

2025-2026

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études

SANTE MENTALE EN PARCOURS D'AMP : VECU ET EXPERIENCES DES PATIENTES

Etude qualitative

LOLA SAINSON

Sous la direction de Mme Trovallet Lucile et Mme Chardonnet Aurore

Jury

Mme PIERROT Béatrice : présidente

Pr LEGENDRE Guillaume : membre

Mme CHOUTEAU Laure : membre

Mme BEAUDOUIN Nadège : membre

Soutenu publiquement le 15 juin 2026

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant-es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Engagement à signer et à joindre à tous les rapports, dossiers, mémoires ou thèse

Je, soussignée Lola Sainson

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

signé par l'étudiante le 25 / 03 / 2026

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'LS' or 'Lola Sainson', written over a horizontal line.

REMERCIEMENTS

Je tenais tout d'abord à remercier les directrices de ce mémoire pour leur accompagnement et leur implication dans ce travail. Merci à Lucile déjà, pour avoir su me guider avec bienveillance et respect tout au long de ce travail de recherche ainsi que pour l'accueil reçu en stage. Merci à Aurore, pour la confiance que nous nous sommes accordées, pour sa justesse et son honnêteté, ses encouragements et son soutien, dans ce travail et au cours de l'année de façon générale.

J'adresse ensuite des remerciements aux personnes qui ont permis, d'une façon ou d'une autre, de me mener jusqu'ici :

A l'ensemble de l'équipe pédagogique qui nous suit depuis l'entrée à l'école de sage-femme. Une pensée particulière pour Isaline qui m'a soutenue et permis de toujours y croire, Laurence pour son écoute et sa bienveillance envers chacune des étudiantes, Emilie Hervé-André pour l'accompagnement pédagogique qu'elle m'a proposé et la confiance qu'elle a su m'accorder.

A ma famille. A ma maman, qui nous a toujours livré sans tabou son histoire, qui m'a inspiré ce sujet de mémoire et très certainement mon souhait de devenir sage-femme. A mon père, de m'avoir transmis le sens de l'engagement et la ténacité nécessaire pour arriver jusqu'ici. A ma sœur dont je suis fière, qui m'inspire par sa créativité et me suit toujours dans mes idées.

A mes amies de l'école de sage-femme qui savent déjà tout et sans qui je n'aurais jamais pu arriver jusqu'ici. Pour ce lien si fort que nous avons réussi à construire. Pour tous les moments passés ensemble ces dernières années et pour tous ceux qu'il nous reste à créer. Pour ce nom de groupe qui nous colle à la peau telles les paillettes que vous semez. Merci à toutes les huit de ne m'avoir jamais lâchée.

A ma belle Anne-Fleur qui me soutient encore et toujours depuis bien des années. A notre amitié qui ne souffre pas de la distance et qui s'en est même vue renforcée.

A Nathalie, d'avoir été la première à m'ouvrir les portes de ce métier et de croire en moi depuis toutes ces années.

Aux sages-femmes rencontrées au cours de nos études, qui acceptent de nous transmettre leur savoir-faire et qui s'engagent à nous accompagner pour devenir, à notre tour, des professionnelles accomplies.

Et un très grand Merci à toutes les femmes qui ont accepté de participer à ce mémoire et qui m'ont fait confiance pour témoigner de leur histoire.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMP/PMA : Assistance médicale à la procréation / Procréation
médicalement assistée

FIV : Fécondation in vitro

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

SOMMAIRE

Avertissement	2
Engagement de non plagiat.....	3
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire.....	6
Introduction.....	7
Matériel et méthode.....	9
Schéma d'étude.....	9
Population.....	9
Méthode	9
Résultats	12
Caractéristiques de la population	12
Vécu du parcours d'AMP	13
Accompagnement professionnel pendant le parcours de PMA.....	22
Discussion	29
Résultat principal.....	29
Forces et limites de l'étude	29
Comparaison avec la littérature	31
Conclusion	38
Annexes	39
Annexe 1 : Avis du Comité d'éthique.....	39
Annexe 2 : Publication sur les réseaux sociaux	40
Annexe 3 : Lettre d'information	41
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	42
Annexe 5 : Exemple d'entretien.....	43
Bibliographie.....	52
Table des tableaux.....	55
Table des matières.....	56
Résumé.....	58
Abstract.....	58

INTRODUCTION

L'infertilité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme l'absence de grossesse après au moins 12 mois de rapports sexuels non protégés (1). Elle concerne environ 17,5% de la population mondiale soit près d'une personne sur six (2). Un rapport publié en 2022 estime qu'en France, 3,3 millions de personnes seraient directement touchées par l'infertilité, faisant de cette problématique un enjeu majeur de santé publique (3). Cette réalité est d'autant plus marquée que le taux de grossesse spontanée par cycle est de 25% à 25 ans, et diminue de moitié à partir de 35 ans (4). Ce déclin de la fertilité avec l'âge contraste avec la tendance socio-démographique actuelle puisque l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant ne cesse de reculer (5).

Face à l'infertilité, l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) offre un recours médical permettant à un couple ou à une femme seule de concevoir un enfant à travers différentes techniques telles que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro (FIV) ou encore l'accueil d'embryon (6). D'après le rapport d'activité d'AMP de l'Agence de Biomédecine paru en 2022, le taux de naissances après une tentative d'AMP variait de 10,6% à 23,1% selon les techniques utilisées et l'origine des gamètes (7).

Le diagnostic d'infertilité et le recours à des techniques d'AMP augmentent le risque de développer de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez ces patientes comparé à des femmes ayant conçu spontanément (8). Il a également été montré que les couples ayant poursuivi plusieurs cycles de traitement présentent davantage de symptômes dépressifs que les couples débutant pour la première fois un traitement contre l'infertilité (8).

Dans une étude menée en 2022 sur les symptômes de stress post-traumatiques de femmes en parcours d'AMP, l'échelle « Hospital, Anxiety and Depression Scale » a été utilisée afin d'évaluer les symptômes anxieux et dépressifs de la population. Sur un échantillon de 374 femmes belges et françaises, près de 60% d'entre elles présentaient des troubles anxieux avérés et 71,24% présentaient des troubles dépressifs avérés (9).

Une étude, réalisée en Italie, a évalué la dépression, l'anxiété et les représentations parentales pendant la grossesse en comparant les couples ayant eu recours à l'AMP avec les couples ayant obtenu une grossesse spontanément. Le score EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale), outil de dépistage de symptômes dépressifs chez les femmes enceintes ou ayant accouché dans l'année écoulée a été utilisé. Les résultats ont révélé une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs pendant le troisième trimestre de la grossesse chez les femmes ayant eu recours à l'AMP (score EPDS à 7,88 contre 4,32, $p < 0,0005$). (10)

De plus, les antécédents personnels de dépression ainsi que les troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse constituent des facteurs de risque reconnus de développer une dépression du post-partum (11).

Malgré cette prévalence plus élevée de symptômes dépressifs chez les femmes ayant recours à l'AMP, l'accompagnement psychologique demeure généralement proposé mais non obligatoire au cours du parcours, laissant aux patientes la responsabilité de s'en saisir ou non (12).

Face à ces différents constats, il apparaît pertinent de répondre à la question suivante :

Comment les femmes perçoivent-elles leur parcours de PMA, et dans quelle mesure se saisissent-elles de l'accompagnement psychologique proposé pendant le parcours ?

Cette étude cherchait à explorer le vécu des femmes pendant leur parcours de PMA, à identifier leurs besoins perçus en matière de soutien psychologique, et à comprendre les facteurs facilitant ou freinant le recours à un accompagnement en santé mentale.

MATERIEL ET METHODE

SCHEMA D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative, réalisée à partir d'entretiens semi-directifs. Ce choix a été fait afin de permettre aux personnes de parler librement de leur vécu et expérience tout en étant encadrées par des questions préalablement établies.

Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du CHU d'Angers en juillet 2025 (2025-147) – (Annexe 1).

POPULATION

Cette étude concernait les femmes ayant eu recours à la procréation médicalement assistée au CHU d'Angers.

Critères d'inclusion et de non inclusion

La population interrogée incluait les femmes ayant eu recours à une PMA intra-couple au sein du CHU d'Angers avec ou sans obtention de grossesse ou d'un enfant vivant.

La population non incluse dans cette étude était les participantes ayant réalisé un parcours de PMA exclusivement en dehors du CHU d'Angers, étant en cours de parcours de PMA au moment de l'étude ainsi que les participantes ayant eu recours uniquement à la PMA avec don.

Aucun critère temporel n'a été défini au moment de l'étude.

METHODE

Recrutement

Afin de toucher des personnes susceptibles d'être ou de connaître des femmes ayant eu recours à la PMA au CHU d'Angers, le recrutement a principalement été réalisé par le biais du réseau social Facebook, sur des groupes privés tels que « le gang des Angevines » ou « Entre Saumuroises ».

Après lecture de la publication, les femmes intéressées par le sujet du mémoire pouvaient prendre contact par mail pour participer à l'étude (Annexe 2).

D'autres participantes ont pu être recrutées par Mme Trovallet Lucile (psychologue du centre de PMA) ou via une sage-femme échographiste (Mme Dépinoy Nathalie, Saumur) informée de l'étude grâce à la publication postée sur les réseaux sociaux.

Les personnes ayant fait part de leur volonté de participer à l'étude ont reçu en retour un mail avec la lettre d'information du mémoire expliquant le sujet et posant le cadre du déroulé des entretiens (Annexe 3).

Les participantes avaient la possibilité de choisir les modalités de l'entretien, en distanciel ou en présentiel dans le lieu qu'elles souhaitaient, afin qu'elles se sentent à l'aise pour témoigner de leur parcours et aborder les différentes thématiques. Certaines ont alors choisi d'effectuer l'échange en distanciel, en visioconférence via la plateforme Teams ou par appel téléphonique. Pour d'autres participantes, les échanges ont eu lieu en présentiel, à la Faculté de santé d'Angers ou à leur domicile.

Guide d'entretien

Les témoignages recueillis auprès des femmes ont été conduits à partir d'un guide d'entretien (Annexe 4) qui a été validé au préalable par les directrices de ce mémoire.

L'objectif de ce guide était d'orienter l'échange vers des thématiques précises, tout en laissant la possibilité à chacune des femmes de s'exprimer librement sur son vécu.

Les thématiques explorées étaient les suivantes :

- Le parcours de vie de la patiente avant l'entrée en parcours d'AMP et les raisons qui l'ont amenée à s'engager dans ce parcours.
- Le vécu du parcours d'AMP, à travers ses différentes étapes, son impact sur le quotidien.
- L'accompagnement psychologique tout au long du parcours, en abordant les facteurs favorisant l'adhésion à cet accompagnement ainsi

que la perception des participantes sur l'accompagnement de la santé mentale par les différents professionnels rencontrés.

Analyse des données

Les entretiens ont fait l'objet d'un double enregistrement, réalisé simultanément via la plateforme Teams et l'application d'enregistrement du téléphone afin d'assurer la qualité des données recueillies et de prévenir d'éventuels problèmes techniques. Les entretiens ont été retranscrits manuellement via le logiciel Word et l'outil de retranscription de l'enregistrement Teams. Une anonymisation systématique a été effectuée avec une modification du prénom des participantes, la suppression des dates et la substitution des noms des professionnels par la mention « Dr/Mme/Mr X ». Les enregistrements audio ont été détruits à l'issue de la retranscription.

Pour l'analyse, les verbatims ont été organisés dans un tableau et regroupés par catégories sur le logiciel Word. Cela a permis d'extraire les éléments significatifs des entretiens et de dégager les thèmes principaux.

Critères de qualité de l'étude

Le 5 Août 2025, suite à la transmission et à l'examen des documents requis (synopsis, lettre d'information et guide d'entretien), le Comité d'éthique a conclu que « le projet ne soulève pas d'interrogations éthiques ».

Les participantes étaient informées, par la lettre d'information, de l'anonymisation des entretiens lors de leur retranscription et de leur droit de se désister de l'étude à tout moment. Le consentement était également recueilli à l'oral pour l'enregistrement de l'entretien.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

N°	Anonymat	Âge	Situation familiale	Infertilité	Nombre d'enfants nés vivants	Durée du parcours d'AMP
1	Amélie	34	Mariée	Primaire	2	Entre 1 et 5 ans
2	Brune	Non donné	En couple	Primaire	1	Entre 5 et 10 ans
3	Charlotte	32	En couple	Secondaire	2	<1 an
4	Diane	29	En couple	Primaire	2	Entre 1 et 5 ans
5	Emma	43	En couple	Primaire	2	<1 an
6	Faustine	42	Mariée	Primaire	1	Entre 5 et 10 ans
7	Gabrielle	64	En couple	Primaire	1	>10 ans
8	Héloïse	43	En couple	Secondaire	2	Entre 1 et 5 ans
9	Isabelle	34	En couple	Primaire	1	Entre 5 et 10 ans
10	Justine	37	En couple	Primaire	1	<1 an

En l'absence de critère temporel défini au moment du recrutement, une participante dont le parcours de PMA avait débuté près de trente ans auparavant a souhaité prendre part à l'étude. Le choix a été de réaliser cet entretien et de l'inclure, compte tenu de sa richesse analytique et de la pertinence de certains éléments venant éclairer et étayer les résultats issus d'expériences plus récentes (entretien n°7).

VECU DU PARCOURS D'AMP

I. Perceptions et attentes du parcours en amont

Pour deux des dix participantes, le parcours de PMA était perçu comme un parcours difficile auquel était associé de la souffrance. Charlotte associait le parcours à « *des choses qui font plutôt souffrir les femmes* » quand Brune expliquait avoir accompagné sa sœur pendant son parcours de PMA : « *ma sœur a connu ce parcours [...] je l'ai vu souffrir* » ce qui n'était pour elle « *pas quelque chose d'hyper rassurant* » quand elle a commencé le même parcours.

Pour une des participantes, Faustine, ses craintes reposaient sur des croyances selon lesquelles leur infertilité aurait été liée à l'incompatibilité de leur couple : « *j'avais des croyances en fait de me dire, ben si ça marche pas, c'est peut-être parce qu'on s'aime pas assez, c'est parce qu'on n'est pas compatible* ».

