**UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS**

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**LE POINT DE VUE DES USAGERES SUR LEUR SUIVI DE GROSSESSE APRES UNE
ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION**

Mémoire présenté

Par Melle BRANLE Cécilia

Née le 26 juillet 1993

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2016

Directrice de mémoire :

*Madame BEAUPOUX Julie, psychologue du service de Biologie et Médecine de la Reproduction au
Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.*

REMERCIEMENTS

Remerciements :

A Madame BEAUPOUX Julie, psychologue au service d'Assistance Médicale à la Procréation et Madame GUINOT Sylvie, Directrice de l'école de sages-femmes, pour leur accompagnement et leur soutien tout au long du projet.

A Monsieur le Professeur PIERRE Fabrice, chef de service de gynécologie-obstétrique, à Madame NDIAYE Titia, médecin du service d'Assistance Médicale à la Procréation, pour m'avoir aidé au lancement de l'étude.

Merci aux secrétaires, aux médecins, aux cadres et aux sages-femmes du service d'Assistance Médicale à la Procréation pour avoir contribué à la réalisation du mémoire.

Merci aux patientes qui ont participé à cette étude et m'ont fait confiance, sans qui ce mémoire n'aurait pas abouti.

Enfin, merci à mes amies de promotion qui m'ont beaucoup apporté pendant ces années d'études. Merci à Jonathan pour son accompagnement au quotidien et à toute ma famille.

SOMMAIRE

<u>REMERCIEMENTS</u>	2
<u>SOMMAIRE</u>	3
<u>INTRODUCTION</u>	5
<u>METHODE</u>	7
1) <u>Présentation de l'étude</u>	7
2) <u>Population étudiée</u>	7
3) <u>Informations préalables</u>	8
4) <u>Déroulement des entretiens</u>	9
5) <u>Population interrogée</u>	10
<u>RESULTATS</u>	11
1) <u>Caractéristiques démographiques</u>	11
2) <u>Le choix de suivi</u>	14
2.1. Continuité du suivi (Le lieu et les professionnels sont déjà connus)	14
2.2. Les patientes se sentent rassurées, en confiance.....	14
2.3. Elles n'ont pas toujours choisi le lieu de suivi.....	14
2.4. Proximité, côté pratique.....	15
3) <u>Le vécu de la prise en charge</u>	15
3.1. La transition entre la PMA et la grossesse.....	15
3.2. Le ressenti sur le suivi de grossesse.....	16
3.3 Le soutien apporté aux femmes.....	16
4) <u>L'avis des femmes sur le suivi de grossesse</u>	17
4.1. Points fort du suivi.....	17
4.2. Points faibles du suivi.....	17
4.3. Avis sur les propositions de l'enquêtrice.....	19
<u>DISCUSSION</u>	20
1) <u>Forces de l'étude</u>	20
2) <u>Faiblesses de l'étude</u>	20
3) <u>Discussion des résultats</u>	21
3.1. Caractéristiques du suivi de grossesse.....	21
3.2. Le choix de suivi.....	21
3.3. Le vécu de la grossesse.....	22

3.4. Les points forts et points faibles du suivi.....	25
4) <u>Propositions d'amélioration</u>	26
<u>CONCLUSION</u>	27
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	28
<u>ANNEXE</u>	32
<u>RESUME</u>	33
<u>ABSTRACT</u>	34

INTRODUCTION

L'Agence de Biomédecine a réalisé un bilan concernant l'état des pratiques actuelles sur la Procréation Médicalement Assistée (PMA) [1]. Depuis 2007, on observe une augmentation progressive du nombre de tentatives (concernant les Inséminations Artificielles (IA), les Fécondations In Vitro (FIV) ainsi que les Transferts d'Embryons Congelés (TEC)). Au cours de l'année 2012, 2,9 % des enfants nés dans la population générale en France ont été conçus suite à un parcours de PMA, soit 1 enfant sur 35.

Ainsi, il y a de plus en plus de couples qui font appel aux techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et donc de grossesses obtenues par AMP en France [1] [2].

De nombreuses études montrent cependant que l'infertilité et le parcours en AMP sont assez éprouvants pour les couples [3] [4] [5] [6] [7].

En effet, d'une part, les traitements hormonaux pour stimuler l'ovulation sont décrits comme douloureux et contraignants physiquement pour les femmes [3] [4] [5] [8]. D'autre part, celles-ci sont très investies dans ce parcours. L'attente, le désir d'enfant sont omniprésents, ce qui rend l'échec difficile à accepter [4] [9] [10]. Les études montrent que les patientes infertiles, ayant des traitements consécutifs, sont plus à risque d'état de stress, anxiété, dépression [6] [11] [12]. Cela augmente les échecs de traitements, favorisant ainsi des parcours plus longs. Il s'agit donc d'un cercle vicieux, et les abandons sont fréquents [13] [14] [15]. On note également un retentissement négatif sur l'état psychologique du conjoint, ainsi que sur l'intimité, la sexualité, la communication au sein du couple [7] [16] etc.

Au vu des difficultés décrites ci-dessus par les couples durant le parcours de PMA, la prise en charge médicale doit tenir compte les caractéristiques psychologiques et sexuelles du couple et tenter de leur apporter une écoute, un soutien [4] [7] [9]. Ainsi, il est proposé systématiquement à tous les couples débutant une AMP une aide psychologique qui peut être prolongée pendant la grossesse s'ils en ressentent le besoin [17].

Lorsque le parcours en centre d'AMP est terminé, il y a un relai avec le suivi de grossesse classique. Pour la majorité des couples la transition est bien vécue, notamment si la patiente a déjà un professionnel de santé référent pour le suivi de grossesse, mais pour une minorité l'adaptation est plus difficile (sentiment d'abandon décrit par les femmes) [3] [5] [18] [19].

De même, selon plusieurs études, le vécu de la grossesse est différent chez les patientes ayant réalisé un parcours d'AMP. On note un retentissement sur la vie de couple qui se maintient au cours de la grossesse, notamment sur la sexualité [12] [20].

Les femmes seraient plus anxieuses, plus angoissées pendant les trois premiers mois de la grossesse que des femmes ayant obtenu une grossesse spontanée [5] [8] [14] [18] [19] [21] [22]. Selon certaines études, l'estime de soi maternelle serait plus faible. Le conjoint aurait également des inquiétudes concernant la sécurité de la grossesse et la santé de l'enfant [8] [12].

En revanche d'autres études quantitatives ont des résultats mitigés concernant l'impact d'un parcours PMA sur le vécu psychologique de la grossesse. Selon une étude réalisée sur 87 couples, il y aurait plus de symptômes dépressifs. Cependant les résultats ne sont pas significatifs [23]. Nous retrouvons également des résultats similaires dans d'autres enquêtes comparatives réalisées sur des plus grands échantillons [24] [25]. Certaines études montrent même qu'il y aurait moins de troubles psychologiques pendant la grossesse pour les patientes ayant réalisé une AMP [26] [27] [28].

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations en 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Or, le déroulement de la grossesse obtenue suite à un parcours de PMA n'est pas évoqué. Il n'y aurait pas de suivi spécifique [29].

En définitive la démarche d'AMP est parfois longue et difficile, avec des répercussions possibles sur le vécu de la grossesse (anxiété, inquiétude). La problématique suivante se pose : Est-ce que les modalités actuelles du suivi de grossesse conviennent à une patiente enceinte après un parcours d'AMP au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers ?

Nous poserons l'hypothèse suivante : Les femmes ayant réalisé une démarche de PMA auraient des attentes différentes concernant le suivi de grossesse. C'est pourquoi l'**objectif principal** de ce projet est d'évaluer leur point de vue sur le suivi de grossesse au CHU de Poitiers et voir s'il est nécessaire de réadapter la prise en charge pour elles.

L'étude comprendra également les objectifs secondaires suivants :

- Mettre en évidence les critères de choix de suivi de grossesse de ces patientes ;
- Connaître leur vécu de la prise en charge, notamment si une transition est ressentie par les femmes entre le suivi exercé en AMP et le suivi de grossesse ;
- Déterminer si leurs besoins sont similaires à ceux des patientes ayant eu une grossesse spontanée.

METHODE

1) Présentation de l'étude

Pour connaître le point de vue des usagères, la méthode qualitative a été utilisée. En effet, cette technique de recherche est approuvée et largement utilisée au sein de la communauté scientifique ainsi qu'en sociologie, santé publique etc. L'objectif de cette méthode n'est pas de généraliser les résultats sur l'ensemble de la population, mais plutôt de faire un recueil approfondi sur la question [30]. En comparaison, la méthode quantitative basée sur des questionnaires n'offrait pas la possibilité aux femmes d'exprimer leurs sentiments et leurs représentations avec précision. **L'entretien qualitatif semi-directif** a donc paru plus adapté pour ce type d'étude.

