

Académie d'Orléans-Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2010-2011

N°

Thèse
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

EVANS Mary
Née le 08 Février 1982 à Rennes (35)

Présentée et soutenue publiquement le 05 Octobre 2011

TITRE

**VECU PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES RECEVEUSES EN
ATTENTE D'UN DON D'OVOCYTES EN PROCREATION
MEDICALEMENT ASSISTEE**

JURY

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

**Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Madame le Docteur Marie-Laure COUET
Monsieur le Docteur Wissam EL-HAGE**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN -J.MOLINE
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch.
ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J.THOUVENOTB. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel Radiologie et Imagerie médicale
ANDRES Christian Biochimie et Biologie moléculaire
ARBEILLE Philippe Biophysique et Médecine nucléaire
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
AUTRET Alain Neurologie

Mme AUTRET-LECA Elisabeth Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

MM. BABUTY Dominique Cardiologie

Mmes BARILLOT Isabelle Cancérologie ; Radiothérapie
BARTHELEMY Catherine Physiologie

MM. BAULIEU Jean-Louis Biophysique et Médecine nucléaire
BERNARD Louis Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BESNARD Jean-Claude Biophysique et Médecine nucléaire
BEUTTER Patrice Oto-Rhino-Laryngologie
BINET Christian Hématologie ; Transfusion
BODY Gilles Gynécologie et Obstétrique
BONNARD Christian Chirurgie infantile
BONNET Pierre Physiologie
BOUGNOUX Philippe Cancérologie ; Radiothérapie
BRUNEREAU Laurent Radiologie et Imagerie médicale
BUCHLER Matthias Néphrologie
CALAIS Gilles Cancérologie ; Radiothérapie
CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques Parasitologie et Mycologie
CHANTEPIE Alain Pédiatrie
CHARBONNIER Bernard Cardiologie
COLOMBAT Philippe Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe Neurologie
COSNAY Pierre Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne Gastroentérologie ; Hépatologie
DE LA LANDE DE CALAN Loïc Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand Neurologie
DEQUIN Pierre-François Thérapeutique ; médecine d'urgence
DIOT Patrice Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & Cytologie pathologiques
DUMONT Pascal Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FAUCHIER Laurent Cardiologie
FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique
FETISSOF Franck Anatomie et Cytologie pathologiques
FOUQUET Bernard Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick Neurochirurgie
FUSCIARDI Jacques Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILE Philippe Rhumatologie
GRUEL Yves Hématologie ; Transfusion
GUILMOT Jean-Louis Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
GUYETANT Serge Anatomie et Cytologie pathologiques

HAILLOT Olivier Urologie
 HALIMI Jean-Michel Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)

HERAULT Olivier Hématologie ; transfusion
 HERBRETEAU Denis Radiologie et Imagerie médicale

Mme HOMMET Caroline Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
 MM. HUTEN Noël Chirurgie générale
 LABARTHE François Pédiatrie
 LAFFON Marc Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
 LANSON Yves Urologie
 LARDY Hubert Chirurgie infantile
 LASFARGUES Gérard Médecine et Santé au Travail
 LEBRANCHU Yvon Immunologie
 LECOMTE Pierre Endocrinologie et Maladies métaboliques
 LECOMTE Thierry Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 LEMARIE Etienne Pneumologie
 LESCANNE Emmanuel Oto-Rhino-Laryngologie
 LINASSIER Claude Cancérologie ; Radiothérapie
 LORETTE Gérard Dermato-Vénérologie
 MACHET Laurent Dermato-Vénérologie
 MAILLOT François Médecine Interne
 MARCHAND Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 MARRET Henri Gynécologie et Obstétrique
 NIVET Hubert Néphrologie
 PAGES Jean-Christophe Biochimie et biologie moléculaire
 PAINAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
 PATAT Frédéric Biophysique et Médecine nucléaire
 PERROTIN Dominique Réanimation médicale ; médecine d'urgence
 PERROTIN Franck Gynécologie et Obstétrique
 PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie
 QUENTIN Roland Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
 RICHARD-LENOBLE Dominique Parasitologie et Mycologie
 ROBERT Michel Chirurgie Infantile
 ROBIER Alain Oto-Rhino-Laryngologie
 ROINGEARD Philippe Biologie cellulaire
 ROSSET Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique
 ROYERE Dominique Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
 RUSCH Emmanuel Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
 SALAME Ephrem Chirurgie digestive
 SALIBA Elie Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
 SIRINELLI Dominique Radiologie et Imagerie médicale
 THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
 TOUTAIN Annick Génétique
 VAILLANT Loïc Dermato-Vénérologie
 VELUT Stéphane Anatomie
 WATIER Hervé Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M. HUAS Dominique Médecine Générale
 Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale
 MM. POTIER Alain Médecine Générale

TEIXEIRA Mauro Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M. DRUCKER Jacques Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRACTIENS HOSPITALIERS

Mme ARBEILLE Brigitte Biologie cellulaire
M. BARON Christophe Immunologie
Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle Biologie cellulaire
M BOISSINOT Eric Physiologie
Mmes BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
BRECHOT Marie-Claude Biochimie et Biologie moléculaire
MM. BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
DESTRIEUX Christophe Anatomie
DUONG Thanh Haï Parasitologie et Mycologie
Mmes EDER Véronique Biophysique et Médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie , transfusion
M. HOARAU Cyrille Immunologie
M. HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mme LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie
MEREGHETTI Laurent Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme MICHEL-ADDE Christine Pédiatrie
M.M MULLEMAN Denis Rhumatologie
PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
Mme VALAT Chantal Biophysique et Médecine nucléaire
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle BOIRON Michèle Sciences du Médicament
Mme ESNARD Annick Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël Philosophie
Mlle MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie
M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M. LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M DIABANGOUAYA Célestin Anglais

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM. BIGOT Yves Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
BOUAKAZ Ayache Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM. COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – U 618
GAUDRAY Patrick Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes MARTINEAU Joëlle Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
POULIN Ghislaine Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire Orthophoniste
M GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
M. MONDON Karl Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier
M. MALLET Donatien Praticien Hospitalier.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD,
Professeur de psychiatrie d'Adultes

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse

Pour l'enseignement que vous m'avez donné et pour m'avoir transmis votre expérience

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma grande admiration

A notre juge, Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, Professeur de psychiatrie d'Adultes

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail

Pour m'avoir transmis votre expérience et pour m'avoir encouragée dans la demande de poste de chef de clinique

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mon infinie gratitude

A notre juge, Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, Professeur de pédopsychiatrie

Pour avoir accepté avec enthousiasme de juger ce travail

Pour l'intérêt que vous portez à ce travail

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect

A notre juge, Madame le Docteur Marie-Laure COUET

Pour m'avoir aidé dans le recrutement des patientes receveuses de don d'ovocytes

Pour me faire l'honneur de juger ce travail

Veillez trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Wissam EL-HAGE

Pour m'avoir laissé une grande liberté dans le choix du sujet et pour m'avoir donné le goût de la recherche en psychiatrie

Pour m'avoir guidée avec votre rigueur, votre très grande disponibilité et votre patience dans l'élaboration de ce projet de recherche et la rédaction de cette thèse

Pour avoir partagé votre expérience clinique et votre façon de travailler en équipe

Pour m'avoir soutenue dans ma demande de poste de chef de clinique

Pour l'enthousiasme et la confiance que vous m'avez transmis

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma grande admiration

Au Docteur Marie-Hélène PERRIER, au Docteur Luc FARCY, au Docteur Charles-Louis NANA-YEMMING, au Docteur Jérôme BACHELLIER, au Docteur Pierre-Guillaume BARBE, au Docteur Robert COURTOIS

Pour m'avoir guidée dans l'apprentissage de la psychiatrie et de la psychothérapie

Pour m'avoir soutenue dans mon questionnement de la clinique et du travail en équipe

Veillez trouver ici l'expression de ma plus grande estime

A Hélène CHAUSSADE, interne en Maladies Infectieuses

Pour m'avoir aidée à faire et à interpréter les statistiques de ce travail

Pour m'avoir soutenue tout au long de notre internat et pour ton amitié

Trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance

Pour les infirmières, les psychologues et les assistantes sociales des différents services dans lesquels j'ai travaillé

Pour m'avoir formée à la réflexion en équipe, à la remise en question permanente et au partage des pratiques

Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect

Pour l'équipe du CECOS qui a accepté de m'aider dans ce projet

Pour les femmes, patientes du CECOS, qui ont accepté de partager leur expérience

Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements

Pour ma Mère et mon Père

Pour m'avoir soutenue et encouragée dès les premiers instants et dans les projets professionnels et personnels les plus aventureux

Pour la transmission de vos valeurs, de votre énergie et votre originalité

Pour votre amour indéfectible

Merci

Pour Claire, François, Valerie et Katie

Pour votre soutien et votre amour

Pour Emmanuelle, Rosalie, Lionel, Mathilde et Julien,

Pour Lora, Clémence, Vincent et Pauline,

Pour Raphaëlle et Pierre, Maud, Aoula, Fanny, Cécilia, Hélène et Delphine

Pour avoir été à mes côtés dans les excellents moments et m'avoir aidé à supporter les moins gais

PLAN

ABRÉVIATIONS	13
INTRODUCTION GENERALE.....	14
I-PSYCHOPATHOLOGIE DU DESIR DE GROSSESSE DE LA FEMME INFERTILE.....	16
I-1 Désir de grossesse : lecture psychodynamique et sociale	16
I-2 Infertilité : la place du corps et du tiers médical	18
I-3 Le don d'ovocytes : réflexion psychodynamique sur l'ambivalence.....	20
I-4 Mécanismes de défense et travail psychothérapeutique	21
II. LA FECONDATION IN VITRO : LEGISLATION, TECHNIQUES ET CHIFFRES.....	24
II.1. Don d'ovocytes et législation	24
II.1.1. Régime spécifique du don de gamètes.....	24
II.1.2. Conditions de réalisation des activités.....	25
II.1.3. Pour les donneurs de gamètes	25
II.1.4. Conditions applicables aux bénéficiaires.....	25
II.1.5. Règles de filiation	25
II.1.6. Le coût	26
II.2. Parcours en PMA : donneuses et receveuses de don d'ovocytes, femmes en FIV... à chacune son parcours.....	26
II.2.1. Le parcours de la donneuse.....	26
II.2.2. Le parcours de la receveuse	27
II.2.3 Le parcours de la femme en FIV	28
II.3. Procréation médicalement assistée en chiffres (Rapport d'activité 2009 d'AMP, Agence de biomédecine 2011)	29
III- REVUE DE LA LITTERATURE.....	33
III-1. Vécu psychologique du don d'ovocytes	33
III-2. Profil sociodémographique	33
III-3. Impact de la procédure de PMA.....	36
III-4. Anxiété	38

III-5. Dépression.....	42
III-6. Réaction émotionnelle à l'infertilité.....	45
III-7. Traits de personnalité	46
III-8. Relations conjugales	46
III-9. Suivi psychologique	47
III-10. Lieu de contrôle	48
III-10.1. La théorie de l'attribution	48
III-10.2. Le locus de contrôle de Rotter	50
IV- ETUDE : VECU PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES RECEVEUSES EN ATTENTE D'UN DON D'OVOCYTES EN PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE.....	55
RESUME.....	55
INTRODUCTION.....	56
MATERIELS ET METHODE	64
Population.....	64
Déroulement de l'étude	64
Instruments	65
Statistiques.....	69
RESULTATS	70
Population étudiée	70
Dépression	73
Anxiété	73
Vécu émotionnel de l'infertilité.....	74
Locus de contrôle	75
Qualité de vie.....	76
DISCUSSION	77
V- CONCLUSION	84
VI- REFERENCES	85
VII-ANNEXE.....	91

-Note d'information.....	91
-Fiche de consentement	91
-Livret d'auto-questionnaire	91
SERMENT D'HIPPOCRATE	103

ABRÉVIATIONS

BDI : Beck Depression Scale

AMP ou PMA: Aide Médicale à la Procréation ou Procréation Médicalement Assistée

CECOS : Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain

ENRICH: Evaluation and Nurturing Relationship Issues, Communiation, Happiness, Marital Inventory

FIV : Fécondation in vitro

ICSI : Intra Cytoplasmic Sperm Injection (fécondation in vitro avec micro-injection)

IPC : Internal Powerfull others Chance

IRS : Infertility Reaction Scale

MOS SF-36 : Medical Outcome Study Short-form à 36 items

SA : Semaines d'aménorrhée

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

INTRODUCTION GENERALE

Dès les premiers entretiens, le psychiatre interroge son patient sur ses antécédents familiaux, sa place dans la famille et, dans une approche systémique, il dessinera probablement un arbre généalogique. Dès les premiers entretiens, le pédopsychiatre interroge les parents du patient sur le déroulement de la grossesse et les premières interactions de l'enfant avec son entourage.

On reconnaît ainsi que l'histoire du patient est marquée par les premiers instants de sa vie, mais on sait que cet enfant, cet adulte existe bien longtemps avant sa naissance, dans l'imaginaire et le désir de ses parents. Le thérapeute doit également former son approche clinique à ce qui s'est passé avant même la conception : au commencement, à la création...

Depuis que le monde est monde, enfanter est la chose la plus naturelle et la plus mystérieuse qui soit. Différents courants de la psychiatrie ont travaillé sur la part primordiale du mythe des origines, sur le fantasme de la scène primitive. Ce qui est certain, c'est que la conception de l'enfant porte en elle une histoire qui n'est pas anodine.

En effet, les circonstances de la conception sont déterminantes pour le couple parental. Il accueillera la grossesse puis le nouveau-né de façon différente selon qu'il s'agit d'une grossesse *surprise*, d'une grossesse longtemps désirée, ou d'une grossesse marquée par un drame, un viol, un deuil...

Depuis le vingtième siècle, l'Homme cherche à maîtriser la venue au monde des enfants. Que ce soit par le développement des méthodes contraceptives, par la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse ou encore par la mise au point des techniques de soins palliatifs à l'infertilité : la première fécondation in vitro (FIV) en Grande Bretagne en 1978 puis la première FIV avec don d'ovocytes en 1984, la conception des enfants est également devenue affaire de spécialistes.

Ces techniques de procréation médicalement assistée (PMA) sont de plus en plus efficaces et accessibles à la population qui souffre de ne pouvoir concevoir naturellement. Les couples bénéficiaires de FIV étaient 56875 en 2009 et près de 2,6% des naissances en France sont actuellement issues des procédés de PMA.

La pertinence de l'étude du vécu des mères infertiles, au moment de la conception artificielle, ne fait plus question dans le milieu médico-psychologique qui est riche de recherches sur les conséquences présentes et futures de l'infertilité et de ses traitements.

Afin d'analyser les états psychiques des femmes infertiles, nous avons choisi de nous focaliser sur la population particulière des femmes receveuses de don d'ovocytes. Ces femmes, au-delà de subir l'infertilité et les soins en PMA, doivent également faire face aux questionnements sur la filiation génétique, sur la place de la donneuse qui devient une femme féconde *idéale* et qui les renvoie ainsi à l'image de leur propre féminité « incomplète ».

Nous organiserons notre travail en quatre parties. Premièrement, nous réfléchirons sur la psychopathologie du désir de grossesse frustré des femmes infertiles et receveuses d'un don d'ovocytes. Deuxièmement, pour prendre la mesure du parcours des femmes en FIV, nous exposerons ce dernier dans une approche technique et chiffrée. Troisièmement, nous étudierons les questionnements retrouvés dans un riche ensemble de publications au travers d'une revue de la littérature. Finalement, sous forme d'article, nous présenterons le résultat de notre travail de recherche qui analyse le vécu psychologique des femmes receveuses en attente de don d'ovocytes en procréation médicalement assistée dans le centre du CECOS de Tours.

I-PSYCHOPATHOLOGIE DU DESIR DE GROSSESSE DE LA FEMME INFERTILE

I-1 Désir de grossesse : lecture psychodynamique et sociale

La caractéristique commune aux vivants est de se reproduire. Se reproduire, c'est rendre à la vie, rembourser cette *dette de vie* (Bydlowski 1997). La transition vers la maternité est pour la femme une modification profonde de son inscription dans le monde, tant sur le plan personnel, conjugal, sociétal que familial.

Etape initiale de cette révolution, le projet de grossesse est marqué par le Désir. Si ce Désir n'est pas satisfait, il n'engendrera pas pour autant la mort, contrairement au Besoin ; mais par définition, il s'accompagnera d'un sentiment de manque, de privation. Le désir d'enfant, comme recherche d'un *objet* que l'on imagine et que l'on sait être source de satisfaction, porte intrinsèquement le désir de la future identité maternelle, mais aussi le désir de faire de son conjoint un père ainsi que la projection de fantasmes inconscients sur l'enfant imaginaire.

Ce projet est parfois inconsciemment présent depuis la plus tendre enfance, depuis les premiers jeux symboliques : les soins au premier doudou, le premier « tu seras le papa et je serai la maman ».

Ce désir de grossesse, aussi personnel et ancien soit-il, ne peut s'inscrire que dans un projet commun. Le projet conceptionnel dépend alors de l'Autre : les femmes attendent de rencontrer un partenaire, cherchant parfois plus un futur père qu'un compagnon de vie quand le temps commence à presser. Elles attendent que leur partenaire partage avec elles ce projet, projet parfois retardé pour des raisons professionnelles et/ou matérielles. Ce désir de grossesse prend la marque du temps qui passe, « l'espoir de l'enfant s'évanouit à chaque cycle infertile. Cette proximité cyclique de la vie et de la non-vie donne une scansion au temps féminin qui

rend la femme moins apte à la maîtrise du temps » (Bydlowski 1997). Et un jour, elles jubilent devant un test de grossesse positif.

La maternité réelle, symbolique et imaginaire répond aussi à une attente collective. La règle sociale est de procréer, de protéger l'espèce humaine en lui assurant une continuité: « le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce » (Bydlowski 1997). Dans l'inconscient collectif, le désir de grossesse semble être « une démarche raisonnable, consciente, délibérée voire programmée » (Bydlowski 1997).

D'ailleurs, en consultation, une femme de 82 ans qui racontait son parcours de vie, nous expliquait qu'elle avait eu du mal à concevoir : « A 38 ans, je suis tombée enceinte, mais j'ai bien eu peur d'être *une maman sans enfant* ». L'interprétation de cette expression met en exergue la puissance de l'association entre le rôle de femme et la maternité. Dans notre société, être femme c'est être mère ; dès son plus jeune âge, la petite fille intègre ces schémas sociaux et « joue à la maman ».

La transition vers la maternité est répartie sur une période qui va des 15 ans aux 45 ans de la vie et la comparaison au groupe des pairs accroît la pression sociale du fait de ne pas concevoir à l'âge *attendu* ou à un âge moyen. Certaines femmes disent qu'elles ne supportent plus les relations avec les femmes enceintes ou leurs amies ayant des enfants en bas-âge et se privent ainsi d'une partie de leur réseau social tant le contact à ces femmes procréatrices est douloureux.

En créant sa descendance, la femme s'inscrit « dans un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux » (Rosenblum 2007). Les femmes espèrent être enceintes soit pour recréer la famille qu'elles ont aimée, soit pour créer la famille idéale qu'elles n'ont pas eue. La fonction de réparation chez les enfants maltraités, la représentation chez les filles qui ont

perdu leur mère sont autant de raisons de devenir mère ; et sans même ce vécu douloureux, l'identité maternelle est toujours à construire en fonction de l'ombre laissée par sa mère. « En enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle » (Groddeck, in *Désir d'enfant : une folle passion ?*). « Les textes psychanalytiques de référence sont brefs sur le désir d'enfant. Sigmund Freud parle du désir infantile de la fillette d'obtenir du père l'organe masculin, désir relayé à l'âge de la maturité sexuelle, par celui d'en avoir un enfant, l'enfant devenant ersatz du désir de pénis. Cette proposition indique qu'un désir d'approbation incestueuse interviendrait dans toute grossesse » (Bydlowski 1997).

Pour la majeure partie des femmes, ce processus de désir de grossesse « se passe sans embûche, le désir est à peine interrogeable. Il est naturel, précipitamment accompli et vite saturé par son objet d'élection, l'enfant » (Bydlowski 1997), mais pour d'autres le chemin est plus long. Aussi pour ces dernières, le tic-tac cadencé de l'horloge biologique deviendra de plus en plus rapide et sonore.

I-2 Infertilité : la place du corps et du tiers médical

Pour les femmes qui sont confrontées à l'infertilité, il faut consulter un médecin, en couple, pour parler du plus intime. Au-delà d'accepter les modifications des représentations de la fertilité, de l'intégrité corporelle et de l'image même de la féminité, il faut désormais intégrer que la conception de cet enfant imaginaire et idéalisé ne se fera plus par un acte naturel, plaisant et privé, mais par un processus long, difficile et impliquant des tiers.

L'infertilité n'est pas une maladie. Elle peut être le symptôme d'une maladie, par exemple du syndrome des ovaires polykystiques, de l'endométriose, mais parfois aucune étiologie n'est retrouvée. L'infertilité est signalée par la continuation des menstruations et non par

l'apparition d'un nouveau symptôme. L'identification du trouble dépend alors du degré avec lequel la femme a planifié une grossesse (Stiel *et al.* 2006). La perception que la femme se fait de son corps infertile module la rapidité avec laquelle elle demande des soins dans un centre de procréation médicalement assistée.