Justine relatait avoir eu beaucoup d'attentes sur le plan médical du fait de l'absence de connaissances sur l'infertilité et les protocoles : « *au début, ça me semblait quelque chose de très mystérieux, donc je pense qu'il y avait, il y avait beaucoup d'attentes sur le plan médical de vraiment comprendre pour ce qui n'allait pas déjà* » ; « *c'est tout le volet technique [...] ça me faisait très peur* ».

Trois autres participantes n'avaient pas d'inquiétudes à leur entrée dans un parcours de PMA. Emma essayait simplement de se préparer à l'éventualité d'un échec : « *on se préparait à se dire que ça pouvait ne pas fonctionner* » quand Diane rapportait que son expérience dans un parcours de don d'ovocytes quelques années auparavant lui permettait d'être plus sereine vis-à-vis du parcours qu'elle venait de débiter : « *j'avais fait un don d'ovocytes moi en 2018 ou 2019 du coup je connaissais un peu les traitements, la ponction et tout ça. Donc côté médical j'avais pas trop d'inquiétudes, je savais un peu à quoi m'attendre* ». Pour Héloïse, le fait de ne pas avoir de personnes en parcours de PMA dans son entourage lui permettait de débiter son parcours sans a priori : « *je crois que je n'avais pas d'attentes parce que autour de nous je pensais à l'époque que personne n'avait eu recours à la PMA* ». Elle partageait en revanche avoir eu beaucoup

d'attentes après avoir changé de centre d'AMP pour celui du CHU d'Angers. Elle et son conjoint ne se sentaient pas bien accompagnés par le médecin précédent, sur le plan humain avec une impression de ne pas être écoutés et sur le plan médical avec un manque d'explications et de clarté dans les protocoles : *« quand je suis arrivée au CHU alors là, j'avais un taux d'attente oui effectivement hyper élevé » ; « je pense que mes attentes en arrivant juste, c'était juste d'être, d'être écoutée et que j'ai un espace où on puisse me réexpliquer plusieurs fois les choses ».*

II. Vécu des protocoles

a. Vécu corporel

Le rapport aux actes médicaux

Les différents examens médicaux auxquels sont confrontées les participantes pendant le parcours de PMA étaient parfois vécu difficilement. Trois participantes abordaient ce vécu difficile sur certaines étapes de leur parcours.

Amélie parlait de sa première hystérosalpingographie qu'elle avait trouvée très douloureuse et expliquait qu'elle n'avait pas été informée du déroulé de l'examen et des effets qui pouvaient survenir : *« j'ai fait une hystérosalpingographie, [...] on m'a pas trop prévenue de comment c'était, je l'ai pas très bien vécu ».*

Isabelle évoquait les effets secondaires qu'elle rencontrait à chaque ponction et qui lui imposaient de se mettre en arrêt de travail pendant plusieurs jours voire semaines : *« à chaque ponction je faisais une hyperstimulation donc arrêtée, je pouvais plus marcher. Et ça mettait plus d'une semaine à se remettre donc ouais très douloureux aussi ».* Elle rapportait également une certaine crainte à l'égard des hormones qu'elle s'injectait : *« j'ai peur de tomber malade avec ces traitements. Au bout d'un moment on sait pas ce que je m'injecte mais je m'injecte des produits, ça c'est clair ».* Elle exprimait ne s'être jamais sentie pudique et encore moins avec l'accumulation des protocoles de PMA, *« toute la ville, même maintenant en Espagne, tout le monde a vu mon corps quoi. Y'a plus de pudeur quoi »*

Gabrielle devait effectuer des prélèvements vaginaux au laboratoire à chaque fois qu'elle s'y rendait. Elle était marquée par la répétition du geste ainsi que par le souvenir très net de la personne qui le réalisait à chaque fois : *« c'était vachement trouble. Enfin il faisait des prélèvements vaginaux. C'est un labo quoi, c'est pas un gynéco. Wow. Et quand je le croise, si vous voyez qui c'est, il a des yeux bleus je me souviens de ça. C'était à chaque fois que j'y allais. Je sais plus pourquoi, à chaque fois, je devais faire des prélèvements je sais plus pourquoi. Ça m'avait marquée »*. Elle évoquait également sa difficulté à supporter les actes médicaux quotidiens : *« j'arrivais pas à faire mes piqûres donc une infirmière devait être là [...] mais enfin c'étaient des hormones quoi, c'était violent ça »*.

L'appropriation du corps

Pour deux des participantes interrogées, la question de la réappropriation de son corps entre les différentes étapes du parcours était quelque chose d'essentiel à leur vécu. Brune faisait part de l'aspect *« intrusif »* des examens et elle ressentait le besoin de faire des pauses entre deux protocoles de FIV : *« j'avais besoin de temps entre chaque » ; « besoin de retrouver mon corps, de me le réapproprier »*. Justine parlait du processus d'acceptation d'un corps infertile : *« il a fallu accepter que ce corps que j'aime et avec qui je fais une sorte d'équipe, ben me trahisse un peu parce que voilà, il est peut-être pas capable d'avoir un enfant sans aide »*. Elle évoquait également devoir accepter le principe de l'aide médicale à la procréation qu'elle trouvait difficile à conceptualiser : *« c'est ça qui est difficile en fait, c'est qu'on se sent vite dépossédé. C'est comme si nos organes génitaux là ils appartenaient au médecin qui allait essayer de réparer tout ça et d'ailleurs l'enfant il est fait en dehors de nous. Enfin c'est quand même un délire un peu à s'approprier »*.

Le rapport à la sexualité

Certaines participantes évoquaient un impact sur leur vie affective et sexuelle pendant le parcours de PMA, de par une certaine pression à concevoir à tout prix ou de dépendre d'un calendrier lors des protocoles d'inséminations intra-utérine.

Justine parlait de l'année précédant l'entrée en parcours de PMA comme d'une « *année pas trop marrante parce qu'on avait là aussi un peu l'obligation d'avoir des rapports [...] enfin l'horreur en fait, c'est vraiment tout l'inverse de ce qui est naturel et épanoui* ».

Les protocoles d'insémination étaient décrits par deux participantes comme anxiogènes avec une pression liée au calendrier. Isabelle disait « *bon les inséminations c'est encore pire, c'est à tel moment faut le faire* » quand Héloïse affirmait que « *ça a été très compliqué la période avant la FIV...les inséminations...* », et décrivait « *une grosse pression* » car « *on a des rapports que, enfin pas que mais vraiment souvent avec cet objectif et c'est le calendrier qui décide.* ». Elle reconnaissait en revanche que le passage en protocole FIV avait été « *un vrai soulagement sur notre vie affective et sexuelle* » avec « *l'impression à ce moment-là qu'on s'est retrouvé en tant que couple en fait, dans l'intimité* ».

Les participantes parlaient d'un manque de spontanéité, un sentiment d'obligation même en absence de désir. Justine affirmait qu'en parcours de PMA il y a « *plein de questions déjà qui sont venues...pas salir mais un peu enrayer un peu le côté spontané, naturel et le côté plaisir en fait* ». Amélie quant à elle expliquait que « *quand on n'a pas envie, que ça soit l'un ou l'autre, on se dit bah on n'a pas le choix parce que là on nous a demandé de faire* » et elle évoquait son impression que « *c'est plus un bébé mécanique qu'un bébé d'amour* ».

De plus, Isabelle ajoutait que le parcours PMA avait également influencé la reprise de la sexualité en post-partum : « *L'après accouchement c'est pareil, on a tellement vécu de choses avec la PMA que là on recommence tout juste à avoir des rapports désirés où moi pendant tout un temps, je disais « mais j'ai même pas envie en fait », ça m'a tellement...pas dégoûtée mais ça a tellement été du contrôlé tout le temps, tout le temps que spontané là j'ai pas envie, j'ai juste envie que tu laisses mon corps tranquille ce soir* ».

b. Vécu émotionnel des protocoles

La notion de combat

Pour certaines participantes, ce parcours a été vécu comme un combat ou une épreuve, comme si elles devaient se battre et lutter pour arriver au bout et obtenir ce qu'elles désiraient. Juliette parlait de son parcours comme « *une sorte de petit marathon* » quand Charlotte se persuadait que ce serait un long chemin : « *le parcours PMA, j'avais l'impression que c'était surtout un combat, que c'était très long* ». Amélie affirmait qu'il fallait se battre et tout mettre en œuvre pour aboutir à la réussite de leur parcours : « *si on se bat pas bah ça arrivera pas.* » ; « *avec cette grossesse on était heureux de se dire, on a gagné le combat* ».

Faustine exprimait également cette idée et précisait avoir l'impression d'affronter seule ce parcours : « *j'avais l'impression d'être dans un combat en fait, c'était impressionnant ! Combat, seule* » ; « *j'étais vraiment plus dans mon petit coin en fait, entre guillemets, avec ma petite guerre et ma petite bataille* ».

La déception et le sentiment d'échec

La répétition des tentatives, des protocoles était vécue par la moitié des participantes comme une grande déception et un fort sentiment d'échec ou d'impuissance. Diane exprimait ce sentiment d'échec à l'issue d'une ponction qui n'avait alors abouti à aucun embryon : « *on se dit qu'on a fait tout ça pour rien* ». Il en était de même pour Brune qui se disait qu'elle avait « *encore fait tout ça pour rien* » à la fin d'un protocole non concluant ou pour Gabrielle qui expliquait subir les traitements hormonaux d'autant plus « *qu'il y'avait rien au bout* ». Faustine rapportait un fort sentiment d'impuissance devant la succession de protocoles qui n'aboutissaient pas : « *j'avais vraiment cette sensation en fait de donner des coups d'épée dans l'eau* ». Isabelle rapportait également cette même impression : « *j'avais un peu l'impression de faire du stop et puis toutes les voitures passaient sous la pluie, tous les autres ils étaient pris et puis nous, on reste là, sur le bord de la route* ».

Le sentiment de déception exprimé par Brune a été accentué selon elle par le choix des mots employés par les professionnels de santé rencontrés : *« il y avait 18 follicules je crois [...] j'ai très bien réagi [...] et au final après culture, il y a eu qu'un embryon. Donc là déception [...] je l'ai vécu comme une déception parce que la biologiste quand elle m'a appelée, elle m'a dit : « bah oui c'est très décevant, y en a qu'un » »*. Brune a reçu ces mots comme *« un gros coup de massue »*.

La survenue d'affects dépressifs

Trois participantes interrogées ont fait part au cours de l'entretien de la survenue de symptômes pouvant évoquer un état dépressif, en lien avec leur parcours de PMA. Amélie rapportait qu'elle ne s'était plus sentie elle-même à un moment du parcours : *« pendant cette période-là je me suis pas reconnue non plus parce que j'étais pas moi-même »* ; *« je restais enfermée chez moi donc on m'a dit que j'avais fait moitié une dépression »*. Pour deux autres participantes, des signes sont survenus dans le contexte du travail principalement. Faustine expliquait s'être sentie submergée par ce qu'elle vivait : *« j'allais au boulot et les larmes arrivaient toutes seules, j'arrivais plus à faire face et à un moment...des crises d'angoisses qui sont arrivées aussi »*. Isabelle a fait un burn-out à la suite d'un protocole FIV : *« Enfin un travail qui préserve pas quoi et du coup j'ai pété un câble. Ben clairement, j'ai fait un burn-out. Je suis arrivée au boulot après cette FIV-là et je me suis effondrée au travail. Je pouvais même pas y retourner »*. Elle associait clairement ses symptômes à son parcours de PMA : *« je me suis toujours comparée un peu à une lumière qui s'était éteinte. Le parcours PMA m'a vraiment éteint et j'étais plus moi-même du tout »*.

III. Influence sur la vie sociale et affective

La notion de tabou

Pour quatre des participantes interrogées, parler de procréation médicalement assistée relève encore du tabou. Gabrielle, qui a effectué son parcours de PMA il y a plus de 20 ans, expliquait déjà la difficulté d'aborder

le sujet ou de se faire comprendre des personnes n'ayant pas vécu un parcours de PMA : *« on essayait pas de nous demander donc finalement on nous marginalisait quelque part un petit peu. C'est terrible quoi » ; « si on n'est pas passé par là on peut pas comprendre » ; « on en parlait mais à un moment les gens ils savent plus comment vous prendre »*. On retrouvait cette même impression chez trois participantes ayant eu recours à la PMA plus récemment. Faustine qualifiait ce parcours comme étant *« vraiment un sujet tabou »* tout comme Emma : *« après ça reste quand même un truc, un sujet un peu tabou »*. Enfin Héloïse se rendait compte en abordant le sujet, à quel point ça touchait du monde mais qu'il y avait toujours ce tabou autour de la question : *« quand on commence à en parler, en fait ça touche plein de monde mais y'a comme une espèce d'omerta »*.

La gestion des rendez-vous et de la fatigue au quotidien

Pendant le parcours de PMA, les rendez-vous réguliers, le stress et la fatigue engendrés par le protocole pouvaient être à l'origine de la prescription d'arrêts de travail.

Une des participantes, Emma, expliquait avoir été arrêtée par sa sage-femme au moment de la FIV pour qu'elle soit *« à 100% dedans »*. Elle affirmait que *« le fait de me concentrer moralement juste sur moi et sur ma probable grossesse et sur l'éventualité d'un enfant »* avait été *« un vrai soulagement moral »*.

Quatre des participantes interrogées ont été mises en arrêt de travail à des moments où cela devenait plus difficile pour elles de gérer le travail et le parcours de PMA en même temps. Isabelle affirmait avoir été *« plusieurs mois en arrêt »* quand Faustine exprimait que le parcours de PMA avait *« occasionné des arrêts de travail »* et que ça avait été *« hyper compliqué [...] ça faisait 25 ans que je travaillais comme une folle, que je n'arrêtais jamais »*. Amélie expliquait que son arrêt était lié au fait qu'elle se sentait *« fatiguée »* par son parcours d'autant qu'elle affirmait n'avoir *« pas le droit d'en parler »* sur son lieu de travail. Héloïse rapportait l'impact de son métier *« qui était très prenant, très difficile »* et qu'elle était désormais *« en arrêt suite à un burn-out »*. Elle soulignait également que *« ces conditions de*

travail bah ça a dû sûrement jouer dans ce désir de bébé qui a vraiment tardé ».