Notre objectif consistait à évaluer l'avis des femmes sur la totalité de la prise en charge. Ainsi, l'entretien a été effectué en fin de grossesse (étude **rétrospective**). Pour réaliser la trame, nous avons pris comme exemple une enquête sur la Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire [31]. Le questionnaire était élaboré en deux parties : La première portait sur les données générales du suivi et la seconde sur la satisfaction des femmes. Nous avons adapté notre trame semi-directive, en ajoutant d'autres questions (attentes, vécu du suivi etc.) (cf ANNEXE).

Les recrutements ont été effectués du 26 juillet au 26 novembre 2016 au CHU de Poitiers. Un premier contact a été établi par l'étudiante sage-femme auprès des patientes lors d'une consultation du troisième trimestre de grossesse. A ce moment-là, une information était faite sur le projet, elles donnaient leur accord et signaient un consentement. Ensuite, le rendez-vous pour l'entretien était fixé (par téléphone ou directement) et la rencontre avait lieu ultérieurement. Elle était prévue dans une salle isolée au CHU de Poitiers, avant ou après la consultation du 9^{ème} mois, afin que les patientes n'effectuent pas de déplacement supplémentaire.

2) Population étudiée

L'étude a porté sur un échantillon de femmes en fin de grossesse ayant réalisé une démarche d'AMP. Nous n'avons pas pris en compte leur gestité/parité et le déroulement de la grossesse (avec ou sans complications) pour l'inclusion. Elles devaient être majeures, sans tutelle ni curatelle ni subordination, accepter de participer et signer le consentement après

information claire, loyale et appropriée sur l'étude. Les critères de non inclusion et d'exclusion ont été les suivants :

Critères de non inclusion :

- Grossesse spontanée ;
- Parcours de PMA/grossesse non suivie au CHU de Poitiers
- Patiente mineure, avec tutelle, curatelle ou subordination ;
- Patiente ne souhaitant pas participer à l'étude ; consentement mal rempli ou rempli partiellement.
- Patiente ne comprenant pas le Français.

Critère d'exclusion :

- Patiente perdue de vue.

3) Informations préalables

Avant de débiter le projet, le nombre de patientes pouvant être recrutées pour l'étude a été estimé au sein du service de Biologie et Médecine de la reproduction au CHU de Poitiers. Nous avons utilisé le cahier de traçabilité des IA, des FIV, des Inséminations Intra-Cytoplasmiques de Spermatozoïdes (ICSI), des TEC et le logiciel Télémaque pour connaître l'issue de la PMA, le lieu de suivi, le terme et le lieu d'accouchement sur les années 2013, 2014 et 2015.

Notre recherche montrait qu'il y avait en moyenne 40 grossesses sous AMP suivies sur une année au CHU de Poitiers. Ainsi le recrutement s'est effectué sur 4 mois, pour avoir un échantillon suffisant (10 à 15 patientes).

Nous avons recueilli des informations dans le dossier obstétrical et le dossier d'AMP afin d'avoir une présentation des femmes. Les éléments recherchés ont été les suivants :

- L'âge (date de naissance) ;
- La situation maritale, profession ;
- La durée écoulée entre la première consultation en AMP et l'obtention de la grossesse actuelle, le nombre de tentatives ;
- La technique ayant abouti à la grossesse (FIV, ICSI, TEC, IA etc.) ;
- La gestité – parité ;
- Le terme de grossesse le jour de l'entretien ;
- Les éventuelles pathologies de grossesse (ex : grossesse gémellaire, Retard de Croissance In Utéro etc.) ;

- La fréquence des consultations au CHU de Poitiers en fin de grossesse.

Des informations complémentaires ont aussi été relevées lors des entretiens (cf ANNEXE) :

- Un contact éventuel avec les professionnels de PMA depuis la grossesse actuelle ;
- Les différents lieux de suivi ;
- Le nombre d'échographies, de consultations d'urgence et de visites prénatales ;
- La réalisation de séances de préparation à l'accouchement ;
- La participation du conjoint au suivi, (nous avons aussi relevé le nombre de conjoints présents le jour de l'entretien) ;
- Le nombre de professionnels vus ;
- La durée des consultations.

4) Déroulement des entretiens

Au début de chaque rencontre, il y a eu un premier temps avec une présentation, puis après l'accord de la patiente, l'entretien a été poursuivi suivant la trame (cf ANNEXE). En premier lieu, les informations sur le suivi étaient recherchées. Ensuite, l'enquêtrice relançait les femmes en reprenant leurs réponses, pour qu'elles mènent une réflexion personnelle.

Les entretiens étaient individuels, menés par l'étudiante. La patiente pouvait venir accompagnée si elle le souhaitait (conjoint...). Leur durée a varié de 10 minutes à 1H15.

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone mais seul le numéro de correspondance a été mentionné dans l'enregistrement. Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Libertés » sur la demande de l'école de sage-femme responsable de l'étude auprès du correspondant CNIL du CHU de Poitiers. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

Lors de la rencontre, une prise de notes a été effectuée pour noter les expressions ainsi que les faits importants qui se sont déroulés. Le contenu de l'échange a été ensuite retranscrit intégralement sur le logiciel word (les expressions, attitudes non verbales observées des patientes ont été précisées).

Tous les entretiens ont été travaillés et lus avec Mme Beaupoux (psychologue au service de Biologie et Médecine de la Reproduction). Pour chacun d'entre eux, l'attitude de l'enquêtrice et les questions utilisées pour relancer la patiente ont été corrigés. La trame a été améliorée au fur et à mesure.

Nous avons réalisé une analyse pour cibler les points importants qui découlent de l'échange, à l'aide du logiciel n Vivo 11. A l'issue de celle-ci, une grille de thèmes communs abordés par les femmes a été établie (analyse thématique). Enfin, une analyse descriptive a été réalisée pour faire des liens, et mettre en évidence une relation entre les différents thèmes trouvés.

L'étude a pris fin lorsqu'il n'y avait plus de nouveau thème abordé, ou mis en avant, par les femmes. Trois entretiens supplémentaires ont permis de confirmer la limite de saturation des données, ainsi l'effectif total a été atteint.

5) Population interrogée

Nous avons proposé à 20 patientes de participer à l'étude, 3 ont refusé. Sur les 17 recrutées, 4 ont été perdues de vues (accouchement prématuré ou pathologie qui a nécessité une hospitalisation avant 35 SA). Au total 13 entretiens inclus dans l'étude ont été effectués.

Les principales causes de refus de participation à l'enquête étaient le manque de temps ou l'absence d'intérêt pour l'étude.

RESULTATS

1) Caractéristiques socio-démographiques, du suivi PMA et de la grossesse actuelle.

Toutes les femmes interrogées étaient en couple (mariées, pacsées ou en concubinage). Voici une présentation de chacune d'entre elles :