Lorsque la femme n'a pas de maladie génétique ou gynécologique, le recours à la PMA est souvent, du fait de son âge, sa première expérience dans une structure de soins. Le rapport au corps, les examens cliniques et complémentaires, et les traitements à heures fixes sont autant d'éléments susceptibles de faire vaciller la perception de son intégrité corporelle. Le corps de la femme fait « volontiers l'objet d'intrusions médicales multiples : il est fouillé, exploré, hyperstimulé, ponctionné » comme le dit Bayle dans *L'enfant à naître* (2005). Elle doit aussi soutenir son conjoint dont la participation à la FIV met également en péril son image corporelle masculine. En effet, la contribution masculine réduite à un acte masturbatoire est difficile à accepter. « Elle n'existe que dans le non-dit. La masturbation est déculpabilisée, magique et réhabilitée. La masturbation procréative exclut le rapport sexuel et l'homme dévalorisé tend son sperme au médecin qui fera mieux et à sa place » (Empaire, in : Bayle, *L'enfant à naître*, 2005).

Comme l'explique Bayle, « placées sous l'autorité et les contraintes des protocoles médicaux, ces femmes s'appuient sur ce cadre pour contenir l'angoisse, au prix d'une restriction du moi ». Ce tiers médical a donc une place particulière dans la conception de l'enfant. Il est vécu comme bienfaiteur tout-puissant, il est idéalisé. « L'univers hospitalier devient le seul lieu où les femmes éprouvent un sentiment de sécurité. Là, elles rencontrent d'autres femmes, privées comme elles de l'*objet* qui rend femme » (Bayle, 2005).

Mais l'ambivalence n'est jamais loin : ce transfert positif sur l'institution, nécessaire, peut devenir persécutant quand il s'agit de faire des examens invasifs et douloureux (ponction

ovocytaires), humiliant pour leur partenaire qui voit sa participation conceptionnelle réduite à un acte de masturbation stérilisée, et décevant lors de l'échec de l'implantation...

I-3 Le don d'ovocytes : réflexion psychodynamique sur l'ambivalence

A certaines patientes, on propose une fécondation in vitro avec don d'ovocytes, si une maladie génétique risque d'être transmise par ses gamètes ou si la réponse à la stimulation hormonale est insuffisante. On estime que ces femmes, en plus d'assumer la part anxiogène et dépressiogène du vécu de l'infertilité et du parcours en PMA, doivent aussi faire face à l'attente prolongée du don d'ovocytes et à la problématique propre à ce dernier. En effet, pour la femme infertile, accueillir un don d'ovocytes suppose de faire le deuil de l'enfant biologique et instaure de plus la dissociation entre filiation génétique et filiation gestationnelle (Weil 2007).

Le mythe des origines est bousculé par l'intrusion du tiers médical dans la conception. Au-delà de ces conditions, la receveuse d'un don d'ovocytes doit également élaborer une place particulière à la donneuse dans la conception de son futur enfant. La grossesse censée permettre de rembourser « la dette de vie » dont parle Bydlowski (1997) sera associée à une *nouvelle dette*, envers la donneuse cette fois-ci.

La grossesse qui se réalisera grâce à une autre femme renvoie à « un fantasme de reproduction entre femmes et dont les hommes seraient exclus » (Bydlowski 1997). Ce fantasme peut être interprété par l'idée que la fillette ait pu, avant même le stade œdipien, espérer un enfant de sa mère, qui est le premier lien d'amour (Bydlowski 1997). Certaines femmes évoquent au contraire un fantasme d'un bébé adultérin, s'excluant alors de la conception pour n'être plus que la porteuse de l'enfant de leur conjoint (Guillou *et al.* 2009).

L'ambivalence envers la donneuse est fréquemment décrite par la femme qui reçoit un don d'ovocytes (Guillou *et al.* 2009) : la donneuse, femme idéale, procréatrice, femme « à part entière » est à la fois celle qui lui permet de combler son désir de grossesse, mais également une rivale qui lui « vole » cette place de mère biologique. Selon Aldo Naouri, pédiatre et écrivain, la place des parents n'est pas « monolithique mais compartimentée en trois rôles principaux. On pourra ainsi parler d'un rôle géniteur, d'un rôle social et d'un rôle proprement fonctionnel ». Bayle (2005), quant à lui, critique cette compréhension de la maternité qui « devient éclatée en fonctions génétique, utérine, adoptive, sociale, porteuse, de substitution, objet d'un intérêt essentiellement scopique et morcelant qui n'est pas sans rappeler les pulsions sadiques les plus archaïques ». En effet, si la receveuse intègre cette vision segmentée, elle remettra alors en question son premier rôle de mère (le rôle géniteur), et la structuration de sa fonction maternelle peut en être compromise. Petit à petit, la femme doit accepter qu'en lui « permettant de réparer les blessures narcissiques de l'infécondité, l'expérience de la maternité et de la grossesse vient supplanter la notion d'appartenance de gamètes » (Guillou *et al.* 2009) et elle peut alors gérer cette ambivalence physiologique.

I-4 Mécanismes de défense et travail psychothérapeutique

Les soins psychologiques proposés par les centres de PMA sont autant d'espaces de parole permettant de libérer l'esprit des femmes infertiles de cette obsession qu'est devenue l'attente de la grossesse.

Les réactions des femmes sont diverses : certaines refusent d'en parler à leur entourage, d'autres s'inscrivent dans de grandes discussions sur des forums spécialisés ou développent des symptômes psychiatriques et des moyens de défenses plus ou moins efficaces.

Bloquées par la nature et en attente de cette technique, certaines patientes ne se permettent plus d'espérer l'enfant imaginaire, leur attention est monopolisée par le désir de grossesse. Une réaction défensive naturelle est que la femme désire alors plus la grossesse que l'enfant.

Chez d'autres femmes, il y a naturellement un clivage entre ce qui se passe dans le centre de procréation et le reste du processus. Lors de l'échec d'une FIV, la fausse-couche biologique est une déception suffisamment violente pour ne pas, en plus, ajouter le deuil de cet enfant porté émotionnellement. Elles se protègent : la conceptualisation de cet enfant est complexifiée par une inhibition des associations concernant l'enfant, « le discours est vide, les associations sont pauvres » chez ces patientes (Bayle 2005).

Le clivage peut se maintenir plusieurs années après l'expérience de procréation, et quand l'enfant est plus grand, les parents mettent à distance le mode de conception. Le clivage et le déni les amènent même à mentir sur la façon dont leur progéniture a été conçue. Des parents bienveillants n'ont aucune envie d'évoquer le parcours douloureux de leur infertilité. Certains taisent cette scène conceptionnelle réelle, dés sexuée et artificielle, au risque de priver leur descendance d'une information juste, et de créer un « fantôme » qui laisse des traces dans l'inconscient familial.

La loi de bioéthique du 6 Août 2004 qui régit le don d'ovocytes, recommande des entretiens de soutien aux couples demandeurs. La tâche est complexe, car « certaines patientes rapportent que le rendez-vous obligatoire avec le psychologue est vécu comme une situation d'évaluation de leur capacité à être de « bons parents » et non comme un soutien » (Guillou *et al.* 2009).

Bydlowski (1997), psychothérapeute dans un centre de PMA, explique que son travail avec les couples infertiles consiste à « refuser l'urgence, réintroduire la temporalité, pour rendre à

la nature ses droits, pour réintroduire la dimension d'espérance, mais aussi pour faire le deuil d'une certaine maîtrise ».

Le travail psychologique proposé à la femme receveuse de don d'ovocytes doit d'une part la soutenir dans la verbalisation et l'élaboration de l'ambivalence physiologique envers la donneuse, d'autre part travailler le fractionnement identitaire inhérent à la technique et au don pour lui offrir la possibilité d'être sereine dans cette maternité nouvelle et complète.

II. LA FECONDATION IN VITRO : LEGISLATION, TECHNIQUES ET CHIFFRES

II.1. Don d'ovocytes et législation

Comme tous les dons d'éléments du corps humain, le don de gamètes est encadré par la loi de bioéthique du 6 Août 2004. Cette loi pose également le principe de l'anonymat et de la gratuité. Comme les autres techniques d'AMP (Aide Médicale à la Procréation), le don de gamètes a pour principal objet de remédier à l'infertilité médicalement constatée d'un couple, mais permet également d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie génétique grave. Certaines conditions sont exigées de la part des donneurs, des receveurs et dans la réalisation des activités d'AMP.

II.1.1. Régime spécifique du don de gamètes

Le don est gratuit : il ne s'agit pas d'un commerce, mais d'un acte désintéressé, de générosité d'un couple vers un autre couple.

Le don est anonyme : aucune information n'est transmise sur le donneur ou le receveur. Mais si dans le cas du don, un enfant naissait avec une pathologie transmissible grave, un médecin serait habilité à accéder au dossier du donneur.

Le don est soumis à des règles de sécurité sanitaire concernant les tests de dépistage des maladies transmissibles. Les sérologies VIH 1 et 2, HTLV 1 et 2, VHB, VHC, CMV et syphilis sont vérifiées chez la donneuse. L'ovocyte recueilli est immédiatement fécondé et l'embryon est congelé.

II.1.2. Conditions de réalisation des activités

Le don de gamètes comprend le recueil, par voie chirurgicale dans le cas du don d'ovocytes, leur traitement, leur conservation (l'ovocyte ne se congèle pas) et leur cession au couple déterminé.

Ces activités sont effectuées dans des établissements à but non lucratif, autorisés par décision ministérielle et sous la responsabilité d'un praticien agréé.

Les centres sont les garants de l'information et du secret relatif aux dons.

II.1.3. Pour les donneurs de gamètes

Le donneur doit faire partie d'un couple ayant déjà procréé. La femme doit être âgée de moins de 37 ans. Son consentement et celui de son conjoint sont recueillis par écrit.

Le respect du principe de l'anonymat ne doit pas conduire à une situation de consanguinité, c'est pourquoi les gamètes de donneur sont limités à la naissance de cinq enfants.

II.1.4. Conditions applicables aux bénéficiaires

Comme pour tout acte d'AMP, le don de gamètes est destiné à un couple, homme et femme vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans. La femme doit avoir moins de 43 ans.

Les deux membres du couple receveur doivent également consentir au don par écrit, celui-ci est révocable durant toute l'intervention.

II.1.5. Règles de filiation

Le couple qui a recours à un don de gamètes doit non seulement donner son consentement à l'équipe médicale pluridisciplinaire, mais aussi au juge ou au notaire qui les informent des conséquences de son acte au regard de la filiation.

Le futur père de l'enfant né par PMA avec tiers donneur, ne peut pas contester la filiation de l'enfant. Aucun lien de filiation et de responsabilité ne peut ainsi être établi entre l'enfant et le donneur.

II.1.6. Le coût

Le coût de l'assistance médicale par AMP avec don d'ovocytes est pris en charge par l'assurance maladie à 100% au titre d'infertilité. Les couples sont remboursés à hauteur de quatre tentatives de FIV par projet de grossesse, à titre d'information ces actes sont tarifés à 418.5 Euros pour une FIV et 702 Euros pour une ICSI.

Comme toute activité de soins, les frais inhérents à l'AMP à l'étranger peuvent être pris en charge, dans la mesure où les soins ne sont pas dispensés sur le territoire ou s'ils le sont avec un délai d'attente trop important.

II.2. Parcours en PMA : donneuses et receveuses de don d'ovocytes, femmes en FIV... à chacune son parcours

II.2.1. Le parcours de la donneuse

- Étape 1 : Elle comprend l'information, le consentement, le bilan préalable (antécédents familiaux, examen clinique, examens biologiques). Ce bilan permet de mieux connaître la fertilité de la donneuse et d'éliminer les contre-indications au don.

Il y a aussi un entretien avec un psychiatre ou un psychologue, pour la donneuse et son conjoint. Cet entretien représente un temps de parole libre et est propice à la réflexion sur le don, dans un cadre neutre et personnalisé. Il est recommandé et peut être renouvelé à la demande.

- Étape 2 : La stimulation des ovaires dure 10 à 12 jours. Elle permet d'aboutir à la maturation de plusieurs ovocytes.

Elle est généralement réalisée par des injections quotidiennes, par la donneuse elle-même ou aidée d'une infirmière. Le plus souvent, cette phase de stimulation est précédée d'une ou plusieurs injections pour mettre les ovaires au repos.

- Étape 3 : Une surveillance attentive pendant la période de stimulation, trois ou quatre prises de sang ou/et échographies ovariennes permettent d'évaluer la bonne réponse au traitement. Cette surveillance permet également de fixer le jour et l'heure de la dernière injection qui achève la maturation des ovocytes.
- Étape 4 : Le prélèvement des ovocytes : pendant une hospitalisation de jour, 35 à 36 heures après la dernière injection. Il s'effectue par voie vaginale sous contrôle échographique et sous analgésie ou anesthésie. La donneuse accompagnée peut alors quitter l'hôpital.

En moyenne, on prélève 8-9 ovocytes par donneuse. On peut traiter deux receveuses à partir d'une donneuse.

II.2.2. Le parcours de la receveuse

- Étape 1 : La première consultation en centre spécialisé offre l'information sur le déroulement des AMP, sur les critères légaux et médicaux, et le bilan médical pour la femme et l'homme (examen de sperme).
- Étape 2 : Au vu des résultats médicaux et du respect des critères légaux, le médecin propose l'orientation vers le don d'ovocytes si la femme est porteuse d'une maladie génétique transmissible ou si elle répond insuffisamment aux traitements de stimulation.

Il faut recueillir le consentement des deux membres du couple. Un entretien avec un psychologue est prévu par la loi.

L'attente est de 6 à 60 mois, selon les centres.

- Étape 3 : Durant la préparation à la fécondation, la receveuse reçoit un traitement hormonal simple pour préparer son utérus à recevoir le ou les embryons.
Le recueil du sperme du conjoint se fait le jour du prélèvement ovocytaire, et dans certains cas, il peut être recueilli préalablement et conservé par congélation.
- Étape 4 : Dès le recueil, les ovocytes sont mis en fécondation au laboratoire avec le sperme, soit par FIV, soit par FIV-ICSI.
- Étape 5 : Si la fécondation a réussi, la receveuse vient au centre spécialisé pour le transfert des embryons. Si le nombre d'embryons obtenus est supérieur au nombre d'embryons transférés, les embryons surnuméraires pourront être congelés pour un

transfert ultérieur, soit après un échec du premier transfert, soit dans un projet de deuxième grossesse.

II 2.3 Le parcours de la femme en FIV

La première consultation est similaire à celle des couples donneurs et receveurs ; elle permet de transmettre les informations sur le déroulement de la FIV, sur les critères légaux et médicaux, et le bilan médical pour la femme et l'homme.

L'entretien avec le psychologue ou psychiatre du service est habituellement proposé au couple. Contrairement à la procédure avec don, cet entretien n'est pas recommandé par la législation de façon aussi claire.

La phase de stimulation ovarienne est comparable à celle de la donneuse d'ovocytes : stimulation hormonale, surveillance de la croissance folliculaire tous les deux jours, blocage de la stimulation par une injection suivi de la ponction ovocytaire dans les 36 heures suivantes.

Le recueil des ovocytes se fait également par voie vaginale une fois que les follicules ont atteint la taille optimale. Cette ponction est souvent redoutée par les patientes et selon les indications et le désir de la femme, elle se fera sous analgésie ou anesthésie (après une consultation anesthésie).

Après la ponction ovocytaire, une fois les embryons obtenus avec le sperme du conjoint, la femme sera rappelée par l'équipe du CECOS pour le transfert d'embryons.

Le choix de transférer un ou plusieurs embryons dépend des habitudes des centres, de l'indication médicale, de l'âge de la patiente et du désir du couple.

II.3. Procréation médicalement assistée en chiffres (Rapport d'activité 2009 d'AMP, Agence de biomédecine 2011)

Ces techniques médicales sont massivement acceptées par l'opinion publique. La majorité (78%) des personnes interrogées les placent en tête des alternatives à choisir en cas de difficultés à procréer, par rapport à l'adoption (32%) ou au renoncement au projet parental (26%).

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), il y a eu 824641 naissances durant l'année 2009 et 20136 enfants sont nés d'une technique d'AMP. Donc un enfant sur 40 est issu d'une PMA en 2009 soit 2.6% des naissances de la population générale.

Sur les 131716 tentatives d'AMP comprenant les inséminations artificielles, les FIV, les ICSI et le TEC, il y a eu en 2009 :

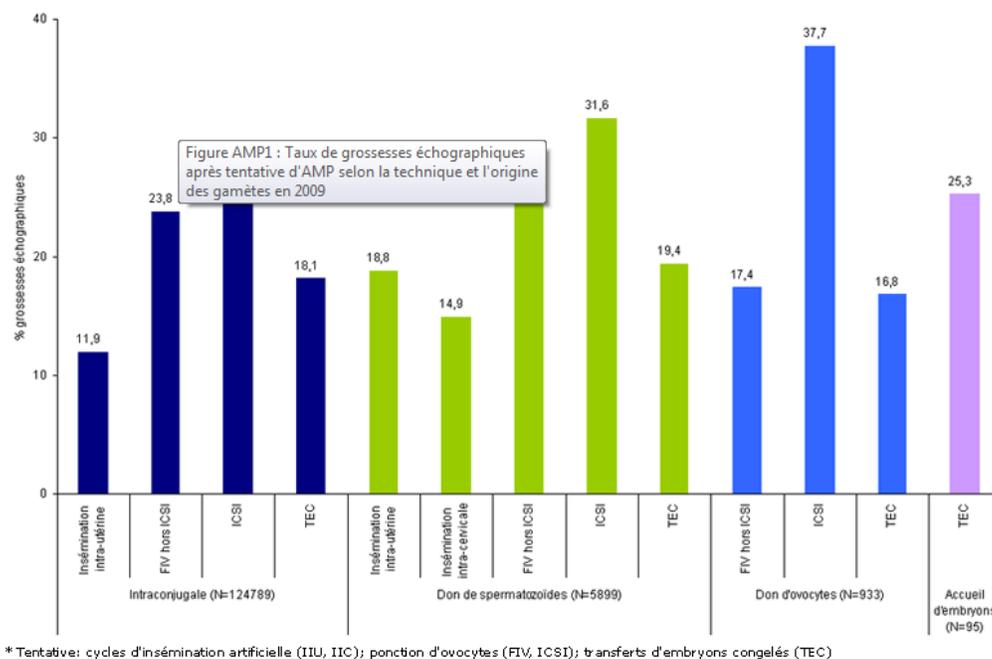
- 34415 FIV-ICSI par Micro Insertion directe de Spermatozoïde dans l'ovocyte,
- 20675 FIV,
- 17540 Transferts d'Embryons Congelés (TEC).

Le taux de grossesse par ponction des techniques d'AMP est variable selon les centres. Le taux annoncé à la population en France est de 23% en 2008, contre 25% de chance de procréer naturellement à chaque cycle pour un couple âgé de 25 ans sans trouble de la fécondité.

En PMA, les chances de grossesse varient entre 12 et 38% par tentative selon les techniques et les centres. Les moyennes nationales sont présentées dans la Figure 1.

Une fois la grossesse obtenue, les risques de fausses-couches spontanées sont comparables à ceux des grossesses obtenues naturellement.

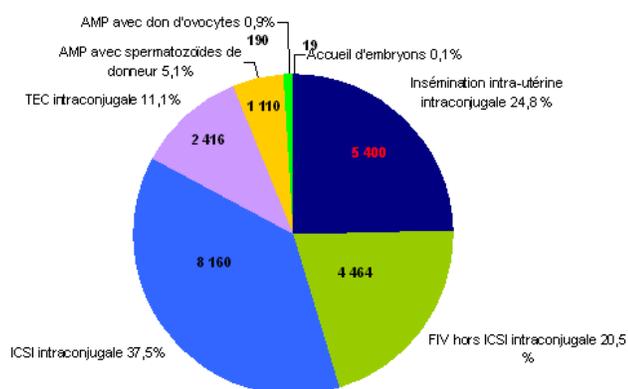
Figure 1 : Taux de grossesse échographique après tentative d'AMP selon les techniques et l'origine des gamètes (Rapport d'activité d'AMP 2009, Agence de Biomédecine)



On comptabilise 1319 enfants nés grâce à un don de gamètes (soit 6% des naissances par AMP) : les nombres de naissances en fonction des techniques utilisées et l'origine des gamètes sont présentés dans la Figure 2. En 2009, dans la population générale, on estime que près d'un enfant sur 650 a pu naître grâce à un don de gamètes ou d'embryon.

Cette même année, on compte 933 tentatives d'AMP avec un don d'ovocytes, dont 641 tentatives de FIV et ICSI et 292 transferts d'embryons congelés.

Figure 2 : Part des enfants nés après AMP selon la technique et l'origine des gamètes
N=21759 (Rapport d'activité d'AMP 2009, Agence de Biomédecine)



Les chiffres des techniques avec don d'ovocytes sont en nette progression depuis quelques années (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des tentatives de FIV entre 2006 et 2009 en France. (Rapport d'activité d'AMP 2009, Agence de Biomédecine)

	2006	2007	2008	2009
Don d'ovocytes				
Donneuses				
Ponctions réalisées dans l'année	228	247	265	328
Dons exclusifs	213	236	253	318
Dons au cours d'une FIV /ICSI	14	10	11	10
Non renseigné	1	1	1	0
% Dons au cours d'une FIV	6,1%	4,0%	4,2%	3,0%
Couples receveurs				
Nouvelles demandes acceptées	647	556	753	921
Couples ayant bénéficié d'une AMP avec don d'ovocytes	368	453	469	570
Couples en attente de don d'ovocytes au 31/12 de l'année	1162	1296	1639	1673

Cependant et malgré les 145 naissances en 2008 et les 190 en 2009, la pénurie de dons d'ovocytes est de plus en plus préoccupante. Les couples infertiles confrontés à de longs délais d'attente en France sont amenés à se rendre à l'étranger, où les soins ne répondent pas nécessairement aux exigences de qualité et d'équité qui prévalent en France.