Justine expliquait en revanche, avoir simplement *« eu le sentiment de moins m'impliquer [...] ma tête était moins présente »* et pour Diane, son rythme de travail *« en matin ou en soir »* lui permettait de s'adapter facilement donc *« au niveau du travail ça impactait pas trop ».*

Le rapport à l'entourage

Quatre des participantes interrogées ont exprimé le fait qu'elles pouvaient se sentir incomprises par les personnes qui n'ont pas vécu de parcours de PMA. En effet, Amélie expliquait avoir été épaulée au long du parcours mais qu'elle avait le sentiment que *« les femmes PMA elles peuvent se comprendre entre elles et les femmes non PMA ne peuvent pas se comprendre avec une autre PMA »* et qu'elle arrivait *« à peu près à balayer »* les personnes en mesure de comprendre ou non. Emma affirmait également qu'en parcours de PMA, *« on se rapproche de ceux qui connaissent »*. Charlotte expliquait avoir eu l'impression de ne pas être soutenue par ses amies car : *« elles se rendaient pas compte du poids que j'avais à supporter et du coup moi ça me frustrait un peu donc je m'éloignais »*. Isabelle faisait part du fait que *« y'a des amis qui ont compris, des amis qui ont pas du tout compris, qui me le reproche encore maintenant »*.

Justine exprimait la nécessité pour elle et son conjoint d'en faire part à tous leurs amis afin d'être soutenus au maximum : *« on a eu besoin d'en parler beaucoup [...] c'était devenu presque un projet un peu public. Voilà ça c'était pas trop facile à vivre [...] ça nous a aussi permis de tenir, d'être très entouré donc c'est un peu à double tranchant »*.

Une des participantes, Isabelle, partageait la difficulté croissante qu'elle a rencontré de se confronter à ses amies pendant le parcours car : *« le désir de grossesse était devenu vraiment très, tellement important que je pouvais plus voir mes copines qui avaient des enfants...chaque annonce de grossesse je pleurais »* ; *« les autres femmes enceintes je commençais à plus les supporter »*.

Le vécu au sein du couple

Le parcours de PMA mettait à l'épreuve l'unité du couple qui se retrouvait confronté au poids des protocoles, au stress, à la responsabilité mise en cause dans l'infertilité.

Isabelle rapportait que *« pendant la PMA, le fait que ce soit très protocolaire, etc, c'est sûr qu'au niveau du couple c'est compliqué »*. Amélie soutenait ces propos en affirmant : *« j'ai bien vu que j'ai fait vivre un peu un enfer à mon mari » ; « y'a eu beaucoup de, bah beaucoup de colère entre nous, beaucoup de colère, beaucoup de pleurs, beaucoup de beaucoup d'émotions. Enfin on n'est pas...si c'était les montagnes russes. »*

Trois des participantes interrogées ont d'ailleurs rapporté qu'à un moment du parcours, la question de la séparation s'est posée. Pour Amélie, cette question reposait plutôt sur des croyances selon lesquelles cette infertilité serait liée à une incompatibilité de leur couple : *« est-ce qu'il faut pas qu'on se quitte quoi ? [...] on a été compatible pour la première, peut-être pas pour la deuxième »*. Faustine pensait *« qu'on aurait vraiment pu se séparer »* mais affirmait tout de même *« à chaque fois qu'on a eu des fausses couches ou des choses en fait, ça nous a renforcé »*. Pour Gabrielle, son divorce quelques années après la fin du parcours de PMA est lié à cette période consacrée principalement à ce désir d'enfant : *« mon couple n'a pas tenu hein. C'est voilà. Et soit ça emporte, soit ça fait exploser. Nous ça a fait exploser au bout d'un certain nombre d'années mais quand même parce que nous on a été...voilà moi c'est un parcours qui a été...ben faut absolument faire un enfant quoi »*.

Un sentiment d'enfermement

Trois participantes ont exprimé l'idée que pendant le parcours, toute leur vie était centrée sur la PMA au point qu'elles avaient fini par s'y enfermer. Charlotte rapportait que pendant le parcours de PMA *« tout tourne autour de ça »* et Isabelle exprimait le fait qu'elle s'était isolée de toute vie sociale : *« je voyais plus personne, je ne sortais plus »*. Amélie quant à elle faisait part à la fois d'un sentiment d'enfermement mais également de la place trop grande que prenait ce parcours : *« je me suis beaucoup enfermée, en fait, je*

me suis rendue compte que je me suis complètement mise dans ma bulle » ; « ça allait pas à cette époque-là et je pense qu'en fait je me suis laissée complètement envahir par mon parcours PMA ».

ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL PENDANT LE PARCOURS DE PMA

I. Le recours à un accompagnement psychologique

Information sur l'existence d'un accompagnement psychologique au sein du CHU

Pour deux des participantes interrogées, l'accompagnement psychologique réalisable au sein même du centre d'AMP n'avait pas été proposé. Amélie rapportait : *« on m'a jamais proposé de voir la psychologue du service PMA »* et Diane soutenait ces propos : *« on m'avait pas parlé moi de psy au CHU ».*

Pour l'une d'entre elle, Brune, l'information avait été donnée mais étant déjà suivie personnellement par quelqu'un, elle n'a pas trouvé nécessaire de s'en saisir : *« on m'a proposé celle du CHU mais j'avais déjà quelqu'un ».*

Justine ne se souvenait plus vraiment si on lui en avait parlé car elle et son conjoint avaient fait la demande d'accompagnement dès le début du parcours car ils estimaient être, à ce moment-là, en capacité d'exprimer leur besoin de soutien : *« on a fait la demande dès le début, dès le premier entretien je crois avec la médecin, d'être vus voilà, par la psy du service [...] on commençait à broyer du noir et on peut dire qu'on a besoin d'être accompagné » ; « nous on était en demande mais je me dis pour quelqu'un qui n'est pas forcément en demande ou qui hésite, le fait qu'on propose, ça me paraît indispensable ».*

Isabelle enfin affirmait que le médecin qui la suivait lui en avait parlé à plusieurs reprises : *« Dr X m'en avait parlé aussi plusieurs fois ».* Elle affirmait cependant que la place accordée à l'accompagnement psychologique dans les protocoles n'était pas suffisante : *« ça montre la place qu'ils mettent au suivi psychologique. Combien de fois on a été viré des salles ? Elle avait pas de bureau, on était dans des salles de, d'auscultation ».*

Se saisir d'un accompagnement psychologique

Sept des participantes interrogées ont eu recours à un accompagnement psychologique pendant leur parcours.

Justine et son conjoint s'en étaient saisi dès le premier rendez-vous au centre d'AMP, initialement afin *« de se sentir légitime à entamer ce parcours »* et au fur et à mesure des séances ils ont aussi *« beaucoup travaillé avec la psy sur l'ambivalence du désir »* mais également sur leur relation de couple : *« le quatrième thème que j'ai oublié d'évoquer c'était aussi ben la relation avec mon conjoint et comment réussir à se retrouver soi »*. Elle expliquait que la psychologue avait su les *« rassurer et trouver des mots »* sur les différents questionnements rencontrés tout au long du parcours.

Amélie partageait cet avis en expliquant que le suivi avec la psychologue l'avait *« beaucoup aidée aussi à comprendre, à poser des mots »*. Pour sa part, elle s'en était saisie plus tardivement au cours du parcours, encouragée par son entourage à entamer un suivi psychologique : *« en fait à l'origine j'allais vraiment la voir pour vraiment la raison de mon travail parce que ça n'allait pas. Et je pensais que je faisais un burn-out »*.

Brune rapportait être déjà *« suivie psychologiquement de toute façon »* en amont du parcours de PMA et avoir poursuivi son suivi par la suite. Diane expliquait avoir eu recours spontanément à un suivi avec un psychologue : *« j'ai eu un suivi psy du coup de moi-même [...] quasiment dès le début du parcours et un peu plus quand j'ai fait ma fausse couche »*.

Héloïse partageait également s'être saisie d'elle-même d'un accompagnement psychologique, sur une période de transition entre son précédent suivi médical dans un autre centre d'AMP et le début de son parcours au sein du CHU. Elle expliquait avoir *« toujours été plus ou moins suivie par des psychologues »* et que son admission aux urgences gynécologiques pour sa fausse-couche avait été le point de départ d'un suivi : *« j'étais admise aux urgences pour la fausse couche et c'est à ce moment-là que j'ai demandé à être...à rencontrer une psychologue »* ; *« je voyais que ça allait être trop compliqué pour moi »*. Elle soutenait que sans cet accompagnement, son parcours de PMA n'aurait pas été concluant : *« s'il*

y'avait pas eu de suivi psycho, j'ai l'impression que ça n'aurait pas fonctionné » ; « je m'imagine pas mon parcours de PMA sans ce suivi psy, c'était vraiment un espace où je pouvais poser les choses quoi, m'alléger un peu pour avoir l'énergie nécessaire pour les traitements tout ça ».

Isabelle s'était également saisie spontanément d'un accompagnement psychologique avec le soutien de son entourage. Elle expliquait que cette initiative avait été prise assez tardivement dans le parcours car elle estimait ne pas en avoir besoin et se sentir assez forte pour supporter les difficultés liées à la PMA : *« pour moi psychologue ça veut dire maladie mentale et du coup non j'avais pas besoin à ce moment-là, j'étais forte, c'est bon, ça allait fonctionner. Après on passe à l'étape suivante quoi »*. Elle racontait que cet accompagnement était arrivé à un moment où elle estimait avoir dépassé ses limites et ressenti le besoin de déposer tout ce qu'elle vivait depuis le début de son parcours : *« je pense que j'avais conscience que ouais, j'avais été trop loin. En tout cas psychologiquement » ; « y'a des moments où je voyais la psychologue toutes les semaines, ça a été très compliqué » ; « il fallait que je me libère » ; « elle m'a aidée à accepter en fait le deuil de cet embryon, de mieux comprendre ben un peu ce qui s'était passé ».*

Faustine racontait que son conjoint avait été à l'initiative des démarches pour un suivi psychologique, vers la fin du parcours de PMA au CHU, afin d'être soutenus dans leur couple et dans leurs difficultés rencontrées au cours du parcours et d'être accompagnés dans les étapes qui ont suivies : *« dans notre couple ça nous a énormément aidés. Ça nous a permis en fait d'apprendre à nous connaître, découvrir, à se comprendre et de vivre mieux les choses » ; « j'ai eu besoin aussi d'aller toute seule mais y'a vraiment eu ce travail de couple »*. Elle expliquait ne plus aborder le parcours de PMA comme un combat dès lors que le suivi psychologique a été mis en place : *« j'ai quasiment plus parlé de combat en fait, dès l'instant que la psychologue est arrivée, entre guillemets, dans notre vie ».*

Les trois autres participantes interrogées n'avaient pas eu recours à un accompagnement psychologique. Emma trouvait le soutien dont elle avait besoin avec sa sage-femme libérale qui *« jouait aussi le rôle de psy entre guillemets »*. Charlotte expliquait n'avoir *« pas cherché à avoir un accompagnement psychologique »* d'autant qu'elle avait eu *« le bon côté de*

tomber enceinte ». Gabrielle en revanche ne se souvenait plus vraiment si elle avait reçu un suivi psychologique mais exprimait quand même le sentiment de ne pas avoir bénéficié de ce soutien : « *sans accompagnement à l'époque, très honnêtement, je le ressens comme ça* ».

II. L'accompagnement par l'équipe médicale

Deux des participantes sur les dix interrogées ont évoqué l'importance de se sentir actrice de leur parcours de PMA. Pour Justine cela s'était ressenti au moment du rendez-vous avec les biologistes qui prenaient le temps de leur expliquer les étapes de la FIV et le devenir de leurs gamètes : « *ça nous permet de nous remettre nous au centre du projet, de se dire en fait, c'est nous qui menons quand même ce projet. Malgré tout, on est accompagné de plein de gens mais on reste les acteurs principaux* ». Emma partageait cet avis en expliquant l'importance du choix des mots et de la façon d'expliquer les choses afin de pouvoir s'investir complètement dans le parcours de PMA : « *le biologiste arrive à vulgariser les choses de façon à ce que nous qui ne sommes pas biologistes on puisse être à même de prendre une décision* ».

A contrario, une des participantes, Amélie, avait eu, lors de ce rendez-vous avec les biologistes, « *l'impression d'être [...] juste un numéro inscrit sur une éprouvette* » et trouvait qu'il « *y avait pas cette humanité* ».

Faustine trouvait que « *cette prise en charge d'un petit peu psychologique, des fois, elle était pas assez, assez écoutée ou assez euh, je sais pas, il y a pas cette sensibilité des fois* » et que lors de certains rendez-vous « *on peut percevoir une certaine froideur* ». Charlotte ressentait « *une forme de pression* » de la part des soignantes avec « *l'impression que c'était à la chaîne* ». Elle estimait cependant qu'ils avaient « *toujours été très bien reçus* » et que sa prise en charge avait été « *excellente* ».

Intégration de l'accompagnement psychologique

Sur les dix participantes interrogées, sept d'entre elles ont partagé des propositions pour intégrer l'accompagnement psychologique dans le parcours médical. Diane trouvait qu'« *au niveau psychologique on n'est pas trop*

accompagné » et qu'il fallait « qu'on cherche par nous-mêmes si on veut être accompagné ». Elle pensait que la proposition d'un accompagnement psychologique « devrait être fait automatiquement » d'autant qu'elle avait déjà effectué un parcours pour un don d'ovocytes durant lequel une consultation psychologique est « obligatoire, il y a toujours un entretien ». Charlotte estimait que la proposition d'un accompagnement psychologique « devrait faire partie intégrante du package » car « on m'aurait incité à y aller j'y serais allée, ça aurait été compris dans le parcours, au même moment que les rendez-vous ». Faustine pensait qu'il « faudrait peut-être l'amener, entre guillemets, automatiquement et qu'après on laisse choix [...] mais que ça fasse partie du parcours comme de voir le médecin et de faire des examens ». Justine disait que « tout le monde devrait pouvoir en bénéficier parce que c'est pas un parcours qui est anodin, et dans le corps et dans la tête ». Isabelle se disait qu'il n'était pas forcément nécessaire de rendre obligatoire cet accompagnement mais à minima de faire exister la possibilité de rencontrer un psychologue pendant le parcours, quitte à rendre obligatoire le premier rendez-vous : « obligatoire je sais pas si les gens s'en saisiraient [...] mais je trouve que y'a un juste milieu à trouver, rien que juste lui trouver une place » ; « au moins un premier rdv avec la psychologue obligatoire, puis après on continue ou on continue pas mais qu'il y ait quelque chose qui soit fait ». Héloïse partageait également qu'elle n'était pas certaine que rendre obligatoire une consultation avec un psychologue serait adapté mais au moins de faire part de sa présence au sein du service : « je sais pas s'il faudrait faire une consult obligatoire mais juste déjà de faire exister, de dire que si on a besoin, on peut aller la consulter » ; « elle faisait des groupes je crois et j'avais vu ça en salle d'attente et ben je trouve, par ce biais-là, c'est pas mal ou pour une présentation parce que ça engage moins au début ». Emma aurait pu se saisir d'un accompagnement psychologique si on lui avait proposé de le faire en groupe avec d'autres couples : « peut-être que s'il y avait eu des groupes de paroles avec d'autres parents ou avec d'autres mamans, ça aurait pu être sympa ».

