



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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



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

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

Année 2016

Thèse N°

**VECU DU LIEN MERES-NOURRISSONS DE MOINS DE SIX MOIS APRES UN
PARCOURS D'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 mères

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **9 JUIN 2016**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

BERTIN LEDRU Marie-Charlotte

Née le 12 décembre 1986

A Villeurbanne

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales
Directeur Général des Services

François-Noël GILLY
François-Noël GILLY
Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD
CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES
DE READAPTATION (ISTR)

Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEURE DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales

Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchab	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire

Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie

COMPOSITION DU JURY :

Président : Professeur Pierre Fourneret

Membres : Professeur Yves Zerbib

Professeur Christian Dupraz

Docteur Elise Benedini

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de présider ma thèse sans me connaître et pour l'intérêt que vous y avez porté.

Vous trouverez en cela, l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury.

Je vous remercie de participer aussi activement à notre formation d'interne en médecine générale et pour votre bienveillance.

Trouvez ici le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Christian Dupraz,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

J'admire votre investissement au sein du Département de Médecine générale.

Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Elise Benedini,

Je t'ai rencontré pour te proposer d'encadrer mon travail de thèse sur la cigarette électronique, tu m'as répondu cash que ça ne t'intéressait pas !

Tu m'as proposé ce sujet qui te tenait à cœur. J'ai accepté la mission avec intérêt et plaisir. Quelle chance d'être tombée sur toi. Rien n'est effrayant à tes côtés, la thèse devient même une partie de plaisir !

Merci de m'avoir toujours guidée, soutenue et écoutée. Merci pour ta générosité et ta bonne humeur à toute épreuve. Je ne te connais pas en tant que médecin, mais humainement... Juste Waouh !

**A mes maîtres de stage de médecine générale : Patricia Fraissinet-Astier,
Franck Huc, Sebastien Reynard,**

J'ai toujours repoussé au cours de mon externat puis de mon internat le passage en stage de médecine ambulatoire. Quelle erreur ! Merci à tous les trois pour m'avoir montré votre amour de la médecine générale sincère, entière et humaine. Vous resterez mes modèles. Merci d'avoir confirmé ma vocation.

A l'ensemble des femmes qui ont accepté de me rencontrer et de se confier pour l'élaboration de ce travail. Merci. Nos entretiens ont été bouleversants. Vous resterez des exemples de courage, de patience et d'apaisement. Je souhaite à vos familles de continuer à savourer chaque jour ce bonheur si mérité.

A toi papa,

Bientôt douze ans que tu nous as quitté. Merci pour les dix-sept merveilleuses années à tes côtés. Mon héros. Tu m'as transmis ton Amour pour la médecine, l'envie de me battre, de gagner. Tu m'as aussi appris à savourer chaque instant et à profiter de la vie. Tu es ma force, ma bonne étoile. Je t'aime papa.

A toi Maman,

Mon deuxième héros ex-aequo ! Tu es la femme la plus courageuse que je connaisse, tu as bien plus de force et de ressources que tu ne le crois. Merci de nous avoir tout donné, et d'avoir fait de moi la femme que je suis. Tu es faite pour le Bonheur, continues de rayonner et d'illuminer ma vie. Je t'aime maman.

A toi Antoine,

Mon unique frère, ma moitié. Comme te surnommes un peu jalousement ton beau-frère : tu es pour moi le « plus mignon du monde », le « plus drôle du monde », le « plus magouilleur du monde » ! Tu n'imagines pas à quel point je suis fière de tout ce que tu as accompli, chapeau Doc ! Merci pour ton enthousiasme sans borne, pour ton amour. Je t'aime mon Tonio.

A toi Marion,

Ma sœur de cœur. Sans toi rien ne serait possible. Je suis complète quand je t'ai près de moi. Je suis si fière de ta réussite au concours, la roue tourne. Je serai toujours là pour toi.

A Agnès et Bruno,

Ma deuxième famille, merci d'être si entiers, généreux, et bienveillants. Vous avez toujours été présents dans les bons et les mauvais moments, j'espère que je vous le rendrai en centuple. Je vous aime.

A Papi et Mamie,

Merci pour m'avoir transmis votre passion pour la médecine. Merci pour votre affection et d'avoir toujours été là pour moi. Quelle chance de vous avoir près de moi aujourd'hui... J'ai hâte de vous présenter votre deuxième arrière petit Trafan !

A mamie Magda,

J'espère que tu as enfin trouvé la paix intérieure.

A ma famille,

Brigitte et Denis, Thomas, Marie et Diane, Paul, Patty, James, Thib, Jean-Paul, Florence, Martin et Timothée, Vincent,

Je vous remercie tous et toutes.

A ma belle-famille,

Merci Carole et Pierric de m'avoir accueilli avec tant de générosité. Les déjeuners dominicaux sont de purs moments de bonheur. Je me sens simplement bien près de vous.

Merci pour votre soutien et votre affection depuis toutes ces années.

A Bertille, ma belle-sœur préférée ! Si belle, si pétillante. Merci pour nos longues discussions.

A Gus.

A Alix.

A Anne, merci pour ton humour, ta fraîcheur et ton sens du partage.

A Paul bien sûr qui comme tous les grands Messieurs, nous a quitté trop tôt.

Bien sûr à toute votre belle et grande famille !

A Thomas.

A mes amis,

Josy, Inséparables, l'amitié de ma vie. 22 ans déjà et encore tellement de beaux moments en perspectives... A Oscar.

Clem, Loin des yeux, près du cœur. Quelle joie de t'avoir retrouvé, même si notre amitié était intacte. Merci pour ta spontanéité, ta folie, ton courage.

Marie Wendy, Lyon ou Clermont, qu'importe. Rien ne pourra nous éloigner, notre amitié est trop forte, j'aime ta simplicité et ton franc parler !

Marie Tupu, Une belle deuxième vie à notre amitié. Merci pour nos discussions interminables, merci pour les détails, merci d'être si entière et généreuse en amitié.

Loulou, Je crois au destin, nous étions prédestinées à nous lier. J'aime ta douceur, ton calme et tes talents de cuisinières bien sûr ! A Jo.

Gé, Une fois qu'on y a goûté on ne peut plus s'en passer ! Je souhaite que les années à venir te soient sereines et douces. Tu pourras toujours compter sur moi.

Laure, Mon amie. Ton pragmatisme, ta sagesse, ta gentillesse et ta famille sont ta force. J'aime t'écouter discuter des heures !

Cam, Merci de me recevoir pour nos déjeuners habituels du lundi, ils nous ont rapprochés, j'espère qu'ils dureront encore. A Rudy et Jules !

Flav, Tant de souvenirs de voyages avec toi...Te savoir heureuse et épanouie à Chambéry me ravie.

Julia, gynéco passionnée et couturière hors-pairs ! J'ai hâte de te découvrir en magnifique mariée (doc ou pas doc, court ou long ?!) plus que quelques mois...

Chachou, Chaton, pipi-cahouëtte, ta compagnie me rend joyeuse, je pourrai passer des heures à refaire la monde à la marseillaise avec toi. Tu es une vraie belle personne.

Gégé, merci pour ta présence, ton affection et ton humour depuis toutes ces années.

Galou, toujours présent, toujours partant, toujours de bonne humeur. Une pépète.

Bert, On se retrouve autour de notre passion commune pour les olives inavouables !
Tes one-man shows me régaler, j'en redemande !

Cyp, Ma grande gueule au cœur sur la main. Etre devenu père est ton plus beau rôle. A Ernesto.

Quentin, Ta force de persuasion, ton dynamisme, ta sincérité nous sont chères.
Parain, pas parrain ?!! En tout cas un rôle de première place c'est certain...

Marine, Une très belle découverte qui ne fait que commencer...

Tut et Marie-Au, Continuez d'être un modèle d'aventures et de bonheur familial.

A Zaza, Sarah, Nat, Sab, Jerem, Chach, Max, merci d'avoir rendue ces longues années d'études si riches et précieuses.

Guigui et Clem, Une belle découverte en amitié, nos couples se ressemblent et s'entendent sans effort.

A Bernardo et Céline, toujours avé la bonne-humeur ! Nos copains Stéphanois ! Mon seul regret est de ne pas profiter de vous plus souvent, vous avez trop de potes !

Mag et Pierrot, encore une raison de remercier Loulou et Bert, votre présence est un véritable antidépresseur !

Clo et Pierrot, nous avons été pris de nouveau pour flagrant délit de naissance d'amitié de voisinage et nos enfants grandiront ensembles même si le vôtre est rouquin ! Nous sommes ravis, ce n'est que le début des menthes glacées !

A Katell, Isabelle, Véronique, Astrid,

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir confié vos patients.

Vous m'avez offert une première expérience professionnelle et humaine de grande qualité. Travailler à vos côtés est un véritable cadeau.

A Corine Rebelle,

Merci de m'avoir aidé à recruter tes patientes avec tant de facilité. Merci de m'avoir formé à la pratique de la gynéco, les journées de planning familial à tes côtés étaient un régal.

Et maintenant merci d'avoir accepté de suivre ma grossesse, de me rassurer et de me comprendre, j'ai trop de chance !

A Tanguy, mon mari et le père de notre futur enfant,

Avec toi rien n'est impossible.

Je n'arrêterai jamais de me battre pour toi, pour nous, pour notre famille. Je te promets que dans trente nous nous demanderons encore comment il est possible de s'aimer si fort.

Je suis si fière d'être ta femme. Si fière de toi, à chaque instant.

Tu es mon phare.

Je t'aime, je t'aime tellement.

RESUME

Contexte : Une naissance sur quarante en France est le fruit de l'AMP. Ce parcours hyper médicalisé comporte des contraintes physiques importantes, avec une lourde charge émotionnelle et psychologique. Il est légitime de s'interroger sur de possibles transmissions des traces du traumatisme maternel dans le vécu du lien avec son nourrisson de moins de six mois.

Matériel et Méthodes : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. La population cible était des femmes primi ou multipares, âgées de 27 à 42 ans, mères d'un nourrisson de moins de six mois au terme d'un parcours d'AMP.

Résultats : Les mère-AMP sont submergées par de fausses croyances liées aux techniques utilisées.

Elles peuvent parfois développer un mécanisme d'autoprotection car elles estiment avoir besoin de temps pour se reconstruire. Le lien fusionnel d'inter dépendance avec les nourrissons est alors souvent critiqué.

L'épuisement ressenti au terme du parcours d'AMP et de la grossesse constitue un frein au don d'elles-mêmes. L'attachement à leur nourrisson peut alors prendre du temps.

Elles aspirent à une reconnaissance de normalité de leur statut de mère, de leur nourrisson et de leur famille. Normalité qui s'oppose à leur quête de perfection maternelle et au surinvestissement de leur bébé miracle.

Conclusion : Notre étude permet de mieux comprendre la forte ambivalence de ces mères face à leur nouveau-né et les nombreuses fausses croyances que leur grossesse suscite. Elle apporte des pistes de réflexions au médecin généraliste qui peut les aider à accepter leur passé d'AMP et leurs imperfections. Il peut engager un travail de revalorisation qui guidera le bon développement du lien avec leur nourrisson.

