

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ROCKEFELLER



D 048 515651 1

Université Claude Bernard LYON 1

Faculté de médecine Rockefeller

ECOLE DE SAGE FEMME DE BOURG EN BRESSE

DE « FEMMES EN FIV » A FEMMES ENCEINTES

Impact du vécu du parcours de Fécondation in Vitro sur le vécu
de la grossesse et de sa prise en charge

Mémoire présenté et soutenu par

Camille PREVOT

Née le 25 Mars 1986

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

PROMOTION 2006-2010

Sommaire

Sommaire	1
LISTE DES ABREVIATIONS	5
Introduction.....	6
<u>PREMIERE PARTIE : GENERALITES</u>	
Chapitre 1 : L'AMP intra-conjugale	7
1.1- Définition	7
1.2- Les examens du bilan d'infertilité	7
1.2.1-Examens concernant le couple.....	8
1.2.2-Examens concernant la femme	8
1.2.3-Examens concernant l'homme.....	8
1.2.4- Suite du bilan	9
1.3- Les différentes techniques d'AMP intra-conjugale	9
1.3.1-L'insémination artificielle avec sperme du conjoint.	9
1.3.2-La fécondation in vitro.....	10
1.3.2.1-Définition	10
1.3.2.2-Indications	10
1.3.2.3-Les différentes étapes.....	10
1.3.3-La FIV –ICSI	12
1.3.4-Les résultats	12
1.4- Autres formes d'AMP	13
1.4.1-Avec don de gamètes	13
1.4.2-Accueil d'embryons.....	13

Chapitre 2 : La psychologie de la grossesse normale.....	14
2.1- Le désir d'enfant	14
2.2- Le désir de grossesse.....	15
2.3- L'enfant imaginaire.....	15
2.4- La grossesse	16
2.4.1-Définition	16
2.4.2-Le projet d'enfant.....	16
2.4.3-La transparence psychique.....	17
2.4.4-La préoccupation maternelle primaire	17
2.4.5-Angoisses et ambivalences	18
Chapitre 3 : L'infertilité.....	19
3.1- L'annonce.	19
3.2- L'acceptation.....	20
3.3- La conception.....	21
3.3.1-Le vécu des parents	21
3.3.2-La présence d'un tiers	21
3.4- L'investissement de l'enfant conçu par PMA.....	22

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ENQUETE ET DES RESULTATS

Chapitre 1 : Présentation de l'enquête	24
1.1-La problématique	24
1.2- Objectifs et hypothèses	24
1.3- Matériel et méthode.	26
1.3.1-Choix de la population	26
1.3.2-Recrutement de la population	26

Chapitre 2 : Présentation des résultats.....	28
2.1- Vécu de l'infertilité.....	28
2.2- Le parcours.....	29
2.2.1-Les étapes difficiles.....	29
2.2.1.1-Le bilan d'infertilité.....	29
2.2.1.2-Les traitements	29
2.2.1.3-Les échecs	30
2.2.2-Relation avec l'équipe d'AMP.....	31
2.2.3-Relation avec l'entourage	31
2.3- Le vécu de la grossesse	32
2.3.1-Réactions face à l'annonce	32
2.3.2-L'annonce de la grossesse à l'entourage	33
2.3.3-Attitude des femmes au cours de la grossesse	34
2.3.3.1-Modifications des habitudes	34
2.3.3.2-Les motifs de consultations.....	34
2.3.3.3-La remémoration du parcours	35
2.4- Vécu de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.	36
2.4.1-Le suivi de grossesse.....	36
2.4.2-Une naissance anticipée	37
2.4.3-L'accouchement.....	38

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

Limites de l'enquête	39
Chapitre 1 : L'infertilité.....	39
1.1- L'annonce	39

1.2- Le parcours.....	40
1.2.1- Un accompagnement médical bénéfique.	40
1.2.2- Les protocoles médicaux.....	41
1.2.3- Relation à l’entourage	43
1.3- Bilan de cette période d’infertilité	43
Chapitre 2 : Le vécu de la grossesse	45
2.1- Les modifications du processus d’investissement	45
2.2- L’anxiété	46
2.3- La remémoration du parcours	47
Chapitre 3 : Vécu de la PEC	49
3.1- Le suivi de grossesse.....	49
3.2-Un projet de naissance établi	50
3.3- L’accouchement.....	50
3.4- Propositions de prise en charge.....	51
3.4.1- Une consultation précoce.....	51
3.4.2- La continuité du suivi.....	52
3.4.3- Rassurer les femmes	52
Conclusion :.....	53
REFERENCES	54
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXE I.....	59
ANNEXE II	60

LISTE DES ABREVIATIONS

AMP : Assistance médicale à la procréation

FCS : fausse couche spontanée

FIV : Fécondation in vitro

FIV-ICSI : Fécondation in vitro par méthode d'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde.

GEU : grossesse extra utérine

HCG : gonadotrophine chorionique humaine

IRM : imagerie par résonance magnétique

PMA : Procréation médicalement assistée

SA : Semaines d'aménorrhée

Introduction

Au début des années 80, l'Assistance Médicale à la Procréation prend un tournant décisif avec la naissance de Louise Brown, le 26 juillet 1978 à Manchester en Angleterre. En France, René-Frydman et Jacques Testard sont à l'origine du premier bébé Français né par Fécondation in Vitro : Amandine née le 24 Février 1982 (1). De nos jours, l'AMP dispose de techniques de plus en plus performantes pour répondre au désir d'enfant des couples inféconds. Près d'un couple sur six consulte pour des difficultés à concevoir. Grâce aux protocoles thérapeutiques actuels, les chances de réussite à chaque tentative de FIV sont d'environ 25%.

Il est connu que le parcours des couples infertiles qui entreprennent une FIV dans les centres d'AMP est long et difficile. On se souvient tous du conte de fée que nos parents nous lisait le soir pour nous endormir et qui se terminait par « ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants ». Ce bonheur que l'on nous promettait et qui ne vient pas, cette impression d'être différents des autres, d'être exclus, c'est ce que subissent les couples que l'on croise dans les centres d'AMP(1).

En tant que sages femmes, nous serons amenés à prendre en charge ces couples. Nous nous sommes alors interrogés sur la manière de considérer ces grossesses obtenues après FIV. Quel va être le retentissement de la très lourde médicalisation que peuvent rencontrer ces femmes qui ont fait une FIV ? Quelles doivent être nos réactions ? Quelles sont leurs attentes ? La prise en charge classique de la grossesse leur convient-elles ?

Afin de mieux comprendre le vécu des femmes pour mieux les accompagner, nous avons choisi de nous entretenir avec des femmes en post-partum qui ont eut un parcours d'infertilité. Nous allons, dans une première partie, évoquer des généralités sur le déroulement d'un parcours d'infertilité, la psychologie de la grossesse normale et le vécu de l'infertilité. Ceci nous permettra de mieux comprendre ce que peuvent ressentir ces femmes au cours d'un tel parcours. Dans une deuxième partie, nous analyserons les témoignages recueillis. Nous traiterons du vécu des mères et de la prise en charge qui leur a été proposée depuis l'annonce de leur infertilité jusqu'à l'accouchement. Dans un troisième temps, nous réfléchirons autour de ces entretiens.

Chapitre 1 : L'AMP intra-conjugale

1.1- Définition

L'assistance médicale à la procréation est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Selon la loi dite « de bioéthique » du 29 juillet 1994 : elle s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel. (2)

L'apposition du terme « intra-conjugale » indique que la fécondation est réalisée avec les gamètes du couple. Seul cet aspect sera développé dans notre étude.

Notre étude portera sur l'infertilité qui est définie comme l'incapacité de concevoir naturellement. Contrairement à la stérilité définie comme une incapacité définitive qui ne sera pas abordée.

Enfin, « l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentants préalablement au transfert d'embryons ou à l'insémination » (3)

1.2- Les examens du bilan d'infertilité

L'homme et la femme sont concernés par l'exploration de l'infertilité. De manière générale, un interrogatoire et un examen clinique complet sont effectués chez le couple en première intention. Le médecin prescrira ensuite des examens para-cliniques afin de choisir la solution la mieux adaptée à chaque cas en fonction de l'examen clinique.

1.2.1-Examens concernant le couple

Le test de Hühner et examen de la glaire est aussi appelé test « post coïtal ». Il consiste à prélever la glaire cervicale au cours d'un examen gynécologique pratiqué 6 à 12 heures après un rapport sexuel. Il permet d'évaluer la qualité de la glaire cervicale et de la pénétration des spermatozoïdes dans celle-ci. (mobilité...)

1.2.2-Examens concernant la femme

- ❑ Les courbes de température permettent de vérifier s'il y a un cycle ovulatoire devant la mise en évidence d'un décalage thermique.
- ❑ Les dosages hormonaux permettent de préciser certaines anomalies du fonctionnement ovarien.
- ❑ L'échographie pelvienne évalue la structure ovarienne, l'épaisseur de l'endomètre et l'absence de pathologie de celui-ci.
- ❑ Hystérosalpingographie permet de visualiser la morphologie de la cavité utérine et la perméabilité tubaire à l'aide d'un produit de contraste. Elle peut être complétée ou remplacée par une hystéroscopie.

Des examens complémentaires pourront être prescrits dans certains cas (IRM, hystérosonographie, coélioscopie)

1.2.3-Examens concernant l'homme

- ❑ Le spermogramme analyse l'éjaculat : le volume global, le nombre, la mobilité et la vitalité des spermatozoïdes. On associe systématiquement une spermoculture (recherchant une éventuelle infection du sperme), un spermocytogramme (analyse morphologique) et un test de migration de survie.

- ❑ des examens complémentaires sont prescrits si les anomalies du spermogramme sont confirmées : échographie des organes génitaux, dosages hormonaux, caryotype ou autres examens génétiques.

1.2.4- Suite du bilan

Le bilan d'infertilité est essentiel. Il permet d'évaluer les chances de conception naturelle, le taux de succès et les risques des différents traitements de l'assistance médicale à la procréation ainsi que le délai souhaitable pour la prise en charge. Après étude du bilan d'infertilité, prise en compte de l'âge et de la durée de l'infertilité et discussion au sein de l'équipe pluridisciplinaire, un parcours adapté à la situation du couple est proposé.

1.3- Les différentes techniques d'AMP intra-conjugale

1.3.1-L'insémination artificielle avec sperme du conjoint.

Elle est envisagée dans le cas de certaines infertilités inexplicables ou liées à certaines altérations de la glaire cervicale ou du sperme. L'insémination peut parfois être réalisée lors d'un cycle spontané. Le plus souvent, on introduit lors de la première partie du cycle un traitement inducteur de l'ovulation. Le développement folliculaire est suivi par échographie et prise de sang (dosage des taux hormonaux). Lorsque la fin de stimulation est atteinte, l'ovulation est déclenchée par injection de l'hormone gonadotrophine chorionique (HCG)

L'insémination consiste à introduire les spermatozoïdes (mobiles et préalablement sélectionnés en laboratoire) dans la cavité utérine au moment estimé de l'ovulation.

1.3.2-La fécondation in vitro.

1.3.2.1-Définition

La Fécondation In Vitro Et Transfert d'Embryons (F.I.V.E.T.E.) est une technique permettant d'assurer la rencontre entre les gamètes de l'homme et ceux de la femme en dehors de l'organisme (in vitro, en laboratoire), afin d'obtenir un ou plusieurs embryons qui seront ensuite transférés dans l'utérus de la femme.

1.3.2.2-Indications

La F.I.V est généralement proposée dans les situations suivantes : altération, imperméabilité, obstruction ou absence des trompes ; anomalies sévères du sperme ; infertilité résistant aux traitements antérieurs de P.M.A ; infertilité mixte.

1.3.2.3-Les différentes étapes

Nous détaillerons les multiples étapes que peut comprendre ce parcours afin de mieux percevoir ce à quoi les couples doivent se soumettre. Ces étapes permettent en effet de souligner la lourdeur des protocoles médicaux.

1ère étape: La stimulation.