III. « Tout tenter » : le recours aux médecines alternatives et autres ressources

La majorité des participantes interrogées ont eu recours à des méthodes alternatives de prise en charge pendant leur parcours de PMA, afin de soutenir leur fertilité de façon plus globale.

Trois d'entre elles ont eu recours à l'acupuncture avec des retours d'expériences hétérogènes. Amélie pensait « *que peut-être que l'acupuncture aussi m'a aidée* » même si la séance a été compliquée à vivre : « *j'avoue que j'ai souffert pendant cette séance d'acupuncture comme si mes ovaires se réveillaient d'un coup. C'était une douleur atroce mais vraiment, une douleur atroce* ». Il en était de même pour Brune : « *j'ai essayé l'acupuncture qui pour moi était catastrophique* ». Pour sa part, Diane a consulté « *un acupuncteur [...] du début à la fin* ».

Quatre d'entre elles ont pratiqué l'ostéopathie, soit dans le prolongement d'un suivi habituel qui s'est poursuivi après le parcours d'AMP, soit avec des professionnelles qui accompagnaient les femmes dans ces parcours. En effet, pour Justine il s'agissait d'un suivi débuté classiquement avant et poursuivi par la suite : « *j'étais suivie par une ostéo pendant ma grossesse. Enfin avant et pendant et après* ». Il en était de même pour Héloïse : « *c'était dans le cadre d'un suivi ostéo qui est devenue [l'ostéopathe] depuis ostéo sexologue mais à l'époque elle avait pas cette deuxième casquette* ». Brune a « *fait de l'ostéo avec une dame qui suit ces parcours-là* » en affirmant que ça l'avait « *bien aidée* ». Pour Gabrielle, le bouche-à-oreille lui a permis de prendre contact avec une sage-femme qui commençait sa pratique de l'ostéopathie dans une autre ville en France et qui lui a été d'un grand soutien à ce moment-là : « *dans les coins du CHU circulait le nom d'une sage-femme [...] qui était devenue ostéopathe* » ; « *c'était une des premières sage-femme ostéopathe. Elle était sage-femme. Remarquable, tout en empathie et extraordinaire* ».

Quatre des participantes interrogées ont consulté des magnétiseurs ou énergéticienne avec des avis assez divergents. Diane avait « *testé même des magnétiseurs* » par recommandation « *pour du soutien à la fertilité* ». Elle soutenait que les pratiques alternatives pouvaient être une ressource

également sur le plan émotionnel : *« parfois c'est vrai que ça...c'est enfin...je sais pas si c'est le fait d'y croire aussi, c'est donc des choses qui débloquent en fait peut-être au niveau émotionnel »* et Amélie affirmait que la séance de magnétisme lui avait permis de retrouver des cycles malgré son SOPK : *« j'ai été voir un magnétiseur aussi qui m'a fait revenir mes cycles »*. Pour sa part, Isabelle expliquait avoir eu recours à un magnétiseur visiblement connu dans son domaine, sans rapporter de résultats particuliers : *« on a été voir un magnétiseur qui, lui, faisait des câlins aux arbres et qui était très réputé »*. Brune avait, quant à elle, consulté une énergéticienne bien qu'elle fût *« très sceptique, vraiment très sceptique »* avant d'y aller, elle la qualifiait ensuite de *« vraiment très surprenante »* et affirmait que ces séances étaient certainement liées à la réussite du parcours d'AMP car *« juste après je suis tombée enceinte donc voilà »*.

D'autres participantes ont eu recours à d'autres types d'accompagnement. Faustine expliquait avoir testé de nombreuses pratiques avec toujours cette idée de tout tenter et mettre toutes les chances de son côté : *« j'ai fait de la kinésiologie, je pense qu'on s'accroche à tout en fait. Oui l'hypnose, naturopathes, des trucs de fou »*. Elle rapportait que *« à un moment donné, en fait, on s'accroche à toutes les croyances »* et que le recours à des professionnels en dehors de la prise en charge médicale du CHU lui permettait de se sentir actrice de son parcours : *« ça me rassurait d'être dans l'action [...] j'avais moins l'impression de subir et l'impression peut-être de prendre un peu plus les choses en main »*. Isabelle a voulu maximiser ses chances d'avoir un enfant en essayant de nombreuses méthodes avec différents professionnels mais affirmait qu'il *« y a beaucoup de charlatans qui nous font croire que ça fonctionne et tout »*. Elle partageait notamment son expérience avec un professionnel de santé qui pratiquait l'auriculothérapie pour laquelle elle avait eu le sentiment avec son conjoint de s'être *« fait avoir »* : *« on a été voir un gars qui finalement je pense que c'est une grosse arnaque. Bah c'est même sûr. Il est spécialisé en médecine parallèle, c'est un médecin traitant. Et il fait de l'auriculothérapie. » ; « c'était en plusieurs séances et plus les séances avançaient et plus c'était cher »*. Pendant son parcours elle a également rencontré *« une personne qui fait du Shiatsu »* qui lui avait fait du bien mais avec qui elle n'avait pas poursuivi de suivi.

DISCUSSION

RESULTAT PRINCIPAL

Cette étude avait pour objectifs d'explorer le vécu des femmes engagées dans un parcours de PMA, de cerner leurs besoins en matière de soutien psychologique, et d'identifier les facteurs susceptibles de faciliter ou freiner le recours à un accompagnement en santé mentale.

Les résultats ont révélé que le parcours de PMA constitue une expérience particulièrement intrusive, aussi bien sur le plan corporel que dans la vie quotidienne avec l'immixtion d'un tiers au sein de la sphère intime des femmes et des couples. Les patientes concernées présentaient, par ailleurs, un isolement social et professionnel important, pouvant favoriser l'émergence d'affects dépressifs. La majorité des participantes a ressenti, à un moment ou un autre du parcours de PMA, le besoin d'un soutien psychologique et/ou de se saisir de thérapies complémentaires qui leur permettaient de se sentir actrices de leur parcours. Ce soutien psychologique n'était pas seulement attendu dans le cadre d'un accompagnement avec un psychologue, mais par l'ensemble des professionnels de santé rencontrés aux différentes étapes du parcours.

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Apports de l'étude

Le choix d'une méthode qualitative constitue un des points forts de cette étude. En effet, cette méthode laisse la possibilité aux participantes de s'exprimer librement, de développer leurs idées et de nuancer leurs propos, ce qui a permis d'obtenir un contenu riche. Elle a également favorisé une certaine flexibilité dans la conduite des entretiens afin de s'adapter à la direction que prenait la répondante. Enfin, la réalisation d'entretiens a permis d'accéder à un important contenu émotionnel, facilitant la compréhension du sens que les participantes mettaient derrière leurs propos.

Les participantes de l'étude ont tenu à participer car elles étaient motivées par le sujet, avec pour certaines une intention de témoigner de leur histoire, ce qui a permis de recueillir des récits étoffés.

Cette étude contribue également à combler un manque de données récentes sur le vécu des femmes engagées dans un parcours de PMA. En effet, les travaux de recherche sur l'expérience subjective des patientes, en s'intéressant de façon globale à leur ressenti, leurs perceptions des différentes étapes du parcours et de l'accompagnement reçu, restent encore limités. Elle offre ainsi des éléments supplémentaires pour comprendre et adapter l'accompagnement proposé par les différents professionnels de santé.

Limites de l'étude

Tout d'abord, cette étude a été menée au sein d'un seul centre d'AMP or les modalités de prises en charge varient d'un établissement à un autre donc ces résultats sont difficilement généralisables à l'ensemble des femmes engagées en parcours de PMA.

Ensuite, ce mémoire s'inscrit dans une première expérience de recherche, ce qui a pu influencer la conduite des entretiens.

Enfin, ce travail a une importante dimension psychologique bien que s'inscrivant dans une formation de sage-femme. L'absence de formation spécifique en matière de psychologie a pu constituer une limite dans la capacité à analyser certains contenus.

Biais de l'étude

Dans cette étude, nous retrouvons principalement un biais de mémoire. Les patientes interrogées avaient terminé leur parcours de PMA depuis plusieurs mois voire plusieurs années pour certaines ce qui induit inévitablement des oublis, notamment concernant les protocoles, les professionnels rencontrés, le nombre de tentatives effectuées, etc.

COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

Notion de dissociation en psychologie

Dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation, il existe une tendance à dissocier le corps et l'esprit plutôt que de les considérer comme une entité unifiée.

La dissociation psychique se définit comme « la rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » (13). Elle peut également se comprendre comme la séparation « d'un état unifié à deux états qui peuvent s'ignorer mutuellement » (14). Dans notre étude, une des participantes rapportait des éléments évocateurs de cet état dissociatif : l'impression que ses organes génitaux appartenaient désormais au médecin qui allait permettre la conception d'un enfant en dehors de son corps ainsi qu'un sentiment de dépossession corporelle, notion retrouvée dans la dissociation, où le corps devient un objet médical séparé du sujet. Ce vécu rejoint les observations d'un article publié en 2013 qui illustre le cas d'une patiente en protocole de FIV : la façon dont elle parlait de ses douleurs témoignait d'une rupture entre elle-même et ce corps douloureux (15). La dissociation peut correspondre à une adaptation fonctionnelle permettant par exemple de se couper de la douleur ou de l'inconfort pendant les soins, de gérer un stress ou dans certains cas être pathologique en provoquant une déconnexion durable du rapport au corps (14). Parmi les symptômes dissociatifs, nous pouvons retrouver le fait d'être absorbé dans une pensée (perte de contact avec la réalité), une impression de brouillard, altération de la perception du temps, des objets, de la lumière, des sons, une hypo-activation (calme apparent, silence, pâleur, malaises, immobilité), des amnésies partielles a posteriori de l'évènement (14). Une thèse effectuée sur le vécu de l'examen gynécologique des femmes ayant des antécédents de violences sexuelles retrouvait que l'examen gynécologique pouvait induire de la dissociation, notamment chez les patientes aux antécédents de violences ou de traumatismes (16). Il paraît donc essentiel que les professionnels sachent reconnaître des signes de dissociation afin d'éviter une réactivation d'un traumatisme. Afin de limiter

son caractère intrusif, l'examen gynécologique devrait reposer sur plusieurs principes : ne jamais présupposer le consentement, respecter la dignité de la patiente en quittant la salle d'examen lorsque la patiente se dévêt et s'installe sur la table tout en prévoyant en amont de quoi la couvrir, laisser la patiente être accompagnée par une personne de confiance si elle le souhaite, proposer une auto insertion de spéculum si elle le préfère, expliquer chaque geste effectué par le professionnel lors de l'examen, transmettre les résultats de l'examen seulement quand la patiente est entièrement revêtue (17).

Aspect intrusif du parcours de PMA

Dans le cadre d'examens gynécologiques, les professionnels sont amenés à effectuer des gestes intrusifs car nécessitant, dans certains cas, l'introduction de matériel médical dans le corps des femmes : pose de spéculums, échographies endovaginales, hystérosalpingographie, ponction ovocytaire sous contrôle échographique, etc. La notion d'intrusion, tant dans le corps que dans l'intimité de la patiente et du couple est particulièrement présente pendant un parcours de PMA car ces actes sont répétés régulièrement sur plusieurs semaines, et renouvelés à chaque nouvelle tentative. Ces gestes effectués de façon routinière par le professionnel peuvent parfois être banalisés mais peuvent pourtant représenter un événement traumatisant pour les femmes qui les subissent. Le Comité consultatif national d'éthique souligne que tous les examens ou actes médicaux sont susceptibles de porter atteinte à l'intimité et à la pudeur des patients et que les soins touchant à l'intimité y sont particulièrement exposés (18). Les examens gynécologiques inhérents au parcours de PMA peuvent être vécus comme relevant de « l'extrême intime [...] » : en effet, ces examens peuvent inclure le dévoilement partiel de l'intériorité, le dévêtissement partiel ou complet, un contact visuel ou tactile avec les organes génitaux externes, les seins ou l'anus, voire la pénétration digitale ou instrumentale des voies urogénitales » (18). Un article sur l'expérience du traumatisme dans le cadre de l'infertilité énonçait que le fait de vivre ces protocoles invasifs laissait la patiente dans un état d'incertitude, d'épuisement physique et mental, pouvant parfois durer plusieurs années notamment dans le cas d'un échec (19).

Au-delà de l'intrusion physique, le parcours de PMA implique aussi qu'un tiers s'immisce dans son quotidien, dans le cadre des injections hormonales effectuées à domicile par une infirmière, comme en témoignait une des participantes, ainsi que dans ce qui relève habituellement du domaine naturel et intime. L'intrusion du corps médical au sein du couple peut avoir des répercussions sur leur quotidien et leur sexualité. Avant le début de la prise en charge en AMP, les couples font généralement alliance et des difficultés peuvent émerger dès les premières étapes du parcours et culminent à partir de la troisième année d'infertilité (20). Dans notre étude, les patientes déclaraient une perte de spontanéité et de désir liée au caractère programmé de leur sexualité - l'une d'elle évoquant même la notion de « bébé mécanique ». Une étude sur l'abord de la sexualité et des dysfonctions sexuelles par les médecins de la reproduction en France rapporte que, les rapports sexuels étant désormais orientés vers la procréation, ils doivent avoir lieu en période ovulatoire et que 75% des médecins abordent la question de la sexualité pendant le parcours de PMA dans cette optique de programmation des rapports sexuels conférant une dimension très médicalisée à la vie intime des couples (21). Cela peut engendrer des conséquences négatives à plus long terme sur les relations conjugales et sexuelles pouvant aller jusqu'à la séparation du couple, que ce soit pendant le parcours ou à la suite d'un échec (22). Plusieurs participantes avaient d'ailleurs abordé la question de la séparation lors des entretiens, à travers des interrogations sur une éventuelle incompatibilité de leur couple qui les aurait empêchés de concevoir spontanément. L'une d'elles mentionnait même un divorce survenu quelques années après la fin de son parcours de PMA, qu'elle associait aux difficultés rencontrées durant celui-ci.