Numéro d'entretien	Présentation des patientes		Le parcours de PMA				Grossesse actuelle			
	Profession	Age (en années)	Type d'infertilité	Durée du parcours de PMA (en mois)	Technique ayant abouti	Professionnels de PMA vus depuis la grossesse actuelle	Participation du conjoint au suivi	Participation du conjoint aux entretiens	Gestité-parité	Terme de rencontre (SA) et jours (j)
1, Mme A.	Aide-soignante	27	Primaire	12	1 ^{er} TEC (1 ^{er} ICSI)	Non	Oui	Oui	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 6j
2, Mme B.	Professeur des écoles	39	Primaire	12 et demi	3 ^{ème} TEC (1 ^{er} FIV)	Non	Oui	Non	1 ^{er} geste, Nullipare	37 + 5j
3, Mme C.	Gendarme	28	Secondaire	24	4 ^{ème} TEC (1 ^{er} ICSI)	Oui	Oui	Non	2 ^{ème} geste, Primipare	37 + 3j
4, Mme D.	Infirmière	43	Primaire (parcours PMA pour le 1 ^{er} enfant)	20	1 ^{er} TEC (1 ^{er} FIV)	Non	Oui	Oui	3 ^{ème} geste, Primipare	36 + 4j
5, Mme E.	Aide-ménagère	26	Primaire	8 et demi	2 ^{ème} TEC (1 ^{er} ICSI)	Non	Oui	Non	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 4j
6, Mme F.	Secrétaire	31	Primaire	11	2 ^{ème} TEC (1 ^{er} ICSI)	Non	Oui	Non	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 4j
7, Mme G.	Restauratrice	34	Primaire	6	1 ^{er} TEC (1 ^{er} ICSI)	Non	Oui	Oui	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 5j
8, Mme H.	Cadre	32	Primaire	27	4 ^{ème} TEC (1 ^{er} ICSI)	Oui	Oui	Non	2 ^{ème} geste, Nullipare	36 + 6j
9, Mme I.	Monitrice d'atelier social	35	Secondaire	36	6 ^{ème} TEC (3 ^{ème} FIV)	Oui	Oui	Non	2 ^{ème} geste, Primipare	36
10, Mme J.	Agent en hôtellerie	27	Primaire	11	1 ^{er} TEC (1 ^{er} ICSI)	Non	Non	Non	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 3j
11, Mme K.	Agent territoriale	29	Primaire	18	3 ^{ème} TEC (1 ^{er} FIV)	Non	Oui	Oui	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 3j
12, Mme L.	Documentaliste	39	Primaire	24	3 ^{ème} TEC (1 ^{er} FIV)	Oui	Oui	Non	4 ^{ème} geste, Nullipare	35 + 5j
13, Mme M.	Secrétaire	39	Primaire	13	3 ^{ème} TEC (2 ^{ème} FIV)	Non	Oui	Oui	1 ^{er} geste, Nullipare	36 + 2j

Tableau 1 : Attributs des patientes interrogées pour l'étude : « Le point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance Médicale à la Procréation » (1).

Suivi de la grossesse									
Numéro d'entretien	Déroulement de la grossesse actuelle	Lieux de suivi	Fréquence des consultations au CHU en fin de grossesse	Visites prénatales	Nombre d'échographies	Nombre de consultations d'urgence	Préparation à l'accouchement	Nombre de professionnels vus	Durée des consultations (minutes)
1, Mme A.	Pathologique (Petit Poids pour l'âge gestationnel sévère (PAGS))	CHU et sage-femme libérale	Deux fois par semaine	10 ou plus	Plus de 4	1	Oui	Plus de 10	30 à 45
2, Mme B.	Normal (métrorragies à 19+4 SA sans complications par la suite)	CHU, sage-femme libérale, médecin traitant	Une fois par mois	7	4	4	Oui	6	30
3, Mme C.	Normal	CHU et sage-femme libérale	Une fois par mois	7	4	1	Oui	10	15 à 20
4, Mme D.	Pathologique (Utérus cicatriciel, Hypertension chronique, Lupus, thyroïdite de Hashimoto etc)	CHU et sage-femme libérale	Deux fois par semaine	10 ou plus	Plus de 4	2	Oui	8	20 à 30
5, Mme E.	Normal	CHU et sage-femme libérale	Une fois par mois	8	4	0	Oui	4	45 à 50
6, Mme F.	Normal	CHU, sage-femme libérale, gynécologue	Une fois par mois	8	4	1	Oui	9	30
7, Mme G.	Pathologique (Diabète Gestationnel Insulino-Dépendant associé à un PAGS)	CHU et sage-femme libérale	Une fois par semaine	10 ou plus	Plus de 4	1	Oui	10	40 à 45
8, Mme H.	Normal	CHU et sage-femme libérale	Une fois par mois	8	4	1	Oui	6	20
9, Mme I.	Normal faisant l'objet d'un suivi spécifique (Antécédent d'Interruption Médicale de Grossesse pour le premier enfant)	CHU, sage-femme libérale, médecin traitant, gynécologue, centre échographiste	Une fois par mois	8	Plus de 4	0	Oui	5	30
10, Mme J.	Normal	CHU, clinique et sage-femme libérale	Une fois par mois	6	4	0	Oui	5	30
11, Mme K.	Pathologique (Diabète Gestationnel Non Insulino-Dépendant)	CHU, autre Centre Hospitalier, Centre échographiste, deux sages-femmes libérales	Deux fois par mois	10 ou plus	Plus de 4	2	Oui	6	30 à 45
12, Mme L.	Pathologique (Diabète de type 2 et béance cervicale)	CHU, sage-femme libérale, Centre Périnatal de Proximité de Montmorillon (CPP)	Une fois par semaine	10 ou plus	Plus de 4	1	Oui	8	30 à 40
13, Mme M.	Normal	CHU et CPP de Ruffec	Une fois par mois	9	4	2	Oui	2	30

Tableau 2 : Attributs des patientes interrogées pour l'étude : « Le Point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance médicale à la Procréation »(2)

Tableau 3 : Effectifs des attributs des patientes interrogées pour l'étude : « Le Point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance médicale à la Procréation »

<u>Présentation des patientes :</u>	<u>Effectifs /13 et pourcentages (%)</u>
Profession : - Cadres - Employées de la fonction publique => <i>Dont : Profession médicales et paramédicales</i> - Sans	1/13 (7,7 %) 12/13 (92,3 %) => 2/12 (16,7 %) 0 (0,0 %)
Age : - Mère de 35 ans et plus => <i>Moyenne d'âge (en années)</i>	5/13 (38,5 %) => 33 ans
<u>Le parcours de PMA :</u> Type d'infertilité : - Primaire - Secondaire	11/13 (84,6 %) 2/13 (15,4 %)
Durée du parcours : - Moins d'un an - Entre 1 et 2 ans - 2 ans ou plus	4/13 (30,8 %) 6/13 (46,1 %) 3/13 (23,1 %)
Contact avec les professionnels de PMA depuis le début de la grossesse : - Oui	4/13 (30,8 %)
<u>Grossesse actuelle :</u> Le conjoint : - Participation au suivi de grossesse - Présence à l'entretien	12/13 (92,3 %) 5/13 (38,5%)
Gestité-parité-terme de rencontre : - Nullipares - Primipares - Terme de rencontre (en Semaines d'Aménorrhées SA et jours j)	10/13 (76,9 %) 3/13 (23,1 %) De 35 SA+5j à 37 SA+5j
Déroulement de la grossesse actuelle et fréquence des consultations : - Normal (Une consultation par mois) - Pathologique (Plus d'une consultation par mois)	8/13 (61,5 %) 5/13 (38,5 %)
Visites prénatales : - Aucune - Moins de 7 - 7 - 8 ou 9 - 10 et plus	0/13 (0,0 %) 1/13 (7,7 %) 2/13 (15,4 %) 5/13 (38,5 %) 5/13 (38,5 %)
Échographies : - 4 - Plus de 4	7/13 (53,8 %) 6/13 (46,1 %)
Participation à des séances de préparation à l'accouchement : - Oui	13/13 (100 %)
Consultations en urgence : - Aucune - 1 - 2 - 3 ou plus	3/13 (23,1 %) 6/13 (46,2 %) 3/13 (23,1%) 1/13 (7,7 %)
Nombre d'intervenants : - <i>Nombre de professionnels différents rencontrés (moyenne)</i>	6,8 (6 à 7)
Durée des consultations : - <i>Durée moyenne des consultations de grossesse (en minutes min)</i>	31,7 min

2) Le choix de suivi

2.1. Continuité du suivi (Le lieu et les professionnels sont déjà connus) (12/13) :

- Suite au suivi PMA, continuité avec le CHU de Poitiers (12/13) :

Il s'agit du même établissement (entretiens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Entretien 10 : « Moi c'est une grossesse par FIV, je l'ai fait ici au CHU, je préfère continuer ici »

- Continuité suite à un autre suivi ultérieur (4/13) :

En cabinet libéral, le professionnel est connu avant la grossesse actuelle (entretiens 3, 6, 9, 12)

Entretien 6 : « Bah la gynécologue c'est parce qu'elle me suit depuis que je suis ado donc voilà, c'était la continuité, la sage-femme c'était le bouche à oreille tout simplement [...] »

- Suite au suivi PMA, continuité avec un professionnel libéral (2/13) :

Le même professionnel a suivi le parcours de PMA et celui de la grossesse actuelle (entretiens 3, 9)

Entretien 9 : « Oui, et puis en plus c'était une personne qui travaillait ici qui m'a suivie, qui était sage-femme à la PMA quand j'y étais, et voilà du coup c'était encore mieux pour moi parce que c'était une personne qui m'avait suivie tout le long donc c'est vrai que forcément ça aide aussi. »

2.2. Les patientes se sentent rassurées, en confiance (10/13)

- Le CHU de Poitiers est un hôpital de niveau 3 (7/13) (entretiens 1, 2, 4, 5, 8, 9, 13)