Elle a pour objectif de permettre le développement simultané de plusieurs follicules ovariens afin de pouvoir prélever des ovocytes. Un traitement médicamenteux par l'injection quotidienne de gonadotrophines est mis en place. Les injections doivent être réalisées à heures fixes pendant plusieurs semaines. Le traitement est surveillé par des échographies et des dosages hormonaux. Lorsque les follicules sont matures (taille folliculaire et taux d'oestradiol jugés suffisants), l'ovulation est déclenchée par une injection d'HCG .

2ème étape: La ponction folliculaire

Elle est réalisée 36 heures après l'injection hormonal déclenchant l'ovulation. Sous anesthésie générale ou locale, la ponction consiste à aspirer le contenu des follicules: les ovocytes. La femme est alors hospitalisée pour la journée dans le service de PMA

3ème étape: La préparation des gamètes au laboratoire.

Les liquides folliculaires ponctionnés sont transmis au laboratoire. Les ovocytes seront sélectionnés en fonction de leur aspect. Le sperme est recueilli et préparé au laboratoire le jour même.

4ème étape: La mise en fécondation

De nombreux spermatozoïdes sont déposés avec chaque ovocyte dans une boîte de culture. Un spermatozoïde va venir spontanément féconder l'ovocyte.

5ème étape: Le développement embryonnaire

Le jour suivant, on identifie les ovocytes qui ont été fécondés (zygotes) et on favorise leur développement durant quelques jours. Les zygotes deviennent alors des embryons. Ils sont habituellement transférés dans l'utérus dès les premières divisions, deux à trois jours après la ponction. Le transfert peut être plus tardif et la phase de culture est prolongée jusqu'au stade blastocyste.

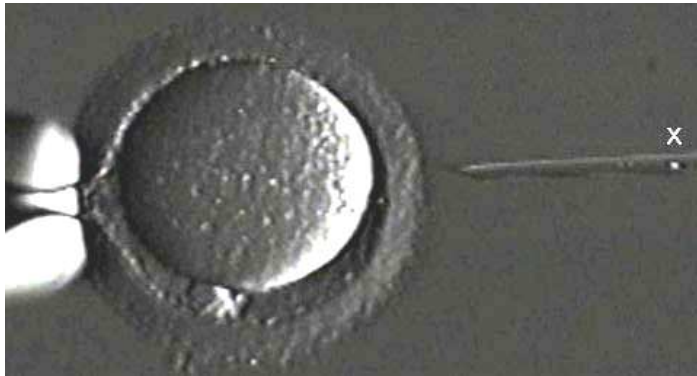
6ème étape: Le transfert embryonnaire.

Le transfert embryonnaire est réalisé au moyen d'un cathéter souple et fin qui est introduit dans le vagin. Généralement le nombre d'embryons transférés est limité à deux (voir un seul dans certaines situations) afin d'éviter les grossesses multiples. La femme est installée en position gynécologique. Le geste ne nécessite ni anesthésie ni hospitalisation, la patiente rentre chez elle après une demi-heure de repos habituellement.

Les embryons non réimplantés à l'état frais, dits « surnuméraires », et qui présentent des critères de développement satisfaisant pourront être conservés par congélation en vue d'une réimplantation ultérieure.(4)

1.3.3-La FIV –ICSI

L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes ou micro injection est indiquée lorsque les spermatozoïdes ne peuvent pas féconder spontanément (anomalies spermatiques sévères, échecs de fécondation in vitro classique). La technique diffère de la FIV classique lors de l'étape de la mise en fécondation. Elle se passe également in vitro et consiste à injecter



directement le spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte avec l'aide d'une micro pipette et sous contrôle d'un microscope. Le transfert d'embryons obtenus est identique à celui d'une FIV conventionnelle.

1.3.4-Les résultats

Toutes indications et âges confondus, le pourcentage de chance d'obtenir une grossesse est de 25% par transfert d'embryon en moyenne. Ce chiffre s'applique aux cas dans lesquels des ovocytes et des spermatozoïdes de bonne qualité ont pu être recueillis, et dans lesquels une fécondation a eu lieu, donnant des embryons de qualité suffisante pour être transférés.

Cet aspect là de la technique, bien qu'il soit explicitement mentionné au couple lors de la décision de faire une FIV, et entendu sur le plan de la réalité n'empêche pas l'existence d'une forme de certitude quant à la réussite lors de la première tentative. Un dosage de bêta - HCG est réalisé 15 jours après le transfert, par prise de sang .Celui -ci a pour but de détecter un début de grossesse. S'il revient positif, la patiente devra effectuer des analyses sanguines régulières afin de s'assurer que la grossesse évolue normalement. Elle prendra également rendez vous pour une échographie vers la 5ème semaine de grossesse. Celle-ci permettra de savoir s'il y a réellement un ou des embryons et s'il est ou si ils sont bien implantés.

Si la grossesse est confirmée la femme pourra alors prendre rendez vous pour effectuer un suivi classique dans l'établissement qu'elle souhaite.

1.4- Autres formes d'AMP

1.4.1-Avec don de gamètes

Selon les situations il peut s'agir :

- d'un don d'ovocyte lorsque la cause est ovarienne.

Les ovocytes sont ponctionnés chez une donneuse anonyme, mis en présence des spermatozoïdes du conjoint de la receveuse. Dans un second temps la receveuse bénéficiera du transfert d'embryon.

- d'un don de sperme lorsque la cause est d'origine masculine qui sera issu d'un donneur anonyme rigoureusement sélectionné.

1.4.2-Accueil d'embryons

Il peut être proposé à des couples se retrouvant devant l'impossibilité de pouvoir bénéficier d'une AMP intra-conjugale.

Chapitre 2 : La psychologie de la grossesse normale

2.1- Le désir d'enfant

Le désir d'enfant prendrait son origine dans le désir oedipien. Il commence dès la plus jeune enfance chez la petite fille lorsqu'elle commence à s'identifier à sa mère et l'imité en s'occupant de sa poupée. En s'identifiant à cette image de mère chaleureuse, maternante, la petite fille désirera son tout premier enfant par rapport à sa mère. Vient ensuite la période du complexe d'Œdipe et du désir phallique. La petite fille se détourne de sa mère pour souhaiter un enfant de son père. C'est aussi avec la découverte de la sexualité que la jeune femme est ensuite attirée par des « objets » d'amour différents de ses parents. Son désir d'enfant se manifeste de nouveaux par la rencontre de l'amour sexuel pour un homme du présent.

Le désir d'enfant s'inscrit aussi dans un registre narcissique. Une femme désirant un enfant s'identifie à la fonction reproductive maternelle. Elle reconnaît sa mère en elle, la prolonge en s'en différenciant.⁽⁵⁾ Le lien chaleureux noué avec sa mère prédispose inconsciemment la petite fille à vouloir, elle-même, être mère un jour.

Le désir d'enfant se présente souvent comme une démarche consciente voire programmée. Lorsqu'un couple se forme et décide de vivre ensemble, la question d'un enfant s'impose assez généralement. Dans notre société actuelle, le désir d'enfant fait partie des idéaux sociaux, culturels et familiaux. Selon Monique Bidlowsky psychanalyste : « le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale. » Les enfants permettent de perpétuer la famille, le nom, d'assurer la filiation et la transmission de valeurs. L'enfant est quelquefois considéré aujourd'hui comme un épanouissement personnel indispensable. Un couple peut vouloir un enfant, pour être dans la norme.

De nos jours, le désir d'enfant semble devoir être maîtrisé par le couple. « Un enfant si je veux, quand je veux. » Avoir un enfant est un projet commun et réfléchi, il n'est plus question de se soumettre à « l'état de nature ». L'enfant se trouve commandé à des corps supposés fertiles à tout moment. Le désir d'enfant lorsqu'il survient doit pouvoir être réalisable rapidement.(6) La maternité représente pour Françoise Dolto « la dernière mutation » d'une femme. C'est un besoin inscrit dans son corps et dans son esprit qui doit être satisfait sinon il provoque une sensation de manque.

2.2- Le désir de grossesse

On note une différence entre le désir d'enfant et le désir de grossesse. Ils ne vont pas forcément de pair. On peut désirer une grossesse pour éprouver ce sentiment de plénitude, sans forcément avoir de projet d'enfant à terme.

2.3- L'enfant imaginaire

« En souhaitant un enfant, une femme désire profondément rencontrer une espérance qu'elle est incapable de nommer, une part d'inconnu, de désir intime, mystérieux, que l'enfant à venir va incarner ».(7) En attendant de devenir mère, une femme se représente son enfant, l' imagine et l'idéalise. Cet enfant imaginaire est celui dont toutes les petites filles rêvent, l'enfant qui répare, comble....

2.4- La grossesse

2.4.1-Définition

La grossesse caractérise l'ensemble des phénomènes qui se déroulent chez la femme entre la conception et l'accouchement. Elle représente une étape importante dans l'accès au statut de femme. Pour Monique Bidlowsky, la grossesse est une période de « crise maturative ».(5) Elle ne va pas de soi et représente que la partie visible de tout un travail psychique que la mère doit faire pour accéder à sa fonction maternelle. Les neuf mois de la gestation sont occupés par l'élaboration psychologique de la maternité, la recherche de l'identité féminine.

Nous nous arrêtons sur cette décision particulière qui est celle du passage à la réalisation de son projet d'enfant. Puis nous présenterons les concepts principaux qui permettent de rendre compte de la dynamique psychique des femmes enceintes lors d'une première grossesse.

2.4.2-Le projet d'enfant

Une grossesse s'inscrit d'abord dans l'histoire du couple. L'enfant n'arrive plus par surprise, il devient un choix conscient.(8) La construction et la réalisation du projet de grossesse va être programmée par le couple. La femme peut maîtriser sa contraception. Ainsi, prendre l'initiative des rapports sans contraception est la première mise en acte du désir d'avoir un enfant.

2.4.3-La transparence psychique

Par ce terme, Monique Bidlowsky entend un fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisé par une « authenticité particulière du psychisme ».(5) La transparence psychique débute pendant la grossesse et dure quelques temps après l'accouchement. Il s'agit d'un affaiblissement de la barrière entre l'inconscient et la conscience qui provoque la remontée à la conscience de ressentis, d'émotions, d'angoisses jusque là maintenus dans l'inconscient. En effet, lorsque la mère se prépare à faire un bébé, elle tente de l'imaginer, de le projeter. Derrière ce bébé qu'elle est en train de créer, se dévoile peu à peu celui qu'elle a été, à travers les émotions qu'elle a pu ressentir en étant bébé.

2.4.4-La préoccupation maternelle primaire

En 1956, Donald Winnicott introduit le terme de préoccupation maternelle primaire qui désigne l'état particulier des jeunes mères caractérisé par leur extrême sensibilité à tout ce qui a trait à leur nourrisson. « *Cet état organisé (qui serait une maladie, n'était la grossesse) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation ou à une fugue, ou même à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus* ».(9) Cet état débute lui aussi pendant la grossesse pour atteindre son apogée à la fin de celle-ci et dans les premiers temps de la vie de l'enfant. C'est un état d'hypersensibilité, une « maladie normale » qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour s'identifier, se mettre à la place de son bébé et s'ajuster à ses tous premiers besoins et à ses états internes. Il s'agit d'un conditionnement naturel qui est une sorte d'identification plus ou moins consciente de la mère à son enfant. Cet état lui permet de mettre tous ses sens en éveil pour offrir à son enfant un environnement le plus propice à son développement. « *Elle permet à la mère d'être à la fois, en elle, et dans son bébé* ». (9)

Ainsi pour être capable de capter les indices en provenance de son bébé, la mère doit se mettre « à nu psychiquement », c'est-à-dire lâcher ses défenses et ses résistances (elle doit laisser remonter le bébé qui est en elle). Cette préoccupation la fragilise, elle est alors très vulnérable et la moindre contrariété pourra la faire pleurer ou la blesser profondément.

2.4.5-Angoisses et ambivalences

La représentation de l'enfant à naître n'est pas encore forgée dans le psychisme. L'annonce d'une grossesse provoque des sentiments d'angoisse et d'ambivalence chez ces femmes qui témoignent d'un vacillement initial devant l'accès à la maternité.(10) Des conflits intérieurs refont surface, il s'agit de conflits que la femme a vécu dans son enfance. Un jour elle sera heureuse de porter cet enfant et le suivant pourrait souhaiter qu'il ne soit pas là. Il s'agit d'un processus normal qui témoigne d'une difficulté pour la mère de passer de son état d'enfant à son état de mère. Enfant de ses parents, elle doit devenir la mère de son enfant et pour aimer un homme, une femme doit renoncer à l'amour qu'elle a pour son père. Lors de la grossesse on retrouve ces angoisses par la peur d'une fausse couche ou la crainte de porter un « mauvais enfant ».