Isolement social en parcours de PMA

Notre étude met en évidence un amenuisement des ressources psychiques des patientes au fur et à mesure de leur parcours d'AMP pouvant conduire, pour certaines à la survenue d'affects dépressifs.

La question du tabou autour de l'infertilité a été soulevée plusieurs fois au cours des entretiens. Cette omerta peut engendrer un sentiment de

marginalisation, d'incompréhension de la part de l'entourage non concerné par l'infertilité. Un article consacré à l'accompagnement psychosocial de l'infertilité et des personnes en parcours d'AMP souligne que la quasi-totalité des personnes qui s'engagent dans ce type de parcours ignorent les difficultés qu'il implique, faute de s'y être intéressées avant d'y être confrontées (23). Une thèse portant sur l'insatisfaction corporelle et le projet d'enfant chez les couples infertiles expose que l'infertilité peut avoir des conséquences psychologiques ou sociales, se manifestant par « un sentiment d'exclusion sociale pouvant aller jusqu'au divorce, avec une certaine forme de stigmatisation qui provoque des sentiments d'isolement et une détresse mentale » (24). Notre étude met en évidence que les patientes engagées dans un parcours de PMA se trouvaient plus isolées socialement, que ce soit au niveau familial, amical ou professionnel. Cet isolement est accentué par la fatigue liée aux protocoles et un repli sur soi-même qui se traduit par la diminution des sorties, la réduction des contacts avec l'entourage notamment pour éviter la confrontation avec les proches ayant des enfants ou étant enceintes. Les arrêts de travail renforcent également cet isolement par une coupure de lien social avec les collègues.

L'association de l'isolement, du repli sur soi et de la fatigue intense ressentie pendant le parcours de PMA peut contribuer à l'apparition d'un état dépressif. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression se définit par la « présence d'une humeur dépressive (sentiment de tristesse et de vide, irritabilité), qui s'accompagne parfois d'une perte de capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt » (25). La Haute Autorité de Santé a identifié plusieurs facteurs favorisant la survenue d'une dépression : l'isolement social et familial, des événements passés difficiles ou traumatisants, le deuil, les antécédents de violences, une maladie chronique, des antécédents psychiatriques ou des conduites addictives (26). A l'inverse, certains éléments jouent un rôle protecteur, notamment le soutien de l'entourage (27). Certaines des participantes de notre étude ont traversé des épreuves difficiles pendant leur parcours comme des fausses couches, voire, pour l'une d'elles, une grossesse extra-utérine ayant engagé son pronostic vital. Ces expériences contribuent à fragiliser leur équilibre psychique et à augmenter leur vulnérabilité face aux affects dépressifs. De fait, plusieurs participantes

ont présenté des symptômes évocateurs d'un syndrome dépressif pendant leur parcours.

Cependant, les données de la littérature présentent des résultats contradictoires sur le lien entre dépression et parcours de PMA. Une étude portant sur la prévalence de la dépression chez les femmes souffrant d'infertilité retrouvait que celle-ci était plus élevée chez les femmes en situation d'infertilité que dans la population générale (28). Une autre étude a montré que les couples ayant réalisé plusieurs cycles de traitement présentaient davantage de symptômes dépressifs que les couples débutant une première prise en charge (8). En revanche, une étude de cohorte danoise conduite auprès de patientes en parcours d'AMP a montré que les femmes n'ayant pas encore obtenu de naissance vivante présentaient un risque de dépression inférieur à celles ayant accouché, suggérant ainsi que le nombre de traitements de PMA n'était pas nécessairement associé à une augmentation du risque de dépression (29).

Une étude américaine a mis en évidence qu'une évaluation psychologique systématique dès le début du parcours d'AMP permettait de réduire le risque de dépression du post-partum (30).

Relation de soin

La loi de bioéthique de 2021 prévoit que les équipes médicales des centres d'AMP comprennent au moins un psychiatre, un psychologue ou un infirmier ayant une formation ou une expérience en psychiatrie, sans rendre obligatoire une évaluation psychologique ou psychiatrique systématique en début de parcours (12). A ce jour, aucune donnée n'est disponible concernant les différents dispositifs de soutien psychologique et d'évaluation psychiatrique mis en place dans les centres d'AMP en France (31). Notre étude a soulevé un besoin réel, exprimé par les participantes, de pouvoir bénéficier d'un accompagnement psychologique. Plusieurs d'entre elles proposaient d'intégrer cet accompagnement de façon plus structurée, en suggérant notamment une première consultation obligatoire avec la psychologue du service au début du parcours, ou à minima en rendant visible la possibilité d'un suivi psychologique à tout moment du parcours.

Un article portant sur les liens entre les troubles psychiatriques et l'aide médicale à la procréation soulignait que l'évaluation psychologique et psychiatrique en amont du parcours semblait indispensable : elle permettrait un dépistage précoce des patientes présentant des facteurs de risque psychiatriques, une adaptation ou une mise en place éventuelle d'un traitement, une coordination des interventions pluridisciplinaires et la continuité d'un suivi, y compris après le parcours de PMA, que ce soit en cas d'arrêt du protocole ou dans la période périnatale (31). Une étude menée en 2002 sur les attentes des couples en FIV vis-à-vis de l'équipe soignante en matière de soutien avait montré un souhait d'accompagnement au moment du diagnostic d'infertilité, mais seulement un couple sur cinq aurait souhaité bénéficier d'un soutien psychologique pendant les traitements. Les attentes portaient principalement sur la disponibilité et l'empathie des soignants (médecins et infirmières) pendant les protocoles (32).

Un accompagnement empathique, associé à une information claire délivrée par les professionnels de santé, améliore le vécu des femmes en parcours de PMA. En s'appuyant sur les fondements de la relation thérapeutique développés par Carl Rogers, trois conditions sont nécessaires pour favoriser cette relation : le regard positif inconditionnel, l'empathie et la congruence (33). La première condition est essentielle à l'établissement de la relation d'aide. Il s'agit d'accueillir la personne telle qu'elle est, sans évaluation ni jugement en laissant place à l'expression libre de ses ressentis, qu'ils soient positifs ou négatifs, en cherchant à comprendre le sens qu'elle leur attribue. La seconde condition, l'empathie, se définit, dans l'Approche Centrée sur la Personne, comme la capacité de l'aidant à saisir ce que la personne vit et la façon dont elle le vit, sans pour autant s'y identifier ni projeter sa propre expérience. Cette posture contribue à instaurer un climat de confiance, socle de cette approche. Enfin la troisième condition, la congruence ou authenticité, implique « un alignement cohérent entre ce que [le professionnel] ressent et les actions qu'il mène, les idées qu'il a et les paroles qu'il formule, pour favoriser une relation authentique » (33).

Là où certaines patientes peuvent avoir cette impression d'une prise en charge impersonnelle, « à la chaîne », voire déshumanisée, en se sentant comme un simple « numéro sur une éprouvette », l'approche Rogérienne

permet de replacer la personne au cœur du soin et de redonner sa place à la dimension humaine. C'est précisément ce que cette étude illustre, les patientes décrivent le sentiment d'être actrices de leur prise en charge, notamment lorsque les biologistes leur transmettent des informations claires, favorisant la compréhension et leur permettant de participer activement aux décisions. Dans l'avis publié en 2023 sur le consentement et le respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques, les professionnels interrogés soulignaient que la pédagogie et l'attention requises nécessitaient du temps dont ils ne disposent pas toujours, le rythme des consultations hospitalières étant difficilement compatible avec celui du dialogue (18). Or, en s'appuyant sur les principes de Carl Rogers, il apparaît non seulement envisageable, mais indispensable, de construire cette relation de confiance même dans un cadre temporellement contraint. Dans le temps limité d'une consultation ou d'une échographie, il s'agirait ainsi d'être authentique en informant la patiente de cette contrainte, tout en lui signifiant que les minutes partagées lui sont entièrement dédiées et qu'elle est libre d'exprimer ce qu'elle ressent.

L'une des participantes de l'étude soulignait que sa sage-femme libérale avait constitué une ressource importante dans son parcours de PMA, sur le plan psychologique. Un mémoire sur le vécu des femmes en salle de naissance rappelait que la relation entre la parturiente et la sage-femme revêt un caractère particulièrement intimiste : la patiente autorise une tierce personne, ici la sage-femme, à rentrer dans sa plus grande intimité, à être le témoin de sa nudité, à toucher son corps et à assister à ses manifestations psychiques (34). C'est précisément en raison de cette intimité si profonde que chaque geste doit être pensé et adapté à chaque patiente, sans jamais être banalisé par la routine professionnelle (34). Cela s'applique en salle de naissance mais également pour l'ensemble des actes et gestes relevant de « l'extrême intimité », dans le cadre des examens gynécologiques notamment.

CONCLUSION

Le parcours de PMA engage bien plus que le corps : il met à l'épreuve l'identité, le couple et l'équilibre psychique des femmes. Cette étude qualitative visait à explorer leur vécu subjectif, leurs besoins en soutien psychologique et les facteurs facilitant ou freinant le recours à un accompagnement en santé mentale.

Les résultats révèlent une expérience profondément intrusive — corporelle, affective, sexuelle et sociale. Isolement progressif, fatigue des protocoles, tabou de l'infertilité et fragilisation du lien conjugal constituent des facteurs de vulnérabilité psychique pouvant mener jusqu'à un état dépressif, ce que confirme la littérature.

Si la majorité des participantes a ressenti le besoin d'un soutien psychologique, ce recours s'est fait le plus souvent de leur propre initiative — rarement sur orientation médicale. Ces résultats interrogent les pratiques actuelles dans les centres d'AMP, dans un cadre légal qui prévoit la présence d'un professionnel de santé mentale sans en rendre le recours obligatoire. Les participantes ont majoritairement exprimé l'idée d'une intégration plus structurée de cet accompagnement : un premier entretien systématique dès l'entrée dans le parcours, ou a minima une présentation explicite de cette ressource, permettrait d'en normaliser l'accès et de lever les représentations encore associées à la santé mentale.

Au-delà du suivi spécialisé, cette étude rappelle que chaque professionnel rencontré - médecin, biologiste, sage-femme, infirmière - est un acteur de la relation de soin. Empathie, regard positif inconditionnel et authenticité, même dans des échanges brefs, contribuent à ce que les patientes se sentent reconnues comme des sujets à part entière, et non comme de simples numéros de protocole.

Cette étude reste limitée par son caractère monocentrique et son échantillon restreint aux PMA intra-couple. Des travaux incluant conjoints, parcours avec don et autres centres permettraient d'en élargir la portée.

ANNEXES

ANNEXE 1 : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE



Comité d'Ethique CHU d'Angers

comite-ethique@chu-angers.fr

COMITE D'ETHIQUE

Angers, Le 5 Août 2025

Présidente :
Aurore Armand

Lola SAINSON
Lucile TROVALLET
Aurore CHARDONNET

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Membres du Comité d'Ethique
Recherche Local restreint :
Alexis D'Escatha
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Frédéric Noublanche
Clotilde Rouge-Maillart

Membres du Comité d'Ethique :
Françoise Ballereau
Anne Barrio
Aude Baudouin-Caillaud
William Bellanger
Laurence Boivin
Mathilde Charpentier
Victor Couratier
Emmanuelle Courtillie
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Aurore Gaudin (Boudeau)
Catherine Guillaumet
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothée Laurent
Dewi Le Gal
Jérôme Maître
Agnès Marot
Jean-Marc Mouillie
Mylène Piron
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

Mesdames,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 10/06/2025 votre étude « *Vécu des femmes en parcours de PMA : étude qualitative sur l'appropriation de l'accompagnement en santé mentale.* », enregistrée sous le numéro 2025-147.

Après examen des documents transmis, audition des rapporteurs et discussion, après réception des modifications proposées, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Mesdames, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique
Dr Aurore ARMAND
Présidente du Comité d'éthique

CHU Angers
4, rue Larrey
49933 ANGERS Cedex 9

ANNEXE 2 : PUBLICATION SUR LES RESEAUX SOCIAUX

Bonjour à toutes,

Je m'appelle Lola Sainson, je suis actuellement étudiante sage-femme en quatrième année à Angers.

Je me tourne vers vous car, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse au vécu des femmes en parcours de PMA.

Je suis donc à la recherche de patientes ayant déjà suivi un parcours de PMA au sein du CHU d'Angers (des patientes qui, actuellement, ne sont plus en cours de parcours).

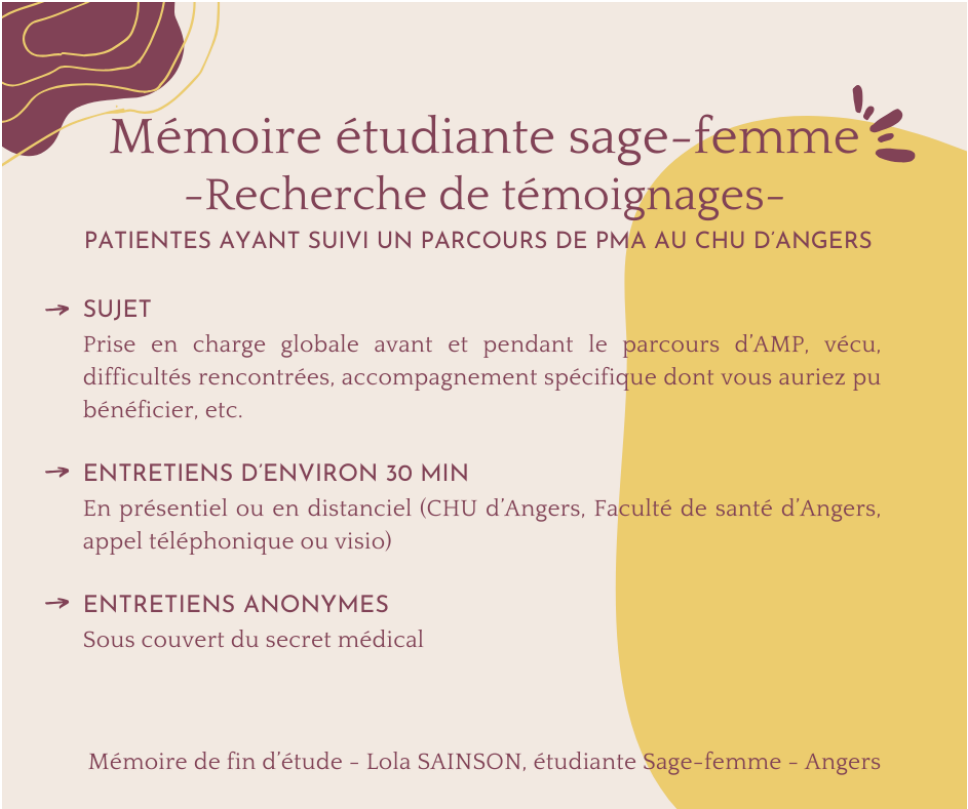
Cela se présenterait sous la forme d'un entretien d'environ 30min, en présentiel ou en distanciel, afin d'échanger sur votre prise en charge globale, sur votre vécu, des difficultés rencontrées et de la manière avec laquelle vous avez pu vous saisir ou non d'un accompagnement spécifique au long de votre parcours.