En 2009, 328 donneuses ont été prélevées en vue de dons, dont 3% ont donné une partie de leurs ovocytes au cours d'une fécondation in vitro réalisée pour elles-mêmes. Ce nombre est insuffisant car, à raison de deux couples receveurs bénéficiant des ovocytes issus d'une même donneuse, il aurait fallu 800 donneuses supplémentaires en 2009 pour résorber la liste 1673 couples toujours en attente.

Dans le centre du CECOS de Tours, où nous avons mené notre étude, l'activité est comparable aux moyennes nationales. En 2010, le nombre de ponctions réalisées étaient de 396 pour les ICSI, et de 179 pour les FIV, avec réciproquement 32.1% et 33% de taux de grossesses cliniques par ponction.

L'activité de don d'ovocytes est en augmentation ; le nombre de ponction atteignait 23 en 2009 et 44 en 2010. Et le taux de grossesses cliniques par ponction était de 27.3% pour cette technique.

III- REVUE DE LA LITTERATURE

Le don d'ovocytes a intéressé bon nombre d'auteurs, mais autour d'un axe de recherche centré sur l'étude des caractéristiques psychologiques et des difficultés rencontrées par les donneurs de gamètes (e.g., Yvon *et al.* 2004). En effet, très peu d'articles paraissent sur l'impact psychologique du don chez les receveurs.

III-1. Vécu psychologique du don d'ovocytes

En 2009, Guillou *et al.* ont publié une étude qualitative sur l'appréhension et le vécu d'une grossesse après un don d'ovocytes. Ils ont procédé à une analyse thématique d'entretiens de douze femmes rencontrées à différents stades de leur parcours de soins qualifié d'atypique. L'investissement dans les soins, l'urgence, la combativité, la solitude et l'incompréhension de l'entourage sont les caractéristiques mises en avant par les femmes de cette étude. Toutefois, le début de la grossesse était accompagné d'une ambivalence face à la donneuse, de questionnements autour de la place à lui céder, et autour de la ressemblance avec l'enfant attendu.

Les questions sur le vécu psychologique spécifique au don s'ajoutent à celles des interrogations habituelles des femmes infertiles et des femmes qui ont choisi de concevoir par fécondation in vitro (FIV). Ces dernières populations sont, quant à elles, largement étudiées dans des études médico-psychologiques.

III-2. Profil sociodémographique

Les femmes en FIV sont décrites habituellement comme plus âgées que les primipares de la population générale. Fisher *et al.* (2008) ont retrouvé une moyenne d'âge de 34.3 ans (\pm 4.2) lors d'une première grossesse par FIV, et Hjelmstedt *et al.* (2003) une moyenne de 32.3 ans (\pm

2.1). Il s'agit le plus souvent de femmes mariées (85-88% ; Fisher *et al.* 2008, Monti *et al.* 2009) ou vivant en couple depuis significativement plus longtemps (8.1- 9.9 ans) que les primipares ayant conçu naturellement (4.8 ans) (Monti *et al.* 2009, Hjelmstedt *et al.* 2003).

Ces données sont cohérentes entre les différentes études. Boivin & Takefman (1996) ont mesuré le niveau d'anxiété à différentes phases du processus de traitement par FIV (stimulation, transfert d'embryon, phase lutéale d'attente du résultat du test de grossesse). Elles ont recruté une vingtaine de femmes en FIV d'un âge moyen de 33.6 ans, vivant en couple depuis 7.5 ans, avec un diagnostic d'infertilité depuis 4.3 années et en traitement depuis 2.20 années. De même, l'ancienneté des couples recrutés dans d'autres études est généralement supérieure à 5 ans en moyenne (Mc Mahon *et al.* 1997, Connolly *et al.* 1993, Paulson *et al.* 1988).

Dans les antécédents gynécologiques, les femmes en FIV ont eu significativement plus de grossesses ectopiques ou de fausses-couches et moins d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) que les femmes ayant conçu naturellement (Hjelmstedt *et al.* 2003). Les antécédents d'IVG varient de 5 à 18% (Jacob *et al.* 2007), mais ces résultats sont à pondérer car dans 50% des cas les femmes sous-évaluent leurs antécédents d'avortement (Smith *et al.* 1997 in Jacob *et al.* 2007).

L'infertilité peut être primaire ou secondaire. Dans deux tiers des cas (67-70%), il s'agit d'une infertilité primaire chez les femmes ayant recours au don d'ovocytes (Boivin & Takefman 1996, Stoleru *et al.* 1997). Dans l'étude de Klonoff-Cohen et Natarajan (2004), les causes d'infertilité étaient d'origine féminine (47%), masculine (25%), mixte ou indéterminée (39%). Mais les travaux ne retrouvent aucune différence significative dans les vécus psychologiques des femmes infertiles et ce quelles qu'en soient la cause et/ou l'origine (Demyttenaere *et al.* 1998, Hjelmstedt *et al.* 1999).

Les antécédents psychologiques ne sont pas toujours répertoriés comme facteurs descriptifs des populations. A titre d'exemple, Stoleru *et al.* (1997) ont rapporté que 25% des femmes avaient eu au moins une consultation avec un psychologue ou un psychiatre dans les dix années précédant le recours à la FIV.

Les femmes en FIV simple ont souvent un niveau de qualification supérieur à celui de la population générale : 56% des femmes ont une qualification tertiaire et 67% ont un emploi (Fisher *et al.* 2005). Une autre étude américaine (White *et al.* 2006) a retrouvé que plus de la moitié (53%) des patientes entrant dans un processus de soins avaient un niveau universitaire (48% pour Monti *et al.* 2009), et que 59% d'entre elles avaient un niveau de vie dépassant de 600% le seuil de pauvreté (Lamas *et al.* 2006). L'âge et le niveau d'éducation sont des variables importantes à prendre en compte dans l'attachement mère-bébé et le niveau d'anxiété durant la grossesse chez les femmes qui ont fait une FIV (Mc Mahon *et al.* 1997). De même, les Australiennes en FIV ont un niveau d'éducation qui tend à être supérieur à celui des femmes de la population générale ($p=0.067$) et les hommes en FIV appartiennent plus souvent aux catégories socioprofessionnelles les plus élevées (Connolly *et al.* 1993).

Notons cependant que ces données diffèrent d'un pays à l'autre, suivant la politique d'accès aux soins. L'analyse des comportements des femmes demandeuses de procréation médicalement assistée (PMA) révèle que l'affluence des femmes infertiles dans les centres de PMA varie selon les pays. En Europe, 80% des femmes infertiles font une demande de soins soit 67% en Finlande, 86% au Pays-Bas, 72-95% en Grande Bretagne. Selon White *et al.* (2006), aux États-Unis le taux de recours aux soins en PMA est plus faible du fait d'un coût plus élevé. De fait, les études américaines ont un recrutement de femmes plus aisées avec un niveau d'éducation plus élevé. Cette différence est liée essentiellement à la nécessité d'y avoir une assurance santé privée qui puisse rembourser ces soins spécifiques, ce qui n'est pas le cas

en France où la PMA est intégralement prise en charge par la Sécurité Sociale à hauteur de quatre tentatives de FIV. Dans l'étude française de Stoleru *et al.* (1997), seulement 20.8% des 48 participantes étaient des cadres, et 18.8% n'avaient aucune activité professionnelle.

Le vécu psychologique de l'infertilité peut alors sembler moins douloureux pour une population éduquée, vivant en couple et financièrement aisée. Bien au contraire, pour Jacob *et al.* (2007) le fait d'avoir l'habitude d'atteindre leurs objectifs de vie ne facilite pas le vécu de l'infertilité des femmes, voire cela rend plus difficile à vivre l'incapacité de maîtriser leur fécondité.

D'autres paramètres sociodémographiques sont également pris en compte dans certaines études comme la pratique religieuse (Monti *et al.* 2009, Stoleru *et al.* 1997) ou l'origine ethnique des couples (Klonoff-Cohen *et al.* 2004).

A noter enfin que le taux de participation aux études médico-psychologiques en PMA est souvent exceptionnellement élevé (68-81.5% ; Hjelmstedt *et al.* 2003, Repokari *et al.* 2005, Stiel *et al.* 2010). Cela peut être expliqué par l'implication importante des femmes dans leurs soins. En effet, elles reconnaissent volontiers la part psychologique dans le traitement (Olivius *et al.* 2004) et elles acceptent de fait les contraintes liées à la recherche, tout comme celles liées à la PMA.

III-3. Impact de la procédure de PMA

La méthodologie des études est hétérogène. Certains travaux ont mesuré l'effet du premier échec, l'effet des échecs répétés, ou l'effet des étapes du parcours de soins : vécu de l'infertilité (White *et al.* 2006), la stimulation, le transfert, l'annonce du résultat, le premier trimestre de la grossesse, le pré-partum, le post-partum, ou le vécu différé (Stiel *et al.* 2010).

Selon Boivin *et al.* (in press 2011), les effets du stress ont pu ne pas être vérifiés dans certaines études, s'il y avait un intervalle trop long entre la passation des tests et l'évènement stressant, comme le traitement par exemple. Dans cette méta-analyse, 6 articles sur les 14 retenus ont mesuré l'anxiété dans le mois suivant le traitement, tout comme la majorité des études choisies par Matthiesen *et al.* (2011). Mais ces derniers n'ont pas retrouvé de différence d'anxiété dans les études de leur méta-analyse, contestant ainsi l'idée d'une spécificité de la période de passation des tests.

Certaines études ont différencié les groupes selon le nombre de FIV réalisées. Verhaak *et al.* (2001) a mesuré le stress et la satisfaction conjugale avant et après le premier cycle de FIV ou d'ICSI. Les femmes enceintes dès leur première FIV avaient moins de symptômes dépressifs que les femmes ayant vécu un échec au préalable. Dans leur méta-analyse, Boivin *et al.* (in press 2011) ont insisté sur le fait que l'ampleur de la réponse de l'axe hypothalamo-adrénargique décroît après des expositions répétées au facteur stressant et que cet axe pourrait également inhiber la production d'hormones de la reproduction. Ils ont sélectionné préférentiellement les études qui distinguaient l'impact subjectif du vécu de l'échec selon qu'il s'agissait de la première tentative de FIV ou de la dernière.

Hjelmstedt *et al.* (2003) ont mesuré l'anxiété et l'impact de la FIV chez 57 femmes enceintes après une FIV et ayant en moyenne déjà vécu 1.2 FIV (1.6 FIV dans l'étude de Klonoff-Cohen *et al.* 2004). Stoleru *et al.* (1997) ont défini leur population de femmes en différenciant celles expérimentant leur première FIV (56%), de celles expérimentant leur 2^{ème}-5^{ème} (33%), ou leur sixième FIV ou plus (12%).

Demyttenaere *et al.* (1998) sont parmi les rares auteurs à décrire précisément les traitements de stimulation des femmes et le nombre d'embryons transférés. La majeure partie des couples s'est vue transférer deux embryons (Boivin *et al.* in press 2011) mais la politique des centres

de PMA peut varier.

La majeure partie des études ne font pas de distinction entre les processus de FIV ou d'ICSI qui sont des techniques dont l'indication est médicale et qui n'influent pas sur les traitements des femmes (Verhaak *et al.* 2001). Cette absence de différenciation est contestée par l'étude de Wang *et al.* (2008) pour qui les femmes en FIV étaient plus dépressives que les femmes en ICSI. Quelques études ont décrit cependant les différences de prise en charge (Klonoff-Cohen *et al.* 2004) et de type de protocoles : longs, courts, ou autres (Stoleru *et al.* 1997).

III-4. Anxiété

Aucun auteur ne remet en cause le lien entre le rôle psychologique et la capacité des couples à soutenir les efforts nécessaires au parcours de FIV. Sur les 974 couples Suédois qui ont débuté un parcours en PMA, un quart des couples ayant arrêté cette démarche (n=450) avant la troisième tentative l'ont fait à cause de l'impact psychologique (Olivius *et al.* 2004).

Tous les auteurs s'accordent sur le caractère anxiogène de la PMA. Les grandes questions posées dans les études sont : « Est-ce que la FIV est un facteur de risque d'avoir plus de symptômes anxieux durant la grossesse ? » ; « Quelles étapes sont les plus stressantes dans le parcours de FIV ? » ; et « Est-ce que le stress a un impact négatif sur le résultat de la FIV ? ».

Pour répondre à ces interrogations, les méthodologies sont majoritairement prospectives. L'anxiété est mesurée chez des femmes en FIV et les auteurs vérifient *a posteriori* si celles qui ont obtenu une grossesse étaient ou non plus anxieuses. D'autres études ont consisté en une mesure répétée de la dimension-anxiété à différents moments de la PMA (Repokari *et al.* 2005, Boivin et Takefman 1996). Souvent la distinction entre les différents états psychologiques est faite entre celui de la première FIV et celui des autres tentatives.

La mesure de l'anxiété se fait majoritairement par l'échelle STAI (Matthiesen *et al.* 2011) et

souvent les auteurs s'intéressent à d'autres facteurs descriptifs comme la relation conjugale, les styles de coping, ou les effets de la psychothérapie. Dans les articles sélectionnés pour leur méta-analyse, Boivin *et al.* (in press 2011) ont priorisé la STAI-état sur la STAI-trait, car elle informe sur l'état au moment de la passation et qu'elle est sensible aux émotions d'anticipation, alors que les échelles de dépression sont plus sensibles aux changements attendus des traitements (tristesse, sentiment de perte...). Lorsque les résultats de l'anxiété étaient plus bas que ce que laissaient présager les autres publications, les auteurs ont discuté de l'optimisme des femmes et du possible effet « faking good ».

A la question « Est-ce que la FIV est un facteur de risque d'avoir plus de symptômes anxieux durant la grossesse ? », Repokari *et al.* (2005) sont plutôt rassurants. Ils ont quantifié l'anxiété à 18-20 semaines d'aménorrhée, à deux mois et à un an du post-partum, chez des parents qui ont conçu par PMA ou naturellement. Aux trois différentes périodes de cette transition vers la parentalité, les 367 femmes des couples venant de FIV n'ont pas obtenu des scores d'anxiété significativement plus élevés que les femmes ayant conçu naturellement. Mais les auteurs n'ont pas donné les résultats bruts de la STAI et ont choisi de présenter ces derniers sous la seule forme de MANOVA (utilisant comme covariables entre autres les statuts socio-économiques, les évènements de vie, le nombre d'enfants dans la fratrie, les inquiétudes liées à l'enfant et à sa santé). Pour eux, la FIV n'est pas un facteur de risque d'anxiété au long cours. Ils ont ajouté que la mobilisation de défenses personnelles durant la période stressante de traitement de l'infertilité peut expliquer le manque de symptômes psychiques en post-partum. Pour ce qui était de la période immédiate, les niveaux d'anxiété étaient plus élevés.

A la question « Quelles étapes sont les plus stressantes dans le parcours de FIV ? », Bovin et Takefman (1996) ont mesuré la fluctuation au cours d'un cycle de FIV. Vingt femmes ont

rempli quotidiennement des données correspondant au vécu anxieux, à l'optimisme, à l'inconfort physique, aux relations conjugales et sociales. Les femmes se sentaient plus fatiguées pendant la phase de stimulation et de transfert que pendant la phase d'attente des résultats. Cette différence n'a pas été retrouvée pour la dimension anxieuse car elle est associée à d'autres dimensions telles que l'optimisme et l'inconfort physique. Aussi l'anxiété est soit modérée par l'optimisme des patientes, soit positivement corrélée à l'effet des traitements sur l'humeur. La période pendant laquelle le test de grossesse est positif (bien que les femmes sachent que la grossesse n'est pas encore garantie) est associée à un surcroît d'optimisme tant les couples ayant une infertilité primaire ne se sont jamais sentis si près du but.

Selon Demyttenaere *et al.* (1998) et Verhaak *et al.* (2001), les moments les plus stressants surviennent au cours de la première et la dernière tentative : la première devant la peur de l'inconnu et la dernière parce qu'elle porte intrinsèquement le risque d'une infertilité définitive. En 2001, Verhaak *et al.* ont mesuré le stress et la satisfaction conjugale avant et après le premier cycle de FIV ou d'ICSI. Ils ont montré que les différences émotionnelles présentes avant le traitement (la moyenne du STAI des femmes qui allaient être enceintes était de 34.8, et celle des femmes qui n'allaient pas l'être était à 36.7) l'étaient davantage après la FIV (le STAI moyen après la réussite était à 35.3 et après un échec à 39.2). Cette étude a soutenu l'idée que l'anxiété est majorée par une expérience d'échec.

Stoleru *et al.* (1997) ont évalué chez 48 femmes l'anxiété en lien avec la réussite de la procédure de FIV. Ils n'ont pas trouvé de différence significative entre les deux groupes de femmes ayant eu un succès de FIV (STAI=38.4) versus celles ayant eu un échec (STAI=37.5). Pour Hjelmstedt *et al.* (2003), les femmes enceintes suite à une FIV étaient plus anxieuses face au risque de fausse-couche spontanée que les sujets ayant conçu spontanément. Elles avaient également plus de tensions musculaires et moins d'ambivalence par rapport à leur

grossesse.

A la question « Est-ce que le stress a un impact négatif sur le résultat de la FIV ? » deux méta-analyses ont été publiées en 2011. Boivin *et al.* (in press) ont mesuré une faible hétérogénéité entre les 14 études qu'ils ont incluses en termes d'anxiété et de dépression des femmes qui ont expérimenté leur premier cycle de traitement. Cette recherche a évalué au total le vécu psychologique de 3583 femmes dans 10 pays. Dans ces publications, la mesure de l'anxiété a eu lieu avant le traitement, puis *a posteriori* les auteurs ont vérifié lesquelles étaient enceintes pour mesurer l'impact de l'anxiété sur le taux de réussite de la procédure. Les résultats de cette étude sous-tendent l'idée que l'anxiété n'a pas de lien avec le possible échec de la FIV. D'autre part, il n'y a pas de preuve que l'anxiété affecte les chances de réussite de FIV lorsqu'il y a répétition des cycles de traitement suite aux échecs. Cependant, Boivin *et al.* (in press 2011) n'ont pas négligé la possibilité que le stress ait été la cause de l'abandon des soins chez les couples qui n'ont pas réussi lors des premières tentatives.

La méta-analyse de Matthiesen *et al.* (2011) a inclus 34 articles évaluant l'état émotionnel de 4902 femmes pour clarifier le rôle de l'anxiété dans le taux de réussite de la FIV. La majeure partie des articles mesurait l'anxiété au début du premier cycle de traitement par FIV et présentait leurs résultats avec des analyses uni ou bi-variées sans ajustement à d'autres variables. Contrairement à Boivin *et al.* (in press 2011), Matthiesen *et al.* ont trouvé une faible association entre le stress au moment du traitement et le taux de grossesse cliniquement diagnostiquée, mais ont reconnu qu'il est trop tôt pour conclure définitivement à ce sujet sans risque d'erreur, à cause d'une trop grande hétérogénéité entre les études. Ils ont recommandé de prendre en compte dans l'analyse de l'anxiété relative aux traitements certaines variables comme l'âge, les antécédents de traitement et la durée de l'infertilité. D'autres critères tels que les valeurs culturelles, le nombre d'embryons implantés, les techniques de transfert sont à

prendre en compte dans la période allant du transfert d'embryons à la naissance.

Le rôle du sexe féminin dans le vécu anxieux a aussi été étudié. Demyttenaere *et al.* (1998) ont remarqué que le stress étant davantage relié à l'expérience de la procédure médicale, les femmes y sont plus assujetties que leur conjoint. Les hommes n'osent pas insister sur la continuation des soins si leur femme supporte mal les investigations, et ils n'osent pas arrêter les soins car ils ne veulent pas priver leur épouse du plaisir de porter un enfant. Cette situation paradoxale ajoute au vécu de la femme l'importance de tenir bon pour elle, pour le couple et leur future famille. En 1998, Demyttenaere *et al.* regrettaient que les études ne s'intéressent quasiment qu'au ressenti des femmes. Notons qu'en 2011, de nombreuses études ont été publiées sur les ressentis propres des hommes, soit à travers des études sur les couples (Repokari *et al.* 2005, Hjelmstedt *et al.* 2003), soit à travers des études sur la population masculine (Conrad *et al.* 2001).

Bien que les femmes aient toutes l'information que le taux de réussite de chaque cycle de FIV est de 20%, certaines font abstraction de cette donnée et font preuve d'un optimisme accru. Demyttenaere *et al.* (1998) ont souligné le rôle de l'optimisme dans le vécu de la FIV et ont suggéré que la « suppression du stress » pouvait expliquer en partie les contradictions en termes de taux de stress retrouvés dans la littérature. Verhaak *et al.* (2001) ont parlé des « attentes irréalistes quant aux chances de réussite du premier cycle des femmes infertiles ».

III-5. Dépression

Domar *et al.* (1992) ont exploré la symptomatologie dépressive de 338 femmes infertiles et l'ont comparée à celle de 38 femmes ayant rendez-vous chez leur médecin. Dans cette étude,

36.7% des femmes infertiles avaient un score BDI supérieur à 9 (cut-off utilisé), alors que seulement 18.4% des femmes avaient un diagnostic de dépression dans le groupe contrôle ($p=0.025$). De plus, les femmes infertiles depuis 2-3 ans étaient significativement plus dépressives que celles qui l'étaient depuis moins d'un an ou plus de 6 ans.

