressenti des signes physiques lui confirmant la réussite de cette tentative (« *douleurs au bas ventre* »). Elle exprime aussi avoir eu le pressentiment que la grossesse allait évoluer dès le jour de l'implantation, tout comme Mme E (« *J'ai senti que ça avait fonctionné* »).

Si toutes les femmes ont été rassurées quant à la bonne évolution de la grossesse à partir de l'échographie du premier trimestre, toutes évoquent encore une certaine anxiété lors de l'entretien à 6 mois de grossesse.

3.8.3 Conséquences de la PMA sur les signes sympathiques de grossesse

En évoquant le début de la grossesse, toutes les femmes ont signalé avoir eu des signes sympathiques de début de grossesse assez importants, mise à part

Mme G qui n'a eu aucun trouble depuis le début de la grossesse (« *J'ai une grossesse de rêve* »).

Mme A était la femme ayant eu les signes les plus discrets et c'est elle qui s'est étendue le moins sur leur type et leur durée (« *J'ai que du bidou* »).

Mais si elle n'a pas été impacté par les signes sympathiques de grossesse, elle a exprimé une forte inquiétude et une angoisse qui persistait encore lors de l'entretien (« *Il y a quand même une angoisse... après tout ce que l'on entend c'est vrai que du coup j'angoisse facilement* »). Elle a également cherché un moyen de se rassurer sur la bonne évolutivité de la grossesse et s'est procuré dès le début d'un appareil permettant d'écouter le cœur fœtal qu'elle utilisait dès qu'elle ressentait une diminution des mouvements actifs fœtaux (« *J'ai acheté le dispositif pour écouter le cœur. Ça je l'ai acheté tout de suite pour être rassurée* »).

Mme E a ressenti quant à elle une fatigue intense en début de grossesse qui était accompagnée de fortes nausées handicapantes. Même si elle a exprimé une certaine frustration de ne pas avoir pu profiter pleinement de son début de grossesse du ce fait, elle est arrivée à relativiser et à voir ces désordres comme des signes positifs et indicateurs d'une grossesse qui évolue bien. Lors de l'entretien, les signes sympathiques de grossesse s'étaient un peu atténués mais une forte asthénie persistait toujours.

Mme F a eu un début de grossesse difficile avec beaucoup de fatigue et de nausées, rajoutée à l'inquiétude du doute d'estimation de la date de début de grossesse. Elle a insisté principalement sur l'asthénie de début de grossesse qui a été tellement importante qu'elle en est devenue invalidante (« *J'étais fatiguée, je ne pouvais même pas marcher. C'est vrai qu'au début c'était quand même un peu difficile* »). Lors de l'entretien, même si la peur d'une perte de la grossesse persistait, elle disait être beaucoup plus sereine, et ce depuis l'échographie du premier trimestre.

3.8.4 Ressentis des femmes à 6 mois de grossesse

Mme B a dit qu'elle ne sera vraiment sereine qu'une fois qu'elle aura son bébé en pleine santé dans les bras.

De plus, lors de l'échographie du premier trimestre, il a été retrouvé un placenta bas inséré. Même si cela reste fréquent et n'était pas inquiétant à une échographie du premier trimestre, elle a souhaité recontrôler la localisation du placenta par une échographie à 18 SA. Lors de l'échographie de contrôle à 18 SA

le placenta était remonté mais l'échographie retrouvait un fœtus inférieur au dixième percentile, ce qui a été une nouvelle source d'angoisse. Finalement, l'estimation du poids fœtal de l'échographie du deuxième trimestre a retrouvé un fœtus eutrophe au dix-neuvième percentile.

De plus, le test de dépistage pour la trisomie 21 la plaçait dans un groupe à risque avec un risque combiné de 1/500. Elle a donc fait un dépistage prénatal non invasif qui est revenu négatif. Néanmoins, cela a été un nouvel élément d'inquiétude.

Quelques jours après cette dernière échographie elle a dit être enfin un peu plus rassurée mais toujours angoissée. Elle a évoqué alors un antécédent familial de mort fœtale in-utero à six mois de grossesse chez son cousin, ce qui l'empêche de se projeter. Elle a exprimé cette crainte qui selon elle sera présente jusqu'à l'accouchement.

Elle a dit vivre la grossesse dans l'angoisse et la peur de perdre son enfant malgré qu'elle n'ait aucune complication obstétricale.

3.8.5 Complications obstétricales et suivi de grossesse

Aucune des femmes interrogées n'avait développé de complications obstétricales au moment de l'entretien.

En ce qui concerne le suivi de la grossesse, seule Mme E a décidé d'accoucher dans le même établissement que celui qui a assuré sa prise en charge en PMA ainsi que le traitement de son endométriose. Même si ce n'est pas la maternité la plus proche de chez elle, elle a exprimé être rassurée par le fait d'accoucher dans cette maternité et du fait de l'importante confiance qu'elle a en l'équipe médicale qu'elle connaît de par sa prise en charge en PMA et pour le traitement de l'endométriose. Elle a fait ce choix de maternité en prenant en compte l'aspect affectif.

Elle a exprimé également être rassurée d'accoucher à l'endroit et avec les professionnels qui lui ont permis d'obtenir cette grossesse qu'elle définit de miracle (« *Ce n'est pas possible* », « *J'ai du mal à réaliser* »).

Toutes les femmes interrogées ont émis un souhait d'être suivi dans cette maternité mais elles étaient domiciliées trop à distance.

Elles ont toutes exprimé une profonde reconnaissance et une grande confiance envers l'équipe médicale qui les a prises en charge (« *J'aurai quand même préféré que ce soit les personnes qui ont commencés qui finissent* »).

Trois des femmes (Mme A, Mme C et Mme F) ont choisi de faire suivre leur grossesse dans la maternité la plus proche de leur domicile.

Enfin, trois des sept femmes interrogées ont fait le choix de faire suivre leur grossesse et d'accoucher dans une maternité de type 3 (Mme B, Mme E et Mme G), malgré que leur grossesse soit physiologique au moment de l'entretien.

3.8.6 Bénéfices d'un suivi plus rapproché de la grossesse

Si aucune des femmes n'a développé de complications obstétricales lors de l'entretien, deux d'entre elles ont bénéficié d'un suivi plus rapproché.

Mme D a bénéficié d'un suivi échographique mensuel pour surveillance de la grossesse gémellaire et Mme G a bénéficié également d'un suivi échographique mensuel du fait de son traitement anti-épileptique. Lors de l'entretien, la grossesse de Mme G se déroulait normalement et aucune malformation fœtale n'avait été retrouvée lors des échographies de surveillance mensuelles.

3.8.7 Besoins des femmes pour le suivi de la grossesse

Pour toutes les femmes, leur parcours de PMA et de leurs difficultés rencontrées pour obtenir une grossesse n'a pas été pris en compte lors de leur inscription à la maternité.

Hormis Mme D et Mme G qui ont bénéficié d'un suivi échographique plus rapproché pour des raisons spécifiques, les autres femmes ont toutes eu un suivi classique de grossesse avec une consultation obstétricale mensuelle et une échographie par trimestre.

Si aucune n'a évoqué clairement le besoin d'un suivi plus rapproché, quatre d'entre elles (Mme B, Mme C, Mme D et Mme E) ont toutes de même choisie d'avoir un suivi en ville en parallèle, que ce soit par une sage-femme ou un gynécologue.

En ce qui concerne un suivi psychologique, aucune ne s'en est vu proposer par la maternité lors de leur inscription. Seule Mme G a bénéficié d'un suivi sur le plan psychologique pendant sa grossesse. Cependant c'est une psychothérapie qu'elle avait débutée de sa propre initiative depuis le début de la prise en charge en PMA. Elle n'a pas ressenti le besoin d'un suivi plus important sur le plan psychologique mais a tenu tout de même à le poursuivre au moins jusqu'à

l'accouchement (« *Je n'en ai pas ressenti le besoin parce que vraiment, depuis que je suis enceinte ça va beaucoup mieux* »).

En ce qui concerne Mme C, même si elle n'a pas exprimé de demande particulière de soutien psychologique, elle a dit manquer d'informations et de soutien pendant cette grossesse. C'est d'ailleurs la principale raison pour laquelle elle a contacté une sage-femme libérale en ville en complément de son suivi à la maternité (« *J'essaye de me débrouiller le plus possible* », « *Encore une fois j'ai cherché les informations sur internet pour comprendre* »).

3.8.8 Bénéfices de la grossesse et projection

Les femmes interrogées ont dit se sentir beaucoup mieux psychologiquement depuis le début de la grossesse, et n'ont pas ressenti le besoin d'un suivi psychologique particulier pendant la grossesse. Cependant deux d'entre elles (Mme B et Mme C) ont regretté de ne pas avoir pu en bénéficier pendant le parcours en PMA.

Pour ce qui est de l'avenir et de la projection avec leur enfant, deux des femmes (Mme B et Mme F) ont eu des difficultés à se projeter et à imaginer leur vie future. Au contraire, quatre (Mme C, Mme D, Mme E et Mme G) d'entre elles parvenaient déjà à se projeter et ont exprimé un fort investissement de leur enfant.

Mme A quant à elle s'est attardée tout particulièrement sur l'appréhension qu'elle ressentait vis-à-vis de l'accouchement alors que Mme D a avoué ne pas encore penser à ce moment.

Mme B, sans exprimer d'émotion particulière par rapport à cela, a évoqué son souhait d'accoucher le plus naturellement possible, si possible sans analgésie péridurale (APD).

3.8.9 Besoin d'un retour vers le naturel après la PMA

Après avoir vécu plusieurs années avec la médicalisation qu'imposait la PMA, Mme B souhaitait un retour au naturel et a donc contacté une sage-femme libérale afin de se préparer au mieux à ce moment.

Mme G a parlé elle aussi de l'importante médicalisation qu'implique la PMA et des conséquences qu'elle a eu sur son couple, plus particulièrement sur sa vie sexuelle. Si son conjoint a toujours été très présent depuis le début de la prise en charge en PMA et si la grossesse n'a fait que renforcer le couple, Mme G a évoqué tout de même des difficultés dans les rapports sexuels qui persistaient encore. Les rapports sexuels qui manquaient de spontanéité pendant le parcours

de PMA ont été mis en difficultés par la grossesse (« *C'est vrai que c'est la réflexion que je me faisais, qu'il y a quand même toute cette période de la PMA qui n'était pas facile sur ce plan-là, et après il y a un enfant... Il va falloir qu'on se retrouve mais voilà* »).