Cet entretien serait anonyme, sous couvert du secret médical, aucune information confidentielle ne sera transmise.

Si vous souhaitez plus d'informations et/ou si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez me contacter par l'adresse mail ci-contre : lola.sainson@etud.univ-angers.fr

Merci beaucoup pour votre aide !

Lola



Mémoire étudiante sage-femme
-Recherche de témoignages-
PATIENTES AYANT SUIVI UN PARCOURS DE PMA AU CHU D'ANGERS

→ **SUJET**
Prise en charge globale avant et pendant le parcours d'AMP, vécu, difficultés rencontrées, accompagnement spécifique dont vous auriez pu bénéficier, etc.

→ **ENTRETIENS D'ENVIRON 30 MIN**
En présentiel ou en distanciel (CHU d'Angers, Faculté de santé d'Angers, appel téléphonique ou visio)

→ **ENTRETIENS ANONYMES**
Sous couvert du secret médical

Mémoire de fin d'étude - Lola SAINSON, étudiante Sage-femme - Angers

ANNEXE 3 : LETTRE D'INFORMATION

Madame,

Je m'appelle Lola Sainson. Je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^e année à Angers.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse au vécu des femmes en parcours de PMA et leur appropriation de l'accompagnement en santé mentale. Si vous avez suivi un parcours de PMA au sein du CHU d'Angers, votre participation serait d'une grande aide à la réalisation de cette étude.

Si vous acceptez de participer, cela consisterait en un entretien d'environ 30 minutes afin d'échanger autour de votre prise en charge globale pendant votre parcours, de votre vécu, des difficultés rencontrées et de la manière avec laquelle vous avez pu vous saisir ou non d'un accompagnement spécifique au long de votre parcours.

Vous pouvez dès lors prendre connaissance des points suivants :

- L'entretien sera anonyme, sous couvert du secret médical, aucune information confidentielle ne sera transmise.
- L'entretien peut se dérouler en présentiel ou en distanciel.
- Avec votre consentement, vos propos seront enregistrés pour faciliter la retranscription et l'analyse ultérieure. L'enregistrement sera détruit dès la fin de l'étude.
- Étant volontaire, vous avez le droit de vous désister de l'étude à tout moment, sans justification préalable.

Si vous acceptez de participer à cette étude, si vous souhaitez davantage d'informations et/ou programmer une date et un lieu d'entretien, vous pouvez me contacter par l'adresse mail ci-après :

- lola.sainson@etud.univ-angers.fr

Je laisse également les coordonnées de la psychologue du centre de PMA qui encadre ce travail si besoin :

- lucile.trovallet@chu-angers.fr

Merci d'avance pour le temps que vous m'accorderez,

Lola SAINSON, Etudiante sage-femme

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

Santé mentale en parcours de PMA : vécu et expériences des patientes.

Présentation générale, histoire de la patiente avant le parcours :

1. Pouvez-vous vous présenter ? *(de manière anonyme, simple introduction de l'entretien, l'amener à parler de son parcours avant la PMA pour la question suivante)*
2. Comment ce projet d'enfant est arrivé dans votre vie ? *(faire parler des ATCD, de l'avant parcours, de leur histoire...)*
3. Aviez-vous des attentes ou des besoins pour vous sentir soutenue pendant le parcours ?

Vécu du parcours de PMA :

4. Pouvez-vous me raconter les étapes de votre parcours PMA *(jusqu'à maintenant)* ?
5. Comment avez-vous vécu les différentes étapes ?
6. De quelle manière ce parcours a-t-il influencé votre quotidien ? *(influence sur la vie sociale, famille/couple/sexualité, travail, état d'esprit)*
7. Avez-vous bénéficié d'un soutien professionnel ? *(tout autre soutien extérieur - ostéopathe, naturopathe, sage-femme libérale, acupuncture...)*
 - Si oui : Où ? Quel type de soutien ? Pour quels besoins ?
 - Si non : pour quelles raisons ?

Évaluation et appropriation du soutien pendant le parcours :

8. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre) pendant votre parcours ?
 - Si oui : vécu, fréquence
 - Si non : quels ont été les freins ? l'information a-t-elle été donnée ?
9. Qu'est-ce qui a pu vous aider à vous approprier un accompagnement psychologique pendant le parcours ?
10. L'intégration de l'accompagnement psychologique pendant le parcours devrait-elle se faire différemment selon vous ?
11. Vous êtes-vous sentie suffisamment écoutée et soutenue par les professionnels rencontrés au long des différentes étapes du parcours, sur le plan émotionnel ?

Conclusion :

12. Comment évaluez-vous votre prise en charge globale ?
13. Souhaitez-vous aborder quelque chose non évoqué qui vous semblerait important ?

ANNEXE 5 : EXEMPLE D'ENTRETIEN

Entretien 6 – Faustine

LS : J'ai des questions pour te guider un peu. L'idée étant que je te laisse parler librement de ton parcours. Je te rappelle simplement que cet entretien, il va être anonymisé lors de la retranscription, enfin tout ce qui est nom, etc, je vais les enlever.

Faustine : Ok

LS : Bon pour commencer, je vais te demander de te présenter, de manière anonyme et de manière simple, pour parler de ton parcours avant la PMA.

Faustine : Oui et ben donc moi, j'étais coiffeuse avant, pendant 25 ans. J'étais pas dans la région. Et du coup, j'avoue que je m'étais toujours persuadée que ce serait compliqué d'avoir des enfants, je sais pas... Et puis j'étais dans des relations où il y avait des différences d'âge donc la question des enfants ne se posait pas forcément. Et puis j'ai pris conscience...par les forces des choses aussi, les rencontres etc. J'ai perdu un ami qui est décédé. Ben je me suis dit : « ah ouais, la vie en fait, c'est pas que le travail ».

Et j'ai rencontré mon chéri qui était venu sur Angers. Moi j'étais à Saint-Nazaire et assez rapidement en fait, j'ai senti que voilà, c'était entre guillemets « la bonne personne ». J'ai passé le premier confinement en fait chez lui, c'est arrivé...le chat, les affaires. Ça a été assez marquant pour moi parce qu'en fait moi j'avais jamais laissé mon salon de coiffure, en étant indépendante. J'avais pas ce besoin-là donc ça a été un peu dur psychologiquement pour moi. On a passé ces deux mois-là. Et donc j'ai pris la décision de fermer mon salon de coiffure, mais en même temps, c'est arrivé aussi à un moment. En fait, je pense que le covid a fait aussi changer un peu les choses. J'avais ma sœur qui est infirmière et qui sauvait des vies, enfin ça avait du sens. Donc moi ça m'a pas mal touchée. Là je me suis dit bah non, je peux pas être dans un métier comme ça. On avait quand même ce projet d'enfant donc on s'est dit « allez pourquoi pas maintenant ? ». Donc je pense que le départ a fait que je suis tombée enceinte. Ça m'a énormément rassurée de fermer mon salon. De toute façon j'aurais pas pu être seule machin et donc voilà. Et je suis arrivée en fait à Angers, j'ai appris que je faisais une fausse couche, le cœur s'était arrêté. Donc premier coup de massue. J'y pensais pas, en fait, que ça pouvait arriver en fait dans la vie...c'est fou mais on s'y intéresse pas quand on n'est pas touché. Et donc là premier curetage donc on est un peu balloté dans un truc où, on est projeté, je dirais.

Et puis après, en fait, on m'a, on m'a orienté en fait vers de la stimulation, parce que par rapport à mon âge, on m'a dit que ça serait plus compliqué. Plus par rapport à l'âge de la femme. Donc on fait une stimulation, je suis allée dans un cabinet en libéral. Disons que ça n'a pas été la meilleure expérience...je ne connaissais pas. Et là je me suis dit « mais qu'est-ce que c'est que ça ? ». Enfin et c'est là aussi où je me suis dit que l'accompagnement est important parce qu'en fait là je me sentais pas du tout à l'aise, et elle a pas du tout été délicate dans cette démarche. Donc on a eu la chance en fait d'avoir une de ses collègues qui a été vraiment bien. Parce qu'en fait, il fallait la voir 15 jours après pour savoir si quelque chose apparaissait ou pas, ça n'a pas été le cas. A ce moment-là on a changé en fait. On est allé au CHU. Et puis voilà, ça a été plus FIV. Et donc FIV, voilà, plusieurs FIV. Et là j'ai eu, ça a pris, c'était deux embryons et plus qu'un, et c'était beaucoup de rebondissements, plein de peur, de craintes. J'avais l'impression d'être dans un combat en fait, c'était impressionnant ! Combat, seule. Et vraiment, je me suis rendue compte que c'était un discours que j'avais beaucoup. Et puis ben du coup, la dernière fois qu'on a fait cette FIV au CHU en fait c'est mon chéri qui vraiment a dit non, en disant « stop, en fait je suis en train de la voir se perdre et ça va pas ». Enfin, et c'est vrai que ouais, j'ai pris du poids, j'ai pris à peu près 10 kilos. Et c'est là où alors moi je me disais que j'allais essayer aussi un peu en parallèle. Je fais de la kinésiologie, je pense qu'on s'accroche à tout en fait. Oui, l'hypnose, naturopathes, des trucs de fou.

LS : Vous avez testé par des connaissances qui vous ont indiqué ces personnes-là ?

Faustine : Oui toujours, en fait moi je suis très...par mes rencontres, c'est vraiment plus dans ce cas là que je fais ça. J'ai besoin que ce soit des choses aussi quand même entre guillemets « efficaces et rapides ». Je pense que la psychologue, c'est la seule qui est entre guillemets « longue dans le temps », mais on la voit pas vraiment comme une thérapie. C'est plus un suivi et une aide. Et dans notre couple, ça nous a énormément aidé. Ça nous a permis en fait d'apprendre à nous connaître, découvrir, à se comprendre et de vivre mieux les choses. Donc voilà.

LS : Juste avant qu'on parle, reparle de votre parcours en tant que tel, est-ce que vous aviez des attentes pour vous sentir soutenue dans ce parcours ?

Faustine : Ben je pense même pas parce qu'en fait je sentais que c'était un sujet un peu tabou. Est-ce que moi je le rendais pas tabou ? Peut-être. J'avais des craintes en fait. Moi j'avais des croyances en fait de me dire « ben si ça marche pas, c'est peut-être parce qu'on s'aime pas assez, c'est parce qu'on n'est pas compatible » donc, du coup, j'avais pas vraiment d'attentes en fait. Je me rendais même pas compte de ce qui pouvait être mis en place parce que ouais, c'était vraiment un sujet tabou. Moi au travail j'en parlais pas. Enfin ouais. Donc non, j'étais vraiment plus

dans mon petit coin en fait, entre guillemets, avec ma petite guerre et ma petite bataille.

LS : Ouais, c'est vrai que la notion de tabou, elle revient assez régulièrement.

Faustine : Ben ouais, mais oui, et puis quand on commence à en parler, on te dit « ça va t'arriver » et aussi plein de choses en fait.

LS : Il a duré combien de temps votre parcours ?

Faustine : 4 ans, 4 ans et demi. Ouais, ça c'était pareil, j'avais l'impression que j'étais moins légitime, enfin ça faisait pas 9 ans, 10 ans, ouais. Déjà bah ouais et la psychologue en fait a réussi à me faire comprendre ça en disant que « oui mais en fait chaque personne est différente ». Il y a des personnes aussi qui attendent même par exemple entre chaque transfert et où nous, on était quand même toujours assez rapide. Moi je me disais « allez on y va ». On a fait quand même pas mal de choses. Je me souviens pas de trop des dates et du nombre exact. J'en suis assez contente, de me dire que moi, j'ai pas ce truc avec des dates d'anniversaire, des trucs. Je sais que ça fait partie de moi mais voilà, c'est des cicatrices qui font partie de nous. Mais c'est pas des trucs que j'ai voulu encore plus marquer et donc je suis assez contente.

LS : Oui je comprends. Comment ce parcours il a influencé votre quotidien, de manière globale, sur la vie sociale, la famille, votre sexualité si vous souhaitez en parler, votre travail, votre état d'esprit également ?

Faustine : Je pense qu'on essaie de prendre sur soi en se disant « allez c'est pas grave, c'est rien ». Des réflexions aussi en famille où...parce qu'en fait, nous, on était tellement heureux les premières fois, la première fois que j'étais tombée enceinte, donc en fait, on l'avait annoncé assez rapidement. Et donc là on nous avait dit...on nous reproche de l'annoncer aussi vite en fait. Nous on se prenait tout assez violemment. Mon chéri au début ne pesait pas non plus les choses donc. Donc c'est vrai que, malgré le fait que chaque fois que les règles reviennent et qu'elles arrivent avant d'aller faire des prises de sang pour savoir si j'étais enceinte ou pas, en fait, c'était hyper violent. Donc psychologiquement, ça a été vraiment compliqué. Ça a occasionné des arrêts de travail, qui ont fait que c'était hyper compliqué parce que moi ça faisait 25 ans que je travaillais comme une folle, que je n'arrêtais jamais. Voilà donc là j'avais l'impression de passer du côté obscur, à être désagréable. Profiter de la société parce que je me mettais en arrêt. Donc bon m'arrêter bah parce que je pleure, on se dit « un moment tu ravales tes larmes, tu vas au boulot ». En plus le fait de travailler dans un commerce on a...enfin moi j'avais vraiment été, entre guillemets « dressée », où on met le pied dans son commerce, on laisse tous ses problèmes à la porte. Donc j'étais beaucoup là-dedans. Sauf que là, en fait, j'ai eu

l'impression de prendre les pieds, les pieds dans le tapis qui débordait, qui faisait un mètre de haut. Et là voilà, fallait vraiment travailler là-dessus. Donc ça voilà. Les amis. C'est vrai que c'est compliqué parce qu'en fait y'a plein de gens qui sont avec beaucoup de bienveillance et qui veulent aider, et malheureusement qui sont très maladroits avec leurs mots. Parce qu'ils veulent rassurer, parce que...et en fait, il n'y a pas de mot en fait. Donc voilà.