Monti *et al.* (2009) ont mesuré la relation entre dépression et PMA à différents moments du parcours de procréation. Ils ont rendu compte de scores plus élevés à l'Edinburgh Postnatal Depression Scale dans le groupe des femmes ayant conçu par FIV, lors du troisième trimestre de grossesse (7.9 versus 4.3 pour les femmes du groupe contrôle), ainsi que dans le post-partum (à 1 et 3 semaines).

Pour Wang *et al.* (2008), dans une recherche sur les caractéristiques psychologiques des femmes enregistrées dans un programme de FIV/ICSI en Chine, ces patientes avaient des scores plus élevés à l'échelle de dépression que les femmes contrôles (inscrites en cliniques gynécologiques et n'ayant pas d'antécédent d'infertilité). Le groupe FIV avait une moyenne de score de dépression à la SCL-90 à 0.70 contre 0.47 pour le groupe contrôle (différence significative).

Demytteanaere *et al.* (1998) ont enquêté sur l'influence de la dépression et des styles de coping sur la réussite des FIV, en tenant compte des causes d'infertilité. Ils ont montré que les scores de dépression diminuaient avec l'âge, la durée de l'infertilité et le nombre des tentatives ; en d'autres termes les femmes plus âgées s'étaient adaptées à leur condition.

Fisher *et al.* (2008) ont publié une étude sur l'humeur anténatale des mères et sur l'attachement au fœtus après PMA. Cette étude prospective et longitudinale, par entretiens téléphoniques et auto-questionnaires, a mesuré moins de 5% de troubles de l'humeur en fin de grossesse.

En 2005, Fisher *et al.* ont observé le mode de conception des femmes ($n=745$) qui ont consulté dans une unité mère-bébé en Australie. Ils ont trouvé que 6% ont conçu par PMA,

alors que le taux de PMA était de 1.52% dans la population générale. Fisher *et al.* (2005) ont conclu que les conceptions médicalement assistées augmentent significativement le risque de difficultés liées aux soins précoces du nouveau-né. Mais il faut tenir compte du fait que les mères ayant conçu par PMA ont significativement plus de grossesses multiples que les autres femmes de l'étude. Il s'agit là d'un biais rendant difficilement interprétables ces résultats.

Les résultats de Repokari *et al.* (2005) sont plus rassurants sur l'impact d'une PMA réussie sur la transition vers la parentalité. Après avoir fait passer aux couples de PMA le General Health Questionnaire à 18-20 semaines d'aménorrhée, puis à un mois et à un an du post-partum, ils ont conclu que les femmes de PMA avaient moins de symptômes dépressifs à 1 an du post-partum que les femmes du groupe contrôle. Ils en ont déduit que le succès d'une grossesse en PMA ne prédit pas des difficultés psychiatriques pendant la transition vers la parentalité, en évoquant la résistance des couples de parents de PMA.

En 2007, dans leur étude sur le traitement de l'infertilité et la qualité de vie conjugale, ces mêmes auteurs ont supposé que la dépression lors de la grossesse était plus difficile à vivre pour les couples ayant conçu spontanément. Ce résultat est à nouveau expliqué par le fait que les couples de PMA vivent une cohésion plus forte.

Le taux de dépression chez les femmes infertiles et/ou en FIV est souvent mesuré et discuté. Ces résultats restent controversés. Ils sont difficiles à comparer et à interpréter car les méthodologies varient, notamment pour les temps de passation des tests psychologiques, sachant que chaque étape du parcours vers la parentalité a ses propres interrogations et souffrances. En 2007, Jacob *et al.* ont souligné que selon le cut-off de l'échelle de Beck, le taux de femmes dépressives en FIV fluctuait entre 36% et 8% ! Dans une étude sur la détresse des femmes ayant expérimenté des périodes d'infertilité au cours de leur vie, Jacob *et al.* (2007) ont expliqué qu'il s'agissait plus d'un changement personnel dans le ressenti qu'un développement de symptômes psychiatriques de dépression ou d'anxiété comme l'entendent

les spécialistes. Dans une perspective biopsychosociale, donc il faut inclure, au vécu psychologique de ces femmes, l'importance du réseau social et du soutien. Il faut également ajouter le principe de résilience à la compréhension de cette problématique.

III-6. Réaction émotionnelle à l'infertilité

Dans la littérature, on trouve plusieurs tentatives de mise en lien de l'anxiété mesurée par des échelles généralistes et de la problématique propre à la FIV et à l'infertilité. Les femmes réagissent plus fortement à l'infertilité que les hommes. Les questionnaires sont différents selon les équipes : Hjelmstedt *et al.* ont créé en 1999 l'Infertility Reaction Scale (IRS), Klonoff-Cohen *et al.* ont validé en 2004 la Concern During Assisted Reproductive Tehnologies (CART). En 2003, l'IRS a été utilisée par l'équipe d'Hjelmstedt *et al.* , qui montrait que les femmes du groupe FIV ayant en début de grossesse plus de mal à accepter leur infertilité, étaient plus anxieuses à propos d'une éventuelle fausse-couche, que les femmes ayant des scores moins élevés à l'IRS. Cette échelle permet de séparer trois facteurs liés au vécu de l'infertilité : premièrement l'objectif central de vie, deuxièmement le rôle féminin et la pression sociale et troisièmement l'effet sur la vie sexuelle. Ces trois facteurs n'ont pas égale importance dans le vécu de l'homme et de la femme. Pour les femmes, le plus difficile à vivre est le facteur « objectif central de vie », alors que pour l'homme c'est le facteur « rôle masculin et pression sociale ». Pour les femmes et les hommes les effets de l'infertilité sur la vie sexuelle sont similaires (Hjelmstedt *et al.* 1999).

White *et al.* (2006) ont également intégré certaines questions de l'IRS à leur évaluation des caractéristiques des femmes qui entraînent dans une démarche de soins de PMA. Selon eux, la capacité des femmes à réagir à l'infertilité, à se vivre comme telles, est un grand prédictateur d'une demande de soins spécialisés.

III-7. Traits de personnalité

De même, les traits de personnalité des femmes en FIV ont été étudiés. Pour Hjelmstedt *et al.* (2003), en utilisant la Karolinska Scale of Personality, les traits prévalant étaient d'une part l'irritabilité et d'autre part leur évitement de la monotonie. Selon Fisher *et al.* (2005), en utilisant le Vulnerable Personality Style Questionnaire, ces femmes n'avaient pas de profil psychologique spécifique. Wang *et al.* (2007), au travers de leurs résultats avec le SCL-90, ont retrouvé chez les femmes infertiles des scores d'obsessionnalité et de sensibilité interpersonnelle significativement plus importants que chez les femmes du groupe contrôle.

III-8. Relations conjugales

Les modifications dans les relations conjugales ont également été largement mesurées par les chercheurs déjà cités. Des changements sont décrits chez les femmes et les hommes infertiles, du point de vue de l'échange mais aussi de leurs attentes en termes de relations sexuelles. Pour Repokari *et al.* (2007), les couples qui ont traversé des difficultés pour concevoir sont résistants et ont une vision soudée de leur couple. Les femmes de leur étude ont ressenti une cohésion de couple plus intense, à mesure qu'elles subissaient, avec leur conjoint, des échecs de conception. Les hommes ont souffert davantage d'une insatisfaction sexuelle, et ont ressenti des relations intraconjugales plus tendues, dans un contexte de fausse-couche spontanée et de parité multiple. Selon Fisher *et al.* (2005), les femmes ont décrit des relations conjugales exceptionnelles en PMA. Selon Wang *et al.* (2007), bien au contraire, les groupes de FIV ont eu un moins bon ressenti de leurs relations, qui étaient moins stables. Les scores de l'ENRICH (Evaluation and Nurturing Relationship Issues, Communiation, Happiness Marital Inventory) ont été plus bas dans le groupe FIV dans les rubriques problèmes personnels, résolutions de conflits, relations sexuelles, égalité dans les rôles attribués et

communication (Wang *et al.* 2007).

Pour Stoleru *et al.* (1997), la perception de l'harmonie conjugale est un prédicateur du succès de la fertilisation des ovocytes.

III-9. Suivi psychologique

La majeure partie des auteurs sont d'accord sur le fait qu'un suivi psychologique est à recommander dans ce genre de soins (Guillou *et al.* 2009, Hjelmstedt *et al.* 1999, 2003, Monti *et al.* 2009, Fisher *et al.* 2005, 2008, Stiel *et al.* 2010, Jacob *et al.* 2007).

Boivin & Takefman (1996) ont proposé de mesurer l'efficacité des techniques d'accompagnement des couples. Boivin & Lancaster *et al.* (2010) ont considéré que c'est au moment où les couples sont en attente des résultats de la FIV, au moment où techniquement le corps médical n'a plus d'emprise, que les couples ont le plus besoin de soutien psychologique. Boivin *et al.* (2011) ont proposé un suivi pour favoriser la communication médecin-malade pendant les deux semaines qui précèdent le test de grossesse.

Jacob *et al.* (2007) ont insisté sur la nécessité de valoriser le réseau social de ces femmes, au moment même où elles ont tendance à se renfermer sur leur couple, à éviter de parler de leur infertilité, à éviter les amis qui ont des enfants... Selon cette équipe, la prise en charge psychologique devrait rassurer les patientes, en évoquant les bienfaits du temps sur leurs ressentis et favoriser le travail de résilience. Afin d'aider les couples à gérer les conséquences de la PMA, Klonoff-Cohen & Natarajan (2004) ont proposé des interventions éducatives et comportementales et du conseil pour soutenir les couples.

Le bénéfice de soutien psychologique est reconnu. Il a été évalué par Connolly *et al.* (1993) dans une étude mesurant l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, et la satisfaction de la prise en charge psychologique avant et au début de la FIV, ainsi qu'à chaque rendez-vous avec le thérapeute. Seule l'estime de soi variait après une consultation, dans le groupe qui bénéficiait

de soutien psychologique, en comparaison avec le groupe qui ne recevait pas de cette prise en charge. L'apport des entretiens psychologiques a donc été modeste. Cela dit, les auteurs eux-mêmes ont noté les différents biais et limites de leur étude, recommandant d'autres recherches. Selon eux, les couples rencontrés n'ont pas bénéficié de cette prise en charge car leur état ne nécessitait pas forcément ce type de soutien; mais ils ont ajouté que dans la mesure où toutes les populations ne se ressemblaient pas, l'enjeu de la prise en charge était de cibler les populations qui pourraient bénéficier de soins. Matthiesen *et al.* (2011) ont proposé d'apporter des soins en priorité aux femmes jeunes, qui commencent les cycles de FIV et à celles qui sont infertiles depuis longtemps. Afin de diminuer le stress des femmes infertiles, Demyttenaere *et al.* (1998) ont proposé une prise en charge incluant des méthodes de relaxation ainsi que des interventions cognitives et comportementales pour travailler sur les distorsions cognitives comme la culpabilité et la colère.

III-10. Lieu de contrôle

Le lieu de contrôle est un concept qui a été créé en 1966 par Rotter, psychologue américain, qui a travaillé sur l'apprentissage social et a considéré que les renforcements et les attentes sont les deux facteurs qui déterminent l'engagement du sujet dans une situation. Cette théorisation renvoie en partie à la théorie de l'attribution, un concept né dans les années 70, qui regagne de l'intérêt depuis les années 2000.

III-10.1. La théorie de l'attribution

La théorie de l'attribution a été conçue par Heider (1896-1988), psychologue autrichien qui a travaillé sur la perception qu'a l'Homme de son environnement. Le postulat de départ a été qu'un homme qui observe son environnement, pose des jugements sur les causes des événements qu'il vit (auto-attribution) ou observe (hétéro-attribution). Il attribue une cause

interne à un événement (exemple : l'homme sur le trottoir d'en face qui porte un sac rose est un *original*, un homme efféminé) ou une cause externe (exemple : il porte le sac de sa femme parce qu'elle est enceinte : situation familiale, poids de l'environnement).

Suivant cette attribution, l'homme qui marche dans la rue peut modifier son comportement. Dans un deuxième scénario, si un homme titube devant lui, selon l'attribution faite à partir de l'observation, il ira soit l'aider s'il croit que l'autre peut tomber, soit changer de trottoir s'il croit que l'autre peut être agressif et/ou alcoolisé.

Le modèle de l'attribution de Heider a été amélioré et modéré par d'autres théoriciens. Le modèle d'Harold Kelley a ajouté le principe de covariation (1967). Lors de son analyse, l'homme compare les critères entre eux pour conclure à une association entre deux faits. L'exemple simple est « un sujet aime un film » : il l'aime soit parce qu'il aime le cinéma et aime tous les films en général, soit parce qu'il aime l'acteur, soit parce qu'il juge que la qualité de cette œuvre est exceptionnelle. En réfléchissant aux éléments qui vont potentiellement modifier son avis, le sujet analyse son goût de façon plus fine.

Le modèle de Jones et Davis (1965) est celui de l'hétéro-attribution qui fonctionne sur le principe de l'élimination des hypothèses fausses ou inutiles. Selon ces auteurs, les attributions suivent un raisonnement qui permet à l'observateur d'analyser les *effets* d'une action en tenant compte des effets probablement *désirés* par autrui. Le sujet simplifie le raisonnement en éliminant les explications communes aux différentes hypothèses qu'autrui aurait pu formuler si à la place de l'action, il avait mené une réflexion. Ces hétéro-attributions seraient alors intuitives et modélisées selon ses références personnelles, qui sont projetées aux intentions d'autrui.

En 1972, Kelley a évoqué la possibilité de *schéma de causalités*, ce schéma personnel de préférence des attributions dépend des expériences vécues. Ces schémas forment un ensemble de croyances qui concernent la cause et les effets de certaines actions. Ces schémas évitent

aux sujets de refaire des raisonnements exhaustifs et coûteux en énergie, à chaque fois qu'ils doivent motiver une action.

Pour Pittman (1980), la conception d'attribution est en lien avec la nécessité de contrôle. La résignation apprise s'explique par le fait que l'homme est motivé en permanence à contrôler son environnement. Le contrôle est en d'autres termes le résultat du traitement attributionnel. Quand il y a perte de contrôle, l'homme a tendance à formuler davantage d'hypothèses explicatives, davantage d'attributions.

Ce concept de l'attribution a engendré beaucoup de discussions dans les années 1970-1980 et retrouve son intérêt au début des années 2000.

Selon Weiner (2005), les attributions occasionnent une réponse sous la forme d'une action qui rentre dans le cadre motivationnel. Les trois dimensions qui caractérisent ces attributions sont le locus, la stabilité, et la contrôlabilité. Weiner renomme le locus de contrôle « locus de causalité ». Selon lui, la stabilité permet de différencier les causes stables (difficulté de la tâche : je n'ai pas été reçu à l'examen parce que le test était difficile) de celles qui sont instables (effort : je n'ai pas fait assez d'efforts pour préparer cet examen). Certains facteurs sont contrôlables (exemple : j'aurais pu faire plus d'efforts pour cet examen) alors que d'autres ne le sont pas (chance, difficulté, capacité : malgré tous les efforts que j'aurais pu faire, je reconnais que je n'ai pas les capacités pour réussir cette épreuve).

III-10.2. Le locus de contrôle de Rotter

Le locus de contrôle de Rotter est intéressant car il décrit les modes de fonctionnement individuel et stable. Il mesure la perception du contrôle personnel (interne) ou lié aux autres ou au facteur chance (externe) des événements vécus par un individu, en fonction du degré de relation causale qu'il va établir entre ses actions et ses caractéristiques personnelles, et les renforcements positifs et négatifs qu'il comprend vivre (Pettersen 1985). C'est-à-dire que le

locus de contrôle est la perception du contrôle d'une situation par les renforcements qu'un individu impute soit à lui-même, soit aux causes extérieures. Un sujet interne perçoit sa capacité d'influencer la probabilité des événements, quelles que soient les stratégies envisagées, à la différence d'un sujet externe qui ne croit pas en son emprise sur ces événements.

Rotter, Palenzuela, Beauvois ont discuté la nuance entre attribution et locus de contrôle.

Le locus de contrôle réfère à une attente, une évaluation des renforcements *a priori*, tandis que l'attribution est une explication des événements *a posteriori* (Palenzuela). Le locus est une croyance sur la nature des renforcements, c'est-à-dire sur les récompenses ou les punitions présentes dans le monde, alors que les attributions causales sont des jugements sur les causes des événements. Le locus et les attributions sont liés mais différents.

Cette dimension de la personnalité est stable dans le temps et elle est liée à l'attitude des individus face à l'information, la santé et la vie émotionnelle et sociale. Dans un article de validation de l'échelle IPC de Levenson en fonction des variables démographiques et de la personnalité, Rossier *et al.* (2002) ont fait une revue de la littérature quasiment exhaustive des situations cliniques dans lesquelles cette dimension est pertinente.

Ils ont cité différentes études pour définir les styles de fonctionnement des sujets internes ou externes. Les sujets internes ont de meilleurs résultats scolaires du fait de leur attitude positive à l'égard de l'apprentissage. Ces sujets ont tendance à acquérir des emplois qui permettent d'utiliser davantage leurs compétences et de prendre des initiatives. Dans le comportement social, les sujets internes sont décrits comme moins conformistes et recherchant moins l'approbation d'autrui que les sujets externes. Les femmes sont plus externes que les hommes, les individus sont plus internes avec l'âge. Les sujets internes appartiennent souvent aux classes sociales supérieures. (Rossier *et al.* 2002)

Selon Rossier *et al.* (2002), le locus de contrôle peut être interprété comme une dimension

secondaire de la personnalité. Il permet de décrire les états mentaux particuliers des personnes face à des situations spécifiques.

En clinique psychiatrique, on sait que les sujets dépressifs sont plus externes. Les patients dépressifs ont des scores élevés à l'échelle C, alors que les patients paranoïaques ont des scores plus élevés à l'échelle P. On dit également que les sujets externes ont plus de difficultés à gérer le stress que les personnes internes (Rossier *et al.* 2002).

Les sujets internes sont plus persévérants, plus indépendants, plus confiants et résistent mieux à l'échec, alors que les sujets externes sont plus dépendants, et ont davantage tendance à renoncer. (Rossier *et al.* 2002)

On dit également que les traits du Big-Five sont corrélés aux différentes échelles. L'internalité est négativement corrélée à l'inadéquation sociale, aux stratégies d'évitement, aux réactions dépressives et à la peur de l'erreur, alors qu'elle est positivement corrélée à l'estime de soi, la dominance, la résolution active de problèmes, la colère et la motivation. Les échelles P et C sont corrélées positivement au névrosisme, à l'inadéquation sociale, la rigidité, l'hostilité, les réponses palliatives, l'évitement, et sont négativement corrélées à la résolution active des problèmes, à l'estime de soi et à la recherche de support social. (Rossier *et al.* 2002)

Le locus de contrôle est également corrélé à la catégorie professionnelle et aux valeurs culturelles. Le locus de contrôle a un impact sur le vécu, le contrôle des événements et indirectement sur la motivation à demander et à poursuivre les soins.

De même, l'application clinique est valorisée dans certaines études récentes sur le locus de contrôle de la santé dans la relation médecin-malade. On sait que l'augmentation des scores de l'échelle I est un facteur positif lorsqu'un individu doit faire face à une maladie chronique, même si en revanche les personnes internes font moins de *demande* de soins. Les lieux de contrôles sont liés aux stratégies de coping mises en place pour affronter différentes

pathologies. D'ailleurs plusieurs études ont analysé l'importance du locus spécifique à la santé.

Strutt *et al.* (2011 in press) ont différencié la motivation, la psychopathologie, le locus de contrôle et la qualité de vie de femmes ayant des crises convulsives épileptiques et non épileptiques. D'autres études ont exploré la préférence des patients à être engagés dans la prise de décision médicale les concernant ou la préférence à faire confiance au praticien (Schneider *et al.* 2006). De cette étude, on retenait que les jeunes patients avec un locus de contrôle externe préféraient déléguer leur autorité dans la prise de décision aux médecins. Hashimoto & Fukuhara (2004) qui ont abordé l'influence du locus de contrôle dans la recherche d'information et la prise de décision, ont insisté sur le fait que les sujets externes sont moins enclins à demander l'autorité complète dans la maîtrise de leurs soins. Au contraire, ils veulent pouvoir compter sur quelqu'un de suffisamment puissant et fiable pour gérer les conséquences de leur maladie. Les sujets internes demandent des informations pour prendre des décisions les concernant, alors que les sujets externes les demandent pour mesurer la confiance et renforcer l'alliance thérapeutique avec leur médecin (Hashimoto & Fukuhara 2004).

Dans la littérature sur le vécu de l'infertilité, plusieurs études ont utilisé ce concept dans les années 1980.

En effet, quand, pour concevoir, les femmes infertiles sont assujetties au temps, au monde médical et au facteur chance, le lieu de contrôle semble un axe de réflexion pertinent.

Campbell *et al.* (1991) ont décrit les résultats de Platt qui, en 1973, montrait que les femmes infertiles se percevaient comme sous le contrôle de forces externes. Pourtant, Campbell *et al.* (1991) ont mesuré que les femmes en FIV étaient plus internes, ce qui correspond également aux résultats de Dennerstein *et al.* (1985). Ces résultats contradictoires sont à vérifier.

Dans les années 2000, avec le retour d'intérêt de ce concept, Stiel *et al.* (2010) ont évalué l'anxiété, le lieu de contrôle, et la dépendance des femmes qui n'ont pas pris de décision au sujet de leurs embryons congelés, cinq ans après la réussite de leur FIV. Ils les ont comparées aux femmes qui avaient décidé de l'avenir de leurs embryons (donation, recherche, destruction...). Les femmes qui n'avaient pas pris de décision étaient généralement plus « externes » : elles comptaient sur les médecins, la famille et l'entourage pour les aider à prendre des décisions. Par contre, les femmes plus « internes » avaient moins eu tendance à demander des prises en charge spécialisées en cas d'infertilité.