Malgré ces difficultés, cela n'a entravé en aucun cas le bonheur de Mme G qui attendait avec impatience la naissance de son enfant et n'a exprimé aucune inquiétude en ce qui concerne le devenir de la relation avec son conjoint.

Tableau 1. Résumé du vécu du parcours de PMA et de la grossesse par les femmes ayant obtenu une grossesse suite la prise en charge en PMA.

	Mme A	Mme B	Mme C	Mme D	Mme E	Mme F	Mme G
Cause d'infertilité	Obstruction tubaire	Indéterminée	Indéterminée	Indéterminée	Endométriose profonde stade 4	Conjoint drépanocytaire avec atteinte de la fertilité	Mixte
Durée d'infertilité	1 an	5 ans	10 ans	10 ans	3 ans	0	2 ans
Traitements avant la grossesse	2 FIV	Clomid, puis IUI, puis FIV	IUI pendant 2 ans puis FIV	4 IUI, puis 2 FIV, puis don d'ovocyte	Chirurgie de l'endométriose puis FIV	2 FIV	3 mois sous Clomid puis 3 FIV - ICSI
Durée des traitements avant la grossesse		4 ans					
Vécu de l'annonce et cause de l'infertilité							
Culpabilité	X	X	X	X			X
Solitude			X	X			X
Refus de l'infertilité					X		X
Atteinte de la féminité	X				X		X
Vécu du parcours de PMA							
Effets secondaires des traitements		Prise de poids, fatigue	Œdèmes, douleurs pelviennes	Fatigue, douleurs	Fatigue	Douleurs bas ventre	
« Obsession »		X	X		X		
Suspension du parcours et durée		1 an	6 mois	1 an	2 mois	2 mois	3 mois

Manque d'accompagnement		X	X				X
Nécessité d'un soutien psychologique		X	X	X	X		X
Conséquences de la PMA sur la femme et le couple							
Soutien suffisant du conjoint		X		X	X	X	X
Arrêt de travail		X	Temporaire		X		
Séparation temporaire du couple			X				
Vécu de la grossesse							
Joie	X	X	X	X	X	X	X
Anxiété	X	X	X			X	
Réserve	X	X	X			X	
Solitude						X	
Besoin d'un suivi psy							X
Besoin d'un suivi obstétrical personnalisé		X	X		X		X
Pressentiment de la réussite	X				X		X

4. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer le vécu du parcours de PMA et de la grossesse chez les femmes infertiles enceintes suite à la prise en charge en PMA. Cette étude qualitative observationnelle basée sur des entretiens avec sept femmes ayant obtenues une grossesse à la suite d'une prise en charge en PMA permet d'observer que la prise en charge psychologique de ces femmes pourrait être améliorée.

En effet, si chaque femme a sa propre histoire, son propre parcours et son propre vécu, des similitudes dans leurs récits et dans le vécu de certains aspects de la prise en charge peuvent être observés.

Le vécu des femmes dépend de la durée de différentes périodes et principalement entre les premiers essais de grossesse spontanée et le début de la prise en charge en PMA.

Cette période semble être la plus difficile pour les femmes car elles ressentent une forte impuissance et une solitude. Or, cette période est pour la majorité des femmes au moins d'un an puisque le parcours de PMA et le bilan d'infertilité ne sont réalisés qu'après douze mois d'absence de conception pour un couple ayant des rapports sexuels réguliers.

D'après la revue de la littérature, cette période est cependant souvent mise sous silence et, si l'on s'intéresse de plus en plus à l'importance de l'aspect psychologique lors de la prise en charge en PMA, cette longue période où le couple est seul et impuissant face à l'infertilité n'est pas étudié (18).

Cependant, si le délai d'un an d'échec de conception spontanée est déjà difficilement vécu par les femmes, pour certaines le début de la prise en charge est encore plus tardif, notamment lorsque les examens faits en ville ne permettent pas de détecter une quelconque anomalie de la fertilité. Contrairement à ce que peuvent dire les études réalisées jusqu'ici, les entretiens menés permettent de mettre en avant l'importance de poser un diagnostic et de retrouver une étiologie à l'infertilité (21).

Le vécu des femmes peut aussi varier selon la durée du parcours de PMA, c'est-à-dire le temps écoulé entre le début de la prise en charge et l'obtention d'une grossesse. Il semblerait que plus la durée du parcours est longue, plus le vécu est difficile. Si la majoration de la difficulté de vécu par la durée du parcours peut être observée, il ne semble pas que le type de technique de PMA à laquelle les femmes ont recours impacte

le vécu, contrairement à ce que peuvent dire les études. Elles soulignent un vécu différent du parcours de PMA selon les techniques utilisées (23).

La durée du parcours semble dépendre de l'étiologie de l'infertilité. La prise en charge en PMA avant l'obtention d'une grossesse semble moins longue quand une étiologie à l'infertilité est clairement déterminée alors que le parcours est souvent plus long quand aucune cause n'est retrouvée. Parmi les femmes interrogées, la durée de la prise en charge avant l'obtention de la grossesse actuelle était très variable et s'étendait d'un (étiologie déterminée) à dix ans (pas d'étiologie déterminée).

Le sentiment quasiment systématiquement exprimé par les femmes dont aucune étiologie à l'infertilité n'a été déterminée est la culpabilité. Ce sentiment de culpabilité est retrouvé dans la littérature qui met également en avant un sentiment de solitude et de colère (18). Si le sentiment de solitude a pu être observé chez les femmes interrogées, la colère n'a été évoquée par aucune d'entre elles. Elles ont plutôt exprimé un sentiment d'impuissance et de découragement.

Une fois le parcours de PMA débuté, le vécu des femmes dépend du nombre d'échecs de tentatives au cours de la prise en charge. Ainsi, il peut être observé que presque la totalité des femmes ressent le besoin de suspendre la PMA après le deuxième échec de FIV. Aucune étude n'a fait de lien entre la durée du parcours de PMA et la nécessité de suspendre la prise en charge. Pourtant les femmes interrogées ont toutes ressenties le besoin de suspendre le parcours quand la prise en charge s'étalait sur plus d'un an.

Le vécu du parcours dépend beaucoup du soutien dont bénéficient les femmes, aussi bien de la part des professionnels de santé que du conjoint et de la famille. Environ la moitié des femmes interrogées exprime un manque de soutien, d'accompagnement et d'individualisation lors de la prise en charge.

Si le soutien de l'équipe médical est jugé par la moitié des femmes insuffisant, c'est principalement le soutien du conjoint qui impacte considérablement le vécu du parcours de PMA. Les femmes pour lesquelles le parcours a été particulièrement éprouvant sont celles qui expriment un manque de soutien de la part de leur conjoint. Parmi ces femmes, la PMA leur a également fait remettre en question la durabilité de leur couple. Les études menées à ce sujet montrent effectivement que le couple peut être grandement affecté par l'infertilité et la médicalisation imposée par la PMA (18). Néanmoins, si la PMA peut fréquemment entraîner la séparation du couple, les entretiens n'ont pas permis de le valider.

Si certains couples se sont temporairement séparés, la séparation n'a été définitive pour aucun d'entre eux. De plus, le lien entre la rupture temporaire du couple et la durée du parcours de PMA ne peut pas être établi.

Certaines femmes évoquent des conséquences de l'infertilité et de la PMA sur leur sexualité. L'infertilité en elle-même a des conséquences sur le couple qui n'a plus de rapports dans le but de concevoir un enfant naturellement. La PMA quant à elle ôte toute spontanéité à la sexualité du couple puisqu'elle impose d'avoir des rapports sexuels à une période précise, ce qui a par ailleurs pu être source de conflits.

Avec la durée du parcours apparaît aussi presque systématiquement une certaine « obsession » pour la PMA qui peut prendre une place centrale dans la vie des femmes. Certaines peuvent même changer complètement leurs habitudes de vie, ou encore arrête de travailler d'une part pour se consacrer entièrement à la PMA, mais aussi car les traitements provoquent une fatigue.

Si pour la majorité des femmes le plus difficile a été la longueur du parcours et les multiples échecs de tentatives, pour certaines ce sont les traitements qui ont été particulièrement contraignants de par leur durée mais aussi les conséquences physiques qu'ils ont provoqué sur elles, notamment une fatigue intense et des douleurs lorsqu'il s'agissait de traitements par injections. La littérature retrouve un lien entre le vécu psychologique difficile de la PMA et les traitements reçus, notamment du fait des conséquences physiques et de la contrainte qu'ils imposent (23).

Dans les différents témoignages récoltés, l'apparition d'une obsession pour la PMA est presque systématique. Néanmoins, la grossesse est obtenue le plus souvent quand les femmes « lâchent prise » et focalisent moins sur la prise en charge.

Si la possibilité d'une consultation avec un psychologue est évoquée lors du début de la prise en charge en PMA la plupart du temps, aucun rendez-vous n'est obligatoire. Si la femme souhaite bénéficier d'une consultation avec le psychologue, c'est à elle de faire les démarches nécessaires. Presque la totalité des femmes interrogées ont exprimés un souhait d'un tel suivi pendant le parcours, notamment au moment des échecs de tentative, mais les démarches supplémentaires ont été un frein.

Les femmes déjà éprouvées par l'infertilité et la contrainte de la prise en charge médicale n'ont pas eu le courage de faire les démarches nécessaires pour une prise en charge sur un plan psychologique. L'absence de planification d'emblée d'une consultation avec le psychologue du service semble donc être un obstacle à la mise en place d'un

suivi psychologique pendant le parcours de PMA. Pourtant, les études menées sur le vécu psychologique de la PMA évoquent la nécessité d'un suivi psychologique, et laissent penser que ce suivi est certes indispensable mais surtout devrait être presque systématique (24).

En effet, chaque échec de tentative impacte psychologiquement les femmes qui ressentent une grande déception et expriment la nécessité d'un soutien psychologique plus important dans ces moments difficiles.

Toutes les femmes interrogées expriment également un sentiment d'impuissance entre la tentative et les premières prises de sang de contrôle qui sont réalisées quinze jours plus tard. Ces quinze jours sont une période pendant laquelle les femmes ne peuvent qu'attendre et sont dans l'ignorance totale.