Entretien 8 : « Oui, c'est juste que c'est plus rassurant, parce que il y a la néonatalogie il y a tout ici si besoin était quoi. »

- Informations positives par des proches ou des professionnels de santé (7/13) (entretiens 2, 4, 5, 6, 7, 10, 13)

Entretien 7 : « On nous a conseillé d'après l'expérience des gens, des femmes qui avaient accouché ici on nous a dit bon au CHU ça se passe très bien, la motivation nous a fait venir, bon parce que on fait toute cette distance (160 km aller-retour) parce qu'on pourrait aller au Blanc, la maternité du Blanc mais on a préféré venir ici au CHU. »

2.3. Elles n'ont pas toujours choisi le lieu de suivi (9/13)

- Impossibilité d'être suivie dès le début de grossesse au CHU de Poitiers (6/13) (entretiens 2, 3, 9, 10, 11, 13)

Entretien 11 : « Eh bien, parce que j'ai pas eu le choix. Parce que moi je voulais être suivie sur Poitiers je pensais qu'après la FIV on pouvait être suivi un peu plus sur Poitiers quoi sauf qu'on m'a dit « non, il faut vous débrouiller » ce qui est logique mais après bah, quand on passe par Poitiers c'est vrai qu'on aimerait bien rester sur Poitiers. »

- Suivie en fin de grossesse au CHU de Poitiers (4/13) (Grossesse de déroulement pathologique) (entretiens 4, 7, 11, 12)

➤ Lieu de domicile éloigné de l'hôpital (3/13) (entretiens 7, 11, 12)

Entretien 12 : « Oui, la maternité du Blanc pour la première écho, donc ce qui était au mois de... mai, voilà parce que je suis sur L'Indre et j'habite à 5 minutes de la maternité du blanc. Voilà, donc c'est pas forcément un choix le CHU de Poitiers, j'aurais préféré accoucher au Blanc. »

2.4. Proximité, côté pratique (6/13)

- Le lieu de suivi est proche du domicile personnel (6/13) (entretiens 1, 3, 5, 6, 9, 13)

Entretien 1 : « Niveau pratique, parce qu'on travaille tous les week-ends et niveau géographie, je me voyais pas aller dans un autre centre. C'était un peu loin quoi.»

3) Le vécu de la prise en charge

3.1. La transition entre la PMA et la grossesse

- Souhait de revoir les professionnels de PMA pendant la grossesse (7/13) (entretiens 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12)

Entretien 12 : « C'est juste qu'on avait établi avec le Docteur X, par le parcours de PMA on était en confiance avec elle, et qu'on aurait aimé continuer et puis ça s'est très bien passé avec les autres donc il n'y a pas de problème. »

- Vécu difficile du suivi de PMA (6/13) (entretiens 2, 6, 8, 9, 11, 12)

Entretien 11 : « On est sortis de là on était anéantis, on nous dit « à 29 ans vous n'aurez pas de gamin quoi » non mais là c'est pas possible, ce n'est pas ce que je suis venue entendre ! On conçoit qu'au bout des 4 fécondations,... enfin pas dit comme ça a été dit, c'est la façon dont ça a été dit, et puis entre 2 portes enfin vraiment on a été 10 minutes dans le bureau, c'était particulier quoi »

- Sentiment d'abandon par rapport à la PMA (4/13) (entretiens 2, 4, 9, 11)

Entretien 9 : « ça fait bizarre d'ailleurs parce qu'il y a un gros suivi au départ et puis du moment que ça marche on a l'impression d'être un peu lâché dans la nature. C'est un peu le

sentiment que j'ai eu. Bon après, mais après je sais très bien que quand j'y passe il n'y a pas de soucis... mais ça fait bizarre. »

- Absence de lien entre le service de PMA et d'obstétrique (2/13) (entretiens 1 et 2)

Entretien 1 : « Dans le service gynéco on a bien vu que les sages-femmes, l'hyperstimulation elles connaissaient très mal, voire pas du tout, et elles attendaient toujours le passage du médecin de PMA pour savoir quoi faire, comment faire... elles étaient un peu perdues quoi. Alors que ça arrive mais... Donc c'est vrai que ça nous a surpris ça. »

3.2. Le ressenti sur le suivi de grossesse

- Appréhension par rapport à la grossesse et l'accouchement (9/13)

- Parce qu'il y a eu un parcours de PMA (5/13) (entretiens 2, 3, 4, 5, 9)
- Parce qu'il s'agit d'un premier enfant (3/13) (entretiens 1, 10, 11)

Entretien 10 : « Ah oui je crois oui, surtout la première grossesse, oui. Je connais pas beaucoup de choses, c'est pas pareil quand on est 2 ou 3 enfants d'avance mais là... je suis un peu perdue, c'est ma première grossesse, je n'ai aucune idée, de ce qui se passe. »

- Pour les deux raisons (1/13) (entretien 12)

Entretien 12 : « Je pense qu'on a peut-être besoin d'être encore plus rassurés par rapport à la PMA, et qu'on est peut-être un peu chiant entre guillemets parce qu'on s'inquiète pour tout et n'importe quoi, en plus c'est un premier, on a besoin d'être rassuré pour mon cas. »

- Besoin d'avoir un guide, des informations supplémentaires sur le suivi de grossesse (3/13) (entretiens 2, 6, 9)

Entretien 2 : « Je ne savais pas trop après vers qui je pouvais aller, après je pouvais aller vers mon médecin traitant tout ça mais j'aurais apprécié que là il y ait un petit guide, quelqu'un qui me dise bon allez voir cette dame ou telle personne. »

3.3. Le soutien apporté aux femmes

- Par l'investissement du conjoint (10/13) (entretiens 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13)

Entretien 5 : « C'est vrai qu'on peut oublier certaines choses que le conjoint lui il ne peut pas oublier. Par exemple si j'oublie de souffler ou quoi que ce soit lui il peut me rattraper, il peut m'aider en fait. »

- Par certains professionnels de santé (10/13) (entretiens 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13)

Entretien 1 : « Moi ce que j'ai aimé, c'est d'avoir ma sage-femme à côté qui m'a énormément rassurée. La sage-femme libérale ...c'est vrai que sur le coup j'ai trouvé que ça faisait beaucoup d'un coup et puis la nuit en fait on y pense... »

- Par les séances de préparation à l'accouchement (11/13) (entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13)

Entretien 13 : « Ah c'est très bien, ça apprend pleins de choses, c'est bien encadrant, c'est très bien. Pour quelqu'un qui débute une première grossesse c'est impeccable. Il y a pleins de choses qu'on ne sait pas, que l'on ne connaît pas, surtout pour le premier enfant. »

4) L'avis des femmes sur le suivi de grossesse

4.1. Points forts du suivi

- Satisfaites de la prise en charge globale (11/13) (entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13)

- De la qualité d'accueil et du déroulement des consultations (12/13)
(entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13)

Entretien 3 : « Oui y'avait pas de limite pas de créneau horaire, ça durait 30 minutes parce qu'en 30 minutes on avait fait ce que l'on avait à faire mais je me sentais pas pressurisée [...] les échos j'ai eu l'impression à chaque fois que les sages-femmes avaient le temps de nous expliquer les choses et de nous montrer tous les petits détails. »

- Un bon contact avec les professionnels de santé (13/13)

- A l'écoute, bonne information délivrée, compétents (13/13)
(entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Entretien 13 : « Bah déjà des professionnels à l'écoute, compétents, et qui savent répondre aux questions. »

- Disponibles (3/13) (entretiens 4, 7, 8)

Entretien 4 : « On pose toujours la question pour savoir « est-ce que vous avez d'autres questions etc., après moi je ne retiens pas toujours mais la disponibilité est là et puis on nous rappellera tout le temps qu'il ne faut pas hésiter d'appeler [...] »

4.2. Points faibles du suivi

- Dans la prise en charge (9/13)

- Pas de personne référente qui suit la grossesse (9/13) (entretiens 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13)

Entretien 2 : « C'est vrai qu'on aime bien avoir toujours le même interlocuteur c'est quand même important je trouve. Oui c'est fatigant de réexpliquer. C'est bien votre deuxième ? Oui oui, c'est bien mon deuxième... voilà à chaque fois... »

- Pas assez de transmissions entre les professionnels de santé (3/13)
(entretiens 4, 11, 12)