Chapitre 3 : L'infertilité

3.1- L'annonce.

L'annonce de l'infertilité est vécue comme une blessure narcissique profonde chez les femmes qui ont un désir d'enfant. Toutes les représentations qu'elles avaient d'elles-mêmes en tant que femmes et que futures mères sont brutalement remises en question. Le Moi en tant qu'objet d'investissement narcissique est attaqué. Avoir un enfant est perçu par les couples comme quelque chose de dû. En s'engageant, n'importe quel couple désire consciemment ou inconsciemment un enfant pour fonder et former une famille. Le projet parental s'établit même avant la conception de l'enfant. Le fait de ne pas pouvoir avoir d'enfant signe alors la mise en échec du désir d'enfant.(8) Les femmes se sentent blessées intérieurement. L'image qu'elles avaient d'elles-mêmes est dévalorisée. Leur désir ne peut être satisfait, elles perçoivent une sensation de manque entraînant une grande souffrance. « Ce manque fait obstacle à sa capacité de transmettre la vie ».(11)

Les sentiments d'anormalité, de honte et d'injustice sont très présents chez ces femmes qui se retrouvent face à cette demande d'enfant inassouvie. Ainsi elles peuvent éprouver de la haine à l'égard des autres femmes enceintes. Elles se sentent différentes et ne rentrant pas dans la norme, elles ont tendance à garder secret de leur entourage ce qu'elles vivent.

Une certaine jalousie à l'égard des couples normalement fertiles peut se traduire par un certain isolement social. La non réalisation du projet d'enfant qui est devenue manifeste pour ces femmes lors de l'annonce de l'infertilité conduit à un climat de déception et de détresse.

3.2- L'acceptation

L'infertilité peut être vécue comme la perte d'un potentiel de vie, la perte d'une forme d'être (être parents) ou d'avenir qui entraîne un nécessaire travail de deuil.

Selon Elisabeth Kübler-Ross (psychiatre) les cinq étapes de deuil se retrouvent dans la crise psychologique d'un couple qui désire un enfant et apprend son infertilité :

- 1- Le Choc, le déni : C'est une période plus ou moins intense où les émotions semblent pratiquement absentes. « Ce n'est pas possible, ils ont dû se tromper... »
- 2- La Colère : c'est une phase caractérisée par un sentiment de colère face à la perte. La culpabilité peut s'installer dans certains cas. C'est une période de questionnement. « Pourquoi moi et pas une autre ? Ce n'est pas juste... »
- 3- Le marchandage : Phase faite de négociations, chantages...
- 4- La dépression : Phase caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse..
- 5- L'acceptation : La réalité de la perte est beaucoup plus comprise et acceptée. L'endeuillé a réorganisé sa vie en fonction de la perte.

Le travail de deuil est un temps de reconstruction de l'image de soi, d'acceptation de sa nouvelle personnalité, de recherche d'un sens positif pour son existence. C'est ainsi qu'après avoir fait le deuil d'une parenté naturelle inatteignable, la possibilité d'un lien parental peut renaître sur un mode différent, dans les registres du symbolique, de l'affectif et du social. L'acceptation permet aux couples de demander une aide sans se sentir diminués dans leur être.

3.3- La conception

En tant normal lorsqu'une grossesse survient spontanément, on ne parle pas précisément de la date de conception. Les couples veulent savoir la date prévue d'accouchement et connaissent ainsi simplement la date de naissance de leur enfant ? Avoir un enfant avec l'aide de l'AMP permet aux couples de connaître avec précision la date de la fécondation. Les couples sont donc amenés à se représenter la conception de leur enfant alors qu'il n'y a habituellement que la grossesse qui est investie chez les couples normalement fertiles. « Les PMA introduisent un excès de pensée et de réalité à propos de la conception ».(12)

3.3.1-Le vécu des parents

On peut différencier trois temps du vécu des parents quand à la conception de l'enfant.(12)

Le temps de l'attente qui s'accompagne de tout ce questionnement angoissant sur la grossesse qui ne vient pas, révélant la division entre sexualité et procréation. Le couple se situe dans une position d'impuissance. Après cette étape ou le couple subit seul le fait de ne pas pouvoir avoir d'enfant vient le temps des investigations. Le couple aura la confirmation de ce qui a été pressenti par la découverte de l'infertilité. Le couple est alors remis en question. Toutes les images conscientes et inconscientes qu'ils avaient sur la conception d'un enfant sont refoulées. Mais l'espoir revient avec l'offre de traitement qui leur est proposé. Le couple va pouvoir à nouveau se sentir actif. C'est le temps de l'espoir médicalement assisté.

3.3.2-La présence d'un tiers

Les traitements de PMA, tout d'abord vécus comme une solution par les couples renforcent ensuite leur position infantile par le fait de suivre avec obéissance les recommandations des médecins. Ces derniers sont placés dans une toute puissance,

détenteurs d'un savoir (ou d'un pouvoir) que le couple n'aurait pas.(12) Le couple se retrouve dépendant d'une équipe médicale qui les renvoie à une position passive.

Sylvia Vegetti-Finzi (1990) rapproche cette situation de celle de l'enfant qui ne peut qu'assister à la scène primitive qu'en tant qu'observateur puisque le couple est exclu des manipulations effectuées en laboratoire, et qui provoquent la rencontre des gamètes.(13) Cela souligne l'absence même du couple au moment de la fécondation. L'intervention d'un tiers gynécologue peut être difficile à vivre. La femme peut avoir l'impression de faire un enfant toute seule ou avec le gynécologue, mais pas avec son mari. Tout semble pris entre un idéal qui a pu être satisfait et une déception immédiate que vient signer le succès du gynécologue. Quel va être le destin dans leur relation à leur enfant de cette figure idéalisée ou rejetée du gynécologue qui a réussi à vaincre leur impuissance, les court-circuitant, faisant d'eux paradoxalement des pères ou des mères stériles ?

3.4- L'investissement de l'enfant conçu par PMA

Le sentiment d'artifice se retrouve dans l'investissement de l'enfant. Les parents ont fortement désiré l'enfant. Ils l'ont longtemps attendu. Il ont eu recours à des techniques médicales qui les ont marqués au niveau physique et psychologique. Cet enfant était devenu pour eux une nécessité dans l'accomplissement de leur bonheur et ils étaient prêts à tout pour y arriver. A vouloir absolument l'enfant, le désir parfois n'y est plus. Vouloir et désirer ce n'est pas la même chose : la volonté peut éteindre le désir.

Le fait d'avoir voulu cet enfant à tout prix rend la notion d'ambivalence difficile à vivre pour les femmes. Elles pensent que cette ambivalence entre le désir et le rejet de l'enfant leur est interdite. En effet, la venue de cet enfant tant attendu est vécue comme quelque-chose de miraculeux. Il est mis en place d'idéal et devrait être source d'émerveillement continu. Tout sentiment ambivalent est fortement culpabilisé. « Les parents qui conçoivent par PMA, par le fait qu'ils ont tout fait pour avoir un enfant pensent devoir maîtriser ce qui va suivre, prévenir, conjurer ce qui pourrait faire retour du fait d'avoir voulu imposer leur volonté »(12). La culpabilité peut venir du fait qu'ils ont franchi une limite imposée par les lois de la nature.

Cette culpabilité n'est que flottante pendant la grossesse. De temps en temps, des craintes surgissent que l'enfant soit mal formé. Une fois que l'enfant est là, celles-ci régressent lorsque les parents ont pu vérifier qu'il est bien normal et que tout s'est bien passé. En revanche si l'enfant a un problème, une maladie, une malformation, la culpabilité devient envahissante.

La difficulté d'investissement des couples à l'enfant est également liée aux différents aléas de la grossesse qui peut sombrer dans l'échec au premier trimestre.⁽¹⁴⁾ Les parents ont peur de s'impliquer et d'être déçu dans les premières semaines. Cette anxiété semble n'être apaisée que quand l'enfant sera né.

Chapitre 1 : Présentation de l'enquête

1.1-La problématique

Actuellement, les grossesses sont d'avantage planifiées. Les femmes veulent être dans la maîtrise de leur procréation. Nous nous sommes donc interrogés sur l'impact d'un parcours d'infertilité sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement ? Que reste t'il de cette période après l'annonce de la grossesse évolutive ? Quels sont les besoins et les attentes de ces femmes après un tel parcours ?

1.2- Objectifs et hypothèses

Ainsi, nous avons donné la parole aux mamans ayant été aidé par l'AMP afin d'évaluer dans un premier temps leur parcours d'infertilité. Celui-ci nous permettant de préciser dans quelles conditions la femme a abordé sa grossesse. Puis nous évaluerons le vécu de la grossesse et enfin le vécu de la prise en charge médicale dont elles ont bénéficié lors de cette dernière et lors de l'accouchement.

Afin de répondre au mieux à ces objectifs, nous avons émis plusieurs hypothèses :

- ❑ La première est que l'acceptation de l'infertilité par un travail de deuil permet aux couples de se tourner vers l'AMP.
- ❑ Nous pensons ensuite que la disponibilité, le soutien et l'apport d'informations de la part de l'équipe d'AMP permet un meilleur vécu du parcours.
- ❑ Il nous semble, également, que la lourdeur des protocoles médicaux et le poids des échecs sont les éléments qui influent le plus sur le moral de la femme durant le parcours et donc sur l'état d'esprit dans le quel la femme va aborder sa grossesse.

- Nous émettons aussi l'hypothèse que les échecs et les difficultés antérieures génèrent de l'appréhension lors de la grossesse :
 - La peur de perdre le bébé est très présente dans l'esprit des femmes.
 - L'annonce à l'entourage est faite plus tardivement et les femmes peuvent rencontrer des difficultés à investir leur grossesse.
- Il nous semble, aussi, que du fait d'une anxiété majorée par le caractère précieux de cette grossesse, les femmes ont des attentions et des demandes amplifiées à tout ce qui l'entoure:
 - Elles modifient leurs habitudes de vie, la majorité d'entre-elles demandent un arrêt de travail précoce, elles se rappellent du moindre détail engendré par cette grossesse.
 - Nous constatons une augmentation des consultations en urgence pour toutes sortes de symptômes.
- Nous pensons que les sentiments en lien avec l'annonce de leur infertilité tels que la culpabilité, la diminution de l'estime de soi, la honte, l'injustice, l'anormalité persistent après l'annonce de la grossesse évolutive.

Les dernières hypothèses concernent l'influence du parcours sur le vécu de la prise en charge au cours de la grossesse et l'accouchement.

- On suppose que les patientes acceptent mal d'être intégrées à un suivi classique. Il existe un sentiment de cassure dans l'accompagnement (le suivi est moins personnalisé et les consultations trop peu fréquentes).
- Enfin les femmes ont un projet de naissance établi avec cette volonté de se réapproprier cette grossesse mais elles acceptent cependant l'idée d'une forte médicalisation pendant le travail et l'accouchement.

1.3- Matériel et méthode.

1.3.1-Choix de la population

Pour réaliser notre enquête, nous avons interrogé quinze femmes dans les mois qui ont suivi leur accouchement sous forme d'entretiens semi-directifs. L'étude a débuté en Septembre 2009 et s'est achevée en Janvier 2010. Nous avons choisi d'inclure toutes les femmes primipares ayant eu recours à la Fécondation in Vitro, à l'exception des FIV avec don de gamètes, qui pourrait amener d'autres problématiques en ce qui concerne le vécu des couples. Ceux-ci ont cependant été choisis quelque soit l'origine de leur infertilité : féminine, masculine, ou mixte. En effet, bien qu'elle puisse avoir des conséquences sur le vécu du couple nous souhaitons porter l'accent sur l'expérience du sujet qui a dû recourir au tiers médical ainsi que l'expérience des échecs qui sont courants dans de tels protocoles.