Une fois la grossesse confirmée, apparaît systématiquement une anxiété et une angoisse vis-à-vis de l'évolution de la grossesse. Toutes les femmes sont restées très inquiètes jusqu'à l'échographie du premier trimestre. Pour environ la moitié une inquiétude sur l'évolution favorable de la grossesse persistait toujours lors de l'entretien au 6^{ème} mois de grossesse. La littérature ne permet pas d'observer cela puisqu'elle met en avant principalement la joie et le bonheur suscité par l'obtention de la grossesse, sans prendre en compte l'inquiétude que cela peut susciter (19).

Certaines expriment aussi un manque d'accompagnement et d'informations sur l'organisation du suivi de la grossesse. Après la confirmation de la grossesse, elles se sentent seules et délaissées pour organiser le suivi de la grossesse. Une fois la grossesse obtenue, les femmes doivent s'inscrire dans la maternité de leur choix et bénéficient d'un suivi classique de grossesse, sans aucune prise en compte de leur parcours et des difficultés qu'elles ont eu pour l'obtenir (24).

Les signes sympathiques de début de grossesse semblent également être très marqués chez ces femmes qui expriment principalement une fatigue extrême. Mais ces signes sont vus positivement pour la plupart car confirment une grossesse évoluant normalement (23).

Aucune des femmes interrogées n'avait développé de complications obstétricales lors de l'entretien. Cependant la moitié d'entre elles a ressenti le besoin de faire suivre la grossesse et d'accoucher dans une maternité de type 3 afin d'être assurée qu'il y ait les ressources pédiatriques les plus poussées.

Les femmes n'expriment pas de nécessité d'un suivi psychologique particulier pendant la grossesse mais regrettent de ne pas en avoir bénéficié pendant la prise en charge en PMA. En revanche, le suivi obstétrical classique de grossesse avec une consultation mensuelle semble insuffisant puisque toutes les femmes interrogées ont ressenti le besoin d'un suivi supplémentaire de celui réalisé à la maternité, que ce soit par un gynécologue-obstétricien en ville ou une sage-femme libérale.

Enfin, si l'obtention d'une grossesse a permis à toutes les femmes d'être apaisées et plus sereines, la médicalisation induite par le parcours de PMA qui, pour certaines a duré plusieurs années, les a marquées à jamais et cela transparaît dans les termes employés lors des entretiens pendant lesquelles toutes les femmes se sont exprimées avec un vocabulaire médical très maîtrisé. Certaines évoquent également le souhait de rompre avec cette surmédicalisation et souhaite un accouchement naturel, si possible sans analgésie péridurale.

Toutes éprouvent par ailleurs une profonde reconnaissance envers l'équipe médicale du service de PMA qui leur a permis de pouvoir se projeter concrètement dans la vie de famille dont elles ont toujours rêvé.

Si l'étude a comporté faible effectif, l'un des points forts de cette étude est l'homogénéité de la population. En effet, toutes les femmes interrogées étaient entre 22 et 28 SA. Cela a deux avantages principaux : tout d'abord cela permet la comparaison des différents discours, ainsi que d'être assez à distance du début de grossesse pour que les femmes ne soient plus imprégnées par le parcours de PMA.

Les entretiens téléphoniques étaient incontournables pour la faisabilité de l'étude puisqu'une seule des femmes effectuait son suivi de grossesse à la maternité de Tenon. Il aurait été contraignant pour les femmes enceintes de se rendre dans le service de PMA alors que la plupart habitaient très à distance de l'hôpital. Les mimiques et les expressions physiques des femmes lors des entretiens n'ont alors pas pu être évaluées.

L'utilisation d'une trame d'entretien a permis de réaliser des entretiens semi-dirigés permettant d'une part de laisser les femmes exprimer leurs vécus, leurs opinions, leurs sentiments et leurs émotions, et d'autre part d'aborder les mêmes points avec toutes les femmes. Cela a permis de regrouper les entretiens et en faire ressortir les points communs et les différences de vécu.

Si une étude qualitative ne permet pas de généraliser à la population générale du fait d'un trop faible effectif, elle permet cependant une analyse plus approfondie et une analyse émotionnelle qu'une étude quantitative ne peut pas évaluer.

5. CONCLUSION

Même si le parcours de PMA est mentionné dans le dossier obstétrical de la patiente, aucun suivi particulier n'est mis en place pour ces femmes qui ont pourtant un lourd parcours d'infertilité avec le plus souvent plusieurs années de prise en charge en PMA avant l'obtention d'une grossesse.

Les femmes expriment toutes un fort sentiment de culpabilité, de solitude et d'anxiété pendant le parcours de PMA, mais ces sentiments sont alors déjà très ancrés puisqu'ils apparaissent lors de la période d'infertilité qui précède la prise en charge.

La durée du parcours et le nombre d'échecs affrontés semblent être les éléments les plus difficiles de la prise en charge et pour lesquels les femmes expriment le besoin d'un soutien qui peut pour certaines d'entre elles sembler insuffisant, qu'il s'agisse d'un soutien psychologique, émanant des professionnels de santé ou encore de l'entourage et notamment du conjoint.

Ce travail permet de conclure que les femmes enceintes à la suite d'une prise en charge en PMA ressentent davantage le besoin d'un suivi psychologique pour les accompagner lors du parcours de PMA qu'une fois la grossesse obtenue. Les entretiens menés ont permis de soulever la nécessité et l'importance d'un tel suivi pendant le parcours de PMA.

Il semblerait utile d'organiser une consultation avec un psychologue lors du début de la prise en charge en PMA, puisque l'obstacle à cette prise en charge semble être les démarches supplémentaires que cela demande aux femmes si elles souhaitent en bénéficier.

En ce qui concerne le suivi obstétrical, la totalité des femmes interrogées n'ont pas exprimé clairement le besoin d'un suivi plus rapproché. Cependant elles ont exprimé pour la majorité un manque d'accompagnement et d'informations pendant la grossesse, ainsi qu'une anxiété persistante au sixième mois de grossesse. Elles ont également toutes ressenties le besoin d'organiser un suivi obstétrical supplémentaire en ville en parallèle du suivi classique organisé par la maternité. Nous pouvons donc penser qu'un suivi obstétrical plus rapproché pourrait être bénéfique pour ces femmes, non pas pour des raisons de complications obstétricales particulières, mais plutôt pour leur permettre de vivre leur grossesse plus sereinement et d'être mieux accompagné dans cette période de leur vie.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique [Internet]. [cited 18/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>>
2. Assistance médicale à la procréation (AMP) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cited 18/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>>
3. BEH n°7-8-9/2012 / 2012 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cited 18/05/2019]. Disponible à partir de : <<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-7-8-9-2012>>
4. L'infertilité [Internet]. [cited 25/05/2019]. Disponible à partir de : <<http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/105-l-infertilite>>
5. Les Enquêtes Nationales Périnatales [Internet]. EPOPé. [cited 18/05/2019]. Disponible à partir de : <<http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>>
6. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique
7. LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique
8. Traitement de l'infertilité et assistance médicale à la procréation [Internet]. [cited 22/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/prise-charge-infertilite>>
9. Julien S. La grossesse unique après FIV : une grossesse comme les autres ?. Médecine humaine et pathologie.2011. hal-01881943
10. Netgen. FIV : comment réduire le nombre des grossesses multiples ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cited 26/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-304/FIV-comment-reduire-le-nombre-des-grossesses-multiples>>
11. BARSE KO. PMA et psychologie du couple : le rêve de tomber enceinte et ses difficultés [Internet]. Guide de l'Infertilité. [cited 22/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.guide-de-l-infertilite.fr/fr/actualites/article/pma-et-psychologie-du-couple-le-reve-de-tomber-enceinte-et-ses-difficultes>>

12. Bayle B. L'enfant à naître [Internet]. ERES; 2005 [cited 24/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.cairn.info/l-enfant-a-naitre--9782749204871.htm>>
13. Goussault B, Jacob B. Lorsque l'enfant ne paraît pas. Dialogue. 26 mai 2011;n° 191(1):125-35.
14. Evans M, Chaussade H, Couet M-L, Royere D, El-Hage W. Vécu psychologique des femmes receveuses en attente d'un don d'ovocytes en procréation médicalement assistée. European Psychiatry. nov 2013;28(8):30.
15. Jaoul M. Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. L'assistance médicale à la procréation. Adsp. 2011 Juin : 24 – 27.
16. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. Hum Reprod. août 2011;26(8):2084-91.
17. Ockhuijsen HDL, van Smeden M, van den Hoogen A, Boivin J. Validation study of the SCREENIVF: an instrument to screen women or men on risk for emotional maladjustment before the start of a fertility treatment. Fertil Steril. 2017;107(6):1370-1379.e5.
18. Netgen. Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cited 22/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-549/Detresse-psychologique-des-couples-infertiles-une-approche-globale>>
19. La grossesse après une FIV. Fiv.fr [Internet]. Fiv.fr. 2017 [cited 19/05/2019]. Disponible à partir de : <<https://www.fiv.fr/grossesse-apres-fiv/>>
20. Les effets à long terme de la FIV [Internet]. Fiv.fr. 2013 [cited 25/05/ 2019]. Disponible à partir de : <<https://www.fiv.fr/effets-long-terme-fiv/>>
21. Grossesse et fécondation in vitro [Internet]. [cited 26/05/2019]. Disponible à partir de : <http://www.fivfrance.com/page_grossesse_et_fiv.html>
22. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
23. Lazaratou H, Golse B. Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). La psychiatrie de l'enfant. 2006;Vol. 49(2):573-99.
24. L'angoisse compromet-elle les chances de grossesse par PMA ? - [Internet]. [cited 24/03/2020]. Disponible à partir de : <<http://cpmaheba.over-blog.com/page-4697624.html>>
25. Vénara P. Face à l'infertilité. Gestalt. 23 juill 2013;n° 43(1):89-102.