Entretien 12 : « Pour la consultation de Montmorillon il y a quinze jours j'avais mon dossier je suis repartie avec mon dossier. Il y a eu des résultats d'analyse qui n'étaient pas bons et au final personne n'avait mon dossier. Aussi bien Montmorillon, qui a transféré mes résultats d'analyse à Poitiers en pensant qu'il était à Poitiers, et à Poitiers ils ont cherché mon dossier, heu, ils ne le trouvaient pas. Là c'est juste la problématique qui s'est posée dans le suivi le fait d'alterner les deux comme ça. Les deux sites. »

- Consultations parfois trop rapides (2/13) (entretiens 9 et 12)

Entretien 12 : « ça peut être le côté un peu expéditif pendant certaines consultations. Après on voit bien qu'il y a beaucoup de monde et que voilà, c'est juste ça. »

- Pas assez de consultations de grossesse (2/13) (entretiens 2 et 3)

Entretien 2 : « Ben parce que je sais que moi j'ai beaucoup angoissé au début de la grossesse jusqu'à 5 mois, à peu près, 5-6 mois, et c'est vrai que tous les 15 jours ça m'aurait plus tranquilisé on va dire. »

- Dans l'organisation du service (8/13)

- Difficile de joindre les services (3/13) (entretiens 1, 2, 9)

Entretien 9 : « Oui ça a été. Bon après c'est plus niveau rendez-vous c'est compliqué quoi. On sent que, je veux dire, l'anesthésiste finalement j'ai attendu mon rendez-vous avec la sage-femme parce que je n'arrêtais pas d'appeler y'avait pas moyen ça raccrochait systématiquement. »

- Temps d'attente long (6/13) (entretiens 1, 3, 4, 5, 6, 13)

- > Dans le service de consultations obstétricales (4/13) (entretiens 1, 3, 4, 5)

Entretien 5 : « Mais des fois, enfin il y a toujours du retard pour les rendez-vous. »

- > Aux urgences obstétricales (2/13) (entretiens 6, 13)

Entretien 6 : « Oui, enfin je pense qu'il y a un manque de personnel, enfin nous on l'a ressenti comme ça, ce n'est pas de la faute des professionnels parce qu'on voit bien qu'ils étaient débordés enfin voilà, du samedi au dimanche, mais c'est vrai que, on attend on attend du coup l'angoisse monte, enfin ce n'est pas rassurant quoi. »

- Pas de choix dans les dates de rendez-vous (3/13) (entretiens 1, 4, 9)

Entretien 4 : « Il fallait quelqu'un qui soit spécifiquement compétent pour déceler enfin voilà et puis après comme il y avait un suivi à faire c'était bien de voir la même personne donc... c'est comme ça que c'était présenté la proposition de rendez-vous était liée, d'ailleurs une fois ça m'a pas du tout arrangée parce que j'avais des examens à passer, ça a été dur de faire ce choix c'était en juin...»

- Impossibilité de visiter la maternité (1/13) (entretien 6)

Entretien 6 : « Le seul point qui nous chagrine un peu c'est qu'on a pas pu visiter la maternité [...] on va accoucher on ne sait pas du tout où c'est, on part à l'aveugle »

- Avec certains soignants (7/13)

- Non-respect de l'intimité (3/13) (entretiens 1, 8, 12)

Entretien 1 : « Mais le seul hic c'est sur les échos il n'y a qu'une seule sage-femme qui a eu le réflexe de me mettre un champ vert sur moi sur les premières échos juste après la FIV. Ça c'est le seul petit reproche que je pourrais faire. Bon après on sait que l'intimité on se la met sur l'oreille mais ça c'était le seul truc. »

- Difficultés relationnelles (4/13) (entretiens 4, 9, 10, 11)

Entretien 11 : « Bah après oui parce que j'avais soi-disant des problèmes de tension mais en fait c'était la gynéco qui me stressait, voilà. »

4.3. Avis sur les propositions de l'enquêtrice

- Patientes intéressées par des brochures explicatives sur le suivi, délivrées lors d'une consultation du premier trimestre (8/13) (entretiens 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13)

Entretien 6 : « Ça ce serait vraiment une bonne idée. Parce que je vois ce week-end ils m'ont fait le test du germe, ils m'ont demandé : « Bah vous n'en avez pas entendu parler ? » Bah non, du coup elle m'a expliqué. »

- Groupes de paroles jugés utiles (7/13) (entretiens 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12)

Entretien 4 : « Ah moi je trouve que c'est une super idée. Rien qu'à voir les deux ou trois trucs où j'ai regardé sur internet où l'on peut voir qu'il y a 50 mille forums et finalement les questions reviennent, donc voilà je me dis qu'il y a forcément des choses et il y a forcément moyen de discuter, et c'est une thématique qui m'est un peu chère mais un côté un peu enveloppe, désamorcer des choses [...] »

DISCUSSION

1) Forces de l'étude

Dans la plupart des enquêtes qualitatives sur le vécu de la grossesse après une Assistance Médicale à la Procréation, l'aspect psychologique a plus été mis en avant [18] [19]. Ce mémoire montre donc une approche différente pour améliorer le suivi et permet d'élargir le champ de connaissances sur le sujet. Notre atout est également que, contrairement à ces études, les patientes ont été vues pendant la grossesse, ce qui minimise le biais d'information sur les données recueillies.

Lors des entretiens, les femmes étaient rencontrées deux fois dans un intervalle d'un mois (pour le premier contact avec présentation de l'étude puis pour la réalisation de l'entretien). L'enquêtrice restait disponible pour répondre à leurs questions (numéro de téléphone laissé cf ANNEXE) durant ce laps de temps. L'objectif était de mettre les femmes en confiance, de leur laisser un temps de réflexion. La trame était également réadaptée au fur et à mesure des rencontres (proposition de groupes de paroles, brochures explicatives etc.).

Chaque entretien a été retravaillé avec Mme Beaupoux Julie (psychologue dans le service d'AMP), avec une double analyse (manuelle et informatique à l'aide du logiciel n Vivo 11). Cela augmente la validité de nos résultats [32].

2) Faiblesses de l'étude

La présence de l'étudiante et la participation du conjoint pouvaient influencer le discours des femmes. Le choix du lieu de rencontre (milieu hospitalier) et la tenue de l'étudiante sage-femme (blouse de travail) sont aussi discutables.

Chaque patiente avait une histoire personnelle, un entourage (soutien familial, conjoint etc.), une personnalité. Le vécu de la prise en charge reste donc subjectif. Le suivi de grossesse était aussi très varié (fréquence des consultations, lieux de suivis, déroulement normal ou pathologique de la grossesse etc.).

La taille de notre échantillon était faible (13 femmes), nous ne pouvons pas extrapoler les résultats au vécu du suivi de grossesse de la population générale après une PMA.

Enfin, l'enquête étant mono centrique, elle reflète donc uniquement la prise en charge proposée par le CHU de Poitiers.

3) Discussion des résultats.

3.1. Caractéristiques du suivi de grossesse.

Toutes les femmes interrogées pour l'étude avaient un emploi et étaient en couple (mariées, pacsées ou concubinage). Nous avons comparé leur âge et certaines caractéristiques de leur suivi de grossesse avec les patientes de la population générale (enquête Nationale Périnatale de 2010) [32].

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques du suivi des femmes dans la population générale (Enquête Nationale Périnatale DRESS 2010) et de celles de l'étude « Le point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance Médicale à la Procréation »

Caractéristiques du suivi de grossesse	Enquête « Le point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance Médicale à la Procréation »	Enquête Nationale Périnatale 2010
Age des mères :		
- Age moyen des mères	33,0 ans	29,7 ans
- Mère de 35 ans et plus	38,5 % (5 / 13)	19,2 %
Préparation à la naissance :		
- Chez les primipares	100 % (10 / 10)	73,2 %
- Chez les multipares	100 % (3 / 3)	28,5 %
Visites prénatales :		
- Aucune	0 % (0 / 13)	0,0 %
- Moins de 7	7,7 % (1 / 13)	8,5 %
- 7	15,4 % (2 / 13)	13,3 %
- 8 ou 9	38,5 % (5 / 13)	33,1 %
- 10 et plus	38,5 % (5 / 13)	45,1 %
Échographie :		
- Aucune	0 % (0 / 13)	0,2 %
- 1 ou 2	0 % (0 / 13)	1,7 %
- 3	0 % (0 / 13)	31,2 %
- 4 ou plus	100 % (13 / 13)	67,0 %

D'après le tableau ci-dessus, les femmes étaient plus âgées dans notre enquête, elles ont toutes réalisé des séances de préparation à la naissance et ont eu au minimum 4 échographies. En revanche, le nombre de consultations de grossesse est comparable dans les deux groupes.