1.3.2-Recrutement de la population

Ces patientes ont notamment été recrutées au sein de deux centres hospitaliers (Hôpital Fleyriat à Bourg en Bresse et hôpital d'Annecy). Après accord des cadres du service, des feuilles d'informations destinées aux patientes ayant eu recours à une FIV ont été distribuées aux médecins de consultations ainsi qu'aux sages femmes de suites de couches. En recevant cette feuille d'information expliquant notre projet, les femmes, si elles étaient d'accord, pouvaient laisser leurs coordonnées aux professionnels de santé en vue d'un entretien ultérieur.(ANNEXE I). Il nous paraissait nécessaire d'être introduite par un membre de l'équipe afin de laisser le libre choix aux femmes d'accepter la proposition.

Quelques patientes ont toutefois été recrutées par le « bouche à oreille » et notamment par des patientes interrogées qui me donnaient les coordonnées d'amies à elles qui avaient vécu le même parcours et qui étaient d'accord pour convenir d'un entretien.

Dans un second temps, nous contactons les femmes par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous si elles étaient toujours d'accord. Je les informais que je prévoyais d'enregistrer l'entretien, leur demandais leur accord et m'assurais qu'elles avaient pu poser les questions nécessaires.

Pour 12 femmes l'entretien a pu se dérouler à leur domicile, pour les 3 autres il a été effectué par téléphone (souhait de la patiente ou éloignement géographique...).

Au début de chaque entretien une dernière explication sur le but de celui-ci était donnée. Puis, l'évaluation du vécu des mamans ainsi que leur prise en charge ont été réalisées par le biais de questions ouvertes. Devant la difficulté pour certaines d'entre-elles de relater tous les événements, des sous questions avaient été préparées pour les guider dans leur récit. (ANNEXE II).

Les entretiens ont été réalisés entre une semaine et deux mois après l'accouchement. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits en les complétant des ressentis et des informations nous ayant marqué au cours de chacun.

Chapitre 2 : Présentation des résultats

Les 15 mères interrogées étaient âgées de 30 à 42 ans au moment de leur grossesse. La durée de leur parcours s'étend de 3 à 10 ans.

Toutes ont fait au moins une FIV et la grande majorité a connu des échecs multiples lors de tentatives précédentes (deux femmes seulement ont été enceintes lors de la première FIV). De plus, plus de la moitié ont vécu la perte d'une grossesse avant celle-ci (FC ou GEU).

2.1- Vécu de l'infertilité

La majorité des femmes exprime un sentiment d'injustice lors de l'annonce de leur infertilité. La question « *pourquoi moi ?* » est très présente dans leur discours. Une femme nous énonce clairement « *je l'ai vécue comme une injustice* ». Une seule d'entre-elles nous décrit cette annonce comme une « amputation en tant que femme », elle exprime même le sentiment « *de ne pas mériter d'être mère* ».

Cependant les affects que cette annonce a pu engendrer sont évoqués succinctement par les femmes. Une d'entre-elles parle de désespoir à l'annonce puis d'espoir très rapidement. Pour la majorité, elles énoncent rapidement le recours à l'assistance médicale à la procréation : « *Je savais que l'AMP existait donc si quelqu'un peut nous aider, autant prendre l'aide que l'on nous propose* ».

Aucune des femmes interrogées n'a rencontré un psychologue pendant cette période.

Une minorité seulement (2 sur 15) semble s'être accordée un temps avant d'entreprendre les démarches d'AMP. Une femme nous dit « *j'ai d'abord laissé un peu de temps pour m'en remettre car psychologiquement je pense que pour une FIV il faut être prêt pour que ça marche* ».

2.2- Le parcours

2.2.1-Les étapes difficiles

Trois étapes retiennent notre attention dans le récit des femmes au sujet de leur parcours sur le plan médical.

2.2.1.1-Le bilan d'infertilité

Près de la moitié des femmes jugent la recherche étiologique trop longue *« j'avais l'impression que ça avançait pas, on nous a fait mariner bien un an et demi à deux ans »* Un tiers de ces femmes considèrent perdre leur temps avec certains examens. Une d'entre-elle nous dit : *« j'ai dit à mon gynécologue que je voulais plus perdre mon temps avec les courbes de température, qu'il fallait faire quelque chose »*.

Parmi les autres une femme s'exprime en disant : *« C'était assez difficile dans le sens ou c'est pas une infertilité reconnue...on arrive pas à savoir pourquoi. Donc moi je vais bien, mon conjoint va bien, ils ont fait tous les examens et ils arrivent pas à dire pourquoi. »*

2.2.1.2-Les traitements

Toutes les femmes expriment la lourdeur des traitements. Elles mettent l'accent sur la fréquence des examens et la disponibilité que cela engendre.

Une d'entre elle nous raconte : *« Lors des périodes de traitement je faisais une échographie tous les deux jours, le matin pour observer l'évolution des follicules. De plus, il fallait se rendre disponible de 14h à 15h afin de joindre les sages femmes du centre, qui avaient eu les échographies le midi pour qu'elles puissent me dire comment continuer les traitements et quand faire les prochaines échographies et prise de sang »*

Parmi celles-ci un tiers évoque également les piqûres pour exprimer la lourdeur du protocole : *« c'est lourd parce que ça fait pas mal de piqûres à faire », « il y en avait que je supportait pas du tout, plus ça avançait plus ça me faisait mal ».*

Et un tiers des femmes exprime la difficulté de concilier les traitements et leur activité professionnelle : *« Avec les examens toutes les 48 heures et mon boulot c'était pas évident »* ou encore une d'entre-elle raconte *« Je travaillais en même temps à Grenoble. J'allais à Lyon à 7h30 pour les examens et repartait à Grenoble pour 9h »*

Deux femmes insistent dans leur discours sur la fatigue que le traitement entraîne et sur la prise de poids importante avec les hormones.

Deux autres femmes discutent du caractère impersonnel des traitements: *« nous ne sommes que des numéros de dossiers et des statistiques..! »* ; *« ça marche tant mieux pour vous, ça marche pas vous retournez dans votre galère tout seul.. ».*

Pour finir, nous souhaitons citer une femme en particulier qui nous dit avoir eu besoin de se rendre active de son côté au cours du traitement. Elle a donc essayé l'acupuncture juste avant la ponction d'ovocyte ce qui lui a permis d'être plus détendue avant, et moins douloureuse après. Elle a également suivi les conseils de sa grand mère comme manger des lentilles, des yaourts au lait entier... Elle nous dit avoir *« tout essayé »* et que cela *« permet de faire quelque chose, car les piqûres c'est bien, mais avec tout ça en plus, on a l'impression de mettre tous les atouts de notre côté ».*

2.2.1.3-Les échecs

Toutes les femmes évoquent la difficulté à vivre les échecs : *« à chaque résultats négatifs, c'était un déchirement... »*; *« on était en pleur, on était effondré... »*; *« c'était beaucoup d'espoir et beaucoup de souffrance pour rien ».*

Une mère exprime le besoin de prendre du recul par rapport au protocole afin de lui permettre de moins souffrir : *« à force d'échec on ne projette plus, on voit plus l'enfant, on voit simplement la réussite d'un processus biologique [...] parce que le fait de se projeter, de se voir avec un enfant et puis rien... c'est extrêmement difficile... pour moi c'était peut être une façon de moins souffrir.. »*

2.2.2-Relation avec l'équipe d'AMP

Les trois quarts des femmes sont satisfaites de leur accompagnement au cours de leur parcours : « *adorable* » ; « *vraiment bien* » ; « *on sent que l'on compte pour eux* ».

Parmi elles, cinq patientes mentionnent l'apport d'informations de la part du corps médical pour exprimer leur satisfaction : « *la première fois où ça a pas marché, un médecin m'a expliqué, on est resté presque une demie heure au téléphone, il a bien pris le temps de répondre à mes questions...* » ; « *on pouvait avoir un rendez-vous pour comprendre, pour tout nous expliquer avec un médecin du laboratoire* ».

Quatre mères évoquent le soutien quotidien apporté par les sages femmes : « *le fait de pouvoir discuter avec elle, les petits moments où on se voyait, ça me faisait du bien, ça me rassurait...* » ; « *il suffit d'un petit mot pour mettre à l'aise [...] le contact était vraiment important* ».

Cependant plus de la moitié d'entre-elles abordent le manque d'information et de proposition d'une psychologue pendant leur parcours : « *la seule chose qui a manqué, j'aurais souhaité que l'on nous propose un entretien avec une psychologue afin de pouvoir poser des questions et avoir une écoute différente de celle de l'entourage* ».

2.2.3-Relation avec l'entourage

Pour la grande majorité des patientes, leur famille était au courant de leur difficulté à avoir un enfant dès le début du parcours. La moitié d'entre elle ne s'estime pas satisfaite de l'accompagnement dont elles ont bénéficié par ceux-ci. Elles disent ne pas avoir été comprise. Pour l'autre moitié l'accompagnement par l'entourage a été bénéfique. Une mère attribue la minimisation des difficultés à son soutien familial : « *on est bien entouré par nos familles respectives et je pense que ça aide beaucoup* ».

Une femme seulement nous dit ne pas en avoir parlé à son entourage.

Près de la moitié des femmes interrogées évoquent la figure d'une autre femme infertile sur laquelle elles ont pu s'appuyer : « *J'ai une amie assez proche qui a dû faire le*

même parcours...on était toutes les deux sur ce parcours... donc on se serrait les coudes, quand elle avait une difficulté elle m'en parlait et inversement ».

La plupart des patientes évoquent des difficultés lorsqu'elles se retrouvent en présence de femmes enceintes ou de familles avec des enfants : *« En deux mois elle est tombée enceinte, j'étais contente pour elle mais d'un autre côté on se dit pourquoi pas moi.. »* ; *« Il y a les amis, les sorties avec la commune. On est toujours amené à rencontrer des gens avec plein d'enfants et... et... c'est là où ça me faisait mal donc il y a un moment où j'avais plus trop envie de sortir... »*

2.3- Le vécu de la grossesse

2.3.1-Réactions face à l'annonce

Nous avons perçu trois sentiments :

L'incrédulité :

Deux mères expriment un sentiment d'incrédulité face au succès de leur grossesse : *« Quand ils m'ont dit que c'était positif, j'ai dit non mais vous vous êtes trompés, c'est pas possible... »* ; *« j'ai eu du mal à réaliser après toutes ces années de patience ».*

La joie :

Un tiers des femmes ont parlé concrètement de la joie d'être enceinte : *« le bonheur absolu »* ; *« heureuse ».*

Les autres l'ont exprimé par des émotions : *« j'ai pleuré de joie »* ; *« je tremblais comme une feuille »* ; *« j'ai eu un sourire béat toute la journée ».*

Cependant, une grande partie des femmes font part des craintes qui les retiennent dans leur réaction dès l'annonce de la grossesse.

La peur de la perte :

Nous nous sommes rendus compte que la peur de la perte du bébé était présente chez les deux tiers des femmes (10 sur 15) suite à l'annonce de la grossesse. Ces femmes (8 sur les 10) ont vécu au minimum une fausse couche ou une grossesse extra utérine durant leur parcours. Une d'entre elle nous dit : *« comme j'avais fait une GEU, j'avais vraiment peur que ça recommence »*

Pour la moitié d'entre-elles, la peur de la perte s'estompe une fois que la date de la fausse couche a été dépassée. Cependant cela ne suffit pas à les rassurer complètement : *« jusqu'au bout du bout je n'étais pas détendue....toujours avec l'angoisse de le perdre...tout le long »*.

Deux des femmes rencontrées nous confient ne pas s'être considérées enceintes durant les trois premiers mois : *« on parlait pas d'elle, pour moi j'étais pas enceinte, on faisait pas de projet, je me suis vraiment sentie enceinte à l'échographie des trois mois »* ; *« on faisait un peu comme si de rien, c'était un moyen de nous protéger d'une éventuelle déception »*.

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

Pour plus de la moitié (10 sur 15), les femmes ont annoncé leur grossesse à partir du 3ème mois. Parmi celles-ci une femme l'a annoncé au 5ème mois car elle trouvait que ça commençait à se voir et ne voulait pas mentir à son entourage.

Pour le tiers restant (5 sur 15), l'entourage était au courant dès la prise de sang. Les femmes avaient besoin de se sentir soutenues après cette étape, d'autres étaient trop impatientes d'attendre les 3 mois pour partager cette grande nouvelle.

