

<b>Zeitschrift:</b>	Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Hebammenverband
<b>Band:</b>	117 (2019)
<b>Heft:</b>	5
<b>Artikel:</b>	Grossesse issue d'une PMA : quel vécu pour les femmes?
<b>Autor:</b>	Brischoux, Louise / Dumarquez, Axelle / Chovelon, Chloé
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-948975">https://doi.org/10.5169/seals-948975</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 16.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Grossesse issue d'une PMA: quel vécu pour les femmes?

Différents aspects du vécu des femmes ayant une grossesse issue d'une procréation médicalement assistée (PMA) sont influencés par leur histoire de conception. Dans cet article issu de leur travail de bachelor, les auteures analysent le rôle de la sage-femme auprès des couples concernés et mettent en avant le bénéfice possible d'un suivi centré sur la personne et d'une continuité dans les soins.

TEXTE:  
LOUISE BRISCHOUX,  
CHLOE CHOVELON,  
AXELLE DUMARQUEZ

**E**n Suisse, «environ un sixième des couples désirant procréer rencontrerait des problèmes de fertilité» (Junod, 2014, p. 242). Ces derniers consultent de manière très variable dans leur processus de difficultés de conception, allant de quelques mois à quelques années. Dans ce contexte, la population a de plus en plus recours à la PMA. En 2016, 6049 femmes ont été traitées avec un taux de réussite de 41,5% (Office fédéral de la Statistique [OFS], 2018). En 2015, 4,3% des naissances vivantes au sein de la Confédération helvétique étaient issues de la PMA (OFS, 2017).

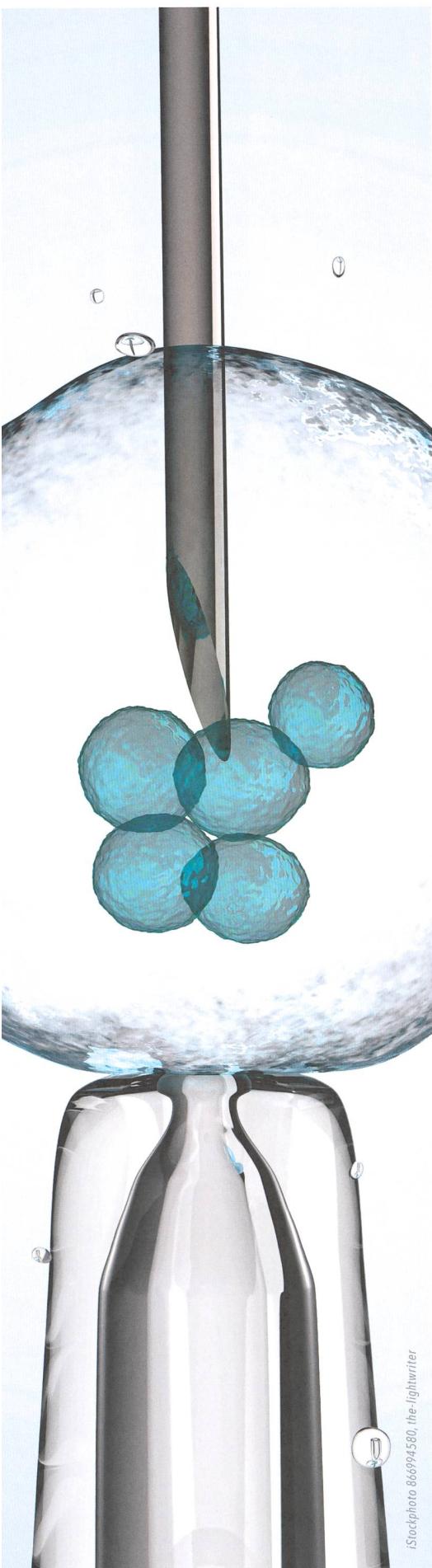
## Consultations en urgence

Considérant ces faits, les professionnels de santé doivent intégrer cette évolution dans leur pratique et notamment la sage-femme qui est, selon The International Labor Organisation (ILO) la professionnelle de premier recours pour des soins de qualité en matière de maternité et de soins à la femme et aux familles. [traduction libre] (2012, cité dans Renfrew *et al.*, 2014, p. 1130)

Dans notre quotidien, nous avons été surprises par le nombre important de consultations en urgence liées à des problématiques récurrentes chez les femmes enceintes ayant eu une PMA. Les causes généralement observées concernaient le bien-être fœtal avec la sensation de diminution voire d'absence des mouvements fœtaux actifs, ainsi que des manifestations d'anxiété avec un besoin de réassurance. Face à ce constat, nous nous sommes questionnées sur l'existence d'une différence entre le vécu d'une grossesse obtenue par PMA, et celui d'une grossesse spontanée. Si ces femmes présentent des spécificités, il est important que les sages-femmes les connaissent, afin d'y répondre en conséquence.