ABBREVIATIONS

AMP : Aide Médicale à la Procréation

PMA : Procréation Médicalement Assistée

FIV : Fécondation In Vitro

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	24
METHODOLOGIE	27
I MATERIEL.....	27
II METHODES	27
A - Type d'étude et objectif.....	27
B - Revue de la littérature.....	27
C - Elaboration du canevas d'entretien.....	29
D – Constitution de l'échantillon et recueil des données.....	31
RESULTATS.....	39
DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	39
DES INQUIETUDES.....	41
Inquiétudes liées aux techniques d'AMP.....	41
L'attachement au nourrisson.....	42
SE PROTEGER.....	43
La crainte de la fusion.....	43
Se recentrer sur soi.....	44
L'AMBIVALENCE.....	45
Mamans comme les autres.....	45
Devoir être une Super-Maman.....	47
Un enfant surinvesti.....	48
ATTENTES ENVERS LE MEDECIN GENERALISTE.....	49
DISCUSSION.....	51
A) Critique de l'étude.....	51
1. L'équipe de recherche.....	51
2. Conception de l'étude.....	55
3. Analyses des données.....	58
B) Analyse des résultats confrontés à la littérature.....	59
DES INQUIETUDES.....	59
SE PROTEGER.....	61
L'AMBIVALENCE.....	63
ATTENTES ENVERS LE MEDECIN GENERALISTE.....	66
CONCLUSION	67

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
ANNEXES	70
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN, PREMIERE VERSION	71
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN, VERSION FINALE	74
ANNEXE 3 : FICHE D'INFORMATIONS AUX MAMANS	77
ANNEXE 4 : E-MAIL A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	79
ANNEXE 5 : DECLARATION A LA CNIL	80
ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	81
ANNEXE 7 : CONSOLIDATING CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE STUDIES (COREQ): 32-item checklist.....	82
ANNEXE 8 : CD DES ENTRETIENS	86

INTRODUCTION

Depuis la naissance d'Amandine, le premier bébé « éprouvette » Français le 24 Février 1982, l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) s'est considérablement développée. Elle fait l'objet d'une définition explicite dans l'article L.2141-1 du Code de Santé Publique : « Il s'agit de l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique permettant la procréation en dehors du processus naturel »(1). Elle est soumise en France à un encadrement législatif strict organisé par les Lois de Bioéthiques de 1994 révisées en 2004 puis en Juillet 2011. Ces lois ont intégré l'AMP au champ d'exercice de la médecine. La stérilité n'est pas une pathologie comme les autres et l'aide à la procréation ne peut être assimilée à un traitement ne serait-ce que parce que les objectifs sont différents. Créer un enfant n'a rien à voir avec la guérison d'une maladie(2).

L'Agence de Bio Médecine a recensé en 2008, 121515 cycles de traitement toutes techniques confondues. En France, en 2010, 22401 enfants sont nés grâce aux techniques d'AMP, soit une naissance sur quarante(3).

Une des missions de l'Agence de Bio Médecine, agence publique nationale de l'Etat créée par la Loi de Bioéthique de 2004 est de suivre l'état de santé des femmes qui ont eu recours à l'AMP et des enfants qui en sont issus grâce à la création d'un registre national. Ils suscitent des questionnements liés aux caractéristiques des patients pris en charge (âge, pathologies) et aux moyens médicaux et techniques utilisés. Des études ont cherché un excès de risques chez les enfants issus de techniques d'AMP (Fécondation In Vitro ou FIV) de survenue de malformations d'organes ou de retard de développement psychomoteur sans aucune conclusion significative(4).

Avant l'enfant il y a le désir d'enfant. La question du désir d'enfant ne se posait pas il y a cinquante ans lorsque la reproduction était liée au destin et échappait plus ou moins à la volonté. En France et dans les pays occidentaux, les femmes contrôlent leur contraception, ce qui leur donne l'illusion de contrôler leur conception. Le couple

planifie le moment idéal pour concevoir un enfant en fonction de critères multifactoriels personnels (professionnels, sentimentaux, financiers, géographiques...)(5).

Quand le couple prend cette décision et que ce désir ne se réalise pas, le recours à la médicalisation arrive vite face au temps qui passe. Or le temps est un élément fondamental en termes de fécondité. Le besoin d'enfant est alors souvent confondu avec le désir d'enfant et peut devenir obsédant(6).

Les chercheurs se sont penchés sur l'ajustement psychologique des mères d'enfants nés après AMP. Les résultats étaient en faveur d'une baisse de l'estime d'elles-mêmes, et d'une perception de plus grande vulnérabilité chez leur bébé(7).

Néanmoins aucune étude n'a étudié le lien de la mère avec son nourrisson lors des six premiers mois de vie.

Pourtant, l'Aide Médicale à la Procréation introduit un excès de pensées et de réalité à propos de la conception. Dans les grossesses naturelles, on parle de date de naissance mais on ne connaît pas la date de la conception. Ce parcours hyper médicalisé comporte des contraintes physiques importantes, avec une lourde charge émotionnelle et psychologique, à la fois pour la femme, pour l'homme et pour leur couple(8).

Il est légitime de s'interroger sur de possibles transmissions des traces de la souffrance maternelle liée aux traitements lourds et contraignants. Certaines études montrent que le nombre de couples qui abandonnent d'eux-mêmes l'AMP est loin d'être négligeable, atteignant parfois 60 % après trois cycles, alors que le pronostic médical est bon et que six cycles sont pris en charge par les assurances maladies des divers pays des études(9). On peut imaginer que l'enfant ressent le poids de l'investissement total de ses parents, leur absolu désir d'enfant, la pression de leur idéal difficile à satisfaire.

La naissance d'un enfant provoque, chez toute femme une véritable crise identitaire. L'attachement de la mère à son nourrisson est décrit comme instinctif dans la théorie de l'attachement de la pulsion primaire(10). Il serait la poursuite de la relation nouée pendant la grossesse(11). Cet état dépend de l'hypersensibilité de sa mère ce qui déterminera le futur développement psycho-affectif du nourrisson(12).

Après ce parcours du combattant, la notion d'enfant précieux prend sens avec un risque de surprotection et de surinvestissement par la mère. Rapidement ce cri de victoire peut être remplacé par la difficile réalité des pleurs, troubles alimentaires ou du sommeil. La culpabilité et les fluctuations émotionnelles peuvent freiner l'épanouissement de ces mères dans leur relation avec leur nourrisson(13).

Le médecin généraliste suit ces femmes, ces mères, et parfois leurs enfants. Ils sont au courant de leur parcours.

Que révèle le vécu maternel des interactions avec leurs nourrissons issus d'AMP au cours des six premiers mois de vie ?

Quelles sont les attentes des « mères-AMP » de l'accompagnement par leur médecin généraliste ?

METHODOLOGIE

I MATERIEL

Un ordinateur avec le logiciel de traitement de données Microsoft Office 2013 a été utilisé. Un dictaphone analogique « smartphone » a permis l'enregistrement des entretiens des mères, permettant leur retranscription intégrale dactylographiée. L'installation du logiciel « Zotero » a assuré une collecte des sources de recherche de manière simplifiée.

II METHODES

A - Type d'étude et objectif

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

La recherche qualitative visait à explorer en profondeur le sens que les individus donnent au monde qui les entoure. Le choix de cette technique de recherche s'était fondé sur la volonté de rendre compte de la complexité du réel là où souvent l'enquête quantitative, par questionnaire ne dressait qu'un portrait simplifié.

L'étude explorait le lien des mères avec leur nourrisson de moins de six mois après un parcours d'Aide Médicale à la Procréation (AMP). Elle avait pour objectif d'explorer le vécu des mères dans cette nouvelle relation pour améliorer l'accompagnement singulier par le médecin généraliste.

B - Revue de la littérature

L'enquêteur avait commencé en Juillet 2014 une revue de la littérature sur le vécu des femmes en parcours d'AMP. Suite à la découverte d'une fiche de thèse préexistante sur le même thème au Département de Médecine Générale de la Faculté Lyon-Est, le sujet a été réajusté en se focalisant sur un vécu moins connu, celui de la relation de la mère avec son nourrisson après un tel parcours.

De nouvelles recherches bibliographiques ont été effectuées sur le portail de recherche de l'université Lyon 1, dans les catalogues en ligne mis à disposition : DocCISMef, EMpremium, PASCAL, Pubmed et le SUDOC. Les données ont été enrichies par des articles de revues psycho-sociales du moteur de recherche CAIRN. Les mots clés utilisés pour la recherche francophone ont été : « Aide médicale à la procréation », « relation mère-enfant », « FIV », « maternité », « médecin généraliste » par l'équation de recherche « boléen » de type : "AMP ET relation ET mère ET enfant ET médecin généraliste ».

Les mêmes équations de recherches ont été faites dans les moteurs de recherche Anglophone avec les mots clés : " Assisted Reproductive Technology », « Baby », « Attachment » or « relationship », « mothering » or « maternal child », « experience », « general practitioner ». Exemples d'équation de recherche : "Assisted reproductive technique AND mother child interaction AND general practitioner (All fields MeSH Termes)", ou "Assisted reproductive technology AND attachment AND Maternal-Child AND general practitioner (All fields MeSH Termes)".

La base de données de la Cochrane Library a également été parcourue utilisant l'équation de recherche « Assisted reproductive technique AND Mother-Child », 33 articles ont été référencés mais tous portant sur des pathologies liées à l'infertilité ou sur la description des techniques de procréation utilisées.

Des ouvrages papiers ont été utilisés pour élargir les thématiques tels que des livres de l'auteur Donald Winnicott qui a développé le concept de la mère suffisamment bonne (« good enough mother »), et de Monique Bydlowski, neuropsychiatre et psychanalyste spécialiste de la maternité. Des articles de la Revue du praticien ont été achetés afin de compléter les recherches.

C - Elaboration du canevas d'entretien

A l'issue de la recherche bibliographique, des hypothèses ont été formulées et ont permis d'élaborer le canevas d'entretien. Ce guide a été utilisé comme support afin d'explorer au maximum le vécu des premiers liens des mères avec leur nourrisson. (ANNEXE). Il a été enrichi d'un entretien à l'autre en fonction des nouveaux thèmes abordés.

L'entretien semi dirigé a semblé être l'outil le plus adapté pour combiner une attitude non directive avec un projet directif. L'attitude non directive explorait la pensée des mères sur leur lien avec leur bébé dans un climat de confiance. Le projet directif permettait d'obtenir des informations sur des points définis à l'avance.

Un cercle « exceptionnel » avait été organisé par le Docteur Benedini avec l'intervention d'une psychologue afin de nous initier à l'utilisation de techniques de reformulation, de relance et de questions ouvertes pour obtenir un discours plus naturel et libéré dans nos entretiens.

Description du canevas :

L'entretien débutait par une présentation du chercheur et de son travail de thèse centré sur le vécu de leurs premiers liens avec leur nourrisson. Les données anthropométriques étaient recueillies par la suite de façon déclarative par des questions fermées. L'interview commençait par une question ouverte sur l'état de santé global de leur nourrisson leur permettant de parler librement sur leur sommeil, leur alimentation, leurs ressentis lors des pleurs, le mode de garde, leur croissance.

L'entretien s'intéressait à leur vécu de leur parcours de procréation médicale et de l'accouchement. Il introduisait le médecin généraliste comme médecin de famille connaissant la mère, l'enfant, leurs parcours et les attentes des mères envers celui-ci.