White *et al.* (2006), dans la compréhension de demande de soins chez les femmes qui souffrent d'infertilité, ont mesuré le « lieu de contrôle somatique interne » (qui évalue de quelle façon les patients considèrent que leur santé est sous leur contrôle ou sous celui des médecins). Selon eux, un fort « lieu de contrôle somatique interne » (sentiment de contrôler soi-même son corps) est un prédicateur négatif de demande de soins en cas d'infertilité.

Cette revue de la littérature a nourri notre envie et notre projet de travailler sur une partie de la population encore trop peu étudiée, les femmes receveuses de don d'ovocytes. Nous proposons de continuer à explorer le psychisme de ces patientes par une étude que nous avons montée au CECOS de Tours de Janvier 2011 à Juin 2011.

IV- ETUDE : VECU PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES RECEVEUSES EN ATTENTE D'UN DON D'OVOCYTES EN PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

RESUME

Introduction. Les femmes en attente de don d'ovocytes sont confrontées à diverses difficultés : vécu subjectif douloureux, échecs des FIV précédentes, long délai d'attente d'un don, dissociation de la filiation génétique et gestationnelle... Cependant, le vécu psychologique de ce groupe de femmes est peu exploré dans la littérature. Notre objectif principal est de déterminer si le facteur « attente d'un don d'ovocytes » est anxiogène-dépressif, et si le locus de contrôle externe constitue un facteur protecteur chez les femmes receveuses en procréation médicalement assistée. **Méthode.** Nous avons inclus trois groupes de femmes en attente d'un don d'ovocytes (n=10), en cours de stimulation ovarienne d'une première FIV (FIV1 ; n=34) ou en cours de stimulation d'une deuxième FIV ou plus (FIV2+ ; n=39). Elles ont répondu à des questionnaires évaluant l'anxiété, la dépression, les locus de contrôle, la réaction à l'infertilité, les événements stressants et la qualité de vie. **Résultats.** Les femmes receveuses étaient significativement plus âgées et avaient un projet de grossesse plus ancien que les femmes en FIV simple. Elles étaient significativement plus anxieuses mais pas plus dépressives que les groupes FIV. Leur anxiété actuelle était en partie expliquée par une internalité plus marquée. Pourtant, chez les femmes infertiles en général, c'est l'externalité de type « Autre tout-puissant » qui expliquait en partie la diminution de l'anxiété et la diminution du vécu négatif émotionnel de l'infertilité. **Conclusion.** Ces résultats sur le locus de contrôle des femmes infertiles éclairent la réflexion sur le mode relationnel médecin malade, chez des patientes anxieuses qui ne maîtrisent pas leur fécondité et doivent faire confiance aux équipes soignantes.

INTRODUCTION

La fertilité féminine est liée à des contingences temporelles : le temps du désir, la prise de décision du couple, et le temps des essais. Pour les femmes infertiles, qui ont recours à une fécondation in vitro (FIV), s'ajoute à cela le temps des examens invasifs et du traitement, et le temps de l'échec dans 80% des tentatives (Statistiques FIV –Agence de Biomédecine France 2009 publiées en 2011). A d'autres femmes, il est proposé une conception avec don d'ovocytes, soit en début de prise en charge en Procréation Médicalement Assistée (PMA), si elles ont une maladie génétique transmissible, soit en fin de parcours comme un ultime recours, si elles répondent insuffisamment aux stimulations hormonales. Pour ces femmes receveuses, ce mode conceptionnel est tout particulièrement marqué par le temps d'attente du don.

Les délais d'attente de don d'ovocytes s'allongent du fait de la pénurie française de donneuses. Ainsi, il faut prévoir entre un et deux ans d'attente au Centre d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS) de Tours pour obtenir un don d'ovocytes (chiffres non publiés). En France, en 2009, seulement 328 femmes ont fait un don d'ovocytes, et 570 couples en ont bénéficié. Cette année là, malgré les 190 naissances par FIV-ICSI (qui représentent 0.8% des naissances par PMA), 1673 couples restaient en attente d'un don de gamètes féminins (Agence de biomédecine, Janvier 2011). Au CECOS de Tours, il y a eu 2009, 23 et en 2010, 44 FIV avec donneuse. Ces chiffres sont variables selon le nombre de dons mais en augmentation depuis la mise en place de cette technique en 1984, soit 6 ans après le début de FIV.

Parallèlement à cette demande, le nombre de couples demandeurs de FIV est passé de 43000 en 2000 à 56875 en 2009. L'évolution de la demande sur ces trente dernières années, contemporaine de l'amélioration des techniques de PMA, peut être expliquée par les causes

classiques d'infertilité (dysovulation, anomalies des trompes, endométriose, anomalies cervicales, mauvaise qualité du sperme, troubles de l'éjaculation...) mais aussi par d'autres facteurs. En effet, l'évolution vers le vieillissement des primipares (âge qui est passé de 24 ans en 1978, à 29.9 ans en 2009), la qualité du sperme (les caractéristiques et les seuils de normalité du sperme ne cessent d'être rediscutés, la méthode ICSI est actuellement majoritairement proposée par les équipes des laboratoires des CECOS) (Cooper *et al.* 2009), les évolutions des modes de vie (tabagisme, troubles de l'alimentation, expositions aux polluants environnementaux...) (Belaisch-Attart 2010) sont autant de facteurs diminuant la fertilité des couples et augmentant la demande de PMA.

Au vécu de l'attente prolongée du don d'ovocytes et à la problématique propre au don, s'ajoute également le vécu anxieux et dépressif de l'infertilité et du parcours en PMA (Verhaak *et al.* 2001, Hjelmsetd *et al.* 1999, 2003, Jacob *et al.* 2007). Outre ces conditions, les femmes receveuses de don d'ovocytes devront élaborer une place particulière pour la donneuse dans la conception de leur futur enfant, qui par ambivalence est perçue à la fois comme femme idéale et rivale, et assumer la dissociation entre filiation génétique et filiation gestationnelle (Weil 2007). En effet, l'indication d'un don d'ovocytes est fréquemment une cause d'infertilité féminine; de ce fait la femme devra se satisfaire d'une féminité non procréative. La procréation médicalement assistée est une solution palliative au désir de descendance, elle ne soustrait la femme ni à son vécu personnel, ni à la stigmatisation à la fois sociale et culturelle de l'infertilité (Monti *et al.* 2009, Jacob *et al.* 2007).

Cette période pré-conceptionnelle peut mettre en péril l'équilibre psychologique de la femme receveuse de don d'ovocytes. Faisant preuve d'à-propos, les législateurs français ont admis le don comme un facteur de risque supplémentaire de souffrance psychologique en légiférant en faveur d'une obligation d'accompagnement psychologique de ces couples receveurs, alors que cet accompagnement n'est que recommandé pour les FIV simples (arrêté du 3 Août 2010

publié dans le Journal Officiel de la République Française). Pour autant, la riche littérature médico-psychosociale s'intéressant au vécu psychologique des FIV à différentes périodes du parcours (période pré-conceptionnelle, annonce de la grossesse, début de grossesse, pré-partum puis post-partum...) exclut systématiquement de la population d'étude les femmes en cours de FIV avec don d'ovocytes (Klonoff-Cohen & Natarajan 2004, Repokari *et al.* 2005)

A notre connaissance, seuls Guillou *et al.* ont publié en 2009 une étude qualitative sur l'appréhension et le vécu d'une grossesse après un don d'ovocytes. Cette analyse thématique d'entretiens de 12 femmes rencontrées à différents stades de leurs parcours de soins a souligné l'atypicité de celui-ci, l'investissement des femmes dans ce parcours, l'urgence, la combativité, la solitude et l'incompréhension de l'entourage. Selon les auteurs, c'est une fois la grossesse débutée qu'émergent l'ambivalence face à la donneuse, la place à lui accorder et les questions sur la ressemblance de l'enfant attendu.

Les questions sur le vécu psychologique spécifique au don s'ajoutent à celles de la souffrance des femmes infertiles et des femmes qui ont choisi de concevoir par fécondation in-vitro.

Ces populations sont, quant à elles, largement étudiées. Les méthodologies des études varient. Elles évaluent à différentes phases de la conception la dépression, l'anxiété et la réaction spécifique à l'infertilité (Hjelmstetd *et al.* 1999, Campbell *et al.* 1991) chez les deux membres du couple, mais aussi les moyens de coping utilisés, la satisfaction intraconjugale (Repokari *et al.* 2005, Verhaak *et al.* 2001), les relations d'attachement avec l'enfant (Mc Mahon *et al.* 1997) ainsi que l'efficacité des modèles d'accompagnements proposés aux couples (Connoly *et al.* 1993).

En termes de pronostic de la dépression de la grossesse et du post-partum, il n'y a pas de consensus. Ces deux moments sont à risques selon Monti *et al.* (2009) et Wang *et al.* (2008). Pour Demyttenaere *et al.* (1998), la prévalence de la dépression chez les femmes infertiles est

deux fois plus importante que chez les femmes contrôles (femmes ayant vécu un succès de FIV versus femmes ayant vécu un échec). De façon contradictoire, l'augmentation des troubles de l'humeur anténataux et du post-partum est décrite comme non significative (Fisher *et al.* 2008, Repokari *et al.* 2005) ; ce résultat est expliqué par une idéalisation de la grossesse et de la maternité par les femmes des groupes FIV. L'hétérogénéité méthodologique ne permet pas une comparaison fiable des données de la littérature. On note une variabilité de 8% à 36% de taux de dépression chez les femmes en FIV selon les cut-off utilisés (Jacob *et al.* 2007) et selon les tests choisis par les équipes (Demyttenaere *et al.* 1998).

La majorité des publications ont mesuré l'anxiété des femmes en phase pré-conceptionnelle (Matthiesen *et al.* 2011). En 2011, sur le questionnement de l'impact du stress sur le succès conceptionnel, Boivin *et al.* (2011 in press) ont fait une méta-analyse des articles qui ont mesuré l'impact de l'anxiété lors de la première tentative sur le taux de réussite de fertilisation des ovocytes. Les articles évaluant l'anxiété avant le cycle de FIV ont été sélectionnés et ils différenciaient l'effet du premier échec en comparant le temps de la première tentative de FIV, à celui des autres tentatives. Boivin *et al.* (2011 in press) ont conclu à l'absence d'association entre le taux d'anxiété et le résultat de la FIV. Repokari *et al.* (2005) ont mesuré l'impact du succès de la FIV pour les couples, et ont montré que les femmes qui avaient conçu naturellement avaient un niveau d'anxiété supérieur à celui des femmes en PMA.

Plusieurs études ont exploré la relation entre vécu de l'infertilité et anxiété et ont permis le développement de différentes échelles (par exemple, Campbell *et al.* 1991, Klonoff-Cohen & Natarajan 2004, Hjelmstedt *et al.* 1999). En début de grossesse, il y a une corrélation positive entre les scores élevés à l'Infertility Reaction Scale, la difficulté à accepter l'infertilité et l'anxiété en lien avec le risque de fausse-couche (Hjelmstedt *et al.* 1999). Les variations d'intensité de l'anxiété ont été étudiées à différents moments du parcours de FIV. La réaction anxieuse des femmes en FIV est majorée par l'échec de la tentative (Laffont & Edelmann

1994, Jacob *et al.* 2007) et par l'augmentation du nombre de tentatives échouées (Boivin *et al.* 2011). Les couples débutant le processus de PMA sont plus optimistes. Ces femmes espérant se convaincre elles-mêmes de leur normalité adoptent une stratégie de coping qui consiste au déni du stress ou au « faking good » (Boivin *et al.* 1996, Mc Mahon *et al.* 1997, Demyttenaere *et al.* 1998). Mais Verhaak *et al.* (2001), qui ne retrouvent pas de différence significative en termes d'anxiété avant et après l'échec de la première FIV, s'accordent sur l'espérance irréaliste des chances d'être enceinte au premier cycle et suggèrent que leur vécu d'une autre tentative serait plus anxiogène.

Aucun auteur ne remet en cause l'anxiété vécue en PMA. Ceux qui mettent en évidence des niveaux d'anxiété faibles ont interprété les résultats en intégrant les stratégies de coping ou d'autres dimensions adaptatives (Verhaak *et al.* 2001, Connolly *et al.* 1993, Boivin & Takefman 1996). Alors, à la compréhension du ressenti de ces femmes, il faut ajouter leur adaptabilité et leur capacité de résilience (Jacob *et al.* 2007, Demyttenaere *et al.* 1998).

En étudiant les stratégies d'adaptation, on peut chercher à évaluer des moyens d'ajustement comme le locus de contrôle (ou lieux de contrôle). Dans la mesure où la receveuse se trouve dans une situation de dépendance au temps mais aussi à cette tiers-donneuse et à ce tiers médical parfois perçu comme « tout-puissant » (Bayle 2005), une des réactions fréquemment décrite par les couples infertiles est la perte de contrôle (Campbell *et al.* 1991, Connolly *et al.* 1991). Suivant la théorie de l'attribution, quand il y a perte de contrôle, l'individu a besoin de formuler davantage d'explications et de se référer à ses modes de pensées. L'Homme analyse les origines et les conséquences potentielles de la situation aux vues de son interprétation des causalités et des renforcements. En 1966, Rotter a décrit le locus de contrôle dans le champ de la psychologie du travail et les auteurs qui ont théorisé ce concept (Rotter, Palenzuela,

Beauvois) ont discuté la nuance entre attribution et locus de contrôle. Le locus de contrôle réfère à une attente, une évaluation des renforcements *a priori*, tandis que l'attribution est une explication des évènements *a posteriori*. Le locus de contrôle mesure la perception du contrôle personnel (interne) ou lié aux autres / au facteur chance (externe) des évènements vécus par un individu, en fonction du degré de relation causale qu'il va établir entre ses actions et ses caractéristiques personnelles, et les renforcements positifs et négatifs qu'il comprend vivre (Pettersen 1985). C'est-à-dire que le locus de contrôle est la perception du contrôle d'une situation par les renforcements qu'un individu impute soit à lui-même, soit aux causes extérieures. Un sujet interne perçoit sa capacité d'influencer la probabilité des évènements, quelles que soient les stratégies envisagées, à la différence d'un sujet externe qui ne croit pas en son emprise sur ces évènements. Cette dimension de la personnalité est stable dans le temps (Stiel *et al.* 2010) et elle est liée à l'attitude des individus face à l'information, la santé (Hashimoto & Fukuhara 2004, Schneider *et al.* 2006) et la vie émotionnelle et sociale (Rossier *et al.* 2002). Elle est également corrélée à la catégorie professionnelle et aux valeurs culturelles. Le locus de contrôle a un impact sur le vécu et le contrôle des évènements et indirectement sur la motivation à demander et à poursuivre les soins (Stiel *et al.* 2010). On sait aussi que les sujets internes semblent plus aptes à gérer le stress que les sujets externes et qu'ils sont moins enclins à la dépression (Rossier *et al.* 2002).

En revanche, dans le cas de l'infertilité, le fait de percevoir les renforcements possibles comme négatifs (échec de FIV) ou positifs (succès de FIV), comme étant de la responsabilité du corps médical et du facteur chance, pourrait soulager la femme d'un stress supplémentaire. En effet, quand pour concevoir ces femmes sont assujetties au temps, au monde médical et au facteur chance, le locus de contrôle externe nous semble pouvoir être un facteur protecteur de la dépression et de l'anxiété. Dans le cadre de la recherche sur l'infertilité, Campbell *et al.* (1991) ont tenté de répliquer les résultats de Platt qui en 1973 avait montré que les femmes

infertiles se percevaient comme sous le contrôle de forces externes. Campbell *et al.* (1991) ont trouvé que les femmes en FIV étaient plus internes, ce qui correspond également aux résultats de Dennerstein *et al.* (1985). Ces résultats contradictoires sont à vérifier.

A l'heure actuelle de nos connaissances, peu d'études se sont penchées sur le vécu psychologique durant cette période d'attente du don d'ovocytes, période pendant laquelle ces femmes ne peuvent que s'accrocher, dans leur désir de grossesse, aux compétences de l'équipe médicale et au facteur chance.

Cette étude transversale a mesuré différentes variables du ressenti de femmes infertiles inscrites en attente d'un don d'ovocytes au CECOS de Tours (Indre et Loire, France). Nous avons étudié le vécu psychologique d'un groupe de femmes en attente d'un don d'ovocytes, d'un groupe de femmes en phase de traitement de leur première FIV (groupe FIV1), d'un groupe de femmes en phase de traitement de leur deuxième tentative voire plus (groupe FIV2+). La formation de ces groupes rend compte d'une gradation des difficultés cumulées définissant le vécu psychologique de l'attente d'un don d'ovocytes. Afin d'isoler le facteur « temps d'attente du don », nous avons comparé le groupe des receveuses qui a déjà vécu l'infertilité, les traitements de FIV, les échecs de FIV au groupe qui a, lui vécu un ou plusieurs échecs de FIV, qui est plus avancé dans son parcours de FIV (groupe FIV2+) et au groupe qui expérimente sa première FIV (groupe FIV1) et qui ne connaît pour le moment que la difficulté de l'infertilité et les aspects techniques de la FIV (examens, stimulation, ponction à venir...).

Nous nous proposons de comparer le vécu psychologique des trois groupes afin d'évaluer si le facteur « temps d'attente du don » est en soi un facteur de risque de dépression et d'anxiété.

Nous faisons aussi l'hypothèse que le locus de contrôle externe est un facteur protecteur de la dépression et de l'anxiété dans le cas particulier de la procréation médicalement assistée.

MATERIELS ET METHODE

Population

Un livret d'auto-questionnaires contenant des tests psychologiques a été distribué à 125 patientes du CECOS de Tours (Indre-et-Loire, France), au hasard de leur venue pour la surveillance échographique de la stimulation ovarienne. En 2010, l'équipe du CECOS de Tours a réalisé 744 ponctions. Sur la période de recrutement allant de Janvier 2011 à Juin 2011, nous avons approché de façon aléatoire 167 femmes, 125 d'entre elles ont accepté de participer à cette étude transversale. Les 85 femmes incluses sont réparties en trois groupes : un groupe de femmes receveuses et en attente d'un don d'ovocytes (groupe Receveuses, n=10), un groupe de femmes en phase de stimulation ovarienne de leur première FIV (groupe FIV1, n=34), et un groupe de femmes en phase de stimulation ovarienne de leur deuxième tentative voire plus (groupe FIV2+, n=39). Les critères d'inclusion sont que ces femmes ont entre 25 et 43 ans, qu'elles n'ont pas eu d'enfants de ce couple, qu'elles parlent et lisent le français, qu'elles n'ont pas de maladies intercurrentes autres que celle possiblement liée à leur infertilité, et qu'elles n'ont pas d'antécédents psychiatriques (schizophrénie, bouffée délirante).

Déroulement de l'étude

Nous avons rencontré les femmes en salle d'attente alors qu'elles patientaient pour leur échographie intravaginale (examen permettant de surveiller la croissance folliculaire stimulée par les traitements hormonaux avant la ponction ovocytaire). Lors d'un court échange, nous leur avons présenté oralement les objectifs, le déroulement et les tests de l'étude. Nous leur avons remis un livret d'auto-questionnaires ainsi qu'une information écrite expliquant en des termes simples le projet, leur rappelant leur droit de refuser ou de se rétracter à tout moment

et nous leur avons fait signer un consentement. Le livret remis aux patientes contenait neuf questionnaires permettant de répertorier des données sociodémographiques, d'évaluer leur état psychoaffectif actuel et de chercher des facteurs explicatifs et protecteurs à leur vécu. Le temps estimé pour y répondre était de 30 à 40 minutes ; elles y répondaient soit en salle d'attente, soit seule à leur domicile. Nous leur avons proposé de remettre le livret dûment rempli aux sages-femmes du CECOS, lors d'une prochaine venue, et nous n'avons pas organisé de rappel. Les considérations éthiques ont été respectées : information complète, anonymat, confidentialité, consentement écrit.

Instruments

Données sociodémographiques

Nous avons recueilli des données sociodémographiques (âge, ancienneté de la relation de couple, nombre d'enfants d'une précédente union, antécédents d'interruption volontaire de grossesse, cause d'infertilité, durée de processus d'aide médicale à la procréation, nombre de FIV antérieures, traitement en cours), les antécédents psychologiques personnels, et les consommations de substances psychoactives actuelles.

Dépression

L'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée (BDI forme abrégée), développée à partir de 1972, est une des mesures les plus simples et les plus utilisées pour étudier les aspects subjectifs de la dépression. La forme abrégée a retenu les 13 items (gradués de 0 à 3) les plus fortement corrélés avec la note globale de l'échelle de Beck à 21 items (corrélation supérieure à 0,90) et ayant également les corrélations maximales avec les évaluations par les cliniciens de l'intensité du syndrome dépressif. On retrouve dans cet ensemble les éléments de la triade cognitive décrite par Beck (considérations négatives sur soi, sur le monde extérieur

ainsi que sur le futur) mais elle prend compte également du ralentissement psycho-moteur et des troubles somatiques. La somme des cotations des 13 items indique si elle est entre 0 et 3 une absence de dépression, entre 4 et 7 une dépression légère, entre 8 et 15 une dépression modérée et au-delà de 16 une dépression sévère. Il s'agit d'une échelle brève, sensible, valide, facile à remplir et dont la structure factorielle est bien documentée. Plusieurs études ont défini sa structure factorielle, sa sensibilité au changement, son homogénéité et sa fidélité test-retest dans la version anglaise (Beck 1974, Beck 1988) et sa validation en langue française.