LS : Vous aviez dans votre entourage des personnes qui avaient vécu un parcours de PMA ?

Faustine : Alors oui, j'ai découvert en fait. Donc, et donc pareil, je me minimisais un peu parce que c'est une personne qui avait perdu un bébé. Donc voilà, ça passe pas. Bon l'éducation qui fait que hein... donc bah voilà la tête, la tête haute. Et puis j'ai une collègue qui bah pareil l'année dernière en fait, malheureusement, il y a eu une malformation du bébé. Elle a été obligée d'interrompre la grossesse. Et en fait elle commençait un parcours et donc on s'était un peu rapprochées. On avait échangé et ça nous a énormément rapprochées et là elle a accouché il y a une semaine là, donc je savais que j'étais la suivante. Et on s'est énormément soutenues. Donc c'est aussi un parcours, ça peut rapprocher sur certaines choses.

LS : Et vous aviez prévenu votre travail rapidement du fait que vous étiez en parcours de PMA ?

Faustine : Non, je pense que ça a été vraiment au bout d'un an et demi, deux ans de travail, donc deux ans de parcours de PMA parce que vraiment les stimulations, les trucs, j'avais tout fait en fait en cachant, mais j'ai été arrêté. En fait, j'ai eu une chance, c'est que j'ai une super responsable qui est extraordinaire. Les autres responsables pareil, et en fait elles se sont inquiétées. Je pense que j'ai senti en fait qu'elles avaient peur même d'un cancer ou autre chose. Et puis je pense que j'ai voulu les rassurer. Donc à un moment j'ai parlé et voilà, elles ont été au courant. Et donc, et ça m'a soulagé en fait, énormément. Et puis d'ailleurs plein de fois, elle me disait « mais faut t'arrêter ». C'était même des fois elle qui me déclenchait un peu l'arrêt parce qu'elle me disait « non mais là regarde, ça va pas » parce que ben j'allais au boulot et les larmes arrivaient toutes seules. J'arrivais plus à faire face et à un moment...des crises d'angoisse qui sont arrivées aussi, je ne connaissais pas.

LS : Vous m'avez dit que vous avez vu plein de professionnels différents à l'extérieur, en dehors du CHU.

Faustine : Acupuncture, ouais, naturopathe en effet

LS : Et pour des raisons particulières, à visée spécifique ou simplement pour tester, vous ne connaissiez pas la méthode ?

Faustine : Et ben la kinésiologie j'en avais fait quand même y'a plusieurs années, quand je m'étais séparée d'une relation de famille, qui m'avait fait du bien. Hypnose, EMDR c'était quelque chose que j'avais fait aussi. Donc voilà, maintenant en fait, c'était des trucs qu'on me conseillait : « ah mais non, mais si tu fais ça, tu vas tomber enceinte ». Et donc bah en fait on essaie, on fait. Et en plus bah en général ces personnes-là ont toujours le discours de « ça va marcher, ça va marcher pour les autres, et puis c'est dans votre tête ». Voilà, voilà donc avec le recul je me dis « bah non mais de créer un être en fait, bah c'est pas qu'une histoire dans ma tête ». Alors je peux le comprendre et le concevoir qu'il faut se sentir prêt, mais il y a pas que ça en fait, tellement d'autres choses qui se passent. Et comme j'ai même eu une période où je prenais des douches froides parce que fallait pas prendre des douches trop chaudes... À un moment donné, en fait, on s'accroche à toutes les croyances. Mais par contre, j'avais vraiment cette sensation en fait de donner des coups d'épée dans l'eau. Vraiment ce truc. Et en même temps, je pense que moi ça me rassurait d'être dans l'action. Comme je sais que l'inactif en fait, c'est quelque chose que j'ai du mal à gérer. Du coup, le fait d'être dans l'action, ben j'avais moins l'impression de subir et l'impression peut-être de prendre un peu plus les choses en main. Parce que la PMA, le fait de ne pas savoir, d'attendre, de si, on verra, oui, peut-être. Ah ouais, c'est assez anxiogène en fait, en tout cas pour moi.

LS : Ouais, et bon je sais que vous avez été suivie par la psychologue mais je me demandais à quel moment en fait on vous a dirigée vers un suivi psychologique ?

Faustine : C'est le médecin en fait du CHU quand mon chéri a dit stop. Il était en colère. Il y avait vraiment une force. Voilà. Donc en même temps c'était bien parce que ça a permis d'exprimer des choses. Et là je me suis dit, « bah, c'est peut-être un déclenchement, le moment de partir sur autre chose ». Et donc c'est le Dr X en fait qui a dit « bah tiens nous on a la psy au CHU ». Je suis pas avec d'autres (psychologues) parce qu'en fait tous les autres c'était quand même des budgets, j'y allais tous les quinze jours, c'était énorme. Et là je me suis dit « bah allez, pourquoi pas, une fois ». Et je pense que je me suis un peu laissée porter à ce moment-là. Et puis cet engagement puisque mon chéri lui me dit « bah je viens avec toi ». Enfin donc là du coup je me suis dit « ah on n'est plus dans ce combat ». Et d'ailleurs je ne parle plus de combat. J'ai quasiment plus parlé de combat en fait, dès l'instant que la psychologue est arrivée, entre guillemets « dans notre vie ». Parce que ben ouais, ça a vraiment permis, en fait, de nous retrouver. Et plein de difficultés qu'on avait en fait, c'est terrible, et je pense qu'on aurait vraiment pu se séparer. Il y avait énormément d'incompréhensions, mais du coup c'est tout l'inverse maintenant.

LS : Elle a vraiment été votre soutien à ce moment-là.

Faustine : Ah oui oui oui oui ! Je pense que vraiment à ce moment-là en fait on avait juste la psychologue et puis après y a des fois où j'ai pu faire, des fois, un petit peu de choses en parallèle mais vraiment, en fait, le gros socle c'est la psychologue.

LS : Ouais, est-ce que tu y allais toujours un couple ou seule avec elle ?

Faustine : Et ben on a eu les deux, y'a eu des petits moments en fait où moi j'ai eu besoin aussi d'aller toute seule mais y'a vraiment eu ce travail de couple.

LS : Est-ce que tu penses que dans la prise en charge, l'intégration de l'accompagnement psychologique devrait être faite différemment ?

Faustine : Il faudrait peut-être l'amener, entre guillemets « automatiquement » et qu'après on laisse le choix. Peut-être de dire « voilà, continuez ou pas », mais que ça « fasse partie » entre guillemets, du parcours comme de voir le médecin et de faire des examens. Est-ce que je trouve qu'en fait, des fois, on n'est pas prêt à entendre ça en fonction de nos croyances, notre éducation ? ça peut ne pas être bien accueilli, c'est que je vais pas bien et que j'ai ça en plus. Enfin c'est que ça peut être pris négativement. Moi j'avais la chance de pas le prendre comme ça...mais en même temps j'y avais pas spécialement pensé avant au CHU dans le sens où j'ai associé CHU médical et ouais psychologique je l'associais pas à ce lieu-là. Mais c'est tellement bénéfique.

LS : oui, c'est a posteriori. Mis à part avec la psychologue, est-ce que tu t'es sentie suffisamment soutenue et écoutée par les professionnels pendant ton parcours de PMA ?

Faustine : Ouais alors y'a eu quand même la première expérience en libéral quand je suis arrivée sur Angers qui n'allait pas du tout. Par contre sa collègue, elle est extraordinaire mais elle faisait que endométriose donc bon. Et voilà après ouais...bah je...c'est vrai qu'on sent quand même que d'un côté médical, y'a vraiment cette notion en fait de vouloir travailler sur le point médical, côté médical, mais cette prise en charge d'un petit peu psychologique, des fois, elle était pas assez, assez écoutée ou assez euh...je sais pas, il y a pas cette sensibilité des fois. Ouais donc on peut percevoir un peu comme une froideur en fait. Ouais après franchement les sages-femmes et tout ça là pas du tout. Voilà, je, vraiment, au contraire, agréablement surprise. Et surprise en fait, parce que bon, là c'est un petit peu plus...si par rapport à la grossesse, où ah oui, on a des rendez-vous d'une heure disons bah c'est 1h et en fait, en tout cas, on a passé 2h30, on s'est excusé cinq fois parce qu'on dit « bah non mais par rapport à l'heure », non non je prends le temps. Ok d'accord donc voilà, c'est vraiment impressionnant. Dans le global, je dirais positif.

Maintenant c'est rigolo. J'aurais envie de parler de mon chéri, de son œil où lui, il y a eu quand même des moments où il se disait « bah en fait j'ai un peu l'impression d'être invisible ». Après je pense que c'est, lui a eu cette force de prestance et de truc de s'imposer, mais je pense que, pour quelqu'un qui est peut-être, très touché par le parcours de PMA et qui en plus n'a pas forcément ce tempérament, ça doit pas être évident.

Moi j'ai trouvé ça quand même assez bien dans le sens où ça m'a permis aussi de me rendre compte que c'était peut-être pas que lié à mon âge parce qu'en fait, quand j'arrivais le matin, tous ces examens, les trucs, les machins, les prises de sang, bah en fait, on se retrouve avec des femmes différentes, avec plein de couples différents, des visages, des cultures. Enfin donc ça a permis de peut-être, un peu se sentir plus légitime par rapport à ça. Et puis bah on sent quand même que les équipes elles font tout pour que ça se passe bien. Après des fois ils ont peut-être pas tous les moyens nécessaires par contre, parce qu'on sent bien que des fois, les pauvres, ils courent dans tous les sens. Bah moi ça me touche ce truc là. C'est fou tout ce qu'ils font et qu'on leur donne pas plus de moyens en fait. Voilà mais non non franchement très bien.

Maintenant...maintenant c'est rigolo, la grossesse, j'ai pas fait le suivi en fait au CHU parce qu'il y a un peu des souvenirs un peu de cet étage, cinquième étage...j'avais pas envie d'y retourner mais pour les rdv psy ça me gêne pas. Après le fait que la psychologue soit descendue au premier étage, ça aide.

LS : Sur la suite de votre parcours, après cette redirection vers la psychologue, vous avez fait le choix de mettre en pause ou de poursuivre malgré tout ce que ça impliquait ?

Faustine : C'est là où on nous a parlé du don d'ovocyte. C'est là qu'on nous a ouvert en fait cette possibilité-là de nous dire « ben voilà ». Et en parallèle, nous, on avait rencontré un couple justement qui avait fait le choix du don. Ils étaient partis en Espagne et en fait on s'est dit « mais en fait, c'est peut-être la solution » ...parce qu'on me disait que j'avais aucun problème, alors c'était assez culpabilisant parce que c'est le problème de la femme en fait, mais y'a très peu d'exemples en fait, on ne parle pas de l'homme, on nous remet beaucoup en cause, ouais...c'était un peu compliqué. Alors que là, en fait, le fait qu'ils étaient allés en Espagne, qu'il y ait eu des examens de fait, ça nous a un peu rassuré. Et en parlant avec le médecin en fait, il a été très ouvert et il a dit ça, « oui, c'est vrai que là on peut continuer en fait un certain temps encore à faire des FIV et des FIV. Et comme on sait pas en fait et on voit rien, c'est peut-être la solution d'aller en Espagne ». Donc ils nous ont dirigés pile à ce moment-là, et on prenait la décision. Et la psychologue arrivait aussi dans

la boucle. Donc y'a vraiment tout ça. On n'a jamais eu vraiment de moment où on voulait s'arrêter. Moi j'avais besoin de faire tout en me disant « moi j'ai pas de regrets ». Et pourtant, en fait, c'était un truc que j'imaginais ne jamais faire parce que ben, j'ai pris conscience que, par exemple, j'ai jamais fumé, j'ai jamais bu vraiment beaucoup d'alcool ou quoi que ce soit parce que, inconsciemment en fait, je me disais que j'avais envie d'avoir un corps sain. Voilà. Et donc là, ça a été compliqué. En plus, j'ai eu la période...je pense que tout le monde y pense à un moment, à se dire « je suis en train de me flinguer, je vais me faire un cancer machin ». C'était pas bien du tout. Enfin ce mélange...les anesthésies, les anesthésies générales, je me suis dit voilà, « on va me cramer les neurones ». Voilà et t'imaginer en fait aller en Espagne. Au début on m'a dit ça mais jamais de la vie. Voilà mais sauf que la vie a fait que bah ça a avancé dans ce sens-là. Et je pense que les épreuves, ça nous donnait aussi du rire en fait. Donc il y a jamais eu de pause en fait, c'était vraiment et c'était beaucoup... Bah les rencontres... et d'ailleurs ce couple là en fait, quand on les a rencontré, on a beaucoup discuté avec eux et eux ils avaient une expérience très négative parce qu'elle, elle se sentait pas maman en fait de leur petite fille, elle se sent pas légitime et tout ça. Mais en attendant en fait, ben moi j'avais vraiment conscience que ça lui appartenait. C'était pas général, c'était...et puis cette approche avec la psychologue a vraiment permis en fait de voir le don d'ovocyte comme un don d'organe en fait, un don de rein, de cœur. Et du coup ça a vraiment clarifié les choses. Et puis je me dis « bah jamais en fait quand on donne un rein à quelqu'un on dit que c'est son frère ». Alors que là si on me dit « elle est où sa mère ? », enfin sa mère je pense que c'est un peu moi donc ouais ça a vraiment permis en fait de mieux voir la partie positive des choses. Qui a fait que ça nous a encore plus conforté de se dire « on y va » et je pense qu'on a ce tempérament tous les deux. On est Taureau tous les 2 ahah. Voilà, quand on fait des choix, on peut toujours se dire, « ah bah oui, et peut-être que » mais on fait le choix, on fait le choix.