Il s'était avéré important après les quatre premiers entretiens de ne pas préciser l'importance du mode de conception par procréation médicale assistée dans la description du travail. Cette précision générait trop de réflexions pouvant entraîner un blocage avec anticipation des réponses chez les femmes interviewées. Elles évoquaient spontanément et systématiquement leur parcours en début d'entretien ce qui permettait à l'enquêteur de rebondir. Il finissait en laissant la possibilité aux mères de donner des conseils aux futures mamans ayant suivies des techniques de PMA puis un temps de parole libre et notamment sur leur ressenti après cet échange.

La formulation et l'ordre des questions n'étaient pas figés mais adaptés au déroulement de l'entretien. Le chercheur pouvait orienter les mères dans leurs discours par des questions de relances, en évitant les questions fermées dans la mesure du possible pour ne pas influencer leur narration.

Notes durant l'entretien :

L'enquêteur a pris quelques notes sur la communication non verbale des femmes pendant l'entretien. Elles ont été limitées afin de ne pas les interrompre dans leur récit et de respecter le cheminement de leur pensée en les soutenant du regard. Elles ont été intégrées entre parenthèse dans la retranscription des entretiens.

Test du canevas d'entretien :

Le questionnaire a pu être testé auprès de trois mamans répondant aux critères d'inclusion. Le canevas a été modifié après ce troisième entretien suite aux nouveaux thèmes abordés.

Le premier canevas ne permettait pas de répondre à l'hypothèse de recherche en accordant trop de place au vécu du parcours de PMA par ces femmes et ne s'intéressait pas assez aux liens avec leur nourrisson. La question concernant la narration de leur parcours était abordée au début de l'entretien et générait un long discours chronologique et technique hors-sujet.

Le canevas comportait une liste trop détaillée de questions ouvertes. Il empêchait l'écoute active de l'enquêteur qui ne rebondissait pas lors de propos intéressants.

Avec l'aide de la directrice de thèse, le canevas a été réduit à quatre grands thèmes (le nourrisson, le vécu du statut de mère, la grossesse avec l'accouchement, et les attentes envers le médecin généraliste). Le canevas a été alimenté au fil des entretiens par de nouvelles questions soulevées par les mères interrogées.

Les femmes interrogées n'ont pas remis en question le guide.

D – Constitution de l'échantillon et recueil des données

L'échantillon a été constitué selon la technique d'échantillonnage raisonné. Les critères de sélection ont été fondés sur le jugement du chercheur pour obtenir la plus grande diversité de points de vue.

Le recrutement

Il a été réalisé entre Novembre 2014 et Février 2015.

Il a été réalisé auprès des services de gynécologies-obstétriques de l'Hôpital de la Croix-Rousse et l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) à Lyon après accord écrit obtenu par mail des Professeurs des services de Procréation Médicale Assistée.

L'équipe de sages-femmes de Procréation médicale assistée de l'HFME a été rencontrée à deux reprises afin de réfléchir sur les modalités à mettre en place pour le recrutement de leurs patientes. Il s'est avéré que l'équipe ne suivait ces femmes que jusqu'à leur huitième semaine de grossesse avant de réintégrer un suivi considéré « normal ». Le service avait des retours sur le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement qu'au travers de faire-part de naissance qu'il

recevait plusieurs mois plus tard. La possibilité d'informer ces femmes en début de grossesse avait été évoquée, à l'aide d'une fiche explicative du travail de recherche comprenant les coordonnées de l'enquêteur. La réflexion commune avait fini par conclure à une trop longue période de latence pour espérer un retour.

Finalement, la possibilité de rencontrer les sages-femmes du service de suite de couche pour le recrutement s'était imposée comme une solution évidente. Le turnover permanent de l'équipe, la taille du service, et l'absence de connaissance systématique du mode de conception constituait un frein. Grâce à la disponibilité et à l'aide d'une sage-femme, trois patientes avaient accepté après explication du travail de laisser leurs coordonnées pour participer à cette étude.

L'aide et la gentillesse de la cadre sage-femme du service d'AMP de l'Hôpital de la Croix-Rousse, rencontré à deux reprises, avait permis de recueillir les coordonnées téléphoniques de douze patientes de leur service.

Les huit premières patientes avaient été contactées par téléphone avec une seule réponse favorable. Ce faible taux de réponse était possiblement lié au caractère invasif et brutal de la demande. Puis le choix de l'envoi d'un message texte qui expliquait le travail de façon détaillé a permis le recrutement de cinq femmes. L'une d'entre elle n'avait finalement jamais répondu au rendez-vous téléphonique convenu.

Un médecin du planning familial de l'Hôpital de la Croix-Rousse nous a recruté trois de ses patientes. L'une d'elles avait été exclue après la réalisation de l'entretien car il s'agissait d'un don de spermatozoïdes réalisé à l'étranger.

L'utilisation du réseau social facebook du chercheur avait permis la réalisation de deux entretiens.

Trois patientes avaient été recrutées au sein du cabinet médical dans lequel l'enquêteur remplaçait habituellement après une explication détaillée du travail de recherche par le chercheur. Une patiente était finalement revenue sur sa décision et n'avait pas souhaité participer à l'étude sans explication.

Le Docteur Elise Benedini, directrice de cette thèse avait permis le recrutement d'une femme dans sa patientèle en région lyonnaise.

Dix médecins généralistes de l'entourage du chercheur avaient été sollicités pour le recrutement au sein de leur cabinet sans retour positif. Aucune de leur patiente n'était selon eux concernées par ce sujet.

Deux grands centres Lyonnais privées de Procréation Médicale Assistée, Procréo au Tonkin, et Natécia, avaient reçu favorablement les demandes de recrutement du chercheur. Le facteur temps s'était avéré limitant devant la nécessité de distribution par les obstétriciens lors de la consultation du huitième mois, d'une fiche explicative de l'étude. Cette fiche comprenait les coordonnées du chercheur et le retour téléphonique était attendu dans le post partum. Cette piste n'a pas pu être explorée.

Difficultés de recrutement

Peu de réponses positives ont été obtenues lors du recrutement par rapport au nombre de personnes sollicitées.

Deux femmes se sont retirées de l'étude après un premier consentement oral sans explication.

Les critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient d'être une mère d'un nourrisson de moins de six mois après un parcours d'AMP.

Dans cette démarche de diversification maximale de données, les critères d'exclusion choisis par le chercheur et le directeur de thèse ont été les grossesses gémellaires, le don de gamètes, le recours à une mère porteuse, la non maîtrise de la langue française ou le refus de participer à l'entretien.

Les grossesses gémellaires, le don de gamètes ou le recours à une mère porteuse ont été exclues car ils ont été considérés comme des sujets de thèse à part entière apportant d'autres facteurs influençant la relation mère-nourrisson.

La limite d'âge du nourrisson a été définie à six mois car ces premiers mois de vie sont marqués par l'attachement fusionnel avec sa mère. La recherche bibliographique avait mise en évidence deux études qui s'intéressaient aux liens des mères ayant eu recours à des FIV avec leur enfant âgé d'un an ou plus.

Les entretiens se sont déroulés dans l'ordre des acceptations.

L'âge, le milieu de vie urbain ou rural et les catégories sociaux-professionnelles n'ont pas été des critères de sélection devant la difficulté du recrutement. Les représentations des mères de nourrissons âgés de moins d'un mois à six mois, la primi ou la multiparité ainsi que le suivi des grossesses en secteur public ou privé étaient importants afin d'obtenir des expériences variables.

Les catégories socio-professionnelles des femmes ont été classées selon la nomenclature de l'Institut National de la statistique et des études économiques (**tableau 1**).

La réalisation des entretiens

- L'investigateur

Un seul investigateur a réalisé les entretiens. Il prenait à la fois le rôle de modérateur et d'observateur et permettait le bon fonctionnement de l'enregistrement. Un rendez-vous était fixé selon les disponibilités de l'investigateur et de chaque maman. Quatre entretiens téléphoniques ont été réalisés, un lié à l'éloignement géographique et trois par préférence des mamans.

Identité et statut de l'investigateur : Mme BERTIN LEDRU Marie-Charlotte, étudiante de la faculté Lyon-Est, médecin généraliste remplaçante et auteur de ce travail.

- Durée et lieu d'entretien

Le recueil des données a débuté le 16 Mars 2015 et a été arrêté le 02 Février 2016. Les entretiens ont duré entre 24 et 40 minutes. Les rencontres se déroulaient individuellement dans un lieu calme, choisi par les mamans selon leur disponibilité. Dix ont été enregistrés à leur domicile, un dans un cabinet médical et quatre par téléphone (application Skype). Les échanges étaient dérangés uniquement par les pleurs des bébés présents systématiquement et une fois par une sonnerie de téléphone. Les femmes pouvaient s'exprimer librement sans retenue ni gêne. Il n'existait pas de contrainte ni de lieu ni de temps.

- Déroulement de l'entretien et consentement éclairé

Un premier temps a été consacré à la présentation de l'investigateur, son identité et son statut. Il exposait ensuite l'objet de son étude et de l'entretien ainsi que les modalités de sa mise en œuvre. Ces explications ont été adaptées à chaque femme. Le consentement écrit daté et signé de chaque mère a été recueilli pour l'enregistrement audio de l'entretien, la retranscription littérale, l'utilisation des verbatim dans le travail de thèse et le recueil des données administratives.

Le caractère confidentiel des données recueillies et le respect de l'anonymat ont été garantis. A ce titre, les mères pouvaient se choisir un prénom fictif ainsi qu'à leur bébé.

Pendant l'entretien, l'investigateur a cherché à être en position d'écoute active et à veiller au respect de la grille d'entretien en utilisant des techniques de reformulation, de relance, de respect des silences sans risquer d'influencer l'échange.

Ce biais aurait rendu l'étude ininterprétable.

L'enregistrement s'est fait à l'aide de deux smart phones par sécurité.

- Analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure du recueil. La première étape consistait en une analyse verticale des données selon une méthode d'analyse intuitive du contenu thématique. Elle reposait d'abord sur une écoute des premiers enregistrements dans un but d'autocritique du chercheur afin de progresser et de s'améliorer. L'enquêteur relevait lors d'écoutes répétitives des interviews les verbatim (unité d'analyse) des femmes les moins attendus et les classait par thèmes. Une analyse horizontale était ensuite réalisée pour repérer les occurrences des thèmes et sous-thèmes. Chaque thème et sous thème étaient classés et répertoriés sur une carte heuristique réalisée à la main.

Aucune nouvelle thématique concernant l'objet de l'étude n'a été relevée à partir du treizième entretien. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au quinzième entretien pour assurer la saturation des données qui marquait la fin du recueil.

Cette analyse thématique a été réalisée parallèlement par un deuxième chercheur, la directrice de thèse, de manière indépendante avant d'être mise en commun. Cet échange des deux analyses a permis une prise de recul nécessaire au chercheur afin de développer une nouvelle arborescence des différents thèmes. La confrontation des deux analyses (triangulation) a permis d'assurer la crédibilité des résultats.

Les aspects éthiques et réglementaires

- L'étude a été conduite conformément à :

La loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Une déclaration à la CNIL a été déposée sous le numéro 1909616 v 0. (ANNEXE)

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

- Confidentialité

Selon le code de la Santé Publique, toutes personnes appelées à collaborer ou prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

- Information et consentement

Les femmes ont été informées de l'étude, du temps de passation et de l'utilisation des données dans un langage clair par une fiche descriptive.