7. GLOSSAIRE

APD : Analgésie Péridurale

BEH : Bilan Epidémiologique Hebdomadaire

CPMA : Centre de Procréation Médicalement Assistée

EPP : Entretien prénatal précoce

FIV : Fécondation in-vitro

ICSI : Injection intracytoplasmique de spermatozoïde

IU : Insémination Intra-Utérine

IMG : Interruption médicale de grossesse

MAP : Menace d'accouchement prématuré

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'Aménorrhée

TEC : Transfert d'Embryon Congelé

TEF : Transfert d'Embryon Frais

8. ANNEXES

8.1 Trame d'entretien

Thème 1 : L'annonce de l'infertilité

- Après combien de temps d'échec de grossesse avez-vous décidé de consulter un médecin spécialiste dans les difficultés de procréation ?

- Comment l'annonce de l'infertilité s'est-elle déroulée (qui, où, comment) ? Quelle a été votre réaction ? Avez-vous réussi à l'accepter ?

- Quelle a été la réaction de votre conjoint face à cette annonce ? Cela a-t-il eu des conséquences sur votre couple ?

- Avez-vous décidé d'en parler à votre entourage ? Pourquoi ?

- Après cette annonce, avez-vous ressenti de l'anxiété, un état dépressif ?

- Selon vous, avez-vous été suffisamment soutenue par votre conjoint ? Par votre entourage ?

- A-t-on réussi à définir une cause à cette infertilité ? Cela vous a-t-il permis de mieux supporter cette annonce ?

- L'annonce d'infertilité vous a-t-elle fait douter de votre capacité à être une « bonne mère » ?

Thème 2 : Décision de débuter un parcours de PMA et vécu psychologique de celui-ci

- Combien de temps après l'annonce de l'infertilité avez-vous décidé de débuter un parcours de PMA ?

- Était-ce un choix de couple ou un choix personnel ?

- Vous êtes-vous sentie assez soutenue par votre conjoint dans cette démarche ?
Par votre entourage ?

- Quelles techniques de PMA vous ont été proposé ?

- Avez-vous du faire face à des échecs de tentatives ? Combien ?

- Comment avez-vous vécu chacun de ces échecs ?

- Comment avez-vous vécu chaque tentative, aussi bien psychologiquement que physiquement ?

- Avez-vous eu des modifications physiques induites par le traitement ? Comment l'avez-vous vécu ?

- La PMA a-t-elle modifié le rapport que vous avez avec votre propre corps ?

- La PMA a-t-elle eu des répercussions sur votre vie sexuelle ?

- Vous a-t-on proposé un soutien sur le plan psychologique lors du début de votre parcours en PMA ? Cela vous a-t-il été utile ?

- Quelle était la fréquence des visites à la maternité pendant la prise en charge en PMA ?

- Vous sentiez-vous soutenue par l'équipe médicale ?

- Quelle place a pris la PMA dans votre vie de tous les jours ?

- Pendant votre parcours de PMA, quel a été pour vous le moment le plus difficile ? Pourquoi ?

Thème 3 : Vécu de la grossesse

- Après combien de temps et combien de tentatives avez-vous obtenu cette grossesse ?
- Quelle a été votre réaction face à cette annonce tant attendue ?
- Comment vivez-vous les modifications corporelles induites par la grossesse en comparaison à celles induites par les traitements de la PMA ?
- Avez-vous, à un moment, ressenti de l'angoisse vis-à-vis de cette grossesse qui devenait enfin concrète ? A quel moment ? Pourquoi ?
- Avez-vous des craintes par rapport à la poursuite de la grossesse ? Par rapport à l'accouchement ? Par rapport à l'enfant à venir et à la nouvelle vie qui va commencer ?
- Parvenez-vous à vous projeter dans l'avenir et à imaginer votre vie à 3 avec cet enfant ?
- Ressentez-vous de l'inquiétude vis-à-vis de cette nouvelle vie à 3 ?
- Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir totalement légitime par rapport à votre enfant ?
- Devez-vous affronter des complications obstétricales pour cette grossesse ? Comment vivez-vous cela ?
- Vous a-t-on proposé un soutien / suivi plus rapproché pendant la grossesse du fait de votre parcours de PMA ?
- Auriez-vous aimé bénéficier d'un suivi plus rapproché pendant cette grossesse ? De quel type (psychologique, obstétrical) ?

- Auriez-vous aimé être suivi par les mêmes personnes et à la même fréquence pendant la grossesse que pendant la prise en charge en PMA ?

8.2 Entretien

Retranscription de l'entretien téléphonique avec Mme G, réalisé le 19/10/2019 à 11h30.

Durée de l'entretien : 58 minutes et 50 secondes

Informations générales : Mme G, 34 ans, médecin généraliste. Grossesse obtenue par FIV-ICSI après 2 échecs.

DDG = 19/04/2019 soit 28 SA + 1 jour lors de l'entretien.

Retranscription

- Allo bonjour ?
- Mme G ? C'est Laurelen
- Est-ce que je peux vous rappeler dans 5 minutes, c'est possible ?
- Pas de problème, à tout de suite
- D'accord, à tout de suite, merci.

[Nouvel appel de Mme G]

- Allô ?
- Oui bonjour c'est Mme G
- Oui bonjour, vous allez bien ?
- Ca va et vous ?
- Très bien. Vous avez un peu de temps à m'accorder pour l'entretien ? Il faut compter entre 45 minutes et 1 heure.
- Oui, oui c'est bon
- Parfait. Alors tout d'abord parlez-moi un peu de vous, quel âge avez-vous, que faites-vous dans la vie ?
- Alors mon âge 34 ans, je suis médecin généraliste remplaçante en cabinet de ville et je suis en planning familial aussi.
- D'accord très bien. Et donc c'est votre premier bébé ?
- Oui, premier bébé oui
- Et à quel terme êtes-vous aujourd'hui ?
- Alors là je dois être à 28 semaines, je peux vérifier si vous voulez.
- Donnez-moi juste la date de début de grossesse et je vérifierai ça après ne vous inquiétez pas

- 19 avril
- D'accord donc cela fait 28 SA et 1 jour. Alors l'entretien va se décomposer en 3 parties, d'abord le vécu de l'annonce de l'infertilité, après le vécu du parcours de PMA et pour finir le vécu de la grossesse en elle-même.
- D'accord
- Alors tout d'abord qu'est-ce qui vous a poussé à consulter un spécialiste de la procréation ? Vous essayiez d'avoir un bébé depuis longtemps ?
- Alors déjà je connaissais parce que j'avais fait un stage du DU de gynéco pour les médecins généralistes avec elle, et puis en fait 6 mois avant d'arriver à être enceinte, comme je la croisais en stage je lui ai demandé à quel moment il fallait que je fasse les examens, et donc elle m'a dit qu'à partir de 6 mois on pouvait faire des examens. Donc elle m'a donné les examens à faire, et après j'ai pris rendez-vous avec elle et mon conjoint, peut être 3 mois après.
- D'accord donc environ 9 mois après le début de vos essais ?
- Alors j'ai commencé en septembre, j'ai dû la voir la première fois en juillet, euh septembre, octobre, novembre, décembre, janvier, février, mars, avril, mai, juin ... oui 10 mois. Mais moi j'avais fait les examens à 6 mois, et mon conjoint il a fait les examens un petit peu plus tard, je sais plus ... en avril ou mai je crois, peut être mai... je ne sais plus quand est-ce qu'il a fait les examens ...
- D'accord donc lui il les a faits à 8 mois à peu près
- Oui
- Les examens ont-ils permis de trouver une cause à l'infertilité ?
- Lors moi j'ai une AMH qui est à 0,1. Ça ça a été le coup dur pour moi, parce que je connaissais les normes.
- Une AMH basse signifie que la réserve ovarienne est faible c'est ça ?
- Voilà c'est ça. Et c'est vrai que je n'ai pas eu de vraie consultation avant de faire les examens puisque je l'ai vu en stage donc ... Et puis pour mon conjoint il y a une térospermie qui est à 1%. Il a toujours été stable sur les spermogrammes.
- Donc les examens ont montré que la cause de l'infertilité était mixte et venait à la fois de vous et de votre conjoint ?
- Voilà. Et pour le diagnostic d'infertilité, parce qu'on a fait, mais plus tard, l'année d'après, euh quand est-ce qu'on l'a fait... on l'a fait en octobre 2018, on a fait une fragmentation de l'ADN spermatique pour lui qui était à 35%, donc moyen.
- Comment avez-vous vécu cette annonce vous et votre compagnon ?
- Alors moi je parlais déjà avec un stress de base, je vais quand même vous donner le contexte c'est-à-dire que moi je suis épileptique, et donc je suis sous traitement.

J'avais 2 traitements le Tegretol et le Diacomit, et je devais arrêter le Diacomit pour tomber enceinte. Donc ça je le savais depuis des années, donc ce n'était pas une grossesse que l'on pouvait faire comme ça sur un coup de tête il fallait programmer. Et donc j'avais peur, déjà avant d'essayer, j'avais peur de cette possibilité aussi.

- Donc vous redoutiez un problème avant même de vouloir essayer d'être enceinte ?
- Avant même je redoutais déjà l'infertilité ... enfin je n'aime pas trop ce mot parce qu'en fait c'est juste une difficulté, enfin une hypofertilité on va dire. Et donc du coup c'est surtout que je sais que quand j'arrête mon 2^{ème} traitement, j'ai une fenêtre thérapeutique et au bout d'un moment je recommence à faire des crises.
- Et il n'y a pas de traitement compatible avec la grossesse qui pourrait substituer le Diacomit ?
- Non parce qu'en fait la fois où j'ai été le plus tranquille c'est sans Diacomit pendant 2 ans et demi sans crise, et à chaque fois que j'arrête j'augmente ma durée de tranquillité. Donc je savais que j'avais au moins 2 ans et demi devant moi.
- D'accord donc à chaque arrêt le temps pendant lequel vous ne faites pas de crise augmente un peu.
- Voilà c'est ça. Donc là je crois que je n'ai pas arrêté depuis très longtemps parce que justement je me disais que j'arrêterai que quand il y aura un désir de grossesse pour se laisser le maximum de chance de durée sans crise. Et donc du coup j'avais un peu cette espèce d'épée de Damoclès au-dessus de la tête sachant qu'à un moment donné peut être que je pouvais recommencer les crises. D'où le stress à mon avis de tomber enceinte rapidement pour ne pas avoir ce genre de problème parce que si je reprenais le Diacomit le projet de grossesse s'arrêtait. Donc voilà ça c'est le contexte (rires). Donc j'ai commencé la PMA. Tous les autres examens étaient normaux mais quand j'ai reçu l'AMH j'ai eu un coup de blues on va dire. Sachant que je n'ai pas vu le médecin tout de suite derrière après avoir eu les résultats et ... et puis après pour le spermogramme je me disais que de toute façon en cherchant on allait trouver des trucs et je savais que les causes masculines étaient quand même plus traitables que les causes féminines donc j'avoue que ça ne m'a pas plus inquiété que ça. Je me suis dit bon il y a peut être une cause mixte mais on va pouvoir surmonter ça quoi. Et par contre mon conjoint ...
- C'est ce que j'allais vous demander, comment lui a-t-il réagi face à tout ça ?