Anxiété

L'auto-questionnaire STAI (State-Traits Anxiety Inventory) est une échelle d'autoévaluation de l'anxiété (Spielberg 1983). Elle quantifie de façon indépendante, en quarante items, l'anxiété actuelle au moment de la passation (anxiété-état) induite par diverses situations expérimentales et le tempérament anxieux habituel du sujet (anxiété-trait) qui est une caractéristique anxieuse de la personnalité. Nous obtenons ainsi un score total d'anxiété-état et un score d'anxiété-trait, chacun pouvant aller de 20 à 80 points. Le score seuil de 40, par sous-dimension, a été retenu pour définir un haut niveau d'anxiété chez les mères (Barnett 1985). La structure factorielle de ce test montre une discrimination claire entre anxiété-trait et état. La consistance interne de l'échelle d'anxiété-état s'est révélée excellente ($\alpha > 0.90$). La validité de l'inventaire d'anxiété trait / état a été démontrée par différentes méthodes. Cette échelle a été adaptée et validée en français (Schweitzer 1990).

Réaction émotionnelle à l'infertilité

Pour relier la réactivité émotionnelle à l'infertilité, nous avons fait passer une version française de l'Infertility Reaction Scale (Hjelmstedt *et al.* 1999). Cet instrument évalue la réaction émotionnelle face à l'infertilité en quinze items cotés de un à sept. Par exemple, les

questions posées sont : « j'évite les familles qui ont des enfants », ou « avoir un enfant est la chose la plus importante de ma vie », ou encore « je me culpabilise en pensant à l'arrêt des traitements »... . Un score élevé (maximum 105) indique une réaction négative à l'infertilité, le score bas (minimum 15) indique une réaction positive à l'infertilité. Les causes d'infertilité n'affectent pas le résultat obtenu. L'homogénéité interne de l'échelle pour la femme est de 0.78.

Locus de contrôle

Afin de caractériser le lieu de contrôle des patientes, nous avons utilisé l'échelle multidimensionnelle IPC (Internal Powerful others Chance) de Levenson (Rossier *et al.* 2002). Les 24 items (type likert et analogie visuelle de -3 (pas du tout d'accord) à +3 (tout à fait d'accord)) se répartissent dans trois sous-échelles indépendantes composées chacune de huit items. La première échelle évalue le degré de contrôle interne (I), la deuxième le degré de contrôle externe par des individus tout-puissants (P), et la troisième le degré de contrôle externe par la chance (C). Les scores à chaque échelle sont calculés par sommation des notes des items de cette échelle auxquels on ajoute 24. Le score total de chaque échelle varie entre 0 et 48. La cohésion interne des échelles montre que les trois échelles ont une homogénéité peu élevée. L'analyse des items met en évidence la bonne capacité discriminante des questions et le lien privilégié que ces questions entretiennent avec la sous-échelle respective. Les corrélations entre facteurs et échelles témoignent de la validité structurale de cet outil. Les deux échelles externes sont légèrement corrélées. Il existe une corrélation entre l'âge et l'échelle P, mais les échelles I et C restent stables au cours de la vie et les femmes sont plus externes que les hommes (Rossier *et al.* 2002). Aussi les sujets qui ont bénéficié d'une formation universitaire sont plus internes et les catégories professionnelles ont une influence sur l'échelle P (Rossier *et al.* 2002).

Evènements de vie

Nous avons mesuré les différents évènements de vie ayant eu lieu au cours de l'année écoulée qui sont susceptibles d'influencer l'état affectif actuel des femmes. Il s'agit de l'échelle de Holmes et Rahe (1967), c'est une grille répertoriant différents évènements potentiellement stressants (par exemple, décès d'un proche, chômage, fausse-couche...) et on additionne le nombre de points correspondant aux événements cochés. Le score total représente un indicateur de risque de développement de troubles liés au stress dans l'année suivante. Ainsi, lorsque les événements d'une seule année totalisent : 150 à 199, il s'agit d'un léger risque d'apparition de troubles chez 37% des sujets, 200 à 299, il s'agit d'un risque modéré d'apparition de troubles chez 51% des sujets, 300 et plus, il s'agit d'un risque important d'apparition des troubles chez 79% des sujets.

Qualité de vie

Nous avons mesuré la qualité de vie par l'échelle Short Form 36-items Health Survey, une des échelles les plus fréquemment utilisées (Walters *et al.* 2004). C'est une échelle en 36 items qui reprend ceux de l'étude Medical Outcomes Study qui décrivait les différentes prises en charge médicales au sein de différents systèmes de soins. Cet instrument mesure la qualité de vie subjective des personnes en huit sous-échelles distinctes : le fonctionnement corporel, les douleurs physiques, les limitations des activités de la vie courante dues à un problème de santé physique et dues à un problème personnel ou émotionnel, le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, la fatigue et la baisse d'énergie et aussi la perception globale de la santé. Les items sont présentés sous forme de question type likert, les scores seront recodés pour calculer les moyennes des scores obtenus pour les huit sous-échelles. Ces scores sont exprimés en pourcentage et plus ils sont élevés plus les perceptions de ces diverses dimensions sont favorables et meilleure est l'appréciation de la qualité de vie.

Statistiques

Pour la description des groupes, nous avons appliqué un modèle d'analyse des variances (ANOVA) aux données sociodémographiques suivantes : âge, nombre d'années en couple, nombre d'années d'attente d'une grossesse, nombre d'années d'inscription dans le parcours en PMA et nombre d'années d'études. Au préalable, nous avons vérifié à l'aide du test de Bartlett que la distribution des variables était homogène dans nos groupes. Pour les données significatives des ANOVA de nos trois groupes, nous avons fait un test de Tukey Student pour quantifier les différences entre ces groupes. Le pourcentage de chaque cause d'infertilité (féminine, masculine, mixte ou indéterminée) a été estimé dans chaque groupe.

Pour comparer les pertues de vues aux femmes qui ont participé à cette recherche, nous avons pratiqué sur ce groupe des ANOVA avec l'ensemble des femmes de l'étude.

Pour les tests psychologiques, nous avons, après avoir réalisé un test univarié, appliqué à nos données un test d'analyse de la covariance (ANCOVA). L'âge étant la variable significativement différente entre nos groupes et étant une variable susceptible de modifier le vécu des femmes et la compréhension de nos tests, nous avons choisi d'ajuster nos résultats à cette variable. Pour les valeurs significatives, nous avons utilisé un test de Tukey Student afin de différencier les associations entre les groupes.

Nous avons appliqué à l'IPC de Levenson un test de corrélation de Pearson afin de mesurer l'impact de ses dimensions sur l'anxiété, l'anxiété liée à l'infertilité et à la dépression. Nous avons fait des tests de corrélation entre les évènements de vie et la BDI forme abrégée et la STAI, entre l'Infertility Reaction Scale (IRS) et les tests STAI et BDI forme abrégée, entre la SF-36 Health Survey et le STAI, la BDI forme abrégée et l'IPC de Levenson afin de mesurer la cohérence des réponses aux tests.

Le logiciel utilisé est le SAS version 9.2. Les résultats sont considérés comme significatifs si la p-value est inférieure ou égale à 0.05.

RESULTATS

Population étudiée

Sur les 125 femmes qui avaient accepté de participer à l'étude, 85 ont rendu les questionnaires dûment remplis, soit une participation effective de 68%.

Le groupe FIV2+ (n=39) était composé de 15 femmes au stade de stimulation de leur deuxième tentative, de 13 femmes de leur troisième tentative et 11 femmes de leur quatrième tentative. Le groupe receveuses comprenait 2 femmes en attente de leur première tentative et 8 femmes en attente de leur deuxième tentative ou plus.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée sont décrites dans le Tableau 1. Les femmes receveuses étaient significativement plus âgées que celles des groupes FIV1 ($F=2.97$, $p=0.01$) et FIV2+ ($F=2.50$, $p=0.04$) ; les 2 groupes FIV étaient une moyenne d'âge comparable ($F=0.78$, $p=0.72$). Ce résultat met l'accent sur le postulat que les femmes receveuses sont davantage soumises à l'effet du temps dans leur projet de conception que les autres femmes.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques.

	FIV 1	FIV 2+	Receveuses		
	(n=34)	(n=39)	(n=10)	F	p
Age	32.3	33.1	37.1	4.46	0.01
En couple, années	8.6	8.2	10.8	1.59	0.21
Etudes, années	2.1	1.8	1.1	0.71	0.49
Inscription CECOS, années	1.3	2.4	2.7	4.89	0.01
Attente de grossesse, années	3.6	3.8	5.6	4.64	0.01

L'ensemble des femmes de l'étude était en couple depuis un nombre équivalent d'années, mais le projet de grossesse des receveuses était significativement plus ancien que celui du groupe FIV1 ($F=3.0$, $p=0.01$) et du groupe FIV2+ ($F=2.67$, $p=0.03$). L'ancienneté du projet de grossesse était comparable entre les groupes FIV ($F=0.53$, $p=0.85$). Concernant l'ancienneté d'inscription au CECOS, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe receveuses et le groupe FIV1 ($F=2.23$, $p=0.07$) ou le groupe FIV2+ ($F=0.46$, $p=0.89$). Le groupe FIV2+ était inscrit au CECOS depuis significativement plus longtemps que le groupe FIV1 ($F=2.82$, $p=0.02$).

Dix femmes, soit plus d'un quart du groupe FIV1 avaient consulté un psychologue ou un psychiatre à l'âge adulte, et 15 femmes du groupe FIV2+ et 2 femmes du groupe receveuses l'avaient également fait.

Tableau 2. Caractéristiques gynécologiques

	FIV1 (n=34)	FIV2+ (n=39)	Receveuses (n=10)
Infertilité			
<i>Féminine, n (%)</i>	13 (38.2)	4 (10.3)	9 (90)
<i>Masculine, n (%)</i>	13 (38.2)	20 (51.3)	0 (0)
<i>Mixte, n (%)</i>	5 (14.7)	10 (25.6)	1 (10)
<i>Indéterminé, n (%)</i>	3 (8.8)	5 (12.8)	0 (0)
Enfant d'union antérieure, n	4	1	3
Antécédent d'IVG, n	2	4	0

Le tabagisme concernait les femmes du groupe FIV1 (20% quotidiennement et 8.8% de façon régulière), celles du groupe FIV2+ (30.8% quotidiennement et 2.5% régulièrement) et de façon moins marquée celles du groupe receveuses (n=1 quotidiennement et n=2 régulièrement).

La consommation occasionnelle d'alcool était majoritaire dans les groupes FIV1 (55.9%) et FIV2+ (66.7%), et concernait 4 femmes du groupe receveuses. La consommation de cannabis était déclarée chez deux femmes du groupe FIV1, cinq femmes du groupe FIV2+ et aucune des receveuses. La consommation de plusieurs substances psychoactives de façon concomitante ne concernait qu'une seule femme du groupe FIV2+ (tabac, alcool et cannabis quotidiennement, autres drogues de façon occasionnelle).

Concernant les perdues de vue (n=40), nous avons analysé leurs données démographiques recueillies dans les dossiers médicaux du CECOS de Tours, en tenant compte de certaines données manquantes. Deux perdues de vue étaient receveuses, 10 étaient en phase de stimulation de leur première FIV, 13 de leur deuxième tentative, 3 de leur troisième, et 3 de leur quatrième. Elles étaient significativement plus jeunes (31.4 ± 4.45 ans) que les femmes

des trois groupes réunis ($F=4.43$, $p=0.04$) et en couple depuis moins longtemps (6.2 ± 3.43 ans ; $F=7.20$, $p=0.008$). On ne retrouvait aucune différence significative entre les groupes en termes de temps de désir de grossesse ($F=0.08$, $p=0.78$) ou de durée d'inscription au CECOS ($F=0.01$, $p=0.91$). Les femmes perdues de vue avaient significativement moins d'années d'études que les autres femmes ($F=6.86$, $p=0.02$).

Dépression

Les analyses de variance (ANCOVA) ajustées à l'âge sont présentées dans le Tableau 3. Le don d'ovocytes n'était pas identifié comme un facteur associé à plus de symptômes dépressifs. Cependant, les groupes FIV2+ et receveuses avaient des scores à la BDI compatibles avec le diagnostic de dépression légère (4.3 et 6.1 respectivement). Ce résultat était à modérer si on tenait compte des évènements de vie. En effet, on trouvait une corrélation significativement positive ($r=0.35$, $p=0.0002$) entre les scores de dépression de la BDI et l'échelle d'évènements de vie de Holmes & Rahe. Une femme ayant vécu plus d'évènements stressants avait significativement plus de risque de développer des symptômes dépressifs. A noter l'absence de différence entre les groupes en termes de vécu d'évènements stressants sur la dernière année. Dans nos groupes, les scores moyens à l'échelle de Holmes & Rahe étaient inférieurs aux scores définis comme à risque léger d'avoir un trouble psychique lié au stress (score de 150).

Anxiété

Le groupe receveuses avait un score pathologique (score STAI > 40) d'anxiété-état (48.5 ± 10.86) et d'anxiété-trait (49.3 ± 9.17). Les trois groupes étaient comparables pour l'anxiété-état ($F=2.53$, $p=0.08$). On pouvait souligner une tendance des receveuses à être plus anxieuses que le groupe FIV1 ($F=2.23$, $p=0.07$, NS), au moment de la passation du test. Concernant

l'anxiété-trait, nous notions que les receveuses étaient de tempérament plus anxieux que le groupe FIV1 (F=2.74, p=0.02) et le groupe FIV2+ (F=2.49, p=0.04), et sans différence significative entre les groupes FIV (F=0.52, p=0.86).

La mise en lien de ces résultats avec les évènements de vie avait montré une corrélation positive entre les scores d'anxiété-état et -trait et les scores de l'échelle de Holmes & Rahe (r=0.55, p<0.0001). L'anxiété des femmes infertiles au moment du test était en partie (r²=30.3%) expliquée par de leur vécu des évènements de vie de l'année écoulée.

Tableau 3. Caractéristiques cliniques.

	FIV=1	FIV≥2	Receveuses	F	p
BDI	3.8	4.3	6.1	1.16	0.32
STAI état	39.2	40.8	48.5	2.53	0.08
STAI trait	39.6	40.7	49.3	3.86	0.02
IRS	59.5	54.6	47.8	2.20	0.12
Evènements de vie	111.2	88.6	91.3	0.94	0.40
Qualité de vie (SF36)					
<i>Fonction physique</i>	93.6	95.4	85.1	3.03	0.054
<i>Limitation physique</i>	78.8	76.7	87.8	0.57	0.57
<i>Limitation émotionnelle</i>	77.9	76.2	85.5	0.26	0.78
<i>Fatigue, baisse d'énergie</i>	53.1	52.8	50.4	0.11	0.90
<i>Social</i>	76.0	75.7	120.8	2.69	0.07
<i>Douleur</i>	81.8	86.4	87.6	0.57	0.56
<i>Etat de santé général</i>	72.3	74.3	64.2	1.26	0.29
Locus de contrôle (IPC)					
<i>Interne</i>	32.1	29.4	28.3	2.05	0.14
<i>Externe, autre tout-puissant</i>	15.6	14.1	14.6	0.28	0.76
<i>Externe, chance</i>	22.1	22.4	24.3	0.40	0.67

BDI : Beck Depression Inventory forme abrégée ; STAI : State- Traits Anxiety Inventory ; IRS : Infertility Reaction Scale ; SF 36: 36- items Short Form Health Survey ; IPC Levenson: Interne, Puissant, Chance Levenson

Vécu émotionnel de l'infertilité

Les scores de l'Infertility Reaction Scale n'étaient pas significativement différents entre les trois groupes. Les scores de l'IRS étaient significativement et positivement corrélés à

l'anxiété-état ($r=0.71$, $p<0.0001$) et de façon moindre à la symptomatologie dépressive ($r=0.23$, $p=0.02$). Le vécu émotionnel négatif de l'infertilité était en partie expliqué par l'anxiété-état ($r^2=50.4\%$) et par les symptômes dépressifs (5.29%).

Locus de contrôle

Il n'y avait pas de différence significative de locus de contrôle entre les trois groupes. Pour autant, l'internalité était trouvée positivement corrélée à l'anxiété-état et au vécu émotionnel de l'infertilité. Chez les femmes de cette étude, l'internalité expliquait une partie :

- de leur vécu de stress au moment de la passation du test ($r=0.32$, $r^2=10.2\%$ $p=0.0006$),
- de leur vécu émotionnel négatif de l'infertilité ($r=0.37$, $r^2=13.7\%$, $p<0.0001$), notamment dans le groupe des receveuses ($r=0.80$, $r^2=64\%$, $p=0.005$).

À noter que le score de dépression n'était pas corrélé à l'internalité ($r=0.05$, $p=0.62$).

Dans les trois groupes, l'externalité n'était pas corrélée à l'anxiété ni au vécu émotionnel de l'infertilité, sauf pour la dimension « Autre tout-puissant ». L'externalité « Autre tout-puissant » expliquait une partie :

- de la diminution de l'anxiété des femmes infertiles ($r=-0.35$, $r^2=12.2\%$, $p=0.0002$),
- de la diminution du vécu négatif émotionnel de l'infertilité ($r=-0.54$, $r^2=28.8\%$, $p<0.0001$).

À noter que le score de dépression n'était pas corrélé à l'externalité (NS).

La dimension externe « Chance » n'était pas corrélée aux symptômes de dépression ou d'anxiété, qu'ils soient liés à l'infertilité ou ressentis au moment de la passation du test. Par ailleurs, nous notons que les scores de l'échelle IPC de Levenson étaient positivement corrélés avec la perception de l'état général de santé dans sa dimension interne ($r=0.29$, $r^2=8.4\%$, $p=0.007$).

Qualité de vie

Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes de patientes pour les diverses sous-échelles du questionnaire SF-36 Health Survey. La qualité de vie mesurée par ces sous-échelles était négativement corrélée aux symptômes dépressifs des femmes infertiles. La perception positive de leur qualité de vie était altérée par les symptômes dépressifs.

Le vécu dépressif expliquait une partie :

- de la limitation dans les activités de la vie courante ($r=-0.33$, $r^2=10.6\%$, $p<0.0001$),
- de la limitation liée à l'état émotionnel ($r=-0.58$, $r^2=33.6\%$, $p<0.0001$),
- de l'altération des relations sociales ($r=-0.29$, $r^2=8.2\%$, $p=0.009$),
- de la sensation générale de fatigue et de baisse d'énergie ($r=-0.42$, $r^2=17.6\%$, $p<0.0001$),
- et de la perception d'une altération de la santé globale ($r=-0.46$, $r^2=21.2\%$, $p<0.0001$).

De même, la qualité de vie mesurée était négativement corrélée aux symptômes anxieux des femmes infertiles ; et le vécu anxieux expliquait une partie :

- de la limitation dans les activités de la vie courante ($r=-0.24$, $r^2=5.7\%$, $p=0.03$)
- de la limitation liée à l'état émotionnel ($r=-0.57$, $r^2=32.5\%$, $p<0.0001$)
- de la sensation de fatigue et de baisse d'énergie ($r=-0.56$, $r^2=31.3\%$, $p<0.0001$)
- et de la perception d'une altération de la santé globale ($r=-0.43$, $r^2=18.5\%$, $p<0.0001$)

DISCUSSION

Les principaux résultats de cette étude sont premièrement que les femmes receveuses ont significativement un tempérament plus anxieux que les femmes inscrites en FIV et deuxièmement que contrairement à l'internalité, l'externalité de type « Autre tout-puissant » est un facteur de protection contre le vécu anxieux des femmes infertiles.

L'anxiété mesurée chez les receveuses dépasse le seuil de 40 fixé comme pathologique et elle n'est pas expliquée par les événements de vie des patientes, dont le score total n'est pas dans l'intervalle prédisant des troubles psychiques liés au stress. Dans ce contexte, l'anxiété est positivement corrélée à la réaction émotionnelle liée à l'infertilité (Infertility Reaction Scale), et traduit donc l'accumulation des difficultés rencontrées dans le parcours de FIV : l'attente du don, mais aussi l'infertilité, les traitements, les échecs de FIV. Le groupe des receveuses se différencie du groupe FIV2+ par l'âge et l'attente du don, et le taux d'anxiété ajusté sur l'âge est significativement ($p=0.02$) plus élevé que dans le groupe FIV2+. Ces résultats nous permettent donc d'affirmer que l'« attente du don d'ovocytes » est un facteur de risque d'anxiété des femmes en parcours de PMA.

La mesure de l'anxiété (STAI) des femmes en FIV concorde avec ceux de la littérature. A un mois de la transplantation des embryons, les scores d'anxiété-STAI des femmes variaient autour du seuil pathologique : à 38.0 (Verhaak *et al.* 2001), 41.0 (Lancaster & Boivin), 52.4 (Demyttenaere *et al.* 1998), ou 38.4 (Stoleru *et al.* 1997).