Leur consentement pouvait être retiré à tout moment sans motif.

RESULTATS

DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

L'échantillon se composait de 15 femmes âgées de 27 à 42 ans. Dix étaient primipares et cinq multipares. Les nourrissons avaient entre 15 jours et 6 mois au moment de l'entretien. La durée de leur parcours variait entre 1 an et 10 ans. Cinq femmes ont été suivies dans un établissement privé pendant leur grossesse, huit dans un établissement public. Deux ont changé en cours de suivi. Neuf d'entre elles avait choisi de faire suivre leur bébé par un médecin pédiatre, cinq par un médecin généraliste et une était hésitante.

Seules 3 catégories socio-professionnelles étaient représentées.

La durée des enregistrements s'étalait entre 24 et 40 minutes.

La description de l'échantillon est représentée dans le tableau 1.

Patientes	Age (années)	Age du nourrisson (mois)	Catégorie SP	Parité (P)	Durée du parcours (années)	Suivi de la grossesse	Suivi du nourrisson
Louise	27	3	Employée	P1	1	Privé	Pédiatre
Séverine	28	6	Employée	P1	2	Privé	Généraliste
Carla	34	1	Profession intermédiaire	P2	1	Public	Pédiatre
Anne	32	2,5	Employée	P1	4	Public	Généraliste
Fanette	33	3	Cadre	P1	3	Mixte	Généraliste
Charlotte	28	1	Employée	P1	1,5	Privé	Généraliste
Chloé	31	6	Cadre	P1	3	Public	Pédiatre

Patientes	Age (années)	Age du nourrisson (mois)	Catégorie SP	Parité (P)	Durée du parcours (années)	Suivi de la grossesse	Suivi du nourrisson
Carine	38	3,5	Profession intermédiaire	P2	2	Public	Mixte
Clémentine	31	3	Employée	P1	5,5	Public	Pédiatre
Cécile	33	1	Cadre	P1	3	Privé	Pédiatre
Nathalie	31	1	Cadre	P1	1.5	Public	Pédiatrie
Sonia	42	0,5	Employée	P2	1	Mixte	Généraliste
Clémence	34	3	Cadre	P4	3	Privée	Pédiatre
Agnès	38	1,5	Employée	P1	10	Public	Pédiatre
Sarah	33	3	Employée	P2	1	Public	Pédiatre

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Catégorie socio-professionnelles (SP) selon l'institut national de la statistique et des études économique (INSEE)

DES INQUIETUDES

Inquiétudes liées aux techniques d'AMP

En cas de difficultés à procréer, le recours à la science et aux techniques d'AMP était souvent la première alternative choisie par les couples devant l'adoption ou le renoncement au projet parental. Malgré tout, les femmes manifestaient des interrogations concernant les risques liés aux techniques sur la santé et le développement de leur enfant. Ces craintes n'avaient pas été verbalisées au corps médical pendant leur parcours.

Séverine : « C'est vrai que je me suis posée beaucoup de questions, est-ce-que comme il a été stimulé à un moment donné, il se développe plus vite ? » ; « J'avais la crainte qu'il se développe trop vite par rapport aux stimulations. On avait quand même développé des follicules qui n'étaient pas censés se développer. Est-ce qu'il va vieillir plus vite ? Grossir plus vite ? ».

Nathalie : « Nous avons une peur irrationnelle en nous disant que nous avons shunté les voies naturelles et que nous avons peur qu'elle ait des maladies génétiques qui ne seraient pas arrivées si nous l'avions eu de manière naturelle ».

Carine : « Ça fait des plus gros bébés ».

Anne : « Les traitements, j'avais peur que ça l'ait affaiblit » ; « On dit que trop d'hormones peuvent donner des cancers... Le bébé a pu morfler aussi... Je me dis que ce sera peut-être un bébé chétif, fragile » ; « J'avais le sentiment que tout ce que mon corps pourrait sortir ne serait pas bon pour elle, (...) Qu'elle serait mieux avec du lait artificiel ».

Agnès : « Aussi bien, le liquide dans lequel elle a été fécondé est nocif ».

Sonia : « Mon lait n'était pas nourrissant, et je faisais du mal au bébé » ; « J'avais peur d'avoir un enfant handicapé. A quarante-deux ans... »

L'attachement au nourrisson

La relation entre la mère et son bébé se construisait au fil de leur histoire. Le lien d'attachement était le résultat de la réaction maternelle aux besoins primaires de son nourrisson. Le but de l'attachement était que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant. C'était un processus réciproque qui nécessitait des interactions.

Son enfant lui apprenait à devenir mère. Ils s'adaptaient l'un à l'autre.

Chloé : « Ce n'est pas quelque chose d'évident ni d'immédiat (...) Ça met quand même quelques mois où on se dit avec une petite distance que c'est fou, c'est mon enfant, je suis maman... » ; « Le bébé est là, on pense que notre vie va complètement changer, que tout sera magnifique mais il y a un temps d'adaptation ».

Anne : « Je commence à peine à comprendre ce qu'il m'arrive deux mois après mon accouchement » ; « Jusqu'au bout je ne voulais pas croire que c'était arrivé et moi je ne me suis pas sentie maman tout de suite » ; « Quand Lalie a eu trois semaines, j'ai été submergée par mes émotions, j'ai pleuré, je l'ai regardé, j'ai compris que j'étais maman, qu'elle était là, que je pouvais l'aimer, me laisser aller ».

Agnès : « Je n'ai pas tout de suite eu l'attachement, je l'ai eu quand j'ai pu la respirer ».

Clémentine : « J'avais peur de ne pas savoir l'aimer (...) Je savais que j'allais l'aimer mais pour moi c'était compliqué de savoir bien l'aimer, de ne pas l'étouffer ».

Sonia : « Ma crainte c'était de faire des différences entre les deux, d'en rejeter une, l'aînée surtout... De ne pas être à la hauteur et de ne pas réussir à aimer mes deux enfants... ».

SE PROTEGER

La crainte de la fusion

L'état de fusion avec leur nourrisson était rejeté, jugé comme un lien anormal voir pathologique. Cet état était interprété comme un excès de dépendance affective source d'une possible souffrance future et de la perte de leur individualité.

Elles valorisaient leur autonomie et leur attachement affectif était contrôlé.

Charlotte : « Je n'ai pas besoin d'être fusionnelle avec elle, ce n'est même pas que je me force à ne pas l'être pour ne pas souffrir après... » ; « Elle dort dans sa chambre depuis le début, je n'ai pas allaité, je n'ai pas d'écharpe de portage, tout ce qui fait vraiment fusion avec son bébé... »

Louise : « La relation fusionnelle est forcément destructrice et nocive » ; « Ce n'est pas parce qu'on a fait une FIV et que c'était difficile d'avoir un enfant, qu'il faut derrière avoir une relation anormale avec son enfant ».

Cécile : « Fusionnels, je le prends hyper négativement » ; « Ça veut dire qu'on est hyper dépendant de notre bébé et inversement » ; « C'est être scotché à son enfant, ne pas pouvoir passer une seconde sans lui ».

Clémence : « C'est égoïste quand on est maman... » ; « On est tous fusionnels, ce n'est pas l'exclusivité de la maman, nous sommes une famille. Je suis assez contre » ; « Pour moi l'allaitement c'est très physique, ce n'est pas du tout un lien. Je suis une mamelle ambulante. Je ne vois pas ça comme un bonheur supplémentaire ni une fusion ».

Se recentrer sur soi

Les remaniements physiques et psychiques liés à l'attente, aux délais non maîtrisés et aux techniques du parcours d'AMP persistaient après l'arrivée du bébé. Leur corps avait été instrumentalisé et elles avaient besoin de temps pour le réinvestir.

Il ne leur appartenait plus.

Chloé : « Dans d'autres circonstances je pense que j'aurai allaité mais le parcours est tellement long, trois ans, et moi j'avais juste envie de récupérer mon corps...Ca peut choquer les gens, mais psychologiquement je ne pouvais plus donner, il fallait que ça s'arrête ».

Nathalie : « Pour m'occuper de moi et être plus libre ».

Fanette : « Je vais devoir réapprendre à me connaître et mon corps, digérer ce qu'il a subi ».

Agnès : « Les chutes d'hormones, on en a quand même bouffé pendant dix ans ! La chute est assez puissante » ; « On a plus à devoir se piquer pour arriver à être mère ».

Les premières interactions entre la mère et son nourrisson pouvaient être perturbées. Elles étaient souvent déstabilisées et en perte de confiance ce qui pouvait freiner leur relation.

Anne : « J'avais le sentiment d'être allée au bout, d'être épuisée » ; « Jusqu'au bout je ne voulais pas croire que c'était arrivé et moi je ne me suis pas sentie maman » ; « J'ai eu plus confiance au papa qu'en moi-même les premières semaines, il savait mieux faire que moi, je n'y arrivais pas ».

L'AMBIVALENCE

La reconnaissance de normalité par les autres, autant dans leur fonction de mère que dans leur relation avec leur nourrisson était primordiale. Pour autant elles s'étaient tellement battues pour leur enfant qu'elles s'imposaient une maîtrise totale des événements.

Mamans comme les autres

Le caractère normal de leur maternité et de leur relation avec leur nourrisson était mis en avant malgré le mode de conception et le suivi de grossesse surmédicalisés.

La naissance de leur bébé signalait un clivage franc avec leur passé d'AMP.

La différence avec les autres mamans était source de stress.

Carla : « Je n'ai pas l'impression d'avoir un bébé PMA, en fait moi j'ai un bébé normal ».

Fanette : « Nous n'avons pas l'impression d'être différents d'une autre famille » ;
« Je pense que mon lien avec Romane n'est pas modifié, si ce n'est qu'on l'aime mais comme tous les parents je pense. Ça nous change nous mais pas avec elle ».

Chloé : « Le retour de mes amis qui nous trouvent différents des autres parents, ça m'interroge car je ne nous vois pas comme ça. Je ne vois pas en quoi nous sommes différents ».

Agnès : « Je n'ai pas l'impression que notre paternité soit différente parce que nous l'avons attendue ».

Le résultat seul comptait, le mode de conception voulait être oublié et souvent le recours à l'AMP était banalisé.

Carla : « J'ai juste eu quelques médicaments à prendre, des injections, c'est avant que c'est difficile, plus maintenant ».

Clémence : « Ce n'est pas grave de se faire inséminer, les bébés sont tout à faits normaux. Il n'y a aucune différence entre un bébé conçu naturellement et un bébé éprouvette, le résultat c'est le bébé ! » ; « L'insémination, je ne l'ai pas vécu comme n'étant pas naturelle. Pour moi qu'il soit conçu dans une éprouvette via le médecin en direct live ou naturellement franchement... ».

Sonia : « La PMA c'est tout à fait normal, il y a malheureusement de plus en plus de couple qui ont recourt à la médecine pour faire un bébé ».

Devoir être une Super-Maman

Elles fantasmaient sur un idéal de perfection dans leur relation avec leur nourrisson. Lâcher prise pour profiter de l'instant était compliqué car elles étaient prisonnières de leur obsession de vouloir tout maîtriser.

L'enfant devenait l'enjeu de ce projet de réussite maternelle.