## Méthodologie de l'étude

La population cible repose sur des femmes primipares et multipares, ayant eu recours à une PMA menant à une grossesse unique. La méthode de PMA utilisée n'est pas spécifiée. Le parcours et le vécu des femmes sont différents selon la méthode utilisée, mais elles semblent toutes présenter des besoins



© iStockphoto 866994580, the-lightwriter

spécifiques liés à leur expérience d'aide à la procréation.

Suite aux recherches dans les quatre banques de données (Medline-Pubmed, MIDIRS, PsycINFO et CINAHL) huit articles regroupant des études qualitatives et quantitatives ont été sélectionnés. Parmi ces articles, cinq sont des études de type quantitatif qui comparent de diverses manières le vécu des femmes et/ou des couples ayant conçu suite à un traitement d'infertilité à celui de femmes et/ou couples ayant conçu spontanément. Les trois autres articles sont de nature qualitative et ont pour principal but d'explorer l'expérience et les besoins des femmes et/ou des couples ayant conçu par PMA.

A travers la lecture et l'analyse de ces articles, nous avons pu mettre en évidence que les femmes ayant une grossesse issue d'un traitement d'infertilité présentent un vécu influencé par leur parcours. Les principaux résultats mis en avant ont été répertoriés en quatre items:

- La qualité de vie
- L'état émotionnel
- Les difficultés d'adaptation à la grossesse
- La projection à la parentalité.

#### La qualité de vie

La grossesse est un événement important dans la vie des femmes qui engendre de nombreux changements et qui peut notamment les amener à ressentir une diminution de leur qualité de vie. Les couples se sentent moins entourés socialement et ce sentiment augmente au fur et à mesure que la grossesse avance. Les auteurs mettent cela en lien avec

#### *En 2015, 4,3 % des naissances vivantes au sein de la Confédération helvétique étaient issues de la PMA.*

la stigmatisation sociale qu'ils subissent de la part de leur entourage. French *et al.* (2015) l'expliquent en mentionnant que les femmes ayant conçu par PMA sont réticentes à exprimer leurs sentiments à leur entourage mais également à leur sage-femme, par peur d'apparaître comme non reconnaissantes d'avoir réussi à être enceintes. D'une certaine manière, elles ont peur du regard que la société pourrait porter sur elles et ont de la peine à parler de ce qu'elles ressentent. En outre, ces futurs parents gardent «sous-contrôle» leur bien-être mental jusqu'au moment de l'accouchement qu'ils voient comme la confirmation de la réussite de leur traitement d'infertilité (De Pascalis *et al.*, 2012).

#### L'état émotionnel

Dans les articles étudiés, la notion d'anxiété apparaît comme un point clé du vécu de la grossesse suite à une PMA. Darwiche *et al.* (2014) mettent en évidence qu'en début de grossesse, il y a une augmentation générale de l'anxiété accompagnée d'un stress psychologique. Les femmes concernées ressentent une peur quant à la pérennité de leur grossesse et pensent que leur corps n'est pas

capable de la maintenir, car il a montré auparavant des défaillances en ce qui concerne la conception de l'enfant. Elles se concentrent davantage sur l'absence de ressenti des mouvements fœtaux qui les inquiète, au lieu d'être rassurées par leur présence (Netto Dornelles *et al.*, 2013). Les couples disent se sentir rassurés par l'accompagnement des professionnels, par les échographies, par la présence marquée de maux de grossesse, par le passage de dates clés comme la 12<sup>ème</sup> et la 28<sup>ème</sup> semaine (French *et al.*, 2015) ainsi que par les monitorings (Warmelink *et al.*, 2015). Les couples ayant conçu suite à un traitement d'infertilité ressentent de l'ambivalence et un fort besoin de reconnaissance. D'après Warmelink *et al.* (2015), ils manifestent être soulagés de passer à un système de soins standard une fois le traitement réussi, et soulignent vouloir être accompagnés comme pour n'importe quelle grossesse. Toutefois, on observe une certaine ambivalence dans l'expression conjointe du souhait de bénéficier de plus de rendez-vous et de contrôles de la grossesse.