Les femmes du groupe FIV1 n'ont pas un niveau d'anxiété significativement différent des femmes du groupe FIV2+. L'optimisme ou le moyen de défense « faking good » des femmes en première FIV (Connolly *et al.* 1995, Boivin *et al.* 2011) n'est pas retrouvé dans ce groupe. Pour Boivin *et al.* (in press 2011), la mesure STAI-état est sensible aux émotions

d'anticipation, et l'anxiété du groupe FIV1 peut rendre compte de l'effet stressant de la stimulation et de l'approche de la ponction chez les femmes qui ne connaissent pas encore la procédure. Les études de Demyttenaere *et al.* (1998) et de Verhaak *et al.* (2001) suggèrent que les premières et dernières tentatives sont plus anxiogènes : la première par peur de l'inconnu et la dernière car elle porte intrinsèquement le risque d'une infertilité définitive ; contrairement à ces résultats, nous ne montrons pas que la première des tentatives est une des plus stressantes. Notre population de femmes infertiles n'a pas un niveau d'anxiété qui prend la forme de « U », quand il est ajusté à l'âge. Par ailleurs, s'il ne faut pas négliger l'effet anxiogène de la procédure médicale (Klonoff-Cohen & Natarajan 2004, Boivin *et al.* 2011), rappelons que les femmes receveuses ne subissent pas de stimulation ovarienne mais seulement une préparation utérine. Malgré le vécu subjectif d'absence de soins susceptibles d'être pourvoyeurs de stress, les femmes en attente d'un don d'ovocytes sont significativement ($p=0.02$) les plus anxieuses de l'étude.

Cette étude montre l'effet du locus de contrôle dans l'ajustement à la situation de PMA de façon générale. En effet, le fait d'avoir un locus de contrôle interne, qui dans des circonstances habituelles permet de mieux gérer le stress (Rossier *et al.* 2002), est significativement et positivement corrélé à l'anxiété chez les femmes infertiles et *a fortiori* chez les femmes receveuses. Chez les femmes infertiles et à plus forte raison chez les femmes receveuses, le fait de se percevoir comme habituellement capables de maîtriser leurs actions et les conséquences de ces dernières, devient un « handicap » quand il s'agit de lâcher prise dans les soins. Par analogie, nos résultats corroborent l'idée que les femmes qui, par la maîtrise et le contrôle, accomplissent leurs objectifs de vie (carrière, finances...), sont soumises à une plus grande souffrance psychique quand elles sont infertiles (Jacob *et al.* 2007). Des résultats similaires sont vérifiés également dans d'autres circonstances ; le locus interne, qui permet de mieux gérer le stress généré, sied en revanche mal aux débuts des soins des maladies

chroniques, car souvent les personnes internes, qui se sentent capables de gérer par elles-mêmes les situations stressantes, font moins spontanément de demande de soins (Rossier *et al.* 2002).

De même, le fait que la dimension externe « Autre tout-puissant » soit corrélée négativement à l'anxiété valide l'idée que, pour les femmes infertiles en général, une des adaptations au stress de l'infertilité est de déléguer sa compétence conceptionnelle aux *experts*. Ces résultats, doublement vérifiés par des corrélations similaires mesurées entre le locus de contrôle et la STAI et entre le locus de contrôle et l'Infertility Reaction Scale, confirment nos résultats dans le contexte général de l'infertilité.

Concernant le locus de contrôle dans le cadre du soin, il est intéressant de noter l'éclaircissement que cet outil apporte dans l'analyse de la relation médecin malade. Dans leur engagement dans les soins, les personnes qui ont un locus externe et qui consultent en médecine générale, attendent du corps médical une prise de décision sous une forme de « paternalisme avec permission » (Hashimoto & Fukuhara 004). Au préalable, il faut avoir scellé la confiance et l'alliance thérapeutique par l'échange d'informations claires et loyales (Schneider *et al.* 2006). De nos jours, la médecine contemporaine remet les informations et les choix de traitements entre les mains des bénéficiaires de soins et, en dehors du cadre de l'urgence vitale, le modèle de santé paternaliste avec son autorité, sa compétence et son rôle protecteur n'est plus toléré. Pour autant, dans le contexte bien particulier de la conception médicalisée, il faut reconnaître que le modèle de relation médicale « paternaliste » trouve tout son sens symbolique (Bayle 2005) et paraît rassurant pour des femmes qui attribuent aux autres et aux médecins une forme de « toute-puissance ». En analysant le locus de contrôle utilisé par la patiente et en interprétant au mieux le mode de relation médecin malade préféré par celle-ci, le soignant (psychologue ou médecin du CECOS) peut répondre plus précisément aux attentes relationnelles de la patiente et la guider dans les différentes étapes de la FIV.

Outre ces implications dans l'anxiété générée par les FIV et la relation de soins, le locus de contrôle modifie également la perception générale de la qualité de vie. Un résultat inattendu est que l'internalité est positivement corrélée à la perception positive de la santé en général chez les femmes infertiles. Ce résultat est en relative adéquation avec le fait que les femmes épileptiques et externes ont une mauvaise perception de leur qualité de vie (Strutt *et al.* 2011 in press). Pourtant, comme la perception positive de la santé est également altérée par la symptomatologie dépressive et anxieuse de ces femmes, nous aurions pu nous attendre à trouver une corrélation entre l'externalité et la qualité de vie, car elles sont dans cette étude toutes deux corrélées à l'anxiété. Ces résultats sont à vérifier par d'autres recherches avec des échantillons plus importants.

Un des points forts de cette étude est que, s'agissant d'une des premières recherches concernant cette population, cette dernière nous permet de faire une description sociodémographique du groupe des femmes receveuses de don d'ovocytes. En conformité avec l'impression clinique des médecins pratiquant au CECOS de Tours, ces patientes sont plus âgées que les femmes demandant une FIV simple, et leur projet de grossesse est significativement plus ancien. Ceci valide le postulat de départ selon lequel ces femmes sont soumises à un délai d'attente plus long. Elles ont un niveau d'études équivalent à celui des autres femmes en FIV.

Concernant les données sociodémographiques des femmes en FIV, les informations de notre étude sont assimilables à celles décrites dans la littérature (Boivin *et al.* 2011 in press). Les causes d'infertilité sont essentiellement féminines dans le groupe des receveuses, conformément à notre attente. S'agissant des antécédents d'IVG, les groupes ne diffèrent pas entre eux, cependant, étant donné que les femmes ont une tendance à sous-estimer ces antécédents (Jacob *et al.* 2007), nos résultats sont probablement à confirmer. Les femmes de

notre étude ont un taux d'antécédents de consultation chez le psychiatre ou le psychologue similaire à celui de l'étude de Stoleru *et al.* (1997).

Nous n'avons pas mis en évidence le rôle du facteur « attente du don d'ovocytes » dans le taux de dépression des femmes en centre de PMA. Le taux de dépression d'intensité légère des femmes receveuses et des femmes du groupe FIV2+ concorde avec les résultats de l'étude de Domar *et al.* (1992), pour lesquels 36.7% des femmes infertiles dépassent le seuil de dépression de l'échelle BDI utilisée. D'autre part, nos résultats ne témoignent pas d'une différence de vécu dépressif significatif entre les deux groupes FIV et selon ces mêmes auteurs, la fréquence de score de dépression reste similaire, que les femmes aient ou non vécu un échec de FIV. Ils concluent que c'est l'infertilité et non l'impact du traitement qui est à l'origine de ces symptômes. Nos résultats seront à confirmer par d'autres études.

Les chiffres de l'Infertility Reaction Scale concordent avec ceux d'Hjelmstedt *et al.* (1999) qui ont trouvé une moyenne à 55.62 pour les 91 femmes infertiles qui demandaient une FIV (tous cycles confondus). La comparaison des taux à l'IRS ajustés sur l'âge ne retrouve pas de différence significative entre les trois groupes ; nous ne mettons donc pas en évidence l'adaptation spécifique des femmes receveuses aux conséquences de leur infertilité. Les corrélations mesurées entre l'IRS et la STAI ainsi qu'entre l'IRS et la BDI confirment que cette échelle est cohérente avec le niveau global d'intensité de la réaction émotionnelle en contexte d'infertilité, et pertinente dans l'étude du vécu des femmes receveuses d'un don d'ovocytes.

Une autre force de notre étude est le taux de participation de 68%. Ce taux est satisfaisant, d'autant plus qu'il s'agit d'une étude qui demandait aux patientes un investissement d'une quarantaine de minutes de lecture et que nous n'avons délibérément pas organisé de rappel. Les taux des études sont globalement similaires (Hjelmstedt *et al.* (2003) : 68%, Stiel *et al.* :

81.5%, 80% d'acceptation de l'étude de Mc Mahon *et al.*). Ce taux de participation dénote d'une implication psychique des patientes en FIV. Elles reconnaissent la part du moral dans le traitement (Olivius *et al.* 2004) et elles acceptent les contraintes liées à la recherche tout comme celles liées à la PMA.

La taille de l'échantillon du groupe receveuses diminue la puissance des résultats obtenus. Nous expliquons la faible taille de cet échantillon par le fait que nous avons choisi un recrutement consécutif sur une période définie de 6 mois. Afin d'augmenter les effectifs, et considérant cette population de receveuses comme représentative de seulement 0.8% des naissances issues de PMA à l'échelle nationale en 2009, il serait souhaitable de mener, lors de recherches ultérieures, un protocole comprenant un recrutement multicentrique sur une période plus longue.

Le moment de la passation des tests est sujet à controverse, et le choix de distribuer les auto-questionnaires au cours de la période de stimulation ovocytaire pourrait être interprété comme un biais. Selon Boivin *et al.* (in press 2011), il vaut mieux les faire passer dans le mois précédent la stimulation pour ne pas mesurer l'effet des traitements et des examens, mais Matthiesen *et al.* (2011) indiquent, quant à eux, que la période de passation ne présage pas d'une différence significativement marquée dans le parcours du traitement de FIV. La méthode de recrutement consécutif des patientes lors de leur venue programmée dans le cadre de la surveillance échographique de la stimulation ovarienne, nous a permis de ne pas influencer sur les soins et d'éviter ainsi une intrusion potentiellement stressante. Ces courts échanges en salle d'attente ont offert l'opportunité de recruter un plus grand nombre de patientes de façon aléatoire, et par la même occasion, a permis de présenter le projet de recherche et de renforcer l'adhésion d'un plus grand nombre de femmes au projet.

Un des biais de cette étude est que la source de cette recherche est uniquement basée sur des auto-questionnaires. Il serait intéressant de coupler ces données avec des entretiens semi-

dirigés ou des hétéro-évaluations remplis par exemple par l'entourage. La recherche d'autres moyens de coping paraît également pertinente dans cette problématique.

V- CONCLUSION

Pour conclure, nos résultats mettent en exergue le caractère anxiogène de l'attente du don d'ovocytes. En France, la pénurie de donneuses étant indiscutable et les entretiens psychologiques étant déjà recommandés par la loi (arrêté du 3 Août 2010 publié dans le Journal Officiel de la République Française), il nous paraît intéressant d'attirer l'attention des équipes des CECOS sur l'analyse des besoins relationnels spécifiques aux receveuses de don d'ovocytes. Le fait que certaines femmes aient un locus de contrôle interne plutôt qu'externe de type « Autre tout-puissant » détermine leur niveau d'anxiété et le mode relationnel médecin malade : ceci doit être un des axes de réflexion permettant aux équipes de guider ces femmes dans l'attente du don d'ovocytes et dans la relation de soins en PMA.

VI- REFERENCES

1. Barnett B., Parker G., Professional and non-professional intervention for highly anxious primiparous mothers, *British journal of psychiatry* 1985; 146: 287-293.
2. Bayle B. L'identité conceptionnelle : tout se joue-t-il avant la naissance ?, Edition L'Harmattan 2005
3. Bayle B. L'enfant à naître, identité conceptionnelle et gestation psychique, Edition Erès 2005
4. Beck A.T., Beamesderfer A., Assessment of Depression : The Depression Inventory. Psychological Measurements in Psychopharmacology. Mod. Probl. in Pharmacopsychiatry, 7, 151 - 159, ed. P. PICHOT, Paris, Karger, Basel, 1974.
5. Beck A.T., Steer R., Garbin M. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of research. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8, 1, 77-100.
6. Belaisch-Attart J., Infertilité et épidémiologie : état des lieux en France, 5ème journée franco-marocaine de gynéco-obstétrique Mai 2010.
7. Boivin J, Lancaster D, Medical waiting periods: imminence, emotions and coping, *Women's Health*, vol 6, N°1, January 2010, pp59-69 (11)
8. Boivin J, Takefman J. E., Impact of the in-vitro fertilization process on emotional physical and relational variables, *Human Reproduction* vol.11 N°4 pp.903-907, 1996
9. Boivin J., Griffiths E., Venetis C.A., Emotional distress women and failure of assisted reproductive technologies : a meta-analysis of prospective psychosocial studies, in press in *British Medical Journal* 2011
10. Bydlowski M., La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité Edition PUF 1997, Chapitres Les représentation inconscientes pendant la grossesse et Données psychopathologiques sur l'infertilité
11. Campbell S.M., Dunkel-Schetter C., Peplau L.A., Perceived control and adjustment to infertility among women undergoing in vitro fertilization, *Infertility Perspectives from stress and coping research* New York Plenum press, 1991

12. Connolly J., Edelmann R.J., Bartlett H., Cooke I.D., Lenton E., Pike I, An evaluation of counselling for couples undergoing treatment for IVF, *Human Reproduction* vol 8 N°8 pp 1332-1338 (1993)
13. Conrad R., Wegener I., Imbierowicz K., Liedtke R., Geiser F., Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression, *Psychiatry Research* 165 (2009) 137–144
14. Cooper T.G., Noonan E., von Eckardstein S., Auger J., Baker G.H.W., Behre H.M., Haugen T.B., Kruger T., Wang C., Mbizvo M.T., Vogelsong K.M., World Health organization reference values for human semen characteristics, *Human Reproduction Update* Vol.16, No.3 pp. 231–245, 2010
15. Demyttenaere K., Bonte L., Gheldof M., Vervaeke M, Meuleman C., Vanderschuerem D., D'Hooge T., Coping style and depression level influence outcome in in-vitro fertilization, *Fertility and Sterility* Vol 69, N° 6 June pp1026-1033 1998
16. Domar A.D., Seibel M., Broome A., Friedman R., Zuttermeister P.C., The prevalence and predictability of depression in infertile women, *Fertility and Sterility* vol 58, N°6, December 1992
17. Fisher J.R.W., Hammarberg K., Baker H.W.G, Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception, *Fertility and Sterility* 2008; 89: 1103-12
18. Fisher J.R.W., Hammarberg K., Baker H.W.G, Assisted conception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties, *Fertility and Sterility* 2005;84:426-30
19. FIV-France, statistiques FIV selon les chiffres de l'agence de biomédecine de 2009, publié en Janvier 2011 <http://www.agence-biomedecine.fr/article/149>
20. Hashimoto H., Fukuhara S., The influence of locus of control on preferences for information and decision making, *Patient Education and Counseling* 55 (2004) 236-240
21. Hjelmstedt A., Widsröm A.M., Wramsby H., Matthiesen A.S., Collins A, Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavia* 2003; 82:152-161

22. Hjelmstedt A., Andersson L., Skoog-Svanberg A., Bergh T., Boivin J., Collins A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF-and ICSI treatment, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1999; 78: 42-48
23. Holmes T.H., Rahe R.W. The social readjustment rating scale *Journal of psychosomatic research* 1967; 11: 213-8
24. Jacob M.C., Mc Quillan J., Greil A.L., Psychological distress by type of infertility barrier, *Human Reproduction* vol 22, N° 3, pp 885-894 2007
25. Journal Officiel de la République Française, Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation
26. Klonoff-Cohen H., Natarajan L., The Concerns During Assisted Reproductive Technologies (CART) scale and pregnancy outcomes, *Fertility and Sterility*, vol 81, N° 4, April 2004
27. Laffont I., Edelmann R.J., Psychological aspects of IVF: a gender comparison, *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology* 15 (1994)85-92
28. McMahon C.A., Ungerer J.A., Beaurepaire J., Tennant C., Saunders D., Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception, *Human Reproduction* vol 12, N°1, pp 176-182,1997
29. Matthiesen S.M.S., Frederiksen, H.J. Inglerlev, Zachariae R., Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis, *Human Reproduction* vol 0, N°0, pp1-14, 2011
30. Monti F., Agostini F., Fagandini P., La Sala G.B., Blickstein I., Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology, *Fertility and Sterility* 2009; 91: 851-7
31. OliviusC., BarbroB.S., Friden M., Gunilla Borg P.D., Bergh C., Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study , *Fertility and Sterility* vol.81, N° 2, February 2004_

32. Paulson J. D., Haarmann B.S., Salerno, R.L, Asmar P., An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility, *Fertility and Sterility* vol49, N°2, February 1988
33. Petterson N., Un nouvel instrument de mesure du lieu de contrôle interne-externe spécifique à la situation de travail, *Revue Québécoise de Psychologie*, vol 6, N°2, 1985
34. Repokari L., Punamäki R.L., Unkila-Kallio L., Vilska S., Poikkeus P., Sinkkonen J, Almqvist F., Tiitinen A., Tulppala M., Infertility treatment and marital relationship: a 1 year prospective study among successfully treated ART couples and their controls, *Human Reproduction* vol22 N°5pp1481-1491, 2007 Feb
35. Repokari L., Punamäki R.L., Poikkeus P., Vilska S., Unkila-Kallio L., Sinkkonen J, Almqvist F., Tiitinen A., Tulppala M., The impact of successfully assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood : a prospective controlled study, *Human Reproduction* July 2005 vol20, N°11 pp 3238-3247 2005
36. Roseblum O. Désir d'enfant : une folle passion ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* Mai 2007 1060-1063
37. Rossier J., Rigozzi C., Berthoud S., Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson IPC, influence de variable démographiques et de la personnalité *Ann Med Psychol* 2002 ; 160 :138-48
38. Schneider A., Körner, Mehring M., Wensing M., Elwyn G., Szecsenyi J, Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice, *Patient Education and Counseling* 61 (2006) 292-298
39. Schweitzer MB, Paulhan I., Manuel pour l'Inventaire d'Anxiété Trait-Etat (Forme Y). Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990.
40. Smith LB, Adler NE, Tschann JM (1999) Underreporting sensitive behaviors : the case of young women willingness to report abortion *Health Psychol* 18, 37-43, in Jacob *et al.* 2007

41. Spielberger CD., Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-evaluation questionnaire"), Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1983
42. Stiel M., Mc Mahon C.A., Elwyn G., Boivin J., Prebirth characteristic and 5 years follow-up of women with cryopreserved embryos after successful in vitro fertilisation treatment, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* March 2010; 31(1): 32-39
43. Stoleru S., Cornet D., Vaugeois P., Fermanian J, Magnin F., Zerah S., Spira A., The influence of psychological factors on the outcome of the fertilization step of in vitro fertilization, *Journal Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 18 (1997) 189-202
44. Strutt A.M., Hill S.W., Scott B.M., Uber-Zak L., Fogel T.G, Motivation, psychopathology, locus of control, and quality of life in women with epileptic and non epileptic seizure, *Epilepsy and Behaviors* in press 2011
45. Verhaak C.M., Smeenk J.M.J., Eugster A., van Minnen A., Kremer J.A.M., Kraaimaat F.W., Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of FIV or ICSI, *Fertility and sterility* 2001; 76: 525-31
46. Walter S.J., Sample size and power estimation for studies with health related quality of life outcomes: a comparison of four methods using the SF-36 Health and Quality of Life Outcomes 2004, 2:26
47. Wang Kehua, Li Juan, Zhang John X., Zhang Lihong, Jianchung Yu, Ping Jiang, Psychological characteristics and marital quality of infertile woman registered for in vitro fertilization/ ICSI in China, *Fertility and Sterility* 2007; 87: 792-8
48. Weil E., Femmes fertiles et traitement médical. Le don de gamètes pour des femmes infertiles dans les procréations médicalement assistée, *Médecine, Ethique et Psychanalyse, Cliniques méditerranéennes Psychanalyse et psychopathologie Freudiennes* N°76, Erès 2007
49. White L., Mc Quillan J., Greil A.L., Johnson D.R., Infertility: testing a helpseeking model, *Social Science and Medecine* 62 (2006) pp1031-1041

50. Yvon E., Emiliani S., Revelard P., Devreker F., Laruelle C., Delbaere A., Sperm and oocyte donation: gamete donor issues, International Congress Series 1266 (2004) 303–310

VII-ANNEXE

-Note d'information

-Fiche de consentement

-Livret d'auto-questionnaire

NOTE D'INFORMATION

Vécu psychologique du don d'ovocytes des femmes receveuses en attente de procréation médicalement assistée.

Madame,

Je m'appelle Melle Mary EVANS, je suis interne en psychiatrie et je prépare ma thèse qui conclura mon cursus médicale en Octobre 2011. Cette thèse sera validée par les résultats de cette étude. Je suis très intéressée par le travail mère-bébé, par ce qui est du désir de maternité... c'est pour cela que j'ai décidé de travailler sur le vécu de ces femmes qui luttent pour voir se réaliser ce désir.

Aussi, nous savons que l'attente d'un don d'ovocytes dans le cadre des fécondations in vitro est plus ou moins bien vécue sur le plan psychologique. Pour certaines femmes, ce parcours peut engendrer des difficultés d'adaptation avec des réactions de stress et/ou de tristesse par exemple.

Dans ce contexte, nous organisons un travail de recherche pour mieux appréhender le « Vécu psychologique du don d'ovocytes chez les femmes receveuses en procréation médicalement assistée ».

Cette recherche est organisée par moi-même, Mlle Mary Evans (interne en médecine, spécialité psychiatrie) et le Dr. El-Hage (CHRU, Clinique Psychiatrique Universitaire), en lien avec le Pr. Royère (chef de service du CECOS) et avec la participation des médecins du CECOS.

Nous vous proposons d'y participer.

Quel est l'objectif de cette étude ?

L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'état psychologique des femmes qui attendent de recevoir un don d'ovocytes et des femmes faisant une fécondation in vitro sans don.