Sarah : « Parfois je m'épate je me dis que j'arrive à tout contrôler ! Je me surpasse... »

Séverine : « Beaucoup de gens disent que j'ai changé...Je suis plus organisée...Je n'acceptais pas qu'il doive s'adapter » ; « Je ne le faisais pas garder si je n'avais pas vu comment ça se passait avec le petit. Ils (famille et amis) ont tous passé leur examen ! »

Carla : « Ce n'est pas quelque chose (l'allaitement maternel) qui me plaît, après je veux bien le faire, et le plus longtemps possible car je pense que c'est ce qu'il y a de mieux ».

Carine : « Ma grossesse a duré trois ans et demi. Cette attente fait que nous sommes à bloc ».

Sonia : « J'essaye de tout faire à 200% ».

Un enfant surinvesti

Après ces longues années d'AMP, la naissance souhaitée, attendue et préparée occasionnait un surinvestissement de l'enfant. Il était accueilli comme une victoire, de la médecine et de ses parents.

Cet enfant du désir allait combler le vide et réparer les blessures de sa mère.

Anne: « Je sais que je n'aurai pas d'autre enfant. Une c'est un miracle car elle n'aurait pas dû être là » ; « J'en aurai qu'une, on lui offrira tout ce qu'elle veut, elle ne manquera de rien, mais je n'en veux pas deux ».

Clémentine : « Du coup je suis tout le temps avec lui, je l'allaiter je suis exclusive ».

Charlotte : « C'est peut-être un mal pour un bien, Il faut positiver (concernant la durée du parcours). Notre couple a été renforcé, elle est plus que désirée » ; « Peut-être le risque de l'étouffer étant donné qu'elle a été très désirée ».

Chloé : « Nous devons apprendre petit à petit à le lâcher. Ce n'est pas bien pour son épanouissement je pense ».

Louise : « Je suis tout le temps sur lui, je veux qu'il soit toujours bien, qu'il ne pleure jamais ».

Sonia : « Elle a été tellement désirée... C'était comme si c'était mon premier enfant ».

ATTENTES ENVERS LE MEDECIN GENERALISTE

Elles recherchaient des qualités essentiellement humaines chez leur médecin traitant. Au terme de ce parcours technique et médicalisé, elles avaient besoin d'un espace d'échanges, d'écoute et de soutien.

L'instauration d'une relation de confiance était primordiale.

Séverine : « Il (son médecin généraliste) est cool, a de bon reflexes, bons conseils, bon relationnel avec le petit » ; « C'est important un médecin qui soit disponible et connaisse bien les enfants ».

Anne : « Elle (son médecin généraliste) m'a promis qu'elle ne me lâcherait pas, qu'elle m'aiderait, que je pouvais la voir pour parler » ; « Elle m'aidait pour mon bien-être, c'était ma bouffée d'oxygène » ; « J'ai confiance les yeux fermés, je suis hyper rassurée qu'elle voit mes progrès... » ; « Elle a le côté humain que n'ont pas eu les médecins que j'ai vu pendant tout le processus car on passe d'un médecin à l'autre ».

Charlotte : « Je lui fais entièrement confiance, c'est à lui de nous guider ».

Chloé : « On cherche la validation, ça nous rassure, c'est pour cela qu'on y va ci souvent ».

Sonia : « J'espère qu'il (son médecin généraliste) va me comprendre... Je sais qu'il me dira franchement ce qu'il pense, c'est sûr » ; « Nous nous connaissons depuis tellement longtemps ».

Agnès : « Elle (son médecin généraliste) a eu des triplés donc on lui fait complètement confiance ».

Tableau 2 : résultats de l'analyse thématique

<p>DES INQUIETUDES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liées aux techniques d'AMP <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rôle des hormones ➤ Risque de maladie génétique/ cancers/ fragilité ➤ Trouble du développement • L'attachement <ul style="list-style-type: none"> ➤ Temps d'adaptation ➤ Savoir l'aimer « bien »
<p>SE PROTEGER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de la fusion <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etat anormal/ destructeur/ égoïste ➤ Hyper dépendance • Se recentrer sur soi <ul style="list-style-type: none"> ➤ Epuisement du corps ➤ Ne plus pouvoir donner
<p>L'AMBIVALENCE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mamans comme les autres <ul style="list-style-type: none"> ➤ AMP normale ➤ Bébé normal ➤ Famille normale • Supers-Mamans <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sous contrôle ➤ Priorité à l'enfant ➤ Pas le droit de râler • Un enfant surinvesti <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bébé miracle/ victoire ➤ Exclusivité ➤ Cocon
<p>ATTENTE ENVERS MEDECIN GENERALISTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualités humaines • Ecoute • Disponibilité • Confiance

DISCUSSION

L'étude de données qualitatives a été perçue comme étant la meilleure approche pour répondre à nos objectifs en nous permettant de décrire de manière précise les opinions, comportements et attentes des participantes sur les thèmes abordés.

Une étude quantitative par questionnaire standardisé n'était pas adaptée à l'exploration de notions subjectives, non quantifiables et non accessibles à une approche statistique.

A) Critique de l'étude

Afin de critiquer objectivement l'étude, il a été choisi d'utiliser comme support la grille de lecture : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research publiée dans l'International Journal for Quality in Health care (**Annexe 7**).

Elle a été réalisée à partir d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lectures publiées dans la littérature. Les 32 items de cette grille sont utilisés pour la critique.

1. L'équipe de recherche

L'identité de l'investigateur, ses qualifications et son statut au moment des entretiens ont été décrits dans la partie Matériel et Méthodes. Les trois premières participantes connaissaient l'hypothèse de cette recherche, ce qui avait limité leurs discours qui étaient plus réfléchis et contrôlés.

- Expérience et entraînement de l'enquêteur

Il s'agissait de la deuxième étude qualitative de l'enquêteur. La première était un travail de mémoire pour le DES de Médecine Générale en 2014 mais ne portait que sur les interviews de cinq sujets.

Le chercheur a été guidé et aidé tout au long de son travail par son directeur de thèse le Dr Elise Benedini, expérimentée et formée à la réalisation des études qualitatives.

La formation théorique du chercheur était fondée sur une journée d'enseignement pédagogique sur la méthodologie des études qualitatives organisées par le Département de Médecine Générale.

La participation au Cercle de thèse dirigé par Le Dr Benedini a permis au chercheur de se former grâce à l'expérience des différents thésards membres du Cercle. Au cours des Cercles, tous les deux mois, chaque participant devait synthétiser l'avancée de son travail et se fixer un objectif pour le prochain rendez-vous. Une avancée régulière par étape était nécessaire et l'entre-aide un véritable atout.

Un Cercle Extraordinaire avait été organisé par Le Dr Benedini avec une psychothérapeute afin de nous entraîner par des jeux de rôles à mener un entretien semi-dirigé avec des questions ouvertes, l'apprentissage des relances, des reformulations et le respect du silence. Chaque membre changeait de statut au cours de la formation et passait ainsi de la position d'enquêteur à celle d'enquêté. J'ai rencontré de vraies difficultés à mener cet entretien fictif devant une tendance spontanée à utiliser des questions fermées contenant des présupposés et qui découragent mon interlocuteur à développer ses réponses.

Le manque d'expérience de l'investigateur a pu constituer un biais d'influence. Il a pu influencer les réponses des participantes par sa personnalité, ses réactions, sa subjectivité, sa façon de mener l'entretien, de poser les questions ou encore de ne pas se détacher de son guide.

Ce biais a été atténué par la réalisation d'un guide d'entretien détaillé.

- Relations avec les participantes

Le mode de recrutement s'est fait sur un mode indirect, limitant ainsi le risque d'une relation établie préalablement à notre étude.

- **Caractéristiques de l'investigateur**

L'investigateur était un médecin généraliste remplaçant. Ce statut pouvait constituer une limite et influencer la direction des entretiens en inhibant les réponses des femmes qui pouvaient appréhender un jugement médical sur leur rôle de mère et avoir peur de mal répondre. L'enquêteur arrivait avec son *a priori* de médecin sur le vécu du lien mère-nourrisson après un parcours d'AMP, ce qui a pu orienter les mères dans leurs réponses.

L'élaboration du guide d'entretien était un élément indispensable pour limiter ce biais d'influence.

- **Pourquoi le choix de ce sujet ?**

J'avais accepté ce sujet car j'orientais mon activité professionnelle sur le versant femme-enfant. Mon statut de femme, à l'époque sans enfant, et peut-être inconsciemment angoissée par la question de ma propre fertilité m'apportait une grande curiosité sur cette problématique.

Posture de chercheur :

Avant de commencer mon travail de recherche bibliographique et les premiers entretiens, je percevais la procréation médicale assistée comme des outils techniques mis à disposition des couples stériles. Cette avancée scientifique des pays développés permettait de contrer les lois de la nature et de satisfaire le désir d'enfant.

Je n'émettais aucune interrogation sur le taux de réussite de ces méthodes qui devaient répondre à une demande. L'AMP était pour moi, plus qu'un droit, un dû et permettait de choisir le moment parfait pour avoir un enfant sans se soucier des années qui passaient.

A partir de cet adage, je ne voyais pas en quoi le lien des mères avec leur nourrisson serait différent de celui des mamans ayant conçu naturellement d'autant plus que le don de gamètes (soulevant d'autres questions éthiques) était un critère d'exclusion.

Modifications de *mes a priori* :

Après la lecture de nombreux articles sur le vécu des femmes de leur parcours d'AMP, j'ai réalisé que ces parcours étaient longs et éprouvants sur les plans physiques, psychologiques, professionnels, et personnels.

L'installation de la relation mère avec son enfant est la poursuite de la relation nouée pendant la grossesse. Le développement psycho-affectif de l'enfant commence à s'établir pendant les six premiers mois durant lesquels l'état de fusion entre le nourrisson et sa mère est nécessaire à leur équilibre et à leur survie. Son bien-être dépend alors de cette mère suffisamment bonne.

2. Conception de l'étude

La méthodologie choisie, le processus d'enregistrement, les notes des entretiens et leur durée ont été décrits dans la partie matériel et méthode. Les entretiens n'ont pas été reformulés.

- Constitution et caractéristiques de l'échantillon raisonné

Contrairement aux études quantitatives, l'échantillon étudié ne doit pas être représentatif de la population générale. La représentativité de l'échantillon peut constituer une limite car il ne prend pas en compte les cas atypiques.

L'échantillon raisonné n'est pas préétabli avant les études dans la méthodologie qualitative. Le chercheur sélectionne les participants selon leurs caractéristiques pour diversifier au mieux les opinions et comportements afin d'élargir l'éventail de données à recueillir. L'échantillonnage a tenté de suivre ces règles.

L'échantillon a été constitué au fur et à mesure de l'étude et ne s'est pas limité à un échantillon de commodité car les femmes interviewées avaient été suivies dans différents centre d'AMP de la région lyonnaise publics ou privés, avaient des nourrissons âgés de un à six mois et des durées de parcours échelonnés de un à dix ans.

La diversité des critères de catégories socio-professionnelles a été respectée.

- Difficultés de recrutement

Le recrutement a été difficile. Il est impossible de connaître le nombre exact de non-répondants. Trois femmes ont refusé quelques jours après avoir donné leur accord sans aucune explication.