On remarque également que cette annonce a modifié certaines relations avec leur entourage. *« ma soeur quand elle a su que j'étais enceinte, nos relations sont redevenues comme avant... »*

2.3.3-Attitude des femmes au cours de la grossesse

2.3.3.1-Modifications des habitudes

Les trois quarts des femmes affirment ne rien avoir changé dans leurs habitudes quotidiennes lors de leur grossesse. Au contraire une d'entre-elle nous parle de son travail comme quelque chose qui a été bénéfique au bon vécu de son parcours : *« c'est aussi ce qui m'a permis de pas trop y penser, de pas avoir besoin de psychologue parce que on s'investit beaucoup dans le travail et tout ça, ça fait du bien... »*.

Pour les autres, deux ont bénéficié d'un arrêt de travail en début de grossesse (une par peur de le perdre et l'autre pour maux de ventre), deux ont réduit les trajets en voiture et une a arrêté la moto.

On note cependant une vigilance particulière aux premiers mouvements du bébé. La quasi totalité des femmes a su décrire avec précision le moment précis où leur bébé a bougé pour la première fois et ce qu'elles ont ressenties.

2.3.3.2-Les motifs de consultations

Plus de la moitié des femmes ont consulté en urgence au cours du 1er trimestre de grossesse. La majorité a consulté pour des pertes de sang, une a consulté pour des maux de ventre, et une pour des coliques. Dans leur récit toutes ces femmes expriment la peur de la perte et le besoin d'être rassurée sur la bonne évolution de la grossesse.

Une femme se justifie en disant : « *Je sais pas comment ça se passe quand c'est une grossesse naturelle mais quand c'est une grossesse comme ça, quand il y a un truc qui va pas on essaye de voir si c'est bon ou mauvais pour l'enfant...* »

On remarque que la majorité des femmes qui ont consulté ont déjà perdu une grossesse au cours du premier trimestre.

2.3.3.3-La remémoration du parcours

La majorité des mères disent avoir souvent repensé à leur parcours durant la grossesse.

Trois cas méritent que nous nous y arrêtions plus particulièrement : trois femmes expriment concrètement leur ressentis.

La première nous dit : « *Je me suis sentie différente par rapport aux autres mamans car cette grossesse était si précieuse et irréaliste.... nous n'aurons sûrement qu'un enfant...la nature est parfois mal faite..* ».

La deuxième : « *J'ai eu du mal à intégrer cette grossesse, j'ai fait des cauchemars de bébés congelés pendant les neuf mois* ».

Et la troisième : « *J'ai repensé à mon parcours quelques temps avant l'accouchement en me disant peut être qu'il peut avoir un petit problème ce bébé* ». Nous constatons également pour cette dernière que ces pensées se sont poursuivies jusqu'à la naissance de l'enfant : « *Quand il est né je me suis dit ça c'est un bébé congelé, il est pas trop mal quand même..* »

Pour les autres, elles considèrent leur parcours comme du passé, comme quelque chose qu'on oublie vite et se montrent rassurées sur leur capacité à pouvoir porter un enfant avec l'aide de la médecine.

2.4- Vécu de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

2.4.1-Le suivi de grossesse

On constate que les réactions des femmes se divisent en deux groupes concernant la prise en charge de leur suivi de grossesse.

Deux tiers des femmes expriment le vécu de leur grossesse très positivement dès le début de leur suivi : « *très bien passée* », « *idéale* », « *à merveille* », « *épanouie* ». Toutes ces femmes ont bénéficié d'un suivi avec un gynécologue qu'elle connaissait d'avant leur parcours au centre d'assistance médicale à la procréation. La majorité exprime le bénéfice qu'elles ont eu du fait que leur médecin soit au courant de la difficulté qu'elles ont eu à obtenir cette grossesse. Une femme explique : « *c'était rassurant que ce soit la même gynécologue car je m'en remettais complètement à elle* ».

Ainsi les femmes n'ont pas ressenties le besoin de bénéficier de plus de consultations et nous disent même : « *je me suis enfin considérée comme une femme enceinte normale* » ou encore « *Je voulais être considérée comme ayant une grossesse normale. Je savais que c'était une grossesse pas comme les autres mais je voulais être considérée comme les autres.. pour m'aider moi...* »

D'autre part, un tiers des femmes ont dû chercher un gynécologue à la sortie du centre d'AMP (soit parce qu'elles avaient déménagé entre temps soit parce qu'elles étaient suivies par un médecin généraliste). Toutes ont trouvé la transition difficile: « *je ne suis plus prise en charge d'un côté faut que je retrouve un gynécologue, là c'était un peu dur..* ». Elles parlent même d'une rupture brutale: « *c'est vrai que du jour au lendemain on nous dit : Aller, allez voir ailleurs..* » et expriment « *un petit moment de solitude* ».

La majorité d'entre-elles (3 sur 5) sont surprises devant l'absence de contact entre le médecin du centre et leur nouveau gynécologue: « *il n'y a pas eut de jonction entre les deux, pas de liaison... on a l'impression qu'ils ne sont pas au courant* ».

Elles nous font également part de leur étonnement devant le peu de suivi dont elles ont pu bénéficié au début de leur grossesse. Une femme témoigne: « *Au début de mon suivi de*

grossesse, je trouvais ça léger car ayant fait une fausse couche, je pensais être beaucoup plus suivie, j'avais été vachement surprise, j'arrêtais pas de dire mais j'ai fait une fausse couche. Et non on s'en préoccupait pas plus que ça... ça m'a un petit peu choqué ».

Ensuite, les sentiments des femmes à propos de leur grossesse rejoignent ceux du premier groupe: *« c'était lors des premiers rendez-vous, après comme il m'a dit que la grossesse se passait bien, j'ai enlevé le dossier d'AMP de ma pochette... pour moi c'était une grossesse normale ».*

Passé, le troisième mois de grossesse les femmes interrogées n'ont donc pas ressenties le besoin de bénéficier de plus de consultations.

2.4.2-Une naissance anticipée

Nous constatons que toutes les patientes interrogées ont participé au cours de préparation à la naissance durant leur grossesse (classique, en couple, sophrologie, champ prénatal...). La majorité d'entre-elles avaient un projet de naissance, il était plus ou moins précis mais chacune a exprimé à sa façon cette envie de vivre pleinement l'accouchement.

Pour l'une d'entre elle l'accouchement idéal était un accouchement par voie basse sans péridurale, elle disait vouloir *« connaître l'accouchement naturel »* , pour elle une césarienne l'aurait beaucoup déçue par rapport à son parcours.

Une autre souhaitait accoucher sans péridurale car selon elle : *« on l'avait attendu tellement de temps que je me disais que je pouvais bien souffrir un peu pour l'avoir ».*

Une autre nous confie : *« je voulais vraiment le vivre jusqu'au bout, vraiment en profiter, que ce soit vraiment mon accouchement.. »*

2.4.3-L'accouchement

Plus de deux tiers des femmes ont accouché par voie basse. Pour un tiers, elles ont eu la péridurale et une aide à l'accouchement (forceps, ventouse) et deux d'entre-elles ont été déclenchées.

Trois femmes ont accouché par césarienne et pour deux d'entre-elles c'était une césarienne programmée. *« j'ai dit de toute façon, on ne prend pas de risque, sachant tout ce que j'avais vécu, j'avais pas du tout envie qu'on prenne de risque ».*

La moitié des femmes ont pu parler de leur parcours aux sages femmes de la salle d'accouchement mais toutes ont précisé que cela n'avait pas d'importance. Une femme nous dit : *« qu'elle le sache ou pas c'est pareil car à ce stade là moi je suis comme une autre femme enceinte... comme une femme enceinte normale... ».*

Limites de l'enquête

Les obstacles rencontrés au cours de mon enquête ont tout d'abord été le recrutement des patientes. Au total 22 femmes étaient d'accord pour avoir un entretien ultérieur et ont laissé leurs coordonnées lorsqu'elles ont eu la feuille d'information concernant le but de mon mémoire pour que je puisse les contacter. Cependant 7 d'entre elles n'ont pas répondu à l'appel ou n'ont pas souhaiter avoir cet entretien par la suite. Nous n'avons donc pas insisté supposant leur envie de passer à autre chose.

La deuxième limite de cette enquête a été la rencontre unique auprès des femmes. Nous pensons qu'il aurait été bénéfique de les rencontrer une première fois pendant la grossesse afin de permettre d'établir une relation de confiance.

Enfin, le fait de les avoir rencontrer après l'accouchement en présence de leur enfant a peut être entraîner une minimisation des difficultés qu'elles ont pu vivre lors du parcours d'infertilité et la grossesse.

Chapitre 1 : L'infertilité

1.1- L'annonce

Nous avons pu constater que cette annonce venant signifier la mise en échec du désir d'enfant avait pour répercussion des sentiments d'injustice chez la majorité des femmes. Cette annonce vient bouleverser la représentation de soi comme femme à priori fertile. Elles se sentent dévalorisées dans leur féminité. Cependant cette annonce exprimée de façon marquante par les femmes ne semble pas être accompagnée de sentiments dépressifs dans leurs discours.

Notre hypothèse selon laquelle l'acceptation de l'infertilité par un travail de deuil permet aux couples de se tourner vers l'AMP ne semble pas être vérifiée. Nous avons en effet été étonné au cours de nos entretiens par l'absence dans la majorité des récits d'un temps de deuil de leur fertilité. Nous avons souligné dans notre partie théorique cinq étapes de deuil permettant l'acceptation de cette nouvelle image de soi et permettant ainsi de recourir à une aide médicale.

Dans la réalité, les éléments dépressifs accompagnant cette annonce ainsi que la phase d'acceptation de cette nouvelle personnalité semble être souvent évités par l'engagement rapide dans les protocoles d'aide médicale. On ne constate pas de temps de latence entre le diagnostic et la prise en charge. Le diagnostic est accompagné dès le départ d'une possibilité de prise en charge médicale. Le désespoir est alors immédiatement suivi d'espoir dans l'esprit des femmes. La possibilité de traitement est vécue positivement par les femmes qui considèrent l'AMP comme la solution. Ainsi, s'engager dans un tel parcours évite aux femmes d'affronter les affects dépressifs quant à l'impossibilité de concevoir naturellement. Toutes leurs pensées sont focalisées sur la réussite future du traitement.

1.2- Le parcours

1.2.1- Un accompagnement médical bénéfique.

Dans leurs discours, les femmes signalent l'importance des informations apportées par le corps médical tout au long du parcours. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles souhaitent se sentir impliquées. Elles veulent comprendre, se sentir actives et non pas simplement se soumettre aux protocoles instaurés par les médecins. Les femmes expriment le besoin de connaître la cause des échecs. Nous pensons que celle-ci peut contribuer à diminuer leur angoisse elle-même générée par une culpabilité. La disponibilité, le soutien et l'apport d'informations de la part de l'équipe d'assistance médicale à la procréation joue un grand rôle dans l'amélioration du vécu du parcours. Le peu de femmes insatisfaites, reproche le caractère impersonnel des traitements. Il semble donc nécessaire de privilégier le contact. Les sages

femmes dans les centres d'AMP semblent alors apporter un grand soutien pour certaines femmes. Le simple fait de les sentir à l'écoute apporte à certaines femmes le soutien qu'elles n'ont pas pu trouver auprès de leur entourage. Le rôle de la sage femme dans l'AMP est principalement un rôle d'accompagnement. Elle est un interlocuteur privilégié des couples et plus particulièrement de la femme. Elle est au carrefour de l'humanisation et de la technique.

1.2.2- Les protocoles médicaux

Toutes les femmes interrogées expriment un vécu difficile de ce parcours du point de vue médical. Leurs discours justifient bien l'appellation « parcours du combattant » employée par certains auteurs.