Dans l'étude de French *et al.* (2015), les couples ajoutent qu'ils perçoivent le transfert du centre de fertilité vers le service de soin primaire comme un moment difficile, d'autant plus que le premier rendez-vous avec la sage-femme est ressenti comme trop tardif. Les couples expliquent qu'ils appréciaient le suivi rapproché qu'ils avaient dans le centre de fertilité et le fait d'avoir toujours à faire au même professionnel, ce qui n'est pas forcément le cas lors d'un suivi standard de grossesse. En rencontrant une sage-femme différente à chaque consultation, les


iStockphoto 494284892, kzenon

couples ont l'impression que leur parcours d'infertilité n'est pas reconnu ni pris en compte. D'après Warmelink et al. (2015), seules cinq minutes consacrées à ce sujet suffiraient à satisfaire ces couples. Il faut également souligner qu'une divergence de vision peut apparaître: la sage-femme considère le bébé comme précieux alors que les couples pensent que ce n'est pas le bébé qui est précieux mais la grossesse (French et al., 2015), ce qui peut alors créer un décalage dans la prise en charge et une incompréhension entre les interlocuteurs. De plus, en lien avec leurs difficultés d'exprimer leurs sentiments, ils ressentent le besoin d'être interrogés par la sage-femme sur leur expérience et leur vécu de manière explicite (Warmelink et al. 2015).

#### Les difficultés d'adaptation à la grossesse

Selon Lepecka-Klusek & Jakiel (2007), les femmes ayant conçu par PMA présentent plus de difficultés d'adaptation à la grossesse que les femmes ayant conçu spontanément. Gameiro et al. (2010) l'illustrent en mentionnant que les couples ayant conçu par PMA perçoivent leur grossesse comme plus à risque et plus exigeante. De leur côté, French et al. (2015) mettent en lien ces difficultés d'adaptation avec la durée du traitement d'infertilité. Plus le traitement dure longtemps, plus les difficultés sont importantes.

#### La projection à la parentalité

La focalisation sur la grossesse sans considérer la parentalité est interprétée par Netto Dornelles et al. (2013) comme une défense psychologique face à l'éventualité d'un échec.

French et al. (2015) relèvent que les couples essayent de ne pas penser à la naissance et à la parentalité par peur que cela leur porte malheur. Dans leur étude, certains couples ajoutent qu'ils pensent que les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ne leur sont pas destinés car ils sont spécifiques aux grossesses spontanées. Certaines femmes ayant conçu grâce à un traitement d'infertilité, disent également avoir peur, par la suite, de ne pas réussir à détecter les besoins de leur enfant, ainsi que de ne pas parvenir à ressentir de l'amour pour leur bébé.

#### Recommandations pour la pratique

Afin de favoriser le bien-être des couples, la sage-femme pourrait les inciter à participer à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (French et al., 2015). En effet, rencontrer des couples ayant conçu de manière spontanée peut désacraliser la PMA. Ils pourront ainsi voir que l'ensemble des futurs parents ont des préoccupations similaires mais aussi des préoccupations propres à l'histoire de chacun.

La sage-femme et les autres professionnels doivent placer la femme au centre de leurs préoccupations afin d'améliorer son vécu. La

sage-femme devrait ouvrir la discussion, notamment en abordant le mode de conception, ce qui permettrait à la femme de parler de son parcours et de son vécu passé et actuel. Le contexte de la PMA serait alors posé. Les besoins, les craintes et les ressources de la femme vont ainsi émerger de la discussion et pouvoir être investigués par la sage-femme. Warmelink et al. (2015) et French et al. (2015) s'accordent pour dire que la sage-femme doit prendre en compte les sentiments ambivalents de ces couples et la nature paradoxale des besoins qui en découlent. French et al. (2015) ajoutent que les professionnels doivent encourager les femmes à parler de leur expérience d'infertilité afin de s'en décharger pour faire la place à la construction de la parentalité. Il est important que les professionnels prennent en compte l'histoire de procréation des couples comme un facteur influençant le vécu de la grossesse. Mais pour une prise en charge optimale, il faut surtout qu'ils gardent à l'esprit que son histoire de procréation n'est pas ce qui définit le couple dans son entiereté. Dans le but d'améliorer la prise en charge des femmes ayant conçu par PMA ainsi que leur vécu, la continuité des soins prend tout son sens. Il semble important qu'il y ait un