On peut évoquer des hypothèses de non réponses ou de refus de participation de ces femmes contactées :

- L'oubli
- Le manque de temps
- Le refus de parler à une inconnue
- Le caractère intrusif de la demande
- La peur du jugement de valeur d'un professionnel de la santé

- Entretien semi-dirigé

L'entretien individuel a permis aux femmes de s'exprimer librement. Elles pouvaient s'affranchir des considérations liées au statut social et à l'image qu'elles souhaitent donner d'elle-même.

- Lieu de déroulement des entretiens

Les femmes interviewées avaient le choix du lieu de rencontre par souci de confort pour établir un contact et une discussion dans les meilleures conditions.

Neuf d'entre elles ont préféré recevoir le chercheur à leur domicile.

Carine a choisi un lieu public, un café à côté de chez elle.

Séverine a préféré se déplacer dans le cabinet médical de son médecin traitant, ce qui a pu inhiber son discours.

Quatre femmes ont proposé un entretien téléphonique du fait de l'éloignement géographique.

Dans notre étude, la diversité des lieux et l'utilisation de l'outil téléphonique n'ont pas entraîné de différence dans la durée ou la qualité de l'entretien.

Les appels téléphoniques externes lors des entretiens de Chloé et Sonia ont pu constituer un biais de déperdition de données en venant perturber leur discours et le fil de leurs idées.

La présence des nourrissons systématique lors des entretiens de visu constituait un facteur de diversion évident mais permettait de toucher l'essence même de notre sujet.

- Elaboration du canevas d'entretien

Il n'a pas été trouvé d'étude comparable traitant du vécu du lien mère-nourrisson après une technique d'AMP dans la littérature.

Trois entretiens pilotes ont été réalisés afin de vérifier la compréhension des questions par les participantes. Ces interviews ont permis de faire évoluer le canevas d'entretien. Le canevas a été simplifié après relecture et analyse des trois premiers entretiens avec le directeur de thèse pour que le chercheur se détache de son support papier.

- Saturation des données

Le recueil et l'analyse des données après chaque entretien a permis de repérer les occurrences des thèmes et sous thèmes exprimés. Dès le treizième entretien il est apparu une redondance des idées formulées par les mères. Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'au quinzième pour s'assurer de l'absence d'apparition de nouvelles thématiques.

- Validation de la retranscription des entretiens par les participantes

La retranscription des données n'a pas été retournée aux femmes pour s'assurer de leur approbation du contenu. Le retour des participantes aurait pu valider la crédibilité de notre étude en confirmant que la retranscription était fidèle à ce qu'elles voulaient exprimer.

3. Analyses des données

Deux chercheurs ont participé à l'étude.

Les thèmes et les sous-thèmes des résultats n'ont pas été préétablis mais sont issus de l'analyse progressive des entretiens et de la mise en commun avec le directeur de thèse au terme des quinze entretiens.

L'analyse transversale classifiant thèmes et sous-thèmes associés aux verbatims a été faite sous forme de carte heuristique manuelle. Il n'a pas été utilisé de logiciel informatique.

- Résultats

Les résultats ont été décrits par thèmes répondant à la question de notre étude. Ils étaient illustrés par les citations les plus marquantes. Les thèmes les plus surprenants et non décrits dans la bibliographie avaient été sélectionnés.

- Analyses des données

Les deux analyses réalisées indépendamment par les deux chercheurs ont permis de réduire la perte d'information et de limiter les biais d'interprétations en s'assurant du sens des idées exprimées.

B) Analyse des résultats confrontés à la littérature

DES INQUIETUDES

- Liées aux techniques d'AMP

L'AMP regroupe un ensemble de techniques qui ont permis de passer de la stérilité à l'infécondité. Elle offre aux couples stériles la possibilité de devenir parents. Les informations sur la description des processus, des effets secondaires et des risques sont encadrées par la législation.

La culpabilité pendant la maternité est inévitable. L'utilisation de produits chimiques pendant la phase de conception alimente les peurs des femmes.

Les mères des bébés-AMP vivent avec des angoisses inavouées sur la santé de leur bébé.

« Les succès des pratiques d'AMP en cas d'infertilité confortent une idéologie médicale biomécanique qui réduit l'infertilité à un pur dysfonctionnement de l'appareil reproducteur »(14). Il ne faut pas réduire le corps des femmes au champ opératoire de ces processus de procréation. Il ne faut pas oublier que derrière l'abandon de leur corps à la technique, le psychisme continue de se nourrir de craintes surnaturelles.

Il est légitime de s'interroger sur les raisons de leur silence.

Dans l'hypothèse où les informations relatives aux effets secondaires des hormones sur le développement de leur nourrisson leur ont été données, étaient-elles seulement disposées à les entendre ?

On peut se demander si leur désir d'enfant était supérieur à tous les risques.

L'Inserm, dans une comparaison à neuf mois des nourrissons issus d'AMP versus ceux issus de grossesses naturelles, ne retrouvait pas plus de pathologie ni de retard psychomoteur. Les désordres génétiques potentiellement retrouvés étaient attribués à l'âge des mères fécondées(15).

- L'attachement au nourrisson

Les mères interviewées confessaient leur temps d'adaptation à leur nourrisson comme une faiblesse. Comme si avoir tout contrôlé pendant la conception et n'avoir raisonné qu'en chiffres, créait l'injonction de devenir mère dès l'accouchement

Le délai nécessaire à l'intégration de leur nouvelle fonction leur paraissait indigne d'une mère.

« On ne naît pas mère, on le devient »(16).

Sarah Blaffer défend cette même thèse de la construction sociale de l'amour maternel(17). Cet amour qui devient effectif grâce à une cascade de logiques (génétique, hormones, expériences et signaux).

Le nouveau-né doit être rencontré, apprivoisé, séduit et structuré. L'instinct maternel est réservé à l'espèce animale. L'Homme, avec sa conscience et son libre-arbitre agit avec sa volonté. Son comportement ne peut être programmé.

Une fois la grossesse confirmée, la femme change de statut et devient une femme enceinte. L'arrivée de ce nouveau membre au sein de la famille crée un bouleversement, il bouscule les places, redistribue les rôles. Etre mère prend son sens au moment de la naissance, et la renvoie à sa propre mère et à sa propre naissance. Comment passer du statut de femme à celui de mère ?

Chez les couples stériles, lorsque la médecine prend le relais, elle les oblige à élaborer leur projet d'enfant de manière très affirmative. Les femmes se refusent le droit d'être ambivalente face à cet enfant qui leur a demandé tant d'efforts. Elles se sentent reconnaissantes et craignent d'être de mauvaises mères par anticipation.

En post partum, le corps médical travaille à rassurer les mère-AMP. Elles ont le droit de prendre du temps, temps nécessaire pour être heureuse et apprendre à devenir mère.

Une étude sur la qualité de l'attachement et des interactions entre les mères et leur nourrisson qu'il soit issu d'une conception naturelle ou d'une FIV n'avait conclu à aucune différence significative(18). Au contraire, notre étude, même si elle ne s'intéresse qu'aux ressentis du vécu des femmes sur leurs premières connexions

avec leur nourrisson, met en évidence des mères marquées par leur parcours et accablées de doutes. L'ébranlement émotionnel du post partum est d'autant plus violent qu'elles se retrouvent partagées entre l'acceptation de leur parcours et la rencontre de leur nourrisson. La qualité de l'attachement n'est pas remise en cause, mais les difficultés liées à leur parcours restent omniprésentes.

SE PROTEGER

- Crainte de la fusion

Margaret Mahler utilisait le terme d'« unité duelle » pour décrire la phase symbiotique normale entre les deuxième et cinquième mois du nourrisson(19). Le nouveau-né se comporte comme si lui et sa mère ne formaient qu'un, comme si la symbiose in utéro se poursuivait ex utéro.

Il est dans un état de dépendance absolue à sa mère.

L'état de fusion mère-nourrisson normal et nécessaire décrit en pédopsychiatrie est un terme fort qui effraie les femmes interviewées. Il est associé à une connotation négative lié à la perte de l'indépendance de la femme dans les sphères de sa vie (intime, professionnelle et sociale). Elles ont souffert pendant leur parcours et pensent se protéger en s'imposant une distance.

On peut s'interroger sur l'absence de données bibliographiques sur la revendication maternelle de « non-fusion » avec le nourrisson. Il est possible que ce rejet de dépendance constitue une singularité des « mère-AMP » ou de manière plus générale soit liée à l'évolution de la place de l'enfant dans la société actuelle.

L'avenir du bébé dépend en partie de la préoccupation maternelle primaire(20). La réponse à la dépendance absolue de son enfant ne constitue pas une entrave à l'épanouissement personnel de la mère. Avec le temps et l'aide du tiers séparateur, les femmes retrouveront l'équilibre entre leurs statuts d'épouses, d'amies, de mères et de femmes actives. Peut-être que pour vivre sereinement leur rôle de mère, il faut d'abord accepter de n'être qu'une mère, pendant un temps.

- **Se recentrer sur soi**

Pendant la grossesse le corps se modifie, chaque femme réagit différemment à ces changements. Leur énergie est concentrée sur cette vie en développement qu'elle doit protéger.

La période du post-partum est marquée par une période de fragilité psychique liée au bouleversement hormonal. Son corps a changé portant les marques des neuf mois de grossesse. Parfois il lui échappe.

Les tabous sur les difficultés rencontrées pendant cette période sont liés aux représentations sociales de la grossesse et de l'accouchement. Cette vulnérabilité est difficilement avouable, après un si heureux évènement et dans notre société où tout est dû.

Seuls les désagréments corporels sont évoqués par les femmes interrogées.

La littérature s'accorde sur l'absence de différence significative concernant la survenue de complications psychiatriques du post partum entre les mères-AMP et les autres(9). Par contre il en ressort une plus faible estime d'elles-mêmes et un sentiment d'avoir un enfant plus difficile sans conséquence sur leur relation.

De fait, le médecin généraliste devrait les amener à évoquer leur dévalorisation afin de conserver l'harmonie de la dyade.

L'AMBIVALENCE

- Mamans comme les autres

La recherche de normalité des membres de cette nouvelle cellule familiale apparaît primordiale au cours des entretiens.

Les femmes interrogées n'ont pas eu le droit à une conception naturelle avec une grossesse normale. Les années de médicalisation les ont mises à l'écart. Cet isolement reste une souffrance.

Elles cherchent à affirmer leur nouveau statut de mère grâce à la reconnaissance de normalité aux yeux de la société.

Francesca Biagi-Chai affirmait : « la normalité est un miroir sans épaisseur ni consistance qui ne saurait définir une famille. Il se passe quelque chose dans son intimité. Ce n'est pas lisse. C'est épais, c'est dense »(21).

Chaque famille est donc singulière, aucune n'est normale. Elle se façonne de l'intérieur par son passé, ses moments de bonheur, et ses drames. L'intrusion médicale dans le projet parental du couple n'interfère pas sur l'amour parental. Devenir une mère aimante est indépendant du mode de procréation, c'est permettre à son enfant de s'accomplir comme personne autonome responsable et authentique.

De même que Donald Winnicott réfutait la notion de mère parfaite pour lui préférer celle de « mère suffisamment bonne », on peut remplacer « famille normale » par « famille suffisamment bonne »(12). Une bonne famille doit assurer les besoins primaires de l'enfant, c'est-à-dire sa sécurité matérielle et affective et lui transmettre les règles fondamentales.