On constate tout d'abord que la période des examens à visée diagnostique est jugée beaucoup trop longue, voir même qualifiée d'une perte de temps pour la moitié des femmes. Ces discours nous renvoient donc à la notion de temps en PMA. Cette pression liée au temps à laquelle la femme semble particulièrement sensible est en partie justifiée. En effet, nous savons que la fécondité diminue avec l'âge et que les grossesses tardives peuvent amener des complications. Cependant, l'urgence de cette demande est présente chez la grande majorité des femmes consultant en PMA, indépendamment de leur âge. Les couples qui viennent consulter en PMA arrivent donc très souvent avec une demande urgente. Dans notre partie théorique, nous avons vu qu'avoir un enfant entraine dans une logique sociale (6). De nos jours, lorsqu'il survient, le désir d'enfant doit pouvoir être réalisable rapidement. Pour les couples infertiles, cette demande « d'avoir un enfant au plus vite » semble également le moyen de faire disparaître une souffrance insupportable liée à l'impossibilité de concevoir naturellement. La survenue d'une grossesse permettrait alors d'apaiser cette angoisse. Les femmes demandent un enfant qui arriverait au bon moment. Cela leur permettrait de se sentir conformes à la norme et par la même occasion de sauver l'illusion de leur fertilité.

Ensuite, toutes les femmes évoquent la contrainte du suivi et l'organisation que nécessitent les traitements ainsi que les difficultés physiques impliquées par la Fécondation in Vitro (douleur...). Dans notre première partie nous avons souligné les différentes étapes que les couples sont amenés à effectuer au cours d'un processus de FIV. Ainsi, la lourdeur des traitements avec notamment la phase de stimulation de l'ovulation, ses injections pluri-

quotidiennes et les dosages hormonaux qu'elle implique, entraîne des répercussions évidentes sur le moral de la femme. Les jours et les semaines s'organisent autour de la prise en charge en Procréation Médicalement Assistée, et ceci mobilise une importante énergie physique et psychique. Ces préoccupations liées à la PMA sont omniprésentes et peuvent devenir pesantes, voire oppressantes...

Nous avons également souligné l'intervention du tiers gynécologue pouvant être difficile à vivre pour les couples par le fait de se retrouver dépendant d'une équipe médicale les renvoyant à une position passive. Cette crainte de dépendance a été difficile à mettre en évidence dans le discours des femmes. On le retrouve cependant chez deux d'entre-elles. Pour l'une, elle s'approprie en partie la position du médecin en insistant auprès de son gynécologue pour qu'il arrête de lui faire perdre son temps avec les courbes de température. Une autre nous dit avoir essayé l'acupuncture et les remèdes de sa grand mère à côté des piqûres. Ces femmes tentent ainsi de retrouver une position active dans le déroulement des traitements. La perte de maîtrise de leur corps survenue à l'annonce de leur fertilité suscite en réaction un désir très fort de contrôle. Marie Santiago-Delefosse (1995) qualifie cette attitude de « volontariste » puisque la volonté est placée comme valeur suprême, comme ce qui seul peut « prouver » leur désir d'enfant.

Enfin toutes les femmes expriment une grande souffrance face aux échecs. Ceux-ci les renvoient à la réalité de leur infertilité. La blessure engendrée par l'annonce est réactivée par une tentative qui échoue. Des femmes vont ainsi mettre en place des mécanismes de défense en arrêtant de s'imaginer l'enfant. Elles se protègent, comme pour oublier cette atteinte narcissique, elles vont se focaliser sur la réussite d'un processus biologique.

On remarque donc que la lourdeur des protocoles médicaux influe beaucoup sur le moral de la femme, cependant la relation à l'entourage semble jouer une grande part dans le vécu de leur parcours.

1.2.3- Relation à l'entourage

Pour la moitié des femmes rencontrées, l'accompagnement par leur entourage leur a été d'un grand soutien. Parmi celles-ci, certaines ont pu trouver un soutien auprès de leur famille et d'autres auprès d'amies vivant le même parcours. Celui-ci nous semble jouer un rôle essentiel dans le vécu du parcours. En effet, nous retrouvons davantage de tristesse dans le discours des femmes qui n'ont pas bénéficié d'écoute de la part de leur entourage. Ces femmes qui n'ont pas été satisfaites de l'accompagnement de leur entourage disent qu'elles ne se sentaient pas comprises. Il est donc intéressant d'observer que pour la majorité des femmes l'annonce de l'infertilité vient signer une mise à l'écart de la communauté des femmes normales, fertiles. Ce clivage apparaît comme une défense face à l'insupportable différence. En effet, elles sont jalouses de ces femmes qui tombent enceintes facilement. La simple présence d'autres femmes enceintes ou de famille avec des enfants, réactive ce sentiment d'injustice qu'elles ont eu lors de l'annonce de leur infertilité. Ces femmes préfèrent donc s'isoler pour minimiser leur souffrance. C'est auprès d'autres femmes vivant la même expérience qu'elles trouveront pour la plupart les possibilités d'échange et de soutien dont elles ont besoin. Elles se reconnaissent en tant que « femmes en FIV » et gardent ensemble l'espoir d'être de futures femmes enceintes.

1.3- Bilan de cette période d'infertilité

Après l'annonce de l'infertilité, les femmes disent ne pas avoir eu besoin de rencontrer un psychologue mais la moitié d'entre-elles ont évoqué le manque de proposition pendant le parcours.

En bénéficiant directement de l'AMP comme solution pour guérir cette annonce traumatisante, les femmes ne ressentent pas le besoin d'en parler avec un psychologue. Les affects dépressifs semblent disparaître grâce au possible recours à une aide médicale leur permettant d'avoir cet enfant tant désiré. L'engagement trop rapide dans ce processus médical n'aura t'il pas pour certaines femmes des répercussions après la naissance de l'enfant ? On ne peut pas généraliser mais deux femmes au moment de notre rencontre nous ont confié le désir

d'aller consulter un psychologue alors qu'elles nous ont dit ne pas en avoir ressenti le besoin après l'annonce de leur infertilité. Il est donc important de faire attention en suite de couche à des possibles émergences d'affects dépressifs chez ces femmes ayant vécu un parcours d'infertilité. Des angoisses plus importantes chez ces patientes peuvent être présentes quant à leur capacité à être mère.

Les soignants sont en mesure d'apporter un soutien direct face à la tristesse des patientes notamment à l'aide de l'écoute. Cependant, lorsqu'ils jugent que la situation ne relève plus de leur compétence, que la détresse est excessive, ils peuvent demander du soutien auprès du psychologue. Pour cela, il est nécessaire que les soignants travaillent en équipe avec ce dernier.

Nous avons également constaté que les femmes ressentaient un besoin de se tourner vers d'autres femmes ayant vécu le même parcours. Elles avaient ainsi l'impression de se sentir comprises. Ce soutien semble leur avoir été bénéfique au bon vécu de leur parcours. Il serait intéressant de proposer des groupes de paroles dans les centres d'AMP. Les femmes qui le souhaitent pourraient en bénéficier et échanger leur vécu, leurs ressentis et leurs difficultés. Le fait de pouvoir rencontrer d'autres femmes vivant la même situation pourrait les rassurer, voir combler un accompagnement par leur entourage insuffisant.

Enfin, il semble important de privilégier la remise d'un livret d'information concernant le déroulement des traitements dans un processus de FIV.

Chapitre 2 : Le vécu de la grossesse

2.1- Les modifications du processus d'investissement

Nous constatons que deux tiers des femmes expliquent avoir eu des difficultés à vivre pleinement leur grossesse dès le début. Elles retardent le moment de l'investissement. On remarque que la majorité des femmes exprimant cette angoisse de le perdre au cours des trois premiers mois ont un antécédent de grossesse arrêtée précocement. La joie d'être enceinte s'accompagne rapidement de la peur de la perte. Pour ces femmes qui n'ont pas vécu d'échec durant leur parcours d'AMP, cette anxiété semble être moins importante. Un antécédent de fausse couche fait perdre à la plupart des femmes leur insouciance. Elles semblent plus réalistes et annoncent leur grossesse plus tardivement à leur entourage. Ces femmes qui appréhendent de revivre un nouvel échec se protègent d'une nouvelle déception. La peur d'une nouvelle perte empêche les femmes de s'investir autant qu'elles le souhaiteraient.

Cependant, ce mécanisme de défense où la femme refuse de se sentir enceinte peut avoir des effets néfastes et conduire par la suite à un retard du processus d'attachement. En effet, cela va écarter la femme des émotions agréables que peuvent engendrer un début de grossesse. Elle essaie alors de ne pas trop y penser, de ne rien préparer, de ne pas trop parler à son bébé toujours dans cette optique de protection de soi. Cette inhibition d'amour peut être mal vécue par les femmes. Cela donne pour ces femmes l'impression que le partage de la joie d'être enceinte peut porter malheur. Nous pensons que cela peut entraîner un sentiment de solitude dans le vécu du début de grossesse. En effet la maternité nécessite la présence et l'identification à d'autres femmes.(7) Il existe des sentiments d'ambivalence entre le désir de la grossesse et le désir qu'elle n'existe pas.(10) Par peur d'une nouvelle déception, la femme peut mettre une barrière à l'émergence et à l'expression de ses émotions. Ceci a pour but inconscient d'atténuer les angoisses, et la confrontation au risque de deuil. Les femmes se retrouvent ainsi face à un manque de rêverie maternelle.

Selon Ghislaine Besson-Félician (1998), la médicalisation du corps dans les PMA entraîne son objectivation, la réduction du corps à un objet dysfonctionnant qu'il faut réparer. Pendant la grossesse, le corps objet est tellement précieux mais également tellement fragile que l'expérience subjective de la femme est reléguée au second plan devant l'enjeu de conserver « l'objet grossesse ».(15)

On constate une contradiction chez ces femmes qui après une durée de 4 à 9 ans d'attente où l'enfant à venir a eu le temps d'être idéalisé et surinvesti, ne s'autorisent pas à y croire. Nous avons parfois eu l'impression qu'il existait un danger pour ces femmes à se dire heureuses. Tant qu'elles ne se sentent pas rassurées par la bonne évolution de la grossesse, leur vécu affectif face à celle-ci reste superficiel pour la plupart d'entre-elles.

2.2- L'anxiété

L'hypothèse selon laquelle les femmes ont des attentions et des demandes amplifiées du fait d'une anxiété majorée par le caractère précieux de cette grossesse semble se vérifier en ce qui concerne les consultations d'urgence au cours du premier trimestre de grossesse. Cette grossesse semble avoir la valeur d'un « objet » précieux qu'il faut protéger. Toutes les femmes justifient leurs consultations par la peur de perdre leur grossesse. Il apparaît à nouveau que ces patientes présentent des antécédents gynéco-obstétricaux significatifs (FCS, GEU). En effet, la peur d'être trahie par son corps qui ne retiendrait plus l'enfant est d'autant plus forte qu'une trahison a déjà eu lieu.

Ensuite, nos résultats confirment cette vigilance particulière que les femmes ont vis à vis des premiers mouvements du bébé. Cela nous amène à supposer que les femmes cherchent encore une fois à se rassurer sur la présence de leur enfant. Même si tel est le cas pour la majorité des femmes enceintes, ce besoin de le sentir bouger semble être particulièrement attendu par les femmes de notre enquête. C'est un des moments les plus marquant de leur grossesse.

Il nous semble que la crainte majeure ressentie par ces femmes peut être comprise comme résultant d'un sentiment d'illégitimité du fait d'avoir voulu imposer leur volonté.(12) L'enfant

qu'elles ont dans leur ventre a été acquis suite à un long parcours, après des années d'attente et d'espoir composées pour la majorité de nombreux échecs (nombreuses tentatives de FIV soldées par des échecs, perte d'une grossesse). Le fait d'avoir lutter pour obtenir cet enfant peut ainsi permettre de comprendre l'attitude de vigilance dont font preuve ces femmes pendant leur grossesse.

En ce qui concerne les habitudes de vie, les trois quarts des femmes n'ont rien changé ; l'autre quart a été plus vigilant sans pour autant avoir des attitudes excessives. Ce qui est plutôt positif. Cependant, un lien pourrait être établi avec cette femme qui nous dit s'être servie de son travail pour ne « pas trop y penser » et les difficultés d'investissement que peuvent avoir ces femmes en début de grossesse. Cette femme fait partie de celle qui ont vécu une fausse couche. Lorsqu'elle nous dit « on s'investit beaucoup dans le travail », cette femme semble vouloir concentrer son attention ailleurs afin de diminuer son angoisse en ce qui concerne la peur de perdre cette grossesse. Elle repousse donc l'investissement de sa grossesse en s'investissant dans son travail.