- Alors lui c'était compliqué de savoir. Ce n'est pas quelqu'un qui montre beaucoup ce qu'il ressent... Je sais que ça l'a ... euh ... ça l'a travaillé. Je pense qu'il a été quand même, enfin c'est mon interprétation hein mais je pense qu'il a été un peu touché dans sa virilité et puis je pense que lui il a, enfin il avait peur aussi de ce diagnostic-là, que ce soit de sa faute si jamais on n'arrive pas à avoir des enfants. Après, enfin ça va loin dans la réflexion, mais je sais que à un moment donné dans notre couple ... Ca fait très longtemps qu'on est ensemble, et je sais qu'à un moment donné, avant que l'on essaye d'avoir un enfant ça le stressait de... que peut être lui il n'y arriverai pas et que peut être que j'irai voir quelqu'un d'autre... Ça c'est dans son fantasme à lui...
- D'accord donc avant même que vous commenciez à essayer d'être enceinte il imaginait déjà cette possibilité ?
- Euh oui mais je pense que c'était beaucoup moins présent pour lui que pour moi. C'était un peu nous, je sais que c'était une question qu'il se posait, mais il ne m'en a jamais parlé vraiment sérieusement et ... il était quand même plutôt confiant au départ et plutôt à me rassurer qu'à m'entretenir dans mes peurs quand même.
- Et avez-vous parlé de cette infertilité à votre entourage ?
- Euh on n'en a un peu parlé autour de nous oui parce qu'on a des amis qui ont eu une situation similaire et qui sont même pire que nous puisqu'ils sont allés jusqu'au don d'ovocyte. Et donc eux ils ont commencé à essayer il y a un moment donc on avait leur histoire comme référence parce que c'était des amis proches. Et sinon j'ai pu en parler à une autre amie qui avait elle aussi fait une FIV. Mais c'est vrai que du coup autour de moi j'avais quand même pas mal de personnes, enfin je connaissais en tout cas des personnes qui avait eu des difficultés.
- C'est vrai que cela est un problème plus fréquent que ce que l'on peut penser...
- Voilà. Et après j'ai eu aussi des exemples autour de moi de copines qui sont tombées enceintes en 2 mois, donc j'avais quand même majoritairement des personnes qui tombaient enceintes spontanément que des personnes qui ont eu besoin de recourir à la FIV.
- Vous avez donc quand même pu en parler autour de vous, principalement à vos amies qui ont eu un parcours plus ou moins similaire ?
- Voilà
- Donc on peut dire que vous avez difficilement vécu l'annonce de l'infertilité, avez-vous réussi à surmonter cela par la suite ou est-ce que ça a toujours été compliqué pour vous ?

- Alors après ... on a essayé le Clomid d'abord. Donc le Clomid... ça allait, c'est un peu contraignant, il fallait faire des échos à un terme particulier... après je ne dirai pas qu'il y a vraiment un moment où j'ai pris un coup sur la tête, c'est plus la longueur de l'attente qui a été difficile que le diagnostic en soi. Avant la première FIV, le Clomid on a dû le faire pendant 3 mois. Et puis après ça m'a quand même un peu stressé ce Clomid parce que j'ai bien réagi mais ça n'a pas marché donc... Les deux premiers cycles j'ai dû faire 2 follicules, et le troisième j'ai fait 3 follicules et donc je trouvais ça plus stressant qu'autre chose de se dire on a fait un cycle mais finalement on ne peut pas essayer parce qu'il y en a que 3 donc on risque des triplés et dans ces cas-là ils nous disent qu'il ne faut pas essayer de tomber enceinte. Je trouvais ça plus stressant et ça me frustrait plus qu'autre chose. Du coup je n'ai pas voulu poursuivre le Clomid plus longtemps. J'ai fait les 3 mois et après j'ai dit bon, on continu à essayer normalement jusqu'à ce qu'éventuellement on fasse une FIV.
- D'accord donc après ces 3 mois sous Clomid pendant combien de temps avez-vous suspendu la PMA ?
- Donc après on est allé jusqu'à la programmation de la prochaine FIV en mars. Donc j'ai dû arrêter peut être 5 mois. Et en fait j'ai toujours fait des ICSI parce que comme il y avait une téatospermie à 1% et que je n'avais pas non plus beaucoup de follicules on nous a orienté vers l'ICSI plutôt que la FIV.
- Et ça a fonctionné dès la première tentative ?
- Alors non. En mars 2018 on a fait une FIV qui a donné... je dirai qui a donné un embryon qui a été implanté à J3 et ça n'a pas tenu. On n'avait pas d'autres embryons à implanter donc il a fallu recommencer après. Donc à la première FIV comme je disais le stress... j'avais quand même l'impression d'être accompagnée par mon conjoint. Faire les piqûres c'était contraignant mais ce n'est pas ça le plus compliqué. Mais c'est vrai que sur la longueur du parcours, la relation avec mon conjoint a été un peu difficile.
- Avez-vous commencé à ressentir ce changement dès l'annonce de l'infertilité ou à partir du moment où vous avez débuté le parcours de PMA ?
- Euh je pense que j'ai senti la conséquence à partir du moment où l'on a fait les examens je pense. Mais je ne suis pas sûre que ce soit les examens, je pense que c'est plus le fait de ne pas y arriver et le fait que, voilà, il faut avoir des rapports à telle date etc, ça devenait très mécanique et lui il supportait mal ce genre de chose. Moi je supportai mal le fait qu'il n'était jamais prêt au bon moment, donc ça a créé des frictions entre nous. Chaque mois j'étais frustrée

parce qu'on ne l'avait pas fait suffisamment au moment où il fallait le faire. Et donc c'était tout ça qui était le plus compliqué à gérer pour moi que la médicalisation. Après la médicalisation ça aggrave les choses, mais déjà le fait de ne pas y arriver de nous-même c'était compliqué ...

- C'est donc l'absence de spontanéité qui a été le plus difficile pour vous ?
- Oui voilà c'est ça. Il fallait retrouver une cohésion de couple et c'est ça qui a été le plus difficile. Et le fait que la première FIV ne marche pas, on prend un coup au moral déjà, je pense tous les deux. Lui je ne sais pas à quel degré mais en tout cas moi ça m'a mis un coup au moral, le fait de ne pas non plus avoir d'embryon de réserve, de devoir tout recommencer. Et on a essayé en allant chez le médecin rapidement derrière avec une nouvelle demande de FIV, et en fait je pense que l'on a été trop rapide. On a fait la FIV en mars et on a fait le deuxième essai en juin. Et en fait là au moment des piqûres, des premières échos etc, mon conjoint n'était pas là. Il a dû partir enfin il avait quelque chose qui était prévu depuis longtemps et qu'il ne pouvait pas annuler, donc je me suis sentie ... C'était un moment où je me sentais un peu seule dans tout ce projet-là, et j'avais l'impression que tout reposait sur moi. C'est la femme qui se pique, c'est la femme qui gère les rendez-vous, c'est la femme qui gère les résultats enfin je gérais un peu tout j'ai l'impression. Lui il suivait, et toute l'organisation c'était moi qui devais le faire. Et là j'ai fait venir une infirmière pour faire les piqûres cette fois-ci parce que psychologiquement j'avais l'impression d'être accompagnée. Donc j'ai très mal vécu la deuxième FIV qui en plus n'a rien donné donc ... c'est-à-dire que j'ai fait un kyste de 6 cm et 1 follicule donc ils n'ont pas ponctionné. Ce n'est pas allé jusqu'à la ponction, donc la bonne nouvelle c'est que ça ne comptait pas comme un essai, donc je gardais au moins mes trois autres tentatives, et puis ils m'ont quand même déclenché l'ovulation et on essayait naturellement. Bon ça n'a pas marché voilà. Et là j'en ai un peu voulu à mon conjoint de ne pas avoir été assez présent. Du coup, j'ai dit on fait une pause là parce que je n'arrive plus à gérer toute la pression médicale et psychologique, donc je lui ai dit on fait une pause parce que moi je ne vais pas suivre donc... Et puis on a pas mal discuté pendant l'été ensemble, donc il a mieux compris ce que je ressentais, j'ai essayé de mieux comprendre ce que lui ressentais aussi, et on a dit qu'on réessayait à la rentrée. Et c'est là que l'on a revu le Dr..... en septembre ou octobre, et qui avait demandé l'ADN spermatique. Et donc on l'a revu avec ces résultats là, et là ils nous ont demandé de faire euh... comme l'ADN spermatique n'était pas bon, ils ont dit ça ne vaut pas le coup de faire une autre FIV avec un résultat comme ça, il

vaut mieux ... ils nous ont fait rentrer dans une étude donc pour faire un régime pour, pour mon conjoint, un régime anti-oxydant pour améliorer la fragmentation de l'ADN spermatique. Voilà et donc ça c'était un régime de 3 mois donc ça décalait de 3 mois le projet. Donc ça... Là on peut dire qu'on a eu tous les deux un petit coup au moral dans le sens où ça décalait le projet.