3.2. Le choix de suivi

Selon nos résultats, 12 patientes sur 13 ont cité comme critère de premier choix la continuité du suivi de grossesse avec la PMA (lieux et professionnels déjà connus par la prise en charge antérieure). Ensuite, elles étaient en confiance, rassurées par la réputation de l'hôpital (7 sur 13), le fait qu'il s'agisse d'un niveau III (7 sur 13), puis la proximité (6 sur 13). Or, Dutriaux N. et al a réalisé une étude sur 112 patientes ayant accouché au Val d'Oise, pour connaître leur choix de suivi de grossesse [34]. En premier lieu les mères citaient la

proximité de l'établissement (75,2%), en second lieu venaient la présence d'un service néonatal (38,5 %) la réputation ou conseils (34,2%) et la sécurité médicale (32,5%).

Les femmes ont donc cité les mêmes critères de choix de suivi, mais l'ordre est différent. En effet, la continuité de la prise en charge pour les femmes débutant une grossesse après une PMA semble être un critère plus important que la proximité de l'établissement, contrairement à la population générale. Cependant, dans notre enquête :

> Quatre patientes (entretiens 4, 7, 11, 12) disaient avoir été suivies au CHU de Poitiers en fin de grossesse, sans avoir eu le choix (grossesse de déroulement pathologique). Or, dans nos résultats, ces femmes n'avaient pas évoqué la proximité du lieu de suivi. En effet, pour 3 d'entre elles (entretiens 4, 7, 11) le lieu de domicile était éloigné de l'hôpital. Ainsi, elles ont eu des complications liées à la grossesse, et n'ont pas pu choisir la structure hospitalière selon un critère de proximité.

> Nous avons choisi de ne pas inclure les usagères suivies sur d'autres établissements. Or, ces femmes seraient plus à même de choisir un hôpital proche de leur domicile. Nous avons donc pu induire un biais d'inclusion lié au caractère mono-centrique de notre étude.

Nos données montrent aussi que 6 femmes (entretiens 2, 3, 9, 10, 11, 13) n'ont pas pu être suivies au CHU en début de grossesse. En utilisant le tableau 2, nous remarquons qu'en dehors de Mme K. (entretien 11), il s'agissait de grossesses de déroulement normal. Or, lorsque notre enquête a été mise en place, les femmes n'ayant pas de complications pendant la grossesse ne pouvaient être suivies dans l'établissement qu'à partir du troisième trimestre. Cela explique nos résultats.

3.3. Le vécu de la grossesse

- Ressenti sur le suivi de grossesse

Dans notre étude, 9 femmes sur 13 appréhendaient la grossesse et l'accouchement (entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11 et 12). Or, en dehors de Mme J. (entretien 10), chacune d'entre elles a relevé des éléments sur la PMA. Dans les entretiens 1 et 2 il s'agissait de l'absence de lien entre le service de PMA et d'obstétrique ; les femmes des entretiens 2, 3, 4, 5, 9, 11 et 12 souhaitaient revoir les professionnels, et 4 parmi celles-ci (entretiens 2, 4, 9, 11) ressentaient un sentiment d'abandon par rapport à la PMA. Tout ce groupe de patientes a cité les mêmes éléments, qui semblent être liés les uns aux autres. Ainsi, selon ce

raisonnement, les usagères qui ont ressenti des inquiétudes pendant la grossesse souhaiteraient revenir sur le suivi en PMA.

D'après le tableau 1, seules 4 usagères (entretien 3, 8, 9 et 12) ont pu avoir un contact avec les soignants de PMA. Pour deux d'entre elles (entretien 3 et 9) le même professionnel a suivi le parcours de PMA et celui de la grossesse actuelle.

Ainsi, même si la majorité des femmes souhaitaient revoir les soignants de PMA, peu ont eu un contact avec eux depuis le début de la grossesse.

Pour évaluer la pertinence de nos résultats sur le vécu de la grossesse, nous les avons comparés avec l'étude de Simon J, qui a interrogé 20 patientes primipares après une Fécondation In Vitro, en post-partum [18]. Voici un tableau des données obtenues :

Tableau 5 : Comparaison du vécu de la grossesse et de la PMA entre l'étude de Simon J, « La grossesse unique après FIV : une grossesse comme les autres ? » et celle sur « Le point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance Médicale à la Procréation »

Proportion de femmes / Population totale	Enquête « Le point de vue des usagères sur leur suivi de grossesse après une Assistance Médicale à la Procréation »	Etude de J.Simon : La grossesse unique après FIV: une grossesse comme les autres ?
Prise en charge en PMA	Non satisfaites (6/13)	Très bien, bien ou satisfaisant (20/20)
Durée du suivi en PMA - Moins d'un an - Entre 1 et 2 ans - Plus de 2 ans	4/13 (30,8 %) 6/13 (46,1 %) 3/13 (23,1 %)	4/20 (20 %) 7/20 (35 %) 9/20 (45 %)
Sentiment d'abandon au premier trimestre.	4/13 (30,8%)	5/20 (25 %)
Appréhension de la grossesse et de l'accouchement	9/13 (69,0 %)	18 couples sur 20 inquiets au premier trimestre de grossesse (90,0 %).
Absence de lien entre les deux suivis	2/13 (15,4 %)	3/20 (15,0 %)

Dans l'ensemble, les résultats sont similaires entre les deux études. Quelques différences peuvent être relevées :

> Dans notre projet, 6 usagères sur 13 n'étaient pas satisfaites par la prise en charge en PMA, 9 patientes appréhendaient la grossesse et l'accouchement.

Dans l'étude de Simon J, toutes les femmes ont estimé que la prise en charge en PMA était très bien, bien ou satisfaisante. Pourtant, 18 couples sur 20 se sentaient quand même inquiets au premier trimestre de grossesse sur la santé de l'enfant [18].

Selon ces données, la satisfaction des femmes concernant la prise en charge en PMA n'aurait pas une influence directe sur le vécu de la grossesse.

> Simon J. a aussi retrouvé que neuf patientes sur 20 avaient réalisé un parcours de PMA supérieur à 2 ans (soit 45 %). Dans notre projet, cela concerne seulement trois usagères (soit 23,1 %). Il a mis en évidence que 18 couples ressentait une appréhension au premier trimestre (soit 90%) contre neuf seulement dans notre étude (soit 69 %). Nos pourcentages sont plus faibles. Les femmes de notre échantillon ont eu un suivi en PMA plus court et elles ont moins d'inquiétudes sur le déroulement de la grossesse.

Ainsi, il pourrait y avoir un lien entre le vécu de la grossesse et la durée du suivi en PMA.

> Au sein de notre étude, contrairement à celle de Simon J, nous avons inclus les grossesses pathologiques. Or, d'après le tableau 2, sur les neuf patientes qui appréhendaient la grossesse et l'accouchement, Mme A., Mme D., Mme K et Mme L. (entretiens 1, 4, 11, 12) avaient une grossesse pathologique, Mme B. (entretien 2) a eu des métrorragies au 2^{ème} trimestre de grossesse et Mme I. (entretien 9) a eu une interruption Médicale de Grossesse pour son premier enfant. Il est donc possible que le déroulement de la grossesse actuelle et certains antécédents obstétricaux majorent les appréhensions maternelles de la grossesse.

> Enfin, d'autres facteurs interviendraient également. Dans notre enquête, 5 femmes se disaient inquiètes à cause du vécu de la PMA et de l'infertilité, pour 3 autres c'était parce qu'il s'agissait d'un premier enfant et une patiente a cité les deux raisons. Certaines mettaient aussi en avant leur personnalité, etc.

- Le soutien apporté aux femmes

La majorité des patientes disent avoir été soutenues, 10 par certains professionnels de santé, 11 par les séances de préparation à l'accouchement et 10 par la présence du conjoint. Douze conjoints ont participé au suivi (aux consultations, échographies etc.). Six étaient présents lors des entretiens, ils disaient être impliqués dans le suivi.

Une enquête qualitative sur le vécu de l'accouchement par le couple primipare montre des résultats similaires aux nôtres. Sur 33 couples interrogés, 28 femmes avaient réalisé des séances de préparation à l'accouchement et 24 ont mis en évidence l'aide apportée. 18 pères avaient assisté aux séances ; tous étaient présents lors de l'accouchement et la majorité des mères avaient indiqué que leur compagnon avait été un soutien [35].