2.3- La remémoration du parcours

Dans un premier temps, le début de la grossesse vient signer la réussite de la FIV. Puis l'apparition du ventre visible de tous permet à la femme d'être considérée comme toutes les autres femmes enceintes aux yeux de tous. En effet nous avons vu que les femmes avaient le sentiment de ne pas être comme les autres et que le fait d'avoir elles aussi une grossesse leur permet de ressembler aux autres. Pour l'une d'entre-elle, la grossesse a modifié la relation qu'elle avait avec sa sœur. Elle aussi peut avoir un enfant et le malaise engendré par le fait que sa sœur était enceinte et pas elle n'a plus lieu d'être. Le gros ventre permet de sauver les apparences en dissimulant la blessure de la FIV. Le sentiment d'anormalité ne semble donc pas persister.

Cependant si pour la plupart des gens, la grossesse semble être perçue comme normale, pour certaines des femmes interrogées, une différence existe. Les femmes qui ont fait plusieurs tentatives de FIV avant d'être enceinte, en particulier, gardent à l'esprit qu'elles auraient pu ne jamais l'être et qu'elles ne le seront peut être plus jamais. Ce côté précieux et fragile peut

ainsi s'expliquer autant par le passé que le futur de la femme. Le sentiment d'être différente reflète une diminution de l'estime de soi, qui persiste chez certaines femmes après l'annonce de la grossesse évolutive. L'annonce de l'infertilité semble donc engendrer une atteinte narcissique plus profonde qu'on ne le pense.

S'associe également dans le discours de ces femmes un sentiment d'injustice comme lorsqu'une femme nous dit : « la nature est parfois mal faite ».

On retrouve aussi l'inquiétude chez ces femmes d'avoir un enfant anormal qui peut être présente dans toutes grossesses. Cependant, après un tel parcours, les inquiétudes liées à la grossesse sont certainement plus difficiles à supporter. Ceci peut s'expliquer par le fait que cet enfant a été idéalisé pendant de nombreuses années et qu'il sera peut être le seul enfant qu'elles auront.

De plus, cette inquiétude chez certaines femmes peut être en lien avec un sentiment de culpabilité du fait d'avoir franchi une limite imposée par les lois de la nature en recourant à des techniques médicales pour avoir cet enfant. On retrouve une notion de transgression comme si ils allaient devoir payer un jour la dette d'avoir forcer la nature.(12) Comme nous l'avions vu dans notre partie théorique cette culpabilité ne semble s'apaiser qu'après la naissance.

Enfin, nous pouvons noter que les échecs vécus par les femmes pendant le parcours et la peur de la perte majorée en début de grossesse ont également un impact tout au long de celle-ci pour certaines femmes. L'angoisse de perdre le bébé est quelquefois présente jusqu'à la fin de la grossesse. On avait également vu dans les revues de la littérature que cette anxiété s'apaisait à la naissance de l'enfant.(12) Cependant, nous avons constaté que cela n'était pas vérifié pour toutes. Aucune conclusion ne peut être faite. La question ne faisant pas partie de l'entretien, une seule femme nous a parlé de cette angoisse spontanément notamment par la peur de la mort subite du nourrisson. Elle nous a confié être assez angoissée et devoir aller vérifier fréquemment que son enfant respirait bien lorsque celui-ci dormait.

Le premier trimestre est la période la plus délicate à vivre d'un point de vue psychologique. Cependant, pour certaines femmes, ce parcours PMA laissera des traces à plus long terme : durant le reste de la grossesse, mais aussi après la naissance. Nous allons donc nous pencher à présent sur le vécu de la prise en charge.

Chapitre 3 : Vécu de la PEC

3.1- Le suivi de grossesse

Nous avons émis l'hypothèse que les femmes ressentaient une cassure dans la prise en charge médicale suite à l'annonce d'une grossesse évolutive par le centre d'AMP. Cette hypothèse semble être vérifiée pour certaines femmes qui expriment une transition difficile. Celle-ci a été marquée par le fait que le gynécologue ayant suivi leur grossesse ne connaissait pas leur parcours. En effet, ceci a engendré une anxiété chez ces femmes lors des premières consultations et d'autant plus pour celles qui avaient eu un parcours plus lourd avec de nombreux échecs. Cependant, passé les premiers rendez-vous avec ce nouveau médecin, l'idée qu'elles avaient selon laquelle leur suivi de grossesse allait être plus important a disparu. Le nombre de consultations leur a semblé suffisant voir même trop important pour celles qui ont eu davantage de consultations (diabète, hypertension). Les femmes ont pu s'épanouir dans leur grossesse et se considérer pour la plupart comme une femme enceinte normale. Ce sentiment de vouloir être considérée comme toutes les autres en ce qui concerne la prise en charge médicale concerne également les femmes qui ont été suivies par leur gynécologue qu'elles connaissaient déjà avant leur parcours d'AMP, et ce dès le début de leur suivi.

En effet, ces femmes semblent s'être immédiatement senties en confiance du fait que le professionnel de santé qui suivait leur grossesse connaissait leur parcours. Nous remarquons que toutes les femmes apprécient le fait d'être considérée comme une autre femme sans antécédents de parcours de PMA. Cependant pour vivre pleinement leur grossesse, les femmes souhaitent que leur gynécologue soit au courant des difficultés qu'elles ont eu à obtenir cette grossesse. L'anxiété en début de grossesse engendrée par un tel parcours semble être fortement atténuée par la connaissance préalable de celui-ci par le gynécologue.

Après avoir été rassurées, les femmes semblent même tout faire pour avoir à consulter le moins possible. Elles en viennent à négocier le suivi des glycémies par internet en cas de diabète ou le repos strict au lit chez elles en cas de menace d'accouchement prématuré.

Ceci est donc contradictoire avec les angoisses du début de grossesse. Nous pensons que c'est une façon pour les femmes de rattraper le temps perdu quant à l'investissement de leur grossesse. Après s'être empêché pour la plupart de projeter leur enfant au moment du parcours, et après s'être interdit de croire en ce début de grossesse, cela semble être un moyen pour elles de pouvoir se donner complètement à leur enfant en se retrouvant hors médecine.

3.2-Un projet de naissance établi

L'hypothèse selon laquelle les femmes ont un projet de naissance établi avec la volonté de se réapproprier leur grossesse semble vérifiée. Toutes les femmes ont participé à des cours de préparation à la naissance ce qui n'est pas le cas dans la population générale. Les patientes étant passé par un parcours de FIV semblent vouloir s'investir d'autant plus dans leur grossesse et plus particulièrement dans leur accouchement. Elles expriment chacune à leur manière , cette envie d'en profiter au maximum. Nous supposons que ce besoin de maîtriser l'accouchement viendrait réparer le manque d'investissement qu'elles ont pu ressentir pendant le parcours du fait d'avoir dû procréer avec l'aide de la médecine, ainsi que les difficultés d'investissement qu'elles ont pu avoir en début de grossesse.

3.3- L'accouchement

La question concernant le vécu de l'accouchement n'a pas posé de problèmes au cours de l'entretien. Les femmes n'ont pas hésité à raconter son déroulement. Toutes l'on fait avec plaisir et enthousiasme. Cependant leur récit n'a pu être exploité. Nous n'avons pas pu dégager de points particuliers ou du moins pouvant être différents du récit de toute autre femme enceinte racontant son accouchement. Au moment de la naissance les femmes semblent occulter toutes les angoisses accumulées au cours des trois premiers mois.

3.4- Propositions de prise en charge

3.4.1- Une consultation précoce

La majorité des femmes sont anxieuses quant au bon déroulement de la grossesse avant l'échographie du premier trimestre. Après les analyses sanguines et l'échographie de contrôle réalisée vers la 5^{ème} SA au centre d'AMP, confirmant la grossesse, la majorité des femmes n'auront leur consultation prénatale suivante que vers 12SA.

La réglementation actuelle (article L.154 du Code de la santé publique) prévoit sept consultations prénatales dans son calendrier. La déclaration de grossesse doit être effectuée avant 15 SA, puis la femme bénéficie de six consultations mensuelles à compter du premier jour du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'à l'accouchement (décret n°92-143 du 14 Février 1992). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 sur le déroulement du suivi de grossesse, prennent une position différente (16). Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant 10 SA : soit en avançant la consultation du 4^{ème} mois et en maintenant le nombre total de consultations à sept ; soit en ajoutant la consultation précoce avant 10 SA ce qui entraîne un suivi en huit consultations au total. Ceci permet de programmer les examens à des dates déterminées, notamment la première échographie (entre 11 et 13 SA+6 jours) et de prescrire précocement le bilan prénatal.

Nous pensons que cette consultation plus précoce avec le gynécologue ou la sage femme en charge du suivi de grossesse pourrait être bénéfique aux femmes dont la grossesse est issue de Fécondation in Vitro. Celle ci permettrait d'aider les femmes à passer « le cap » du premier trimestre. Les angoisses chez ces femmes étant plus fréquentes en début de grossesse, consulter rapidement permettrait de rassurer les femmes d'un point de vue médical et psychologique. Une consultation entre 9 et 10 SA permettrait au praticien (notamment lorsqu'il ne connaît pas la patiente) de mieux cerner le contexte de cette grossesse. Des difficultés d'investissement par une anxiété majorée peuvent être dépistées par le médecin ou la sage femme. Ceux-ci pourront signaler un besoin de soutien plus attentif voire une orientation de la femme vers une prise en charge adaptée. L'intervention d'une psychologue peut alors être nécessaire.

L'entretien du 4^{ème} mois peut lui aussi être un élément de soutien bénéfique en début de grossesse. Son objectif étant de mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage femme ou d'un autre professionnel de la naissance.

3.4.2- La continuité du suivi

Le niveau d'anxiété des femmes semble s'accroître lorsqu'elles changent de praticiens. Le niveau de satisfaction est également plus important chez les autres femmes enceintes lorsqu'elles sont suivies par un petit groupe de professionnels. La Haute Autorité de Santé (2007) recommande que le suivi soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne.(16) De plus, il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels. Il est recommandé qu'une personne «coordinatrice» dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des soins, ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Cette continuité du suivi pendant la période prénatale permet de rassurer davantage les femmes. L'évaluation des possibles difficultés à chaque consultation par un même professionnel permettra d'orienter les femmes vers un éventuel soutien spécialisé. Ce soutien pourra se faire à la demande de l'équipe, avec l'adhésion de la patiente ; ou à la demande de la patiente elle-même.

3.4.3- Rassurer les femmes

L'élément principal générant de l'appréhension chez ces femmes concerne l'état de santé de leur bébé. Selon FIVNAT (1998), il n'y a pas lieu de proposer de surveillance particulière en fin de grossesse pour les grossesses uniques issues de FIV.(17) Il convient donc de les rassurer sur la bonne évolution de leur grossesse au moment de la consultation (qu'elle soit urgente ou programmée). De simples paroles telles que «votre bébé va bien» ou des explications et des réponses aux questions que les parents se posent permettent d'apaiser leurs angoisses.

Conclusion :

Nos conclusions concernant le parcours d'infertilité vont dans le sens des observations déjà réalisées lors d'étude précédentes. Les femmes mettent l'accent sur les difficultés et la souffrance que celui-ci engendre et sont demandeuses de soutien médical et psychologique. Cependant peu d'études se sont intéressées au vécu de la grossesse après un tel parcours. Comment ne pas être angoissé à l'annonce d'une grossesse quand tout ce parcours a été semé de difficultés ? Nous avons constaté que la peur de perdre l'enfant prend une grande place, et s'oppose aux projections le concernant au cours des trois premiers mois. En effet durant cette première période, les femmes ont besoins d'être rassurées sur la bonne évolution de la grossesse, d'où la nécessité d'une vigilance particulière par l'instaurations de consultations précoces. Nous remarquons ensuite que passé le « cap des trois premiers mois » les femmes s'impliquent davantage dans leur grossesse. Cet investissement important peut s'expliquer par une volonté de reprendre leur place à part entière dans la conception de leur enfant. Cela peut être une façon de se prouver qu'elles ont joué un rôle et que la médecine n'est pas en totalité responsable de la présence de cet enfant. Une fois l'anxiété apaisée, il semble donc important de permettre aux parents de réinvestir pleinement leur enfant en minimisant la médicalisation de ces grossesses autant que possible.