- Et votre conjoint était motivé à suivre ce régime et à s'investir pleinement ou avez-vous dû le pousser un petit peu ?
- Non pour le régime il était très motivé, j'ai trouvé ça très bien. Il a dit oui à tout. Il y a juste l'annonce de l'étude et puis l'inclusion dans l'étude qui a été un petit peu bizarre pour nous en tout cas pour moi dans le sens où on a lu ... je ne sais plus... je ne sais plus comment ça s'est passé mais c'est une histoire de mail. J'ai reçu un mail du Dr..... comme quoi elle nous adressait à la biologiste pour parler de l'ADN spermatique, et la biologiste m'a renvoyé un mail me disant bon bah on vous inclut dans une étude. On n'a pas été prévenu en fait que c'était une étude, et on n'avait pas été prévenu que c'était un protocole de recherche. Donc du coup on n'avait rien donné comme accord enfin voilà, c'était un peu particulier l'inclusion (rire). Mais ça s'est arrangé une fois que l'on a vu la biologiste en face à face et qu'elle a pu répondre à nos questions. Mais le début était un peu bizarre parce que c'était par mail... et que l'on n'était pas au courant. Donc finalement on a fait, enfin on a rencontré la biologiste qui nous a expliqué tout ça et de là, a fait le régime de 3 mois. Et je pense que ça ça a contribué aussi à me calmer sur la frustration de tout gérer, là c'était partagé. Donc ça ça a commencé ... enfin le régime a commencé en décembre 2018.
- Donc de décembre à mars ?
- Jusqu'à février oui c'est ça, voilà. Et donc ... sauf que bon pendant cette période-là, en janvier, a eu une sciatique hyperalgique paralysante. Donc du coup il a été mis sous Morphine, il a eu plein de médicaments, il a été opéré du dos du coup en janvier. Et donc il y a eu aussi du stress là-dessus, alors qu'on essayait plutôt de le diminuer. Et donc quand on a eu les résultats de fin d'étude pour savoir si ça avait amélioré la fragmentation de l'ADN spermatique ça n'avait rien changé, voilà... Et c'était le seul de l'étude à ne pas avoir amélioré ses résultats. Donc du coup ils disaient que c'était probablement lié à l'opération et ... mais nous entre temps on avait revu le Dr..... qui avait dit on prévoit une FIV pour après le régime. Donc on avait programmé de réessayer en mars-avril. Donc on a gardé cet essai-là quand même parce qu'on a eu les résultats très peu de temps avant. Après nous on était plus détendu, enfin surtout moi je pense aussi, parce que

justement, il y avait eu cette répartition des tâches, donc je ne me sentais plus seule du tout. Et puis m'a demandé en mariage en octobre 2018 donc du coup il y avait un autre projet que le projet bébé.

- Cette demande en mariage vous a donc permis d'un peu moins focaliser sur la PMA ?
- Voilà j'étais moins focalisée sur le projet d'avoir un enfant. Il y avait un projet à deux, enfin un autre projet à deux qui se formait et qui pouvait éventuellement remplacer, pour l'instant en tout cas, le projet d'avoir un enfant. Parce que je pense que j'avais aussi besoin que l'on avance tous les deux, que ce soit de n'importe quelle manière, donc là c'était une manière d'avancer aussi tous les deux. Donc du coup on a commencé à faire la FIV en mars-avril. Moi j'étais dans l'esprit que bon, si ça ne marche pas, il y a quand même le projet du mariage donc... tant pis quoi. Et puis il y avait pleins de circonstances qui faisaient que je trouvais que c'était une bonne date pour la faire, enfin pleins de choses.
- Vous avez-donc abordé cette nouvelle FIV de manière plus sereine ?
- Voilà j'étais plus sereine que pour les autres, je me suis aussi préparée physiquement, enfin j'ai fait pas mal d'ostéopathie avant, ce que je n'avais pas fait avant, donc moi j'étais détendue.
- Et du coup ??
- Et du coup ça a marché ! (rires)
- Génial ! Effectivement je pense que l'aspect psychologique est très important en PMA.
- Voilà je pense qu'il y a les deux : il y a du hasard et de la psychologie (rires)
- Et donc vous allez finalement tout avoir en même temps, le mariage, la grossesse ...
- Bah oui ! (rires) Je vais avoir un bébé de 5 mois à mon mariage (rires)
- Vous n'allez pas vous ennuyer !
- Non je ne vais pas m'ennuyer ! (rires)
- Alors comment avez-vous réagi lorsque l'on vous a annoncé la réussite de cette FIV et la grossesse ?
- Alors on a appris ça quand on était en train d'aller visiter des lieux de mariage ce weekend-là donc ... (rires). Donc on n'était pas sur Paris donc on a ... et puis en plus on a fait pas mal de voiture ce weekend-là, donc voilà je me disais est ce que c'est bien, pas bien, enfin on commence à psychoter... et je sentais quand même un peu des petites douleurs dans le bas du ventre, ce que je n'avais jamais sentie jusque-là. Donc j'avais un bon pressentiment. Et on a ouvert les résultats de la

prise de sang le soir-même à l'hôtel juste avant d'aller dormir. Donc moi j'étais un peu comme une pile électrique quand j'ai reçu les résultats. Je n'ai pas réussi à dormir de la nuit (rires), j'ai passé une très mauvaise nuit, mais c'était une très bonne nouvelle ! Je n'ai pas réussi à fermer l'œil parce que j'étais surexcitée.

- Et votre conjoint comment a-t-il réagi ?
- Il était très très très content aussi. Je pense qu'il a réagi plus softement que moi. Enfin moi je n'ai pas sauté partout, c'est resté dans ma tête hein (rires). Mais il était très très content aussi. Du coup il est toujours aux petits soins, enfin il est toujours là. Donc c'était une très bonne nouvelle et on a passé un très bon weekend (rires).
- Avec le recul, quel a été le moment le plus difficile pour vous tout au long de ce parcours pour parvenir à être enceinte ?
- Le moment le plus difficile ça a été le deuxième essai de FIV, celle de juin.
- La tentative pendant laquelle vous vous sentiez un peu seule dans ce combat ?
- Oui... ça ça a été le moment le plus compliqué... Mmmh...
- Ce qui vous a le plus impacté n'est pas seulement l'échec en lui-même mais aussi tout le contexte, le vécu du traitement, ... ?
- Les échecs ne sont pas là pour améliorer les choses. Le fait que ça ne marche pas, on se dit bah là c'est quand même la deuxième FIV, et le fait qu'il n'y ait même pas suffisamment de follicules, plus le fait de me sentir seule, les deux ont participé au fait que j'ai très mal vécu les choses. Parce que je me suis dit si jamais je n'ai pas suffisamment de follicules, si ça se trouve on va faire un autre essai et ça ne marchera pas du tout, et si ça se trouve la FIV ne marchera jamais et je n'aurai pas suffisamment de follicules pour avoir un embryon ou même faire une ponction. Donc ça ça a été difficile à encaisser dans le sens où il n'y avait même pas de ponction possible. Mais après en fait on a revu le Dr..... en juillet enfin après, et en fait c'était un problème de calcul. Ce n'est pas forcément lié à ma physiologie, parce qu'ils m'ont mis sous pilule juste avant la FIV pour freiner les ovaires, sauf que comme je suis sous Tegretol, enfin je leur avais dit hein, mais comme je suis sous Tegretol probablement que la pilule n'a pas fonctionné. Et en fait j'ai eu des métrorragies pendant 2 semaines etc, et donc j'avais probablement ovulé avant, et donc le timing de la FIV n'était pas bon. Donc du coup quand elle m'a dit ça ça m'a rassuré, je me suis dit bon, on y arrivera. Et donc du coup ça m'a rassuré pour un essai futur, voilà. Mais effectivement entre le moment où j'ai appris la nouvelle et le moment où on l'a vu, il s'est passé quelques

- semaines où l'on se dit si ça se trouve je n'y arriverai jamais en FIV parce que je ne réagis pas en fait.
- Vous portiez donc toute la responsabilité de la réussite ou de l'échec de FIV ?
 - Oui oui
 - Et comment avez-vous vécu la prise des traitements ? Avez-vous eu des répercussions physiques et/ou psychologiques ?
 - Alors je n'ai pas eu d'effet indésirable, je n'ai pas eu de problème avec les piqûres. Le seul problème c'était à la deuxième tentative où j'ai fait un kyste et où là, le kyste m'a fait mal. J'ai senti qu'il y avait un truc qui n'allait pas. Mais sinon je n'ai pas eu de complications des piqûres, c'était plus l'aspect psychologique des piqûres que physique. Après l'aspect psychologique était aussi plus compliqué pour cette FIV-là. La première FIV je faisais mes piqûres, mais effectivement c'est un peu... c'est contraignant, ça fait mal, etc mais euh... mais ça allait. Et pour la troisième tentative je les ai faites moi-même... ouai c'est gérable, c'est gérable, c'était euh... et puis surtout que je les tolérais bien donc ça va.
 - Lorsque vous avez débuté le parcours de PMA vous a-t-on proposé un suivi par une psychologue par exemple ?
 - Alors non on ne m'a pas proposé ça. J'aurai bien voulu qu'on me le propose. Je trouvais ça dommage que ce ne soit pas systématique presque, parce que je trouve que c'est quand même difficile, pour n'importe quelle femme, de gérer tout ça.
 - On ne vous a jamais évoqué la possibilité d'un suivi psychologique ?
 - Non on ne m'en a pas parlé du tout, mais bon voilà, j'avais commencé un suivi de psychothérapie déjà avant, que j'ai poursuivi pendant cette durée-là pour justement avoir un accompagnement, mais elle n'est pas spécialisée dans ce domaine-là donc... donc je sentais que... elle m'aidait, mais il y avait des choses probablement qu'elle ne connaissait pas parce que ce n'était pas son domaine je pense. Donc c'est vrai que j'aurai bien aimé qu'on me le propose, mais je n'ai pas demandé parce que j'avais déjà ce suivi-là. Et puis je me suis dit que multiplier les intervenant ce n'était peut-être pas bien, mais c'est vrai que si l'on m'avait proposé, même juste une séance avec une psychologue, je pense que je l'aurai fait.
 - A défaut de ce suivi psychologique vous sentiez-vous assez soutenue par l'équipe médicale de la PMA ?
 - Euh oui oui. A part... le seul couac ça a été l'inclusion dans l'étude. Ca a été la seule incompréhension que l'on a eu ensemble euh... ou communiquer par mail

euh... j'aurai préféré peut être que l'on m'appelle, ou m'en parler en consultation. Mais sinon ça se passait très bien, et puis j'ai trouvé que les infirmières pour les échos de surveillance de FIV étaient très bien aussi.