Notre objectif est de mieux comprendre le vécu affectif de ces femmes durant ce parcours de soins en procréation médicalement assistée.

Nous vous proposons de lire attentivement cette note d'information. Nous essayons là, de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser, avant de prendre la décision de votre participation.

Déroulement de l'étude

Vous avez rencontré Melle Evans Mary qui vous a parlé de cette étude, lors d'une de vos venues au CECOS.

L'information sur cette étude vous a été donnée par oral et par écrit.

Si vous acceptez d'y participer, cette participation sera effective si :

- vous avez entre 25 et 43 ans,
- qu'il n'y a pas d'enfant de votre couple actuel,
- vous ne souffrez d'aucune maladie grave (en dehors de la cause aboutissant à une demande de don d'ovocytes),
- vous n'avez pas d'antécédent psychiatrique sévère (type schizophrénie ou idée délirante),

Après avoir donné votre consentement par écrit, vous allez reçu un livret d'enquête contenant des auto-questionnaires.

Ce livret d'enquête comprend 9 auto-questionnaires (30-45 minutes). Les questionnaires sont issus de tests psychologiques standardisés, les consignes sont expliquées pour chaque test en des termes simples. Pour avoir des réponses spontanées, il faudra éviter de trop réfléchir et ne pas relire vos réponses.

Ces tests comportent des questions sur :

- des données sociologiques (âge, années d'étude, durée de la relation de couple...),
- les habitudes addictives,
- les événements de vie des 12 derniers mois,
- votre vécu subjectif de votre qualité de vie,
- votre vécu affectif en terme de ressentis dépressifs ou anxieux,
- votre style de réactivité aux situations émotionnelles.

La durée de passation des tests est estimée à 30-45 minutes.

Si vous avez des questions à poser, vous pourrez joindre par téléphone Mlle Evans pour plus d'information.

Le livret rempli sera à remis au CECOS, soit à votre médecin, soit à la psychologue ou encore aux membres du personnel paramédical lors de votre prochaine venue au CECOS.

Quelle est la durée de votre participation à cet essai ?

Votre participation durera le temps de la passation des tests, évaluée à 30-45 minutes.

L'étude elle-même durera un an. Elle devra permettre le recrutement de 60 femmes réparties entre les deux groupes de l'étude (fécondation in vitro avec don d'ovocytes et sans don d'ovocyte).

Quels sont les bénéfices et risques attendus ?

Cette étude ne comporte pas de bénéfice individuel direct pour vous, si ce n'est d'aider à évaluer le vécu psychologique des femmes entrant dans ce parcours de soin. Les résultats de cette étude devraient permettre d'aider à améliorer la prise en charge proposée aux femmes recevant un don d'ovocytes, dans le futur. Les résultats des tests sont anonymes, les médecins et la psychologue n'auront pas accès aux résultats de l'enquête. *Participer à cette étude ne modifiera en rien votre prise en charge au CECOS.*

Quels sont vos droits en tant que participant à cette étude ?

Conformément à la **loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988** et à la **loi de Santé Publique du 09 août 2004 n° 2004-806**, il vous est demandé votre consentement pour la participation à cette étude. Il vous est rappelé que **vous n'êtes pas obligée d'accepter de participer à cette étude** et que vous pouvez à tout moment décider de ne plus y participer sans nuire à la qualité de vos soins.

Si vous acceptez de participer à cet essai, on vous demandera de signer une attestation de consentement.

Toutes les données vous concernant sont **confidentielles**. Tout le personnel médical et soignant impliqué dans cette recherche est soumis au secret professionnel, tout comme votre médecin traitant. Le secret médical sera respecté par les investigateurs de cette étude et les données recueillies seront analysées en respectant l'anonymat.

Mlle Mary Evans, interne en psychiatrie, investigateur de cette étude est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires. Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués, si vous le souhaitez en fin d'étude, par Melle Mary Evans.

Date | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Signature

Merci d'aider la Recherche

Fiche de consentement

Je soussignée Madame.....(nom, prénom)

Née le.....

Adresse.....

Affiliée (ou bénéficiaire) d'un régime de Sécurité Sociale

Mlle Mary Evans (interne en psychiatrie) et Dr. Wissam El-Hage (CHRU de Tours, Clinique Psychiatrique Universitaire, 02.47.47.37.28), médecins investigateurs, m'ont proposée de participer à une recherche sur :

« Vécu psychologique du don d'ovocytes des femmes receveuses en attente de procréation médicalement assistée »

Il m'a clairement précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai reçu une note d'information écrite précisant les modalités de déroulement de cette étude clinique et exposant le but de la recherche, la méthode utilisée, la durée, les contraintes.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles pour la bonne compréhension de la note d'information et de recevoir des réponses claires et précises. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche décrite dans les conditions ci-dessus.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je suis consciente que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche sans que cela ne porte préjudice à la suite de ma prise en charge. J'en informerai alors Mlle Mary Evans et le Dr. Wissam El-Hage.

J'ai été informée que toutes les données et informations qui me concernent resteront STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. Je n'autorise leur consultation que par des personnes désignées par Mlle Mary Evans et le Dr. Wissam El-Hage.

J'ai bien noté qu'à l'issue de la recherche, je serai informée si je le souhaite par l'investigateur des résultats globaux de celle-ci. L'investigateur m'informerait du moment où les résultats seront disponibles. Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Mlle Mary Evans ou au Dr. Wissam El-Hage (02.47.47.37.28).

<p>A compléter par la patiente</p> <p>Je soussignée <i>NOM</i> <i>PRÉNOM</i> déclare être d'accord avec les dispositions de la présente attestation de consentement et déclare, donner librement mon consentement éclairé pour participer à cette recherche</p>	<p>Date</p> <p>Signature</p>
<p>A compléter par le médecin investigateur</p> <p>Je soussigné(e) Dr <i>NOM</i> <i>PRÉNOM</i> déclare avoir personnellement recueilli le consentement de participation de la patiente à cette recherche biomédicale.</p>	<p>Date</p> <p>Signature</p>

En trois exemplaires : original pour l'investigateur, 1 exemplaire pour la patiente, 1 exemplaire pour le promoteur

LIVRET ENQUÊTE

TEST 1

Vécu psychologique du don d'ovocytes des femmes receveuses en attente de procréation médicalement assistée

Madame,

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier de votre participation à cette étude.

Voici le livret d'auto questionnaires que vous devez remplir et nous renvoyer dans l'enveloppe prévue à cet effet. Ce livret est composé de dix tests qui mesurent différents ressentis, différentes façons de réagir aux événements de la vie, et qui collectent vos antécédents.

Vous devez répondre directement sur ce document.

Le temps de passation moyen est estimé à 30 à 45 minutes. Ce temps peut être interrompu puis repris.

Il vous est recommandé de répondre seule dans une pièce au calme, afin d'éviter une trop grande distraction.

L'objectif est de recueillir la première réponse qui vous vient à l'esprit à la lecture des questions et des réponses. Il ne faut pas trop vous poser de questions et éviter de revenir sur ce que vous avez déjà répondu.

Chaque test possède ses propres consignes. Il faut respecter l'ordre dans lequel ces tests vous sont proposés. Si certaines questions se répètent, c'est parce que chaque test est indépendant des autres. Il faut aussi savoir que ces tests sont standardisés et testés sur de large population, par conséquent certaines propositions ne correspondent pas à votre vécu, il faut alors passer aux questions suivantes.

Aussi afin de respecter votre anonymat, nous vous demandons de ne mettre que les trois premières lettres de votre nom et prénom au début de l'enquête.

Une fois rempli, ce document est à ré adresser par la poste, dans l'enveloppe prévue à cet effet ou à remettre au CECOS dans la boîte aux lettres prévue au secrétariat. Les médecins du CECOS n'auront alors pas accès à votre dossier d'étude, seul le Dr El-Hage et Mlle Evans travailleront sur les résultats de cette enquête.

Si vous avez des questions n'hésitez pas à nous contacter au 02 47 20 28 81 (M^{lle} Evans).

Bon courage,

Dr. El-Hage,

M^{lle} Evans,

Consigne : Répondez à ces questions ou barrez la mention inutile

- Les trois premières lettres de votre nom sont :
- Les trois premières lettres de votre prénom sont :

- Vous êtes en attente de FIV : FIV AVEC DON D'OVOCYTES

FIV SANS DON D'OVOCYTE

- Votre âge est : ans

- Vous êtes en couple depuis (en années) : ans

- Vous avez un baccalauréat : OUI NON

Si oui, vous avez combien d'années d'études validées après votre baccalauréat (en années) :

..... ans

Si non, vous avez une formation professionnelle :

- Vous ou votre conjoint avez déjà eut des enfants d'un autre couple : OUI NON

- Vous avez, dans vos antécédents, interrompu une grossesse non désirée : OUI NON

- L'infertilité de votre couple est expliquée par : Infertilité féminine

Infertilité masculine

Infertilité mixte

Infertilité inexplicable

- Vous aviez connaissance de votre difficulté à concevoir depuis plusieurs années :

OUI NON

Si oui, depuis combien de temps le savez-vous ?

TEST 2

- Depuis le début des essais pour débiter une grossesse, il s'est écoulé ans
 - Nous sommes inscrits au CECOS depuis ans
 - Nous avons déjà fait plusieurs essais de FIV : OUI NON
- Si oui, combien d'essais de FIV avez-vous vécu ?
- Si vous êtes en attente de don d'ovocytes, connaissez-vous une femme qui a accepté d'être donneuse ? OUI NON
 - Prenez-vous un traitement médicamenteux ? OUI NON
- Si oui, quel est ce traitement ?

Consigne : il s'agit d'un questionnaire, type « question à choix multiples ». Entourez l'une des quatre possibilités qui correspond le mieux à votre état actuel. Répondez rapidement à toutes les questions. Ne relisez pas vos réponses.

Question A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
 - 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
 - 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

Question B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
 - 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
 - 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

Question C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
 - 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
 - 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

Question D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
 - 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
 - 3 Je suis mécontent de tout

Question E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
 - 2 Je me sens coupable
 - 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vaux rien

Question F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même

- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

Question G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
 - 2 J'ai des plans précis pour me suicider
 - 3 Si je le pouvais, je me tuerais

Question H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
 - 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
 - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

Question I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
 - 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
 - 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

Question J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
 - 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
 - 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

Question K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
 - 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
 - 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

Question L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

Question M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
 - 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
 - 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

TEST 3

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1 Je me sens calme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je suis tendue, crispée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me sens surmenée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je me sens émue, bouleversée, contrariée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je me sens contente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je me sens effrayée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je me sens à mon aise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Je sens que j'ai confiance en moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Je me sens nerveuse, irritable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Je me sens indécise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Je suis décontractée, détendue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Je suis satisfaite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Je suis inquiète, soucieuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je me sens plus où j'en suis, je me sens déconcertée, déstabilisée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Je me sens solide, posée, pondérée, réfléchi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEST 4

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21 Je me sens de bonne humeur, aimable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Je me sens nerveuse et agitée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Je me sens contente de moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Je voudrais être aussi heureuse que les autres semblent l'être.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 J'ai un sentiment d'échec.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Je me sens reposée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 J'ai tout mon sang-froid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Je m'inquiète à propos de choses sans importance.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Je suis heureuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 J'ai des pensées qui me perturbent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Je manque de confiance en moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Je prends facilement des décisions.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Je me sens incompétente, pas à la hauteur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Je suis satisfaite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Je suis une personne posée, solide, stable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEST 5

Repondez aux questions suivantes en cochant la case qui vous correspond le mieux. Les réponses vont de -3 (je ne suis pas du tout d'accord) et +3 (je suis tout à fait d'accord).

- 1- Le fait que je devienne ou non un leader dépend surtout de mes capacités.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 2- Ma vie est en grande partie dirigée par des événements dus au hasard.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 3- J'ai le sentiment que ce qui arrive dans ma vie est principalement décidé par les gens puissants.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 4- Le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'accident de voiture dépend surtout de mon habileté au volant.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 5- Quand je fais des projets, je suis presque toujours sûr de les réussir.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 6- Il n'est souvent pas possible de protéger mes intérêts contre les événements malchanceux.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 7- Quand j'obtiens ce que je veux, c'est généralement par chance.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 8- Sans l'intervention de personnes bien placées, on ne me donnera pas un poste à responsabilités même si je suis capable de l'occuper.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 9- Le nombre d'amis que j'ai dépend de mon degré de gentillesse personnelle.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 10- J'ai souvent constaté que ce qui doit arriver arrive.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 11- Le déroulement de mon existence est essentiellement sous le contrôle des gens puissants.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 12- Le fait d'avoir ou de ne pas avoir d'accident de voiture est avant tout une question de hasard.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 13- Les gens comme moi ont très peu de possibilités de défendre leurs intérêts personnels contre ceux de puissant groupe de pression.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 14- Pour moi, il n'est pas toujours sage de faire des projets trop longtemps à l'avance car de nombreuses choses s'avèrent être une question de bonne ou de mauvaise fortune.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 15- Pour obtenir ce que je veux, il faut que cela plaise aux personnes placées au dessus de moi.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 16- Parvenir ou non à être un leader dépend de la chance que j'aurai d'être à la bonne place au bon moment.

- Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 17- Si des gens importants décidaient qu'ils ne m'aimaient pas, alors je ne me ferais probablement pas beaucoup d'amis.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 18- Je peux à peu près déterminer ce qui arrivera dans ma vie.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 19- En général, je suis capable de protéger mes intérêts personnels.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 20- Le fait qu'il m'arrive ou non un accident de voiture dépend surtout des autres conducteurs.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 21- Quand j'obtiens ce que je veux, c'est en général parce que j'ai travaillé dur pour cela.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 22- Afin que mes projets réussissent, je m'assure qu'ils correspondent aux desirs des personnes qui ont du pouvoir sur moi.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 23- Ce sont mes propres actions qui déterminent ma vie.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord
- 24- Que j'ai peu ou beaucoup d'amis, c'est avant tout une question de destinée.
 Pas du tout d'accord

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

 Tout à fait d'accord

TEST 6

Consigne : Répondez aux questions suivantes en cochant la case qui vous correspond le mieux. Les réponses vont de 1 (je suis tout à fait d'accord) et 7 (je suis en complet désaccord).

En ce qui me concerne...

- 1- ...j'évite les familles qui ont des enfants ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 2- ...je réponds à l'attente sexuelle de mon/ma partenaire ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 3- ...je pense à notre infertilité ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 4- ...il est facile de dissocier l'infertilité des autres aspects de notre vie ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 5- ...l'incapacité à avoir des enfants est au-dessus de ce que je peux endurer ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 6- ...je ferais tout ce qui est en mon pouvoir pour avoir des enfants ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 7- ...je vis les menstruations (règles) comme un échec ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 8- ...avoir un enfant est la chose la plus importante de notre vie ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 9- ...l'infertilité est une des plus grandes difficultés dans notre vie ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 10- ...je sens la pression de l'entourage au sujet d'une possible grossesse ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 11- ...je me culpabilise en pensant à l'arrêt des traitements ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 12- ...l'infertilité a affecté d'autres domaines de notre vie ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 13- ...mon rôle de femme/homme est incomplet si nous n'arrivons pas à avoir des enfants ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 14- ...je me sens impuissant(e) face à notre infertilité ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord
- 15- ...je ne suis pas un(e) bon(ne) époux(se) ?
Tout à fait d'accord

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 en complet désaccord

TEST 7

Consigne : Veuillez cocher les événements de vie qui se sont produits pour vous dans les 12 derniers mois. Passez les propositions qui ne vous concernent pas.

1.	Décès du conjoint	
2.	Divorce	
3.	Séparation conjugale	
4.	Temps passé en prison	
5.	Décès ou tentative de suicide d'un membre de la famille proche	
6.	Maladie ou blessure requérant une hospitalisation - Maladie de longue durée	
7.	Chômage du patient ou du chef de famille	
8.	Reprise de vie conjugale - Infidélité du conjoint	
9.	Mise à la retraite	
10.	Maladie, alcoolisme ou problème de drogue d'un membre de la famille proche	
11.	Grossesse - Fausse couche - Avortement - Grossesse non désirée	
12.	Difficultés sexuelles - Début ou arrêt d'une relation extraconjugale	
13.	Départ ou arrivée d'un enfant du foyer	
14.	Difficultés professionnelles significatives	
15.	Modification de situation financière - Perte de revenu d'au moins 25%	
16.	Décès d'un ami proche	
17.	Changement de responsabilité au travail - Promotion	
18.	Augmentation du nombre des conflits conjugaux, familiaux	
19.	Achat d'une maison (hypothèque) ou dette importante	
20.	Départ ou arrivée d'un enfant du foyer	
21.	Problèmes avec la belle-famille	
22.	Diminution importante de l'activité sociale	
23.	Début ou interruption de travail du conjoint	
24.	Début ou fin de scolarité	
25.	Changement de conditions de vie - Mariage	
26.	Modification d'habitudes personnelles	
27.	Problème avec son supérieur hiérarchique	
28.	Changements choraires ou de conditions de travail	
29.	Déménagement - Changement d'école	
30.	Changement de loisirs - Changement religieux	
31.	Hypothèque ou emprunt minime	
32.	Changement dans les habitudes de sommeil	
33.	Changement de rythme des réunions de famille, des habitudes alimentaires	
34.	Vacances	
35.	Amendes ou contraventions	

TEST 8

Consigne : Répondez aux questions en cochant les cases.

Avez-vous eu un suivi avec un psychiatre ou un psychologue ? Oui Non

Si oui dans quelle période de vie ?

Enfance Oui Non
 Adolescence Oui Non
 Adulte Oui Non

Pour quel type de problème ?

Anxiété Oui Non
 Dépression Oui Non

Avez-vous eu un traitement antidépresseur ou anxiolytique ? Oui Non

Avez-vous consommé un des produits ci-dessous ?

Tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Occasionnel Régulier Quotidien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alcool	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Occasionnel Régulier Quotidien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cannabis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Occasionnel Régulier Quotidien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Occasionnel Régulier Quotidien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TEST 9

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente Très bonne Bonne Satisfaisante Mauvaise

2.- Par comparaison avec il y a 1 an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui?

Bien meilleure qu'il y a un an
 Un peu meilleure qu'il y a un an
 A peu près comme il y a un an
 Un peu moins bonne qu'il y a un an
 Pire qu'il y a un an

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ?

Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

- a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- d. Monter plusieurs étages à la suite.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- e. Monter un seul étage.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- h. Marcher plus de 500 mètres
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- i. Marcher seulement 100 mètres.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout
- j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.
 ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4. - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes; du fait de votre santé ? (réponse : entourez oui ou non à chaque ligne)

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ? OUI NON
 Faire moins de choses que vous ne l'espérez ? OUI NON
 Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ? OUI NON
 Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort ? OUI NON

5. - Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ?

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ? OUI NON
 Faire moins de choses que vous n'espérez ? OUI NON
 Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ? OUI NON

6. - Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

Pas du tout ↓ ↓ ↓ ↓
 très peu ↓ assez fortement ↓ énormément
 Pas du tout ↓ très peu ↓ assez fortement ↓ énormément

8. - Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout ↓ un peu ↓ modérément ↓ assez fortement ↓ énormément
 Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

10. - Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ?

Tout le temps ↓ très souvent ↓ parfois peu souvent ↓ jamais

11. - Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

d. mon état de santé est excellent.

Tout à fait vrai ↓ assez vrai ↓ ne sais pas ↓ plutôt faux ↓ faux

MERCI DE VOTRE EFFORT!!

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

EVANS Mary

Thèse n°

104 Pages – 4 Tableaux – 2 Figures

Résumé : Introduction. Les femmes en attente de don d'ovocytes sont confrontées à diverses difficultés : vécu subjectif douloureux, échecs des FIV précédentes, long délai d'attente d'un don, dissociation de la filiation génétique et gestationnelle... Cependant, le vécu psychologique de ce groupe de femmes est peu exploré dans la littérature. Notre objectif principal est de déterminer si le facteur « attente d'un don d'ovocytes » est anxio-gène-dépressif, et si le locus de contrôle externe constitue un facteur protecteur chez les femmes receveuses en procréation médicalement assistée. **Méthode.** Nous avons inclus trois groupes de femmes en attente d'un don d'ovocytes (n=10), en cours de stimulation ovarienne d'une première FIV (FIV1 ; n=34) ou en cours de stimulation d'une deuxième FIV ou plus (FIV2+ ; n=39). Elles ont répondu à des questionnaires évaluant l'anxiété, la dépression, les locus de contrôle, la réaction à l'infertilité, les événements stressants et la qualité de vie. **Résultats.** Les femmes receveuses étaient significativement plus âgées et avaient un projet de grossesse plus ancien que les femmes en FIV simple. Elles étaient significativement plus anxieuses mais pas plus dépressives que les groupes FIV. Leur anxiété actuelle était en partie expliquée par une internalité plus marquée. Pourtant, chez les femmes infertiles en général, c'est l'externalité de type « Autre tout-puissant » qui expliquait en partie la diminution de l'anxiété et la diminution du vécu négatif émotionnel de l'infertilité. **Conclusion.** Ces résultats sur le locus de contrôle des femmes infertiles éclairent la réflexion sur le mode relationnel médecin malade, chez des patientes anxieuses qui ne maîtrisent pas leur fécondité et doivent faire confiance aux équipes soignantes.

Mots clés :

-Receveuse de don d'ovocytes	-Anxiété-dépression
-Procréation médicalement assistée	-Infertility Reaction Scale
-Locus de contrôle	-Fécondation in-vitro

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD
Membres : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Madame le Docteur Marie-Laure COUET
Monsieur le Docteur Wissam EL-HAGE

Date de la soutenance : 5 Octobre 2011