Ainsi, nos résultats et ceux de de Kopff-Landas A. [34] montrent que les patientes ont besoin d'être entourées et appréhendent plus facilement la grossesse et l'accouchement lorsqu'il

s'agit d'un premier enfant. Les conjoints sont aussi très investis. Or, lors des entretiens, nous avons majoritairement rencontré des femmes Nullipares (10 sur les 13 interrogées). Leur inquiétude sur le déroulement de la grossesse peut être associée en partie par leur manque d'expérience.

3.4. Les points forts et points faibles du suivi

Dans l'étude de Dutriaux N. et al, 85% des couples ont pensé que la prise en charge médicale de la grossesse était adaptée. La réponse a été sensiblement identique pour tous les couples qui ont exprimé avoir eu des attentes : un souhait d'information, de se sentir rassurés [33]. Lors des entretiens, toutes les femmes décrivaient que les professionnels étaient à l'écoute, compétents et délivraient une bonne information. Le suivi de grossesse correspondait à leurs attentes dans la majorité des cas, puisque 11 femmes se sont décrites « satisfaites ». Toutefois, la prise en charge n'a pas convenue à Mme K. et L. (entretiens 11 et 12). Le tableau 2 montre que leur suivi était dispersé sur différents établissements (grossesse de déroulement pathologique).

Les usagères ont rencontré en moyenne 6 à 7 intervenants au cours de la grossesse. 9 d'entre elles ont mis en évidence l'absence de personne référente, 3 ont souligné que cela pouvait être à l'origine d'un mauvais suivi du dossier et de transmissions entre les professionnels de santé. Pourtant, elles n'ont pas spécialement relevé un nombre excessif de professionnels.

Ces éléments concordent avec l'enquête de Dutriaux N et al. Où « 71,1 % des femmes interrogés semblaient en majorité favorables à un suivi de grossesse réalisé par un seul professionnel de santé pour une grossesse ultérieure. Elles apprécieraient que celui-ci reste l'interlocuteur référent [34]. » Les usagères avaient rencontré en moyenne quatre à cinq intervenants au cours de la grossesse, et 79,7 % d'entre elles qualifiaient ce nombre d'adapté parmi celles désirant un accouchement moins médicalisé.

D'après nos résultats et ceux de Dutriaux N et al, les femmes souhaitent avoir un interlocuteur référent pendant la grossesse. Le nombre de professionnels différents rencontrés, même s'il est important, semble moins problématique.

Enfin, concernant le suivi au CHU, 6 femmes déclarent avoir été gênées par les temps d'attentes longs, 3 pour la prise de rendez-vous, 3 pour joindre le service. Deux patientes ont trouvé les consultations de grossesse trop rapides. Deux autres ont trouvé qu'il n'y en avait pas suffisamment (entretien 2 et 3), mais faisaient parties de celles ayant eu le moins de

consultations de grossesse (7 visites prénatales cf tableau 2). Trois femmes ayant une grossesse pathologique ont aussi décrit un manque de transmissions entre les professionnels de santé (entretiens 4, 11 et 12, cf tableau 2).

Cependant, depuis notre étude, il y a eu des modifications d'organisation dans le service de gynécologie-obstétrique (cf propositions d'améliorations).

Houlé C a réalisé une étude qualitative sur 18 patientes accouchées, afin de connaître leur opinion sur la prise en charge à l'hôpital [36]. Pour une partie d'entre elles, la durée des consultations, la disponibilité du service et la prise des rendez-vous n'était pas toujours adaptée. Ces données montrent que les usagères ne sont pas toujours satisfaites de l'organisation hospitalière.

4) Propositions d'améliorations

Parmi les femmes interrogées :

- Sept ont jugé les groupes de paroles utiles.
- Huit étaient intéressées par des brochures explicatives sur le suivi de grossesse délivrées lors d'une consultation du premier trimestre. En effet, elles souhaitaient plus de documents informatifs.
- Trois ressentent le besoin d'avoir un guide, des informations supplémentaires sur le suivi. Il serait intéressant pour elles de proposer au premier trimestre une consultation supplémentaire (faire un bilan sur la prise en charge en PMA effectuée, puis assurer la continuité du suivi de grossesse (information, orientation)).

De même, des nouvelles mises en place auraient pu être effectuées au CHU avec un professionnel de santé référent pour les patientes et une réorganisation des services (urgences et consultations obstétricales) pour laisser plus de disponibilités. Cependant, il y a eu des modifications en 2014 puisque le CHU s'est engagé pour « proposer une continuité dans le suivi tout au long de la grossesse ». Il y a aussi une nouvelle ligne téléphonique directe permettant de joindre les sages-femmes aux consultations et plus de disponibilités dans les plages horaires pour les rendez-vous. [37] Il serait intéressant de connaître l'avis des patientes sur ces nouvelles propositions.

Enfin, dans notre étude, les conjoints étaient impliqués dans le suivi. Ainsi, l'équipe médicale pourrait leur proposer des brochures d'information, des groupes de paroles, prendre en compte leurs disponibilités etc.

CONCLUSION

En conclusion, les femmes débutant une grossesse après une PMA seraient plus âgées que la moyenne et souhaiteraient un suivi complet et global (mise en place de séances de préparation à l'accouchement). Il semblerait également :

- Qu'elles privilégient une continuité du suivi de grossesse après une PMA
- Qu'une partie d'entre elles ressentent une appréhension. Cela est lié à la population interrogée (patientes majoritairement Nullipares) et par le parcours antérieur réalisé. Un soutien leur est apporté de la part des soignants, du conjoint, très impliqué dans le suivi, et par les séances de préparation à l'accouchement.
- La prise en charge leur convient dans l'ensemble mais elles souhaiteraient avoir un interlocuteur référent et une organisation hospitalière adaptée à leurs besoins.

Dans la majorité les attentes de ces femmes semblent correspondre à celles de la population générale. Il n'est donc pas nécessaire de réadapter le suivi de grossesse après une PMA. Mettre en place un accompagnement personnalisé, global, différent d'une prise en charge standardisée avec des professionnels à l'écoute paraît adapté.

Cependant, les résultats trouvés ne sont pas extrapolables avec le suivi réalisé dans d'autres maternités en France. Il serait intéressant de les confirmer par une étude multicentrique avec un échantillon important de patientes, afin d'avoir un niveau de preuve plus élevé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Agence de Biomédecine. (page consultée le 12/02/2016). Communiqué de l'agence de Biomédecine, [en ligne] <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
- [2] FIVFrance. (page consultée le 12/02/2016). Les statistiques publiées en 2014, [en ligne] http://www.fivfrance.com/page_stat_amp_2014.html
- [3] Michel N., Un parcours motivé par l'amour : Impact de la FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme] Metz: Université Lorraine; 2014.
- [4] Allard MA, Sejourne N, Chabrol H. Vécu des différentes étapes d'un processus de Fécondation In Vitro. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2007;37:1009–14.
- [5] Prevot C., De « femmes en FIV » à femmes enceintes : Impact du vécu du parcours de Fécondation In Vitro sur le vécu de la grossesse et de sa prise en charge [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme] Bourg-en-Bresse: Université Claude Bernard Lyon 1; 2010.
- [6] Reis S, MR Xavier, Coelho R, Montenegro N. Psychological Impact of Single and Multiple Courses of Assisted Reproductive Treatments in Couples: A Comparative Study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 2013 nov ;171(1):61-6.
- [7] Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Évaluation psychologique et sexologique du couple infertile. *Sexologies*. 2010 janv;19(1):48-52.
- [8] Sejourne N, Callahan S, Chabrol H. Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez 12 femmes ayant bénéficié d'une FIV. *Gynécologie obstétrique & fertilité*. 2006;34(7-8):625-31.
- [9] Lampley TM. The interim window : women's experiences during FIV leading to maternal embryo attachment. [Thèse de doctorat d'Université] Las Vegas (USA) : University of Nevada; 2010.
- [10] Lazaratou H, Golse B. Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *La psychiatrie de l'enfant*. 2007;49(2):573-99.
- [11] Turner K, Reynolds-May MF, Zitek EM, Tisdale RL, Carlisle AB, Westphal LM. Stress and anxiety scores in First and Repeat IVF cycles : A Pilot Study. *PLoS ONE*. 2013;8(5).
- [12] Hammarberg K, Fisher JRW, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception : a systematic review. *Human Reproduction Update*. 2008 Jul 24; 14(5):395–414.