- Devoir être une Super-Maman

La maternité rime parfois avec culpabilité.

La « Super-Maman » est un super-héros, exceptionnelle dans le quotidien.

En devenant mères, les femmes se sentent responsables de tout et à vie. Elles sont partagées. D'un côté par l'idée de toute puissance puisqu'elles donnent la vie. De l'autre côté, l'illusion d'être la seule personne bonne pour la santé, le bonheur et l'équilibre de leur enfant.

Ce fantasme de toute puissance est source de dévalorisation(22).

Le sentiment de victoire à l'issue du parcours d'AMP s'estompe pour laisser place à « la réalité insupportable » de l'allaitement, des pleurs, de la fatigue et du reflux(13).

Après le parcours, les nouvelles mamans ont une plus faible estime d'elle-même(9).

Apprendre à vivre bien avec cette culpabilité inhérente à l'état maternel c'est accepter d'être ni plus ni moins une mère suffisamment bonne, sans l'être trop, sans combler entièrement son enfant et qui sache reconnaître ses limites(12). C'est en laissant place à leurs imperfections qu'elles deviennent de bonnes mères. Le bébé développe ses propres ressources.

- Un enfant surinvesti

Après le parcours d'AMP, la naissance de l'enfant est vécue comme un pansement au traumatisme maternel(23). Il est supposé tout réparer, tout combler.

Les termes « miracle » et « magique » employés par les mères pour décrire la naissance relèvent d'ailleurs du domaine du mystique.

« L'idéalisation lie l'enfant qui naîtra au défi impossible d'être parfait, c'est-à-dire conforme aux attentes et aux désirs de ses parents »(24).

L'enfant est amené à se développer en traînant un héritage lourd. Malgré lui, il est devenu celui qui va permettre à l'adulte de devenir heureux. Il n'a plus le temps de grandir. Cette mise à l'envers des valeurs peut se révéler porteuse de culpabilité chez l'enfant qui n'a pas à répondre de ses parents. Le projet d'enfant n'est en aucun cas synonyme de projet de devenir heureux.

On peut se demander dans quelle mesure cet enfant a-t-il la liberté de ne pas correspondre à ce que ses parents attendent de lui ?

L'enfant-AMP est-il plus investi qu'un enfant conçu naturellement ?

Aucune relation de causalité n'a été prouvée. La surprotection de l'enfant paraît davantage liée aux caractères de ses parents.

Quel couple ne désire pas aujourd'hui un enfant beau et rempli de qualité ?

Toutefois le progrès de la médecine a son revers. Il fortifie le rêve de l'enfant parfait sans défaut.

La mère doit apprendre à respecter la singularité de cet être en devenir, il ne doit pas être une pâte à modeler à l'envie par ses parents.

ATTENTES ENVERS LE MEDECIN GENERALISTE

Le médecin généraliste suit ses patientes, devenues mères, et leurs enfants. Il est au courant de leur parcours et est à même de leurs offrir un suivi personnalisé pendant cette période de grande vulnérabilité du post-partum.

Elles sont à la recherche d'un interlocuteur de confiance qui en plus de les guider, valide leur savoir-faire et savoir-être avec leur nourrisson.

Il accompagne les bases de la construction de cette relation en les rassurant sur le développement de leur nourrisson et sur leur légitimité dans leur nouvelle fonction de mère.

Il peut proposer un espace de discussion libre et aborder leurs interrogations potentielles sur les processus de conception. Il pourrait ainsi limiter les constructions de craintes infondées et alléger la culpabilité induite.

Les aider à baisser leurs barrières de défenses en les revalorisant, favoriserait le lâcher-prise et l'épanouissement du couple mère-nourrisson.

CONCLUSION

Une naissance sur quarante en France est le fruit de l'AMP. Les séquelles de la médicalisation de la procréation peuvent se ressentir dans le lien de la mère avec son nourrisson dans ses six premiers mois de vie.

Suite à cette étude nous pouvons avec plus d'arguments affirmer que les mère-AMP sont submergées par de fausses croyances liées aux techniques utilisées.

Elles peuvent parfois développer un mécanisme d'autoprotection car elles estiment avoir besoin de temps pour se reconstruire. Le lien fusionnel d'inter dépendance avec les nourrissons est alors souvent critiqué.

L'épuisement ressenti au terme du parcours d'AMP et de la grossesse constitue un frein au don d'elles-mêmes. C'est avec le temps, et à son contact qu'elles apprennent l'attachement à leur nourrisson.

Elles aspirent à une reconnaissance de normalité de leur statut de mère, de leur nourrisson et de leur famille. Normalité qui s'oppose à leur quête de perfection maternelle et au surinvestissement de leur « bébé miracle ».

L'accompagnement des femmes devenues mères après une AMP est du recours du médecin généraliste. La confiance partagée lui permet de dépister des signaux d'alerte chez ces mères qui peuvent être en souffrance.

La consultation du médecin généraliste peut être un espace d'échange sur leurs inquiétudes et leur culpabilité. Les aider à accepter leur passé d'AMP et leurs imperfections sont un premier pas vers la déculpabilisation. En abordant leur souffrance psychologique, il peut engager un travail de réassurance en valorisant ce qu'elles sont dans leur rencontre avec leur nourrisson.

Suite à ce travail nous pouvons nous interroger sur l'évolution de la relation de ce duo, au passé d'AMP, aux différents stades de croissance de l'enfant.

VU :
**Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est**



Professeur Jérôme ETIENNE




Le Président de la thèse,
Pr Fournèret Pierre

Psychiatre
Professeur
Tel. 04 72 12 34 56

VU :
**Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales**


Professeur Jérôme ETIENNE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 2.05.2016 **10 MAI 2016**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de la santé publique - Article L2141-1. Code de la santé publique.
2. Jouannet P. 8. Le médecin face à la procréation légalement assistée. Cah Libr. 1 nov 2001;127-39.
3. Assistance médicale à la procréation [Internet]. [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/assistance-medicale-a-la-procreation>
4. Bonduelle M, Legein J, Buysse A, Van Assche E, Wisanto A, Devroey P, et al. Prospective follow-up study of 423 children born after intracytoplasmic sperm injection. Hum Reprod Oxf Engl. juill 1996;11(7):1558-64.
5. Bydlowski M. La crise parentale de la première naissance. Inf Soc. 1 sept 2006;n° 132(4):64-75.
6. Epelboin S. Impossibilité de concevoir. Études Sur Mort. 1 mars 2001;no 119(1):101-9.
7. McMahon CA, Ungerer JA, Tennant C, Saunders D. Psychosocial adjustment and the quality of the mother-child relationship at four months postpartum after conception by in vitro fertilization. Fertil Steril. 1 sept 1997;68(3):492-500.
8. Goëb J-L, Férel S, Guetta J, Dutilh P, Dulioust E, Guibert J, et al. Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation☆. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2006;164(9):781-8.
9. Almeida A, Müller Nix C, Germond M, Ansermet F. Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée. Psychiatr Infant. 1 mars 2002;Vol. 45(1):45-75.
10. Holmes J. John Bowlby and Attachment Theory. Routledge; 2006. 179 p.
11. Pr Loïc de Parscau. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. 2002;52:319-26.
12. Donald W. Winnicott. La mère suffisamment bonne. Payot. 2006. 123 p. (Petite Bibliothèque Payot; vol. 595).
13. De la paillette à l'enfant précieux... Danger de l'amp (« assistance médicalisée du petit »). Spirale. 1 févr 2005;no 33(1):108-17.
14. Bydlowski M. 2. Désir d'enfant et infertilité. Fil Rouge. 26 nov 2008;139-51.

15. Fauser BCJM, Devroey P, Diedrich K, Balaban B, Bonduelle M, Delemarre-van de Waal HA, et al. Health outcomes of children born after IVF/ICSI: a review of current expert opinion and literature. *Reprod Biomed Online*. févr 2014;28(2):162-82.
16. Jean-Marie Delassus. *Devenir mère*. Dunod; 2001. 224 p. (Enfances).
17. Sarah Blaffer Hrdy. *Les instincts maternels*. Payot; 2004. 624 p. (Payot Psych.).
18. Gibson FL, Ungerer JA, McMahon CA, Leslie GI, Saunders DM. The mother-child relationship following in vitro fertilisation (IVF): infant attachment, responsivity, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry*. nov 2000;41(8):1015-23.
19. Margaret Mahler. *Psychose infantile*. Payot; 2001. 362 p. (Petite Bibliothèque Payot).
20. Donald W. Winnicott. *Le bébé et sa mère*. Payot; 1992. 150 p. (Science de l'homme).
21. Francesca Biagi-Chai. *La famille et ses embrouilles*. Pleins Feux; 2010. 145 p. (L'impensé contemporain).
22. Michèle Fitoussi. *Le ras-le-bol des super women*. Le livre de Poche; 1997. (Ldp Littérature).
23. Lazaratou H, Golse B. Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *Psychiatr Infant*. 1 avr 2007;Vol. 49(2):573-99.
24. Peolidis M. Ces enfants issus de procréations médicalement assistées. *Coq-Héron*. 1 sept 2005;no 182(3):135-41.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN, PREMIERE VERSION

Vécu du lien mère-nourrisson de moins de six mois après un parcours d'AMP

Pourquoi cette recherche ?

J'ai terminé mon internat de médecine générale à Lyon il y a 5 mois et pour obtenir le titre de Docteur en Médecine, je dois soutenir une thèse sur le sujet de mon choix. J'ai choisi de m'intéresser aux relations entre les mères et leurs nourrissons de moins de 6 mois à l'issue d'une Aide Médicale à la Procréation.

Pourquoi cette interview ?

Le parcours d'AMP est une épreuve dans la vie des couples et des femmes.

Je m'intéresse à d'éventuelles répercussions de cette grossesse dans la construction des premiers liens de la mère avec son nourrisson.

J'espère pouvoir ainsi trouver des pistes pour améliorer leur accompagnement par les médecins traitants.

Vous faites partie de ma population cible et je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide dans mon travail de recherche.

Consignes :

Cet entretien sera enregistré si vous l'autorisez afin que nous puissions discuter librement.

Je ne citerai pas votre nom pendant notre échange et les réponses seront bien sur anonymes dans ma thèse.

Avez-vous des questions particulières sur le déroulement de l'interview ?

Pourriez-vous vous choisir un prénom imaginaire ? Quel âge avez-vous ? Quelle est votre profession ?

Thèmes qui vont être abordés :

(Les questions présentées ci-dessous ne suivront pas nécessairement cet ordre mais le sens global pourra être abordé d'une manière ou d'une autre selon la relation enquêteur - enquêté qui s'établira)

PARCOURS D'AMP :

Pourriez-vous me raconter votre parcours depuis votre désir de grossesse ?

Quelle technique d'AMP ? Vécu du parcours ?

Comment aviez-vous imaginé votre enfant ?

NOURRISSON :

Quel âge a votre enfant ? Comment va-t-il ?

Comment vivez-vous le fait d'être parent ?

Que signifie pour vous « être mère » ?

Votre bébé, comment mange-t-il ? Comment définiriez-vous son sommeil ?

Que ressentez-vous quand il pleure ?

Quand avez-vous repris votre travail ?

L'avez-vous déjà « confié » ? A qui ? Combien de temps ? Dans quelles circonstances ? Qu'avez-vous ressenti ?