LS : Oui, cette expérience ne vous a pas découragée.

Faustine : Mais assez souvent en fait, là y'a eu juste une fois là je pense que comme j'étais très stressée en fait, un avis extérieur m'a un peu touchée mais je suis pas du tout influençable. Et mon chéri encore moins. Donc je pense que c'est une grosse chance pour nous parce que y'a tellement de discours différents de parcours de PMA que on pourrait...c'est vrai que je pense qu'on peut facilement en fait, se mettre facilement des freins par rapport à tout ça. Nous jamais. On a toujours fait, pris des décisions en fait, en se disant « voilà, on le fait comme on pense ». On suivait quand même pas mal les avis médicaux. C'est peut-être pour ça qu'il y a eu des fois aussi où moi j'avais l'impression de subir peut-être un petit peu plus.

Mais en attendant, et même quand ces stimulations, ces trucs, les fausses couches et tout ça...en fait, c'est terrible, mais moi je, j'ai vraiment ce ressenti que les choses, elles n'arrivent pas par hasard. Et par exemple, cette première grossesse, de toute façon, elle aurait abouti, on se serait peut-être bien séparé parce qu'en fait, on ne se connaissait pas du tout. Alors on se serait pas du tout « perçus » entre guillemets, de la même manière, on aurait pas communiqué de la même manière parce que j'étais pas « assez » entre guillemets non plus. Et à chaque fois en fait qu'on a eu des fausses couches ou des choses, en fait ça nous a renforcé. Le fait de traverser tout ça, ben ça a vraiment permis clairement que je dise oui quand il m'a demandé en mariage alors que jamais j'aurais dit oui parce que ben j'avais eu d'autres expériences et j'ai été pendant 9 ans avec quelqu'un, il m'aurait demandé en mariage j'aurais dit non. Et toutes les autres personnes après. Après y'a plein de personnes que j'ai eu l'impression de collectionner. Mais j'ai eu plusieurs expériences dans ma vie et je me sentais jamais assez sûre en fait de m'engager à ce moment-là alors que grâce à tout ce parcours qui a été difficile, quand il m'a demandé en mariage, en fait, c'était évident. Donc c'est un parcours qui est semé d'embûches et plein de négatif et de, d'expériences compliquées mais en attendant, en fait, ça renforce énormément et oui, ça nous a porté en fait. Ouais, positivement.

[...]

LS : Avant d'interrompre l'enregistrement, je voulais juste te demander s'il y a des choses que tu aurais souhaité ajouter en lien avec tout ce parcours.

Faustine : Euh comme ça là, je réfléchis mais je pense avoir dit beaucoup de choses.

BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. Rapport de l'OMS sur l'infertilité : un problème mondial de santé publique - Institut Européen de Bioéthique; 17 avr 2023 [cité le 3 janv 2025]. Disponible: <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/rapport-de-l-oms-sur-l-infertilite-un-probleme-mondial-de-sante-publique-2165.html>
2. [En ligne]. Selon l'OMS, dans le monde, une personne sur six est touchée par l'infertilité; [cité le 22 sept 2024]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
3. Hamamah S. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité. Dans: Infertilité [En ligne]. Elsevier; 2023 [cité le 21 sept 2024]. p. 439-44. Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294781346000498>
4. [En ligne]. Quel est le taux de réussite/d'échec de l'AMP? - Agence de la biomédecine; [cité le 3 mai 2026]. Disponible: <https://agence-biomedecine.fr/fr/don-de-gametes-et-assistance-medicale-a-la-procreation/quel-est-le-taux-de-reussite-d-echec-de-l-amp>
5. [En ligne]. Un premier enfant à 29,1 ans en 2023 : un âge qui continue d'augmenter - Insee Focus - 356; [cité le 10 mai 2026]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8608134>
6. [En ligne]. Procréation médicalement assistée (PMA); [cité le 21 sept 2024]. Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462>
7. [En ligne]. Agence de la biomédecine; [cité le 9 févr 2025]. Disponible: <https://rams.agence-biomedecine.fr/principaux-chiffres-de-lactivite>
8. Gdańska P, Drozdowicz-Jastrzębska E, Grzechocińska B, Radziwon-Zaleska M, Węgrzyn P, Wielgoś M. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. Ginekol Pol. 2017;88(2):109-12.
9. Willemot E. Symptômes de stress post-traumatique chez les femmes en parcours de procréation médicalement assistée Etude de la prévalence et des liens avec l'anxiété, la dépression, la qualité de vie et la résilience, en ligne]. Liège, Belgique : Université de Liège; 2022. Disponible: <http://hdl.handle.net/2268.2/15227>
10. Monti F, Agostini F, Fagandini P, Sala GBL, Blickstein I. Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. Fertil Steril. Elsevier; 1 mars 2009;91(3):851-7.
11. VIDAL [En ligne]. Dépression du post-partum; [cité le 1 déc 2024]. Disponible: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/depression-post-partum.html>
12. [En ligne]. Article L2141-10 - Code de la santé publique - Légifrance; [cité le 28 mai 2025]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895309

13. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatr.* 1 oct 2009;74(4):487-96.
14. Vancappel A, Hingray C. Chapitre 5. La dissociation : symptôme central des traumatismes complexes ? Dans: *Le Grand Livre du trauma complexe - De l'enfant à l'adulte* [En ligne]. Dunod; 2023 [cité le 8 mai 2026]. p. 94-107. Disponible: <https://shs.cairn.info/grand-livre-du-trauma-complexe-de-l-enfant-a-l-adulte--9782100844395-page-94>
15. Vénara P. Face à l'infertilité : Quand le désir est manqué et le manque fait souffrir. *Gestalt. Société française de Gestalt*; 23 juill 2013;43(1):89-102.
16. San-Onofre NB, Pennequin S. Femmes aux antécédents de violences sexuelles : le vécu de l'examen gynécologique en ambulatoire. 12 nov 2019;106.
17. Gorfinkel I, Perlow E, Macdonald S. L'examen génital et gynécologique qui tient compte des traumatismes subis. *CMAJ Can Med Assoc J.* 13 sept 2021;193(36):E1442-3.
18. [En ligne]. CCNE, Avis n°142 « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité », mars 2023 - APHP DAJDP; [cité le 30 avr 2026]. Disponible: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/ccne-avis-142-consentement-et-respect-de-la-personne-dans-la-pratique-des-examens-gynecologiques-ou-touchant-lintimite-mars-2023/>
19. Archetti C. Infertility as Trauma: Understanding the Lived Experience of Involuntary Childlessness. *Cult Med Psychiatry.* 2024;48(4):940-60.
20. Jaoul M. Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. *Haut Cons Santé Publique* [En ligne]. juin 2011;(75). Disponible: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad752427.pdf>
21. Langlade P, Martin C, Robin G, Catteau-Jonard S. Abord de la sexualité et des dysfonctions sexuelles par les médecins de la reproduction en France. *Sexologies.* juill 2020;29(3):115-20.
22. Mazoyer AV, Bourdet-Loubère S. Devenir des couples après un parcours en assistance médicale à la procréation (AMP) sans obtention de grossesse. *Divan Fam.* In Press; 24 août 2012;28(1):159-69.
23. Rio V. L'accompagnement psychosocial de l'infertilité et des personnes en parcours d'assistance médicale à la procréation : un besoin à reconnaître et des propositions à développer. *Médecine Reprod. JLE*; 2023;25(4):414-23.
24. Pirrello-Parnot LP. Etude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez les couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée [phdthesis, en ligne]. Université de Grenoble; 2013 [cité le 22 sept 2024]. Disponible: <https://theses.hal.science/tel-01225695>
25. [En ligne]. Principaux repères sur la dépression; [cité le 28 avr 2026]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
26. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;
27. [En ligne]. Le lien social, soutien essentiel de la santé mentale | Santé publique France; 14 nov 2025 [cité le 8 mai 2026]. Disponible:

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/article/le-lien-social-soutien-essentiel-de-la-sante-mentale>

28. Kiani Z, Simbar M, Hajian S, Zayeri F. The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Res Pract.* 4 mars 2021;7(1):6.
29. Sejbaek CS, Pinborg A, Hageman I, Forman JL, Hougaard CØ, Schmidt L. Are repeated assisted reproductive technology treatments and an unsuccessful outcome risk factors for unipolar depression in infertile women? *Acta Obstet Gynecol Scand.* John Wiley & Sons, Ltd; 1 oct 2015;94(10):1048-55.
30. Li N, Bai J, Wang L, Chen M, Zhu H, Dong J, et al. Factors influencing the anxiety and depression status in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer assisted pregnancy. *Sci Rep.* Nature Publishing Group; 10 mai 2025;15(1):16303.
31. Arnal M, Tebeka S. Les liens entre troubles psychiatriques et aide médicale à la procréation. *Presse Médicale Form.* 1 févr 2026;7(1):100763.
32. Place I, Laruelle C, Kennof B, Revelard P, Englert Y. Quel soutien les couples en traitement de FIV attendent-ils de l'équipe soignante ? Enquête et pistes de réflexion. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 mars 2002;30(3):224-30.
33. Goetgheluck K. L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers: Fondements, applications et implications pour les professionnels de santé: Doss Obstétrique - Sage-Femme. 7 sept 2025;N° 553(7):4-8.
34. L'Arc AA de. Respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance : étude qualitative dans une maternité de type III. 1 juin 2017;87.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population 12

TABLE DES MATIERES

Avertissement	2
Engagement de non plagiat.....	3
Remerciements	4
Liste des abréviations.....	5
Sommaire.....	6
Introduction.....	7
Matériel et méthode.....	9
Schéma d'étude.....	9
Population.....	9
Critères d'inclusion et de non inclusion	9
Méthode	9
Recrutement.....	9
Guide d'entretien.....	10
Analyse des données.....	11
Critères de qualité de l'étude.....	11
Résultats	12
Caractéristiques de la population	12
Vécu du parcours d'AMP	13
Le rapport aux actes médicaux.....	14
L'appropriation du corps	15
Le rapport à la sexualité.....	15
La notion de combat	17
La déception et le sentiment d'échec.....	17
La survenue d'affects dépressifs	18
La notion de tabou.....	18
La gestion des rendez-vous et de la fatigue au quotidien	19
Le rapport à l'entourage	20
Le vécu au sein du couple.....	21
Un sentiment d'enfermement.....	21
Accompagnement professionnel pendant le parcours de PMA.....	22
Information sur l'existence d'un accompagnement psychologique au sein du CHU.....	22
Se saisir d'un accompagnement psychologique.....	23
Intégration de l'accompagnement psychologique	25
Discussion	29
Résultat principal.....	29
Forces et limites de l'étude	29
Apports de l'étude	29

Limites de l'étude	30
Biais de l'étude.....	30
Comparaison avec la littérature	31
Notion de dissociation en psychologie.....	31
Aspect intrusif du parcours de PMA	32
Isolement social en parcours de PMA.....	33
Relation de soin.....	35
Conclusion	38
Annexes	39
Annexe 1 : Avis du Comité d'éthique.....	39
Annexe 2 : Publication sur les réseaux sociaux	40
Annexe 3 : Lettre d'information	41
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	42
Annexe 5 : Exemple d'entretien.....	43
Bibliographie.....	52
Table des tableaux.....	55
Table des matières.....	56
Abstract.....	58
Résumé.....	58

RESUME

Santé mentale en parcours d'AMP : vécu et expériences des patientes

Introduction : L'infertilité touche environ une personne sur six dans le monde. Le recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), expose les femmes à une prévalence plus élevée de troubles anxieux et dépressifs. Cependant, l'accompagnement psychologique demeure proposé mais non obligatoire. Cette étude visait à explorer le vécu des femmes en parcours d'AMP, à identifier leurs besoins en soutien psychologique et à comprendre les facteurs facilitant ou freinant le recours à un accompagnement en santé mentale.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs, menés auprès de dix patientes ayant eu recours à une AMP intra-couple au CHU d'Angers. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits, anonymisés et analysés par approche thématique.

Résultats : Le parcours d'AMP constitue une expérience intrusive sur les plans corporel, affectif, sexuel et social. Plusieurs participantes décrivaient un isolement important, de la fatigue, un repli sur soi, conduisant pour certaines à l'apparition d'un état dépressif. Sept participantes sur dix ont eu recours à un accompagnement psychologique, le plus souvent de leur propre initiative. La majorité des participantes a proposé une intégration systématique du soutien psychologique dès l'entrée dans le parcours.

Discussion : Ces résultats confirment les données de la littérature tout en soulignant la nécessité de repenser l'intégration du soutien psychologique dans les parcours d'AMP. Une proposition systématique dès l'entrée dans le parcours, associée à une relation de soin centrée sur la personne, constituerait une réponse adaptée à la vulnérabilité psychique de ces patientes.

Mots-clefs : PMA, Santé mentale, Accompagnement psychologique, Sage-femme

ABSTRACT

Mental health in Assisted Reproductive Technology pathways: patients' lived experiences.

Introduction : Infertility affects approximately one in six people worldwide. Recourse to Assisted Reproductive Technology (ART) exposes women to a higher prevalence of anxiety and depressive disorders. However, psychological support remains offered but not mandatory. This study aimed to explore the experiences of women undergoing ART, to identify their psychological support needs, and to understand the factors that facilitate or hinder access to mental health care.

Materials and Methods : A qualitative study using semi-structured interviews conducted with ten patients who had undergone intra-couple ART at Angers University Hospital. The interviews were recorded, transcribed, anonymised, and analysed using a thematic approach.

Results : The ART pathway constitutes an intrusive experience on physical, emotional, sexual, and social levels. Several participants described significant isolation, fatigue, and withdrawal, leading in some cases to the onset of a depressive state. Seven out of ten participants sought psychological support, most often on their own initiative. The majority of participants proposed the systematic integration of psychological support from the very start of the pathway.

Discussion : These findings confirm existing literature while highlighting the need to rethink the integration of psychological support within ART pathways. A systematic offer of support from the outset, combined with a person-centred care relationship, would constitute an appropriate response to the psychological vulnerability of these patients.

Keywords : Assisted Reproductive Technology, Mental health, Psychological support, Midwife