Enfin, il nous semblerait intéressant de réaliser une étude auprès de femmes sur le vécu des suites de couches et du retour à la maison. En effet, suite à cette étude, nous pouvons nous interroger sur l'impact que peut avoir la conception de l'enfant avec l'aide de la médecine sur la future relation mère enfant. Des questions laissées en suspend pendant la grossesse ne risquent-elles pas de resurgir après la naissance et affecter le lien mère-enfant ?

REFERENCES

- (1) MIGUEL.J, BUTRUILLE.C, Le guide de la fécondation in vitro. Paris : Albin Michel,2003
- (2) www.aly-abbara.com « Lexique de la Médecine de la reproduction ».
- (3) Loi n° 94-654 du code de la santé publique (CSP), du 29 juillet 1994 dite « loi de bioéthique ». Chapitre II bis, du titre 1 du livre VI, du CSP nommé « Assistance Médicale à la Procréation ». Article.L.152-1 et 152-2
- (4) Le guide de l'assistance médicale à la procréation. Agence de la bio médecine, www.agence-biomedecine.fr
- (5) BYDLOWSKY M, Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité, Paris ,Odile Jacob, 2000
- (6) DAYAN J, TROUVE C, Désir d'enfant et PMA , quelques aspects sociologiques, Spirale n°32, p26-32
- (7) BYDLOWSKY M , Les enfants du désir, Paris, Odile Jacob, 2008, 302p, p19,21
- (8) FAURE PRAGIER S, Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines d'aujourd'hui, Paris, PUF, 1997, 256p, p12,13
- (9) WINICOTT D.W,La préoccupation maternelle primaire. In de la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1956
- (10) SPIESS M, Le vacillement des femmes en début de grossesse. In dialogue, 2002, n°157 , p42-50
- (11) BYDLOWSKY M, La dette de vie, Paris, PUF, 2002
- (12) ALMEIDA A, MULLER NIX C, GERMOND M, ANSERMET F, Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée., La psychiatrie de l'enfant 2002/1, 451, p. 45-75.
- (13) VEGETTI-FINZI S, Désir de savoir et obscurité de l'origine. In J.Testard (Dir.), Le magasin des enfants (1990) Paris : F. Bourrin, p299-302

- (14) EPELBOIN S . Impossibilité de concevoir, *Études sur la mort* 2001/1, N° 119 pages 101 à 109
- (15) BESSON-FELICIAN G, « D'une promesse d'embryon à une promesse d'adoption. In Le journal des psychologues, 1998, n°158, p 46-49
- (16) Haute Autorité de la Santé, « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », argumentaire, mai 2007, 147p, p85,87,73,76
- (17) <http://www.medixdz.com> « Grossesses et enfants de l'assistance médicale à la procréation »

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

DELAISI de PARSEVAL G, JANAUD A, L'enfant à tout prix, Seuil, 1983, 288p

DUPARC F, PICHON M, Les nouvelles maternités au creux du divan , In Press Editions, 2009, 197p

GOLSE B, MISSONNIER S, SOULE M, La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité, Paris, PUF, 2004, 715p

GUITE GUERIN avec la collaboration de AUBENY E, DAYAR-LINTZER Madeleine, LACHOWSKY Michèle, L'enfant inconcevable, Acropole, 1998, 247p

MEHL D, Enfants du don. Procréation médicalement assistée : Parents et enfants témoignent, Robert Laffont, 2008, 342p

ARTICLES :

ABDEL-BAKI A, POULIN M-J, Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. In Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse, Psychothérapies 2004/2, Vol.41, p 3-9

ADJIMAN M, DE MOUZON J, Impressions des couples traités par fécondation in vitro sur leur prise en charge par le centre de FIV, Gynéco obstétrique et fertilité, 2002, vol30, n°9, p696-703

BEAUQUIER MACOOTA B, REVIDI P, Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation, EMC Pédiopsychiatrie, 2008, (37-204-G-40)

BLANCHET V, Rôle de la sage femme dans un service d'Assistance Médicale à la Procréation , les dossiers de l'obstétrique, Juillet 2001, n°296, p 37-43

BLANCHET V, Le parcours des couples qui entreprennent une fécondation in vitro dans les centres d'Assistance Médicale à la Procréation , la revue sage femme, vol 5, n°6, Décembre 2006, p286-289

CAILLEAU F, Le désir d'enfant à l'épreuve du deuil, p143-161

CHATEL A, Une approche globale de l'infertilité , Revue Québécoise de psychologie, vol9, n°3, 1988, p126-137

ENGLERT Y, KENNOF B, LARUELLE B, PLACE I, Quel soutien les couples en traitement de FIV attendent-ils de l'équipe soignante ?, gynéco obstétrique et fertilité, 2002, vol 30, n°3 p224-230

GRANET P, Assistance médicale à la procréation : aspects biologiques, médicaux et éthiques, Traité de Médecine, EMC (Elsevier SAS, Paris), 2006, 3-1362

ALLARD M.A, CHABROL H, SEJOURNE N, Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro, Gynéco obstétrique et fertilité, 2007, vol 35, n°10, p1009-1014.

GUERIN J.F, Fécondation in vitro : aspects biologiques , les dossiers de l'obstétrique, Février 1995, n°225, p25-27

OLIVENNES F, Que faire après la FIV ? , les dossiers de l'obstétrique, Juillet 1997, n°252, p10-12

OUELLETTE F.R, L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale , Sociologie et sociétés, vol 20, n°1, 1988, p 13-32

PETIT Line, Désir d'enfant, spirale, 2004, n°32, p20-26.

RIAZUELO H, A quoi rêvent les femmes enceintes ?, Champ psychosomatique 2003/3, n°31, p99-115

SANTIAGO-DELEFOSSE M, Fécondation in vitro. In Demande d'enfant et pratiques médicales, Broché, Paris : Anthropos, 1995, 271p

SCHWEITZER M.G, PUIG-VERGES N, Biotechnologies et filiation. Questions pour l'attachement et la parentalité, annales médico-psychologiques, 2002, vol 160, n°4, p332-336

SCHULZ C, Subjectivité et Fécondation in vitro. Quel sens revêt pour un couple la demande d'un enfant à tout prix ? , les dossiers de l'obstétrique, Février 2004, n°324, p12-14

SEJOURNE, « Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez 12 femmes ayant bénéficié d'une FIV » Gynécologie obstétrique et fertilité, vol 34, n°7-8, 2006, p625-631

DOCUMENTS NON PUBLIES :

RAMPON A, « De l'éprouvette à l'éprouvé de la grossesse » Impact de l'infertilité et du vécu de la Fécondation in Vitro sur la représentation du vécu de la grossesse, 156p, Mémoire-thèse de recherche en vue de l'obtention du diplôme de psychologue, Paris, 2006

HUET M, « La sage femme face aux grossesses par aide médicale à la procréation : une approche des couples différentes ? », 54p, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme, Bourg en Bresse, 2009

SITES INTERNET :

www.has-sante.fr

www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i3525.asp

www.fivnat.fr

ANNEXE I

Melle Camille PREVOT
0648067217
prevotcamille@hotmail.com

VOTRE TEMOIGNAGE

Actuellement étudiante sage femme en 4^e année, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les grossesses issues de Fécondation in vitro.

J'aimerais évaluer à posteriori le vécu de la prise en charge, de la conception jusqu'à l'accouchement des patientes ayant bénéficié d'une FIV.

Pour réaliser mon étude je souhaiterais vous rencontrer lors d'un entretien pour témoigner de votre expérience dans ce domaine.

L'entretien durera une vingtaine de minutes et pourra s'effectuer par téléphone ou de vive voix dans un lieu que nous pourrions déterminer ensemble selon vos préférences et disponibilités.

Votre témoignage est important pour m'aider à réaliser mon projet qui a pour but de constituer un support pour les professionnels afin qu'ils puissent accompagner au mieux les futures mamans dans leurs parcours.

L'exploitation des témoignages restera strictement anonyme.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires

Je vous laisse ci-joint la possibilité de laisser vos coordonnées dans le service pour que je puisse vous contacter.

Merci d'avance.

Camille

ANNEXE II

Trame d'entretien

Prise de contact

Quel âge avez-vous ? Avez-vous d'autres enfants ? En quelle année vous êtes-vous inquiété de ne pas pouvoir être enceinte ? Par quel centre d'AMP avez vous été prise en charge ?

1- Comment avez vous vécu votre infertilité ?

En avez vous parlé à votre entourage ? Avez-vous rencontré des psychologues ou autres professionnels ? A quel moment vous êtes vous tourné vers l'AMP ?

2- Racontez moi votre parcours

Est ce qu'il y a eu des moments ou des étapes difficiles ? Si oui lesquelles ?

Nombre de FIV réalisés ? Nombre d'échecs ? Fausses couches ?

Aviez- vous une activité professionnelle ?

Quel était le nombre de consultations par mois au centre de PMA ?

Temps du trajet depuis votre domicile ?

Quelles étaient vos relations avec l'équipe d'AMP ?

Ce parcours a t'il correspondu à vos attentes ? Combien de temps a t'il duré ?

3- A quel moment avez vous su que vous étiez enceinte ?

Quels souvenirs avez- vous de cette annonce ? Comment avez vous réagi ?

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

En avez-vous parlé à une amie, à une sœur ?

5- Décrivez moi votre grossesse, son déroulement, le suivi

S'est elle bien passée? Ou avez-vous été suivi ? Par qui ? Le connaissiez-vous ? Avez- vous été satisfaite de votre suivi ? Avez- vous continué ou repris le travail ? Pour quelles raisons ?

Avez-vous eu besoin de plus de consultations ?

Si oui combien de fois ? Plutôt en début ou fin de grossesse ? Pour quels motifs ?
Quels professionnels ?
A quel moment l'avez-vous senti bougé ? Quel souvenir en gardez-vous ?
Repensiez- vous souvent à votre parcours ? Quelles idées ressortaient ?

6-Comment vous êtes vous préparée à cette naissance ?

Avez-vous été à l'entretien du 4eme mois ? Que vous a-t-il apporté ?
Avez-vous fait de la préparation à la naissance ? Aviez- vous un projet de naissance ?
Si oui lequel ? Les autres modes d'accouchement ne correspondant pas à votre projet restaient-ils acceptables ? Pourquoi ce projet ?
Si non : La médicalisation était elle effrayante pour vous ? Y avait-il des formes d'accouchement qui vous faisait peur ? (césarienne forceps épisiotomie qu'en pensiez- vous ?

7- Pouvez vous me parler de votre accouchement ?

Votre conjoint était-il présent ?
Que retenez-vous de votre accouchement ?
Vous sentiez-vous serein l'un et l'autre en début de travail ?

Est-ce l'accouchement dont vous rêviez ?

Et avec votre bébé comment s'est passée la rencontre ? On vous l'a mis sur le ventre ?
Vous souhaitiez allaiter ? si oui l'avez-vous mis au sein ?
Depuis comment va t'il ?

8- Quelles seraient vos réactions si une amie vous apprend qu'elle ne parvient pas à avoir d'enfant ?

Vos sentiments ? Vos craintes ? Vos conseils ?

RESUME :

Le parcours des couples infertiles qui entreprennent une Fécondation in Vitro dans les centres d'Assistance Médicale à la Procréation est connu pour être long et difficile. Celui-ci a un retentissement psychologique sur le couple et plus spécifiquement sur la femme. Il entraîne également des répercussions sur le vécu de la grossesse . Nous avons donc décidé de nous entretenir en post-partum avec des femmes ayant vécu un parcours d'infertilité. Celles-ci nous font part rétrospectivement de leurs sentiments quant au vécu : de leur parcours, de leur grossesse et de la prise en charge dont elles ont bénéficiée.

TITRE : DE « FEMMES EN FIV » A FEMMES ENCEINTES

Impact du vécu du parcours de Fécondation in Vitro sur le vécu de la grossesse et de sa prise en charge.

MOTS-CLES :

Grossesse, Fécondation in Vitro, Désir d'enfant, Vécu

Adresse de l'auteur : PREVOT Camille

26 rue royale

74000 ANNECY

Promotion 2006-2010