- Et pendant tout votre parcours, quelle place la PMA a-t-elle pris dans votre vie ? Avez-vous réussi à ne pas mettre la PMA au centre de votre vie ?
- J'ai quand même beaucoup focalisé dessus, sur la PMA, sur le fait de ne pas y arriver... le summum ça a été le deuxième essai de FIV, où là vraiment ça prenait toute la place, et j'ai réussi à temporiser un peu à partir de l'été où j'ai décidé de faire une pause. On a fait une pause pour l'été 2018, et jusque-là j'allais crescendo dans l'occupation de la place par la PMA dans ma vie. Et après j'ai réussi un peu à me calmer, même si on n'y arrive jamais complètement. Mais ça allait mieux euh... enfin quand on me demandait un peu comment ça va, il y avait quand même ça qui arrivait rapidement sur le tapis. J'essayai de ne pas trop en parler autour de moi pour ne pas passer pour une mégalo-maniaque là-dessus mais après bon... en parler avec des gens qui ne sont pas forcément concernés, ça n'aide pas forcément, et puis on n'a pas forcément envie d'avoir cette image-là mais ... mais ça prenait oui beaucoup de place.
- Très bien. Si cela vous convient nous allons maintenant aborder votre grossesse. Vous êtes donc à 28 SA et 1 jour, comment avez-vous vécu le début de la grossesse ? Avez-vous eu beaucoup de signes sympathiques en début de grossesse comme les nausées, ... ?
- Bah non j'ai vraiment une grossesse très sympathique (rires). Et je pense que depuis que je sais que je suis enceinte, ça va beaucoup mieux (rires). Déjà psychologiquement ça allait déjà un peu mieux avant mais là ... ça va beaucoup mieux. Et après je pensais que j'allais être un peu angoissée etc alors que... enfin je le suis un petit peu, forcément parce que j'ai le Tegretol en médicament, il y a des risques de malformations etc, donc il y a ce stress-là un petit peu qui est plus présent mais je n'ai pas eu de désagrément de début de grossesse. J'ai eu un petit peu mal au ventre, mais vite fait. J'ai eu vite fait des nausées mais dès que je mangeai un petit truc ça allait mieux, donc je n'ai vraiment pas eu de ... j'ai eu un premier trimestre très bien. Je n'ai pas eu de problème particulier et je pense que le fait que ça fasse depuis longtemps qu'on essaye d'avoir un enfant, tout est beaucoup plus tolérable aussi. Je me dis « ça c'est normal, ce n'est pas grave » (rires). J'ai vraiment eu un début de grossesse, et puis même jusqu'à maintenant, sans symptômes comparé à d'autres femmes qui elles vomissent, n'arrivent plus à manger, moi je n'ai pas du tout eu ça.

- Avez-vous été pleinement rassurée dès la première prise de sang qui confirmait que vous étiez bien enceinte, ou vous a-t-il fallu un peu plus de temps après l'annonce de la grossesse pour être totalement sereine vis-à-vis de la grossesse ?
- Euh... je pense que j'ai été sereine plus à partir de la première écho. J'étais déjà très contente que ça marche, donc ça m'a rassuré sur ... euh... enfin je pense qu'on est toutes atteintes dans notre féminité ou dans ses capacités à être maman, donc je me suis dit au moins l'appareil fonctionne (rires), c'est déjà une bonne nouvelle. Et après je suis restée un peu prudente sur l'avenir de la grossesse, il y a toujours le risque de fausse-couche... donc j'ai dû refaire un test de grossesse, je ne sais plus combien de temps après le premier, et il n'avait pas suffisamment, en tout cas pas autant qu'on le voulait, augmenter, donc j'ai dû en faire un troisième et donc ça ça m'avait un peu stressé, mais le troisième était bien finalement. Et la première écho que j'ai faite montrait que c'était bien dans l'utérus, que c'était bien localisé, etc donc ...
- Vous parlez bien de l'échographie de contrôle post-FIV, pas de celle du premier trimestre ?
- Non parce qu'en fait quand on fait une FIV, il y a une échographie qui doit être faite à 5 semaines de grossesse. Donc on doit envoyer le résultat de l'écho à l'endroit où l'on a fait la FIV pour confirmer que la grossesse est bien placée et qu'elle est évolutive.
- D'accord donc c'est à partir de cette toute première écho de contrôle que vous avez été vraiment rassurée ?
- Alors pas complètement parce qu'à 5 semaines de grossesse, on est vraiment en tout début de grossesse et donc... donc c'est bien qu'elle soit bien placée, qu'elle soit évolutive, c'est rassurant, mais on ne voit pas le début des malformations, il y a encore le risque de fausse-couche qui est présent... donc c'est plus quand j'ai fait l'échographie vraiment du premier trimestre, où le bébé avait l'air d'aller bien, il n'y avait pas de malformation visible, et que tout se passait bien. Donc là j'ai commencé à vraiment me détendre. Voilà donc à l'écho du premier trimestre. J'étais déjà détendue, mais j'ai eu moins peur en tout cas pour la suite.
- Et aujourd'hui, à ce terme de la grossesse, pourriez-vous dire que vous être pleinement confiante et sereine ou persiste-t-il toujours un peu d'inquiétude, de crainte quant à la suite de la grossesse ?
- Je suis toujours un petit peu ... euh... ça va beaucoup mieux, hein mais euh... j'ai eu quand même pas mal de suivi écho. Depuis l'échographie du deuxième

trimestre ils m'ont dit « là maintenant on refait des échos comme une personne lambda ».

- Jusque-là vous aviez une échographie tous les mois ?
- Oui j'avais presque tous les mois une écho, oui.
- Ce suivi échographique était lié au fait que vous poursuivez le Tegretol qui expose à un risque de malformations fœtales ?
- C'est le fait que je sois sous TégrétoL oui. Et j'ai dû faire aussi une échographie cardiaque fœtale que j'ai dû faire à deux reprises parce que la première on l'avait fait trop tôt apparemment, ça on n'était pas au courant ... et donc j'ai dû en faire deux pour vérifier qu'il n'y avait pas de malformation cardiaque liée au TégrétoL. A chaque fois qu'on faisait des échos moi ça m'a... ça m'a convenu aussi de faire des échos tous les mois pour me rassurer. Ca me rassurait, et puis je voyais mon bébé tous les mois, c'était plutôt agréable (rires). Je ne suis pas très stressée par le fait d'être en contact avec des médecins, ça va, mais voilà c'était plutôt agréable d'avoir une écho tous les mois. Et là, comme jusque là tout est bien et qu'il n'y a a priori pas de malformation, je suis de plus en plus rassurée, en tout cas sur ce point-là. Après c'est mon côté médecin hein, c'est-à-dire que j'ai déjà suivi des femmes qui ont perdu leur bébé à 9 mois donc ... donc je me dis bon bah je serai super contente quand elle sera dans mes bras.
- C'est une petite fille ?
- C'est une fille oui (rires)
- Félicitations !
- Merci ! Mais bon ça c'est... je dirais ce petit côté un peu morbide dans la réflexion c'est euh... c'est plus dans un coin de la tête, mais ce n'est pas présent tout le temps. Mon conjoint est très confiant, depuis le début de la grossesse il est très confiant.
- Votre conjoint est lui aussi médecin ?
- Oui oui (rires), mais pas du tout dans la même branche. Il est orthopédiste donc tout ce qui concerne la grossesse, il ne connaît pas trop (rires). C'est moi qui connais surtout.
- Donc vous serez vraiment sereine seulement une fois que vous tiendrez votre fille dans les bras ?
- Quand je l'aurai avec moi, mais là, il est tellement confiant mon conjoint que ça m'apaise. Donc je me dis que tout va bien se passer aussi, donc voilà.
- Et mis à part le suivi échographique mensuel du fait de votre traitement, avez-vous bénéficié d'un suivi spécifique compte tenu de votre parcours de PMA ?

- Euh non, à part les écho mensuelles j'ai eu un suivi normal tous les mois. J'ai été suivie par ma gynéco de ville jusqu'au premier trimestre, puis après, du fait que je sois épileptique, elle m'a dit quand même que ce serait bien que je sois suivie à l'hôpital dans une maternité de niveau 3. Donc du coup j'ai fait mon inscription rapidement, et depuis le premier trimestre je suis suivie à l'hôpital.
- Il s'agit de quelle maternité ?
- Je suis suivie à
- Très bien.
- Voilà, c'est plus proche que Tenon.
- Compte tenu de vos antécédents vous n'aviez pas d'autre choix que d'être suivi dans une maternité de type 3, mais si on met cela à part, auriez-vous aimé faire votre suivi de grossesse aussi à Tenon pour rester en milieu connu, ou au contraire, auriez-vous préféré changer quand même d'hôpital pour le suivi de grossesse ?
- Non, ça ça ne me dérange pas parce que j'avais dans l'idée déjà d'aller à avant même que ma gynéco me dise d'aller dans une maternité de niveau 3. Je savais déjà que je voulais un niveau 3 aussi. Et puis c'est plus proche de chez moi, c'est plus accessible donc ... et puis Tenon c'était bien pour la PMA, mais après je connais aussi, enfin j'avais fait un stage aussi avec, je connaissais un peu deux médecins de Tenon parce que je les avait vu en stage, et je n'avais pas forcément envie d'accoucher dans un lieu où je connaissais des gens. C'était ... c'est beaucoup plus intime je trouve qu'une PMA, donc du coup ça m'allais aussi d'aller à pour ça.
- Et lors de votre inscription à, a-t-on pris en compte le fait que la grossesse a été obtenue grâce à la PMA ?
- Non ça c'est un peu obsolète, enfin ils le savent mais ils ne me posent pas de question là-dessus. C'est plus le fait que je sois sous Tégrétol qui fait que je n'ai jamais vu de sage-femme, j'ai toujours vu directement euh... alors au départ l'inscription ça s'est fait avec une interne, et maintenant je suis suivie par le chef de clinique, le Dr parce que je suis considérée comme une grossesse à risque, mais c'est plus lié à la prise de Tégrétol. J'ai un peu l'impression que l'ICSI c'est secondaire quoi.
- Vous a-t-on proposé un suivi par une psychologue, soit pour l'antécédent de PMA, soit pour le vécu de cette grossesse considérée comme « à risque » ?
- Non non non, du tout.
- En auriez-vous ressenti le besoin ?