Comment se passent vos relations familiales aujourd'hui ? (frères et sœurs, parents)

Comment se passe votre vie de couple ?

Quelle place occupe le papa ? Que fait-il ? Comment voit-il son nouveau rôle ?

Comment envisagez-vous l'avenir ? D'autres enfants ? Par quels moyens (adoption ? AMP ?)

EMOTIONS :

Depuis sa naissance, comment vous définiriez-vous psychologiquement ? Dans quels cas/situations ressentez-vous du stress ou de l'angoisse ?

Comment dormez-vous ? Comment organisez-vous vos journées ?

Comment qualifieriez-vous votre vie aujourd'hui ?

Que pensez-vous de vous ? Etes-vous fière/satisfaite de vous ?

A quel moment vous a-t-on proposé un soutien psychologique ? Etait-ce nécessaire ? Pourquoi ?

Que pensez-vous de votre enfant par rapport aux autres ?

Quelles craintes/peurs éprouvez-vous concernant son développement ou sa croissance ?

Que pensez-vous de l'état de « fusion » avec son bébé ?

De quelle façon le surprotégez-vous ?

Pensez-vous vivre plus intensément son enfance par rapport aux autres mères ?

Lui expliquerez-vous comment il a été conçu ? Avec quels termes ? Quand ?

Comment s'est exercée si elle a eu lieu la pression sociale par rapport au projet d'enfants ? En discutez-vous ? (amis, famille, groupe?)

MEDECIN TRAITANT :

Par qui est suivi votre enfant ? Pourquoi ce choix ?

Vu toutes les émotions évoquées, qu'auriez-vous attendu de votre médecin généraliste? (Questionnement ? Intérêt ? Soutien ? Aide ?...)

Quels sujets que vous souhaiteriez abordé ?

Que diriez-vous aux futures mamans s'engageant dans un parcours d'AMP ? Et à celles qui en sortent ? Auriez-vous des conseils ?

Merci pour votre participation, je vous tiendrai informé des résultats de l'étude si vous le désirez.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN, VERSION FINALE

Vécu du lien mères-nourrissons de moins de six mois après un parcours d'AMP

Pourquoi cette recherche ?

J'ai terminé mon internat de médecine générale à Lyon en Novembre 2014 et pour obtenir le titre de Docteur en Médecine, je dois soutenir une thèse sur le sujet de mon choix. J'ai choisi de m'intéresser aux relations entre les mères et leurs nourrissons de moins de 6 mois.

Pourquoi cette interview ?

(Modification de la présentation de mon sujet de thèse en ne soulevant volontairement pas le passage par l'AMP afin de ne pas les influencer)

Je m'intéresse à la construction des premiers liens de la mère avec son nourrisson. J'espère pouvoir ainsi trouver des pistes pour améliorer leur accompagnement par les médecins traitants.

Vous faites partie de ma population cible et je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide dans mon travail de recherche.

Consignes :

Cet entretien sera enregistré si vous l'autorisez afin que nous puissions discuter librement. Je ne citerai pas votre nom pendant notre échange et les réponses seront bien sur anonymes dans ma thèse.

Avez-vous des questions particulières sur le déroulement de l'interview ?

Renseignements administratifs :

Pourriez-vous vous choisir un prénom ?

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre profession ?

Combien d'enfant avez-vous ?

Centre d'AMP et suivi de grossesse : public ou privé ?

Quel est le prénom (fictif), l'âge et le sexe de votre bébé ?

Votre enfant est-il suivi par un pédiatre ou un médecin généraliste ?

Votre adresse e-mail ?

Thèmes :

NOURRISSON :

Comment va (prénom du nourrisson) ?

Comment est-il ? (sommeil, alimentation, choix allaitement et motivations, développement)

Quels sentiments avez-vous ressenti quand il est né ? En rentrant chez vous avec lui après l'accouchement ?

Comment ça se passe pour vous d'être maman ? Quand vous êtes-vous sentie maman ? Qu'est-ce que ça a changé dans votre vie ?

Que pensez-vous du fait d'être fusionnelle avec son enfant ?

D'après vous quelle différence existe-t-il entre vous et une maman qui a eu une

grossesse « naturelle » ?

PARCOURS D'AMP : (quand elles l'ont abordé spontanément)

Pourriez-vous me raconter votre parcours depuis votre désir de grossesse ?

Combien de temps s'est-il passé entre votre désir d'enfant et votre grossesse ?

Comment avez-vous vécu votre grossesse ? L'accouchement ?

Comment vous rappelez-vous de votre parcours maintenant qu'il est né ?

Comment envisagez-vous l'avenir ?

LIEN AMP/ NOURRISSON :

Quelles sont pour vous les conséquences de la PMA sur votre bébé ?

Quelle différence peut-il y avoir entre un bébé conçu naturellement et un bébé-PMA ?

Comment imaginez-vous les conséquences éventuelles des hormones ?

Sinon, qu'est-ce qui vous fait penser que les hormones n'ont pas d'impact ?

SUIVI DU NOURRISSON :

Par qui est suivi votre enfant ? Pourquoi ce choix ?

Quelle est la place de votre médecin traitant dans le suivi de votre enfant ? Quand et comment devrait-il intervenir ?

OUVERTURE :

Avez-vous des sujets que vous souhaiteriez abordé ?

Qu'auriez-vous aimé que l'on vous dise avant de devenir maman après une AMP ?

Quels conseils donneriez-vous à des nouvelles mamans après une technique d'AMP pour les aider à vivre leur maternité ?

Merci pour votre participation, je vous tiendrai informé des résultats de l'étude si vous le désirez.

ANNEXE 3 : FICHE D'INFORMATIONS AUX MAMANS

Je m'appelle Marie BERTIN, j'ai terminé mon internat de médecine générale à Lyon en Novembre 2014.

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine, je dois effectuer un travail de thèse sur le sujet de mon choix. J'ai choisi de m'intéresser aux relations entre les mères et leurs nourrissons de moins de 6 mois, après un parcours d'Aide Médicale à la Procréation (AMP).

Pourquoi cette étude ?

Le parcours d'AMP est connu pour être une épreuve dans la vie des couples et des femmes, avec des impacts dans de nombreux domaines de leur sphère intime.

Je cherche à observer si ce processus singulier de procréation interfère ou non dans la construction des premiers liens de la mère avec son nourrisson.

J'espère ainsi pouvoir trouver des pistes pour améliorer notre pratique de médecine générale en essayant de vous offrir l'accompagnement et l'aide répondant attendus. Notamment, grâce au partage de votre vécu.

Comment ?

Mon travail de recherche prend la forme d'une étude qualitative descriptive.

Ma population cible est constituée de femmes ayant accouché il y a moins de 6 mois après un parcours d'AMP (Stimulation, FIV, transfert d'embryon) à l'exception du don de gamètes et des grossesses gémellaires.

Je réaliserai alors, après votre accord, une interview anonyme d'environ 45 minutes enregistrée avec mon smart phone puis retranscrite le plus fidèlement possible. Les interviews papiers seront adjointes en annexes au travail écrit, les grandes idées dégagées apparaîtront dans la partie « résultats ».

Si vous êtes intéressée par mon travail, vous pouvez me contacter par e-mail ou me laisser vos coordonnées afin que nous convenions ensemble d'un rendez-vous pour nous rencontrer dans l'endroit de votre choix.

Coordonnées :

Marie BERTIN LEDRU

06 13 72 05 34

bertinmarie@orange.fr

ANNEXE 4 : E-MAIL A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Mr le professeur,
Docteur...

Dans le cadre de ma thèse d'exercice de Médecine générale à Lyon, je réalise une étude qualitative par entretiens semi directifs (interviews anonymes enregistrées de 30-45 minutes environ) sur le lien des mères avec leur nourrisson de moins de six mois à l'issue de techniques d'Aide Médicale à la Procréation (à l'exception du don de gamète).

Je vous sollicite pour obtenir votre autorisation pour le recrutement de vos patientes au sein de votre centre/service/patientèle.

Vous trouverez, en pièce jointe, une fiche explicative de mon travail à l'attention des patientes cibles.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accorderez,

Dans l'attente de votre réponse,

Je vous prie de recevoir madame, monsieur, l'expression de mon respect.

Marie BERTIN

Médecin généraliste remplaçante.

ANNEXE 5 : DECLARATION A LA CNIL

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

1909616 v 0

du 01 décembre 2015

Madame BERTIN Marie
19 QUAI VICTOR AUGAGNEUR
69003 LYON

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame

Service :

Adresse : 19 QUAI VICTOR AUGAGNEUR

Code postal : 69003

Ville : LYON

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0613720534

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 01 décembre 2015
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION A UNE OBSERVATION DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Je soussignée, domicilié(e) à,

accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de Marie-Charlotte BERTIN LEDRU médecin généraliste remplaçant ayant pour thème : Vécu du lien mères-nourrissons de moins de six mois après un parcours d'Aide Médicale à la Procréation, lors d'un entretien enregistré le

Je déclare avoir été informée de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à

Le

Signature:

ANNEXE 7 : CONSOLIDATING CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE STUDIES (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

TRADUCTION FRANCAISE ORIGINALE DE LA LISTE DE CONTROLE COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus

N°	Item	Guide questions/description
		dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les

N°	Item	Guide questions/description
		thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 8 : CD DES ENTRETIENS

BERTIN LEDRU Marie-Charlotte

Vécu du lien mères-nourrissons de moins de six mois après un parcours d'AMP

86 p, 2 tableaux

Th. Méd : Lyon 2016 n°

RESUME :

Objectif : Une naissance sur quarante en France est le fruit de l'AMP. Ce parcours hyper médicalisé comporte des lourdes contraintes physiques, psychiques et émotionnelles. Il est légitime de s'interroger sur de possibles transmissions des traces du traumatisme maternel dans le vécu du lien avec son nourrisson de moins de six mois.

Matériel et Méthodes : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. La population cible était des femmes primi ou multipares, âgées de 27 à 42 ans, mères d'un nourrisson de moins de six mois au terme d'un parcours d'AMP.

Résultats : Les mère-AMP sont submergées par de fausses croyances liées aux techniques utilisées. Elles peuvent parfois développer un mécanisme d'autoprotection car elles estiment avoir besoin de temps pour se reconstruire. Le lien fusionnel d'inter dépendance avec les nourrissons est alors souvent critiqué. L'épuisement ressenti au terme du parcours d'AMP constitue un frein au don d'elles-mêmes. L'attachement à leur nourrisson peut alors prendre du temps.

Elles aspirent à une reconnaissance de normalité qui s'oppose à leur quête de perfection maternelle et au surinvestissement de leur bébé miracle.

Conclusion : Notre étude permet de mieux comprendre la forte ambivalence de ces mères face à leur nouveau-né et leurs nombreuses fausses croyances. Elle apporte des pistes de réflexions au médecin généraliste qui peut les aider à accepter leur passé d'AMP et leurs imperfections. Il accompagnera le bon développement du lien avec leur nourrisson.

MOTS CLES : Mère, nourrisson, aide médicale à la procréation, médecin généraliste.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Membres : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ

Madame le Docteur Elise BENEDINI

Date de soutenance : Jeudi 9 Juin 2016

Adresse de l'auteur : 19 quai Victor Augagneur 69003 LYON ; bertinmarie@orange.fr