- [13] Matthiesen SMS, Frederiksen Y, Ingerslev HJ, Zachariae R. Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction*. oct 2011;26(10):2763-76.
- [14] Goëb JL, Férel S, Guetta J, Dutilh P, Dulioust E, Guibert J, et al. Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. nov 2006;164(9):781-8.
- [15] Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Human Reproduction*. Jan 2013;28(4):1100–9.
- [16] Ferreira M, Antunes L, Duarte J, Chaves C. Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171:96-103.
- [17] Agence de la Biomédecine. (page consultée le 12/02/2016). Fiche 5 : L'AMP : une médecine entre technique et psychologie, [en ligne, 2014] <http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche5-amp.pdf>
- [18] Simon J., La grossesse unique après FIV: une grossesse comme les autres ? [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme] Metz : Université Henri-Poincaré; 2011.
- [19] Cahagnon M., Le vécu des grossesses après AMP: étude qualitative à partir de six entretiens [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme] Rennes : Université de Rennes ; 2013.
- [20] Gamet ML. A propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la procréation (AMP). *Sexologies*. 2008;17(2):102-12
- [21] Guillou J, Sejourne N, Chabrol H. Appréhension et vécu d'une grossesse obtenue après un don d'ovocyte anonyme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2009 Mai;37(5):410-4.
- [22] Hashemieh C, Neisani Samani L, Taghinejad H. Assessment of Anxiety in Pregnancy Following Assisted Reproductive Technology (ART) and Associated Infertility Factors in Women Commencing Treatment. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2013 Dec [cité 15 déc 2014];15(12). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955512/>
- [23] Monti F, Agostini F, Fagandini P, La Sala GB, Blickstein I. Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*. 2009 Mar;91(3):851-7.

- [24] Warmelink JC, Stramrood CA, Paarlberg KM, Haisma HH, Vingerhoets AJ, Schultz WC et al. Post-traumatic stress disorders, anxiety and Depression following pregnancies conceived through fertility treatments. *The Journal of Reproductive Medicine*. 2012 Mar-Apr;57(3-4):115-22.
- [25] Beukers F, Houtzager BA, Paap MC, Middelburg KJ, Hadders-Algra M, Bos AF et al. Parental psychological distress and anxiety after a successful FIV/ICSI procedure with and without preimplantation genetic screening : follow-up a randomized controlled trial. *Early Human Development*. 2012 Sep;88(9):725-30.
- [26] McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Hammarberg K, Wynter K, Saunders D, et al. Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Human Reproduction*. avr 2013;28(4):997-1005.
- [27] Fisher J, Wynter K, Hammarberg K, McBain J, Gibson F, Boivin J, McMahon C. Age, mode of conception, health service use and pregnancy health : a prospective cohort study of Australian women. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2013 Apr; 13(88):0-13.
- [28] Vilska S, Unkila-Kallio L, Punamäki RL, Poikkeus P, Repokari L, Sinkkonen J et al. Mental health of mothers and fathers of twins conceived via ART (Assisted Reproduction Treatment) : a 1 years prospective study. *Human Reproduction*. 2008 Nov 29;24(2):367–77.
- [29] Haute Autorité de Santé (page consultée le 12/02/2016). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandations professionnelles HAS 2007, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- [30] E. Pasquier., Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples [Thèse de Doctorat pour le diplôme de Docteur en Médecine] Lyon : Université de Lyon Nord ; 2004.
- [31] Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *RECHERCHES QUALITATIVES*. 2007;Hors Série(3):243-72.
- [32] Branger B, Le Coz F, Gillard P, Merot E, Winer N et al. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité

Naissance » des Pays-de-la-Loire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014;43:361-70.

[33] Blondel B, Kermarrec M, Enquête périnatalité « La situation périnatale en France en 2010 » Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2011 oct;775:1-8.

[34] Dutriaux N, Chevalier J, Muray JM, Dran C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité Francillienne. La Revue Sage-Femme. 2008;7:177-86.

[35] Kopff-Landas A, Moreau A, Sejourne N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : une étude qualitative. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008;36:1101-4.

[36] C. Houlé., Suivi de grossesse : Critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région Dieppoise [Thèse de Doctorat pour le diplôme de Docteur en Médecine] Rouen : Université de Rouen ; 2013.

[37] Grossesse, répondre à toutes les attentes. CHU magazine Poitiers. déc 2015;71:16-24.

ANNEXE

Déroulement de l'entretien :

1^{er} partie : Accueil et présentation.

La présentation de l'étudiante a été faite avant chaque entretien.

Ensuite, la patiente s'est présentée à son tour. Nous avons d'abord vérifié son identité en lui demandant son nom ; Prénom ; Date de naissance. Ensuite seulement, l'enregistrement a été débuté (respect de la confidentialité).

2^{ème} partie : Le suivi de grossesse :

Voici les différents sujets qui ont été abordés :

- Les différents lieux de suivis. Les raisons de ce(s) choix ;
- Les consultations de grossesse et les échographies (leur déroulement, nombre, durée, le nombre de professionnels vus) et leur avis sur les réponses données ;
- La réalisation de séances de préparation à l'accouchement ; de consultations d'urgence; et si oui leur opinion sur la prise en charge ;
- Leur avis sur le contact avec les professionnels en règle générale (information délivrée, disponibilité, écoute, respect de l'intimité, professionnalisme etc.) ;
- La participation du conjoint au suivi, et les raisons de ce choix (nous avons aussi relevé le nombre de conjoints présents le jour de l'entretien) ;
- S'il y a eu un contact avec les professionnels de PMA depuis la grossesse actuelle, si oui lesquels, souhait de les revoir, des remarques particulières ;
- Leur opinion globale pour conclure.
- D'autres remarques sur le suivi, propositions d'améliorations.

RESUME

Introduction

Après un parcours de PMA, la grossesse est parfois difficilement vécue sur le plan psychologique (inquiétude, anxiété etc.). L'objectif de l'étude a été d'évaluer la satisfaction des usagères sur leur suivi de grossesse après une démarche d'AMP et la nécessité de réadapter le suivi spécifiquement pour ces femmes.

Patients et méthode

13 entretiens semi-directifs ont été réalisés lors du 3^{ème} trimestre de grossesse au CHU de Poitiers, du 26 juillet au 26 novembre 2016.

Résultats

Douze femmes ont privilégié une continuité du suivi de grossesse après la PMA. Neuf ont appréhendé la grossesse. Elles se sont senties soutenues par les soignants, leur conjoint, souvent très investi dans le suivi, et par les séances de préparation à l'accouchement. Globalement, elles sont satisfaites du suivi mais neuf femmes demandent qu'il soit continu et huit souhaitent une organisation du service adaptée à leurs besoins.

Dans l'ensemble, les résultats retrouvés semblent correspondre à ceux de la population générale. Toutefois, les usagères ont eu besoin d'être rassurées pendant la grossesse ; cela peut être associé au parcours de PMA, mais aussi à d'autres facteurs (population interrogée composée majoritairement de Nullipares, subjectivité des femmes etc.).

Conclusion

Il n'est pas nécessaire de réadapter le suivi pour ces patientes. En revanche, la prise en charge doit être globale et personnalisée pour répondre à leurs attentes. Il serait intéressant de confirmer les résultats par une étude multicentrique (niveau de preuve plus élevé).

Mots-clefs

Satisfaction de l'utilisateur, prise en charge médicale, Suivi du patient, Procréation médicalement assistée, enquête qualitative, avis.

ABSTRACT

Introduction

Women who have conceived by ART (Assisted Reproductive Technology) have had different personal experiences of pregnancy (anxiety, worry...). The objective of this study is to evaluate women's satisfaction with their medical care having undergone ART and whether their care needs to be specifically adapted.

Patients and methods

13 semi-directive clinical consultations during the third trimester of pregnancy were carried out in Poitiers University Hospital from 26th July to 26th November 2016.

Results

Twelve women appeared to favour continuous medical care after ART. Nine mothers felt apprehensive during the pregnancy and required support from their partner (often very invested) and from the caregivers and antenatal classes. They were satisfied with their medical care, but nine women asked for it to be continuous and eight for the organization to be adapted to their needs.

On the whole, the results are comparable with those of the general population. The mothers needed to be reassured; this could be associated with ART but also with the fact that the patients surveyed were predominantly nulliparous with no previous experience of a pregnancy.

Conclusion

Medical care need not be changed. However, the care should be personalized and complete in order to respect their expectations. It would be interesting to confirm the results from a multicenter study, with larger numbers of interviews, to meet a higher standard of proof.

Keywords

Patient satisfaction, Patient care management, continuity of patient care, Assisted Reproductive Technology, qualitative research, leadership.