- Euh ... là je n'en ai pas ressenti le besoin parce que vraiment, depuis que je sais que je suis enceinte, ça va beaucoup mieux, donc là non. Le suivi que j'ai déjà moi me suffit amplement.
- Vous poursuivez toujours la psychothérapie ?
- Oui, je me suis dit que j'allais continuer jusqu'à au moins l'accouchement pour ... voilà si jamais j'ai quelque chose à dire, j'ai ce suivi-là.
- D'accord, donc vous avez davantage ressenti le besoin d'un suivi psychologique pendant le parcours de PMA que pendant la grossesse ?
- Oui oui.
- Et à part les risques liés à votre traitement, y a-t-il d'autres complications de la grossesse ?
- Non. Non, vraiment, je touche du bois (rires). J'ai une grossesse de rêve on va dire.
- Tout allait bien à l'échographie du deuxième trimestre ?
- A l'écho T2 tout allait bien. Bébé va bien, il n'y a pas de malformations, il grandit bien. Donc tout se passe bien là. Et moi physiquement ça va bien donc...
- Vous n'avez pas de diabète gestationnel, pas d'hypertension artérielle, rien de tout ça ?
- Bah pour le diabète je ne suis pas dans les facteurs de risques donc du coup ils ne m'ont pas fait faire l'HGPO, enfin le test de diabète entre 24 et 28 SA. Et la glycémie à jeun du premier trimestre était normale. Non la seule chose que j'ai, là, j'ai eu les résultats il y a 1 semaines, c'est une ferritine à 8, mais je n'ai pas d'anémie.
- On vous a donc supplémenter en fer ?
- Du coup oui, là j'ai commencé ce matin le fer.
- Super comme ça cela a été pris en charge rapidement avant que l'hémoglobine ne diminue.
- Je sens que je suis un peu fatiguée depuis 2 semaines, je sens que je fatigue un peu plus. Mais j'ai aussi un rythme un peu soutenu mais...
- Vous travaillez toujours ?
- Oui, oui.
- Vous envisagez de travailler jusqu'au congé maternité ou avez-vous prévu de lever le pied un peu avant ?
- Non je n'ai pas prévu de m'arrêter. C'est plus facile d'être payé quand on travaille que quand on ne travaille pas (rires). Donc du coup, pour l'instant je suis partie pour aller jusqu'à mon congé mater, mais... c'est début décembre.

- Votre travail ne vous fatigue pas trop ?
- Ca me fatigue, là j'ai hâte d'être à mon congé maternité mais après voilà... après il faut quand même pouvoir vivre, payer les factures et tout ça donc ... plus pour des questions financières et aussi de praticité, et de ne pas avoir envie de me prendre la tête avec le côté administratif, il y en a déjà suffisamment pendant la grossesse (rires). Du coup je vais continuer à bosser jusqu'à ce que je ne puisse plus, et puis je m'arrêterai seulement si j'ai des contractions, enfin sur raison médicale.
- D'accord. Et parvenez-vous à vous projeter dans votre future vie de mère ou vous ne réaliserez qu'à l'accouchement ?
- Non j'y arrive. Je suis tout le temps en train de regarder... enfin tout le temps, j'exagère (rires). J'ai envie de faire la chambre du bébé par exemple, mais on a des difficultés, enfin ça c'est obsolète hein, c'est autre chose, mais on a un dégât des eaux dans la future chambre du bébé donc on ne peut pas la faire pour l'instant, mais j'ai très envie de la faire. Et j'ai envie d'acheter des vêtements, mais ça ne sert à rien d'en acheter maintenant, enfin j'ai envie là de me projeter. Ca fait depuis... je me projette depuis l'écho du premier trimestre en fait. Donc là j'ai envie que ça devienne concret (rires).
- Très bien. Je pense que l'on a abordé tous les sujets que je souhaitais, voulez-vous que l'on parle d'autre chose ?
- Euh... mmmh..... Si vous voyez le Dr....., vous lui dites merci de ma part (rires). De toute façon je pense que je lui enverrai un faire-part c'est sûr. Mais là je ne l'ai pas recontacté depuis le début de la grossesse.
- Vous êtes très reconnaissante vis-à-vis des médecins qui vous ont pris en charge en PMA ?
- Ah bah oui oui. Je ne lui ai pas dit mais... c'est-à-dire que j'ai du mal à dire merci avant de l'avoir dans les bras, mais je le pense ! Déjà je suis très reconnaissante d'avoir réussi à tomber enceinte. De pouvoir vivre ça, c'est quand même magique. Sinon après c'est vrai que, comme quoi la psychologie ça fait quand même beaucoup de chose, c'est-à-dire que depuis que je suis enceinte, ça va beaucoup mieux ! Toute la tristesse que je pouvais avoir avant elle est partie.
- Cela vous préoccupait dans tous les aspects de votre vie ?
- Oui oui. Et puis même au niveau couple, le fait que le projet aboutisse... ça allait déjà mieux avant.
- Depuis votre discussion avant de décider de faire une pause dans la PMA ?
- Depuis qu'on a discuté oui.

- Et comment sont vos rapports depuis la grossesse, comme avant ou quelque chose a changé ?
- C'est encore mieux (rires). Non je dirais c'est comme avant. Le seul problème de la grossesse je dirais, c'est sur le plan intime (rires). Mais c'est vrai que c'est la réflexion que je me faisais où il y a quand même toute cette période de la PMA qui n'était pas facile sur ce plan-là, et là la grossesse qui n'est pas non plus une période facile non plus sur ce plan-là, et après il y a un enfant (rires). Il va falloir qu'on se retrouve (rires) mais voilà.
- Vous avez aussi un mariage à organiser !
- Oui c'est ça (rires)
- Vous n'allez pas vous ennuyer entre le bébé et le mariage !
- C'est du boulot oui... et puis on a un boulot prenant tous les deux donc... mais on se comprend (rires). Donc oui voilà je pense que j'ai un peu tout dit. Ca fait du bien de le dire, c'est aussi pour ça que je vous ai rappelé, je me suis dit c'est bien.
- Je vous remercie encore pour votre aide, cette discussion a été très enrichissante pour moi !
- C'est très bien je trouve. Si ça peut effectivement permettre de mieux accompagner les femmes pendant le parcours de PMA qui n'est pas évident ... déjà pour moi qui suis dans le milieu j'ai demandé de l'aide psychologique, donc pour quelqu'un qui n'est pas dans le milieu, ça doit être encore plus difficile. Et du coup le fait de le proposer, moi je trouve que ça devrait être proposé presque systématiquement. Alors après il y en a certains qui peuvent se braquer quand on leur propose ce genre de suivi...
- Effectivement mais seulement le proposer, sans obligation, mais dire que cela est possible.
- Oui voilà. Donc ce serait bien...
- J'espère que mon mémoire pourra aider.
- Mais c'est déjà un premier pas.
- Je vous remercie énormément pour votre aide. Je vais donc retranscrire l'entretien, si vous souhaitez que je vous l'envoie vous pouvez m'envoyer par message votre adresse mail.
- Oui, je veux bien !
- Merci énormément, je vous souhaite plein de bonheur, un beau mariage et une belle petite famille !
- Merci ! Au revoir
- Au revoir

RESUME

De nos jours, un couple sur six rencontre des difficultés de procréation et l'infertilité concerne 9 à 18% de la population générale. De ce fait, de plus en plus de femmes ont recours à la PMA. La prise en charge en PMA peut être longue et difficile, aussi bien physiquement que psychologiquement. Cependant aucun suivi spécifique n'est proposé aux femmes pendant la grossesse. Une fois la grossesse obtenue, l'infertilité et les difficultés liées au parcours de PMA sont occultées et les femmes bénéficient d'un suivi classique de grossesse.

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer le vécu du parcours de PMA et de la grossesse chez les femmes infertiles enceintes suite à la prise en charge en PMA.

C'est une étude qualitative observationnelle monocentrique descriptive non interventionnelle incluant sept femmes ayant bénéficié d'une prise en charge dans le service de PMA de l'Hôpital Tenon. Les entretiens téléphoniques semi-dirigés ont permis d'observer que les principaux sentiments ressentis sont pour toutes les femmes étaient la culpabilité, l'impuissance, la solitude et l'anxiété. Ces sentiments sont apparus dès les premiers essais de grossesse et ont déjà été présents lors de la prise en charge en PMA. Si l'obtention d'une grossesse a permis un certain apaisement, une forte anxiété persistait tout de même et les femmes exprimaient une inquiétude sur l'évolutivité de la grossesse qui, selon elle, sera présente jusqu'à l'accouchement.

Si un suivi psychologique pendant la grossesse ne semble pas nécessaire, il semble important pendant le parcours de PMA.

Une fois la grossesse obtenue, un suivi obstétrical plus rapproché permettrait à ces femmes, qui gardent encore une certaine anxiété et une méfiance quant au déroulement de la grossesse, de vivre la grossesse plus sereinement.

- **Mots-clés** : PMA, grossesse, anxiété, suivi
- **Nombre de pages du document hors annexes** : 50 pages
- **Nombre d'annexes** : 2 annexes
- **Nombre de références bibliographiques** : 25 références bibliographiques

SUMMARY

Nowadays, one out of six couples experience reproductive difficulties and infertility affects 9 to 18% of the overall population. As a result, more and more women are followed-up for Assisted Reproductive Technology (ART). Management of ART can be long and difficult, both physically and psychologically. However, no specific follow-up is offered to women during pregnancy. Once pregnancy is obtained, their infertility and the difficulties encountered during ART are concealed and women benefit from conventional pregnancy monitoring.

The objective of this work was therefore to assess the experience linked to ART treatment and to the pregnancy in women pregnant after ART treatment.

This is a non-interventional, descriptive, monocentric, observational qualitative study with seven women who received care in the ART department of Tenon Hospital. The semi-structured telephone interviews enabled to observe that the principal emotions present in all women was the culpability, the helplessness, loneliness and anxiety. Those emotions have been present already during the ART follow-up. If the occurrence of the pregnancy allowed some reassurance, the anxiety persists, however, and women expressed the concern about the evolution of the pregnancy.

If psychological monitoring during pregnancy does not seem necessary, it seems important during ART follow-up.

Once pregnancy obtained, more frequent obstetric monitoring would allow these women, who still have some anxiety and mistrust about the pregnancy, to experience the pregnancy more serenely.

- **Keywords** : Assisted Reproductive Technology (ART), pregnancy, anxiety, follow up
- **Number of pages without annexes** : 50
- **Number of annexes** : 2
- **Number of bibliographic references** : 25