**La sage-femme doit prendre en compte les sentiments ambivalents de ces couples et la nature paradoxale des besoins qui en découlent.**



© Stockphoto 992791392, stock

lien entre l'équipe du centre de PMA, la sage-femme du suivi standard et les autres professionnels entrant en jeu dans la prise en charge. L'absence de rupture dans le suivi permet à la femme de se sentir entièrement soutenue. La relation de confiance établie entre la sage-femme et la femme va être favorisée si la sage-femme démontre la connaissance de son dossier et son intérêt pour son parcours (Warmelink *et al.*, 2015).

Le diagnostic de grossesse étant posé très précocement au centre de PMA, French *et al.* (2015) proposent la création d'un rendez-vous précoce après l'arrêt de la prise en charge du centre de fertilité. Nous trouvons cette idée pertinente: il est en effet évident que le début de la grossesse est une période charnière dans leur vécu car il influence tout son déroulement. Nous ajoutons à la proposition de French *et al.* (2015) la proposition que ce rendez-vous ne soit pas vu comme un contrôle obstétrical mais plutôt comme une première prise de contact avec la sage-femme responsable du suivi de la grossesse. Ceci permettrait de réserver cette consultation à la rencontre du couple et de s'intéresser à son histoire, à son environnement socio-économique et à ses besoins et attentes. Les participants de l'étude de Warmelink *et al.* (2015) suggèrent aux professionnel·le·s un nombre plus important de consultation avec un allongement de la durée de chacune. Cependant nous voulons être attentives au fait que l'ajout de consultations pourrait tendre vers une surmédicalisation de la grossesse issue de PMA par une augmentation des contrôles obstétricaux comme les échographies et les monitorings souvent plébiscités par les couples, soutenant la vision médicale de la culture du risque.

Actuellement, au vu de la configuration du système de soin, un manque de flexibilité dans les consultations de grossesse peut être observé. En conséquence, la sage-femme du suivi standard ne dispose pas toujours du temps suffisant pour chaque couple. La sage-femme conseillère pourrait alors prendre un rôle de soutien envers ces derniers. Cette offre de soin existe déjà en Suisse romande et serait donc facilement réalisable dès à présent. Lors de l'entretien précoce, il nous semble intéressant que la sage-femme prenne le temps d'exposer à la femme le schéma d'une prise en charge classique ainsi que l'intérêt des différents contrôles obstétricaux. Lors d'écart à la norme, la sage-femme doit expliquer l'ensemble de la situa-

tion à la femme afin qu'elle puisse en comprendre le sens, l'objectif étant de l'apaiser en mettant en avant les éléments rassurants. Elle doit également accompagner et aider la femme à prendre conscience puis s'approprier les signes rassurants qu'elle peut mobiliser au quotidien. Elle doit aussi donner du sens à l'absence de ces derniers. Par exemple, le ressenti de mouvements foetaux est rassurant pour la mère mais son absence n'est pas forcément signe de pathologie (mouvements présents mais non ressentis, sommeil du fœtus, etc.). En apportant ces informations à la femme, la sage-femme lui offre de nouvelles compétences en santé et la femme peut ainsi devenir actrice de sa prise en charge. Nous supposons qu'un autre avantage non négligeable de cette manière de procéder pourrait être la réduction du nombre de consultations en urgence et du

besoin de rendez-vous de contrôles supplémentaires demandés par les futurs parents, comme mentionné dans les études de French *et al.* (2015) et Warmelink *et al.* (2015). Ces derniers proposent également d'améliorer la formation sage-femme dans le domaine de la PMA pour réduire l'écart entre la pratique et le souhait des couples. ☺

Brischoux, L., Chovelon, C., Dumarquez, A. (2017). Grossesses issues d'une procréation médicalement assistée: quel vécu pour les femmes? Travail de Bachelor, dir. Maria-Pia Politis Mercier, Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne.

#### Références

- Darwiche, J., Lawrence, C., Vial, Y., Wunder, D., Stiefel, F., Germond, M., Despland, J-N. & de Roten, Y. (2014) Anxiety and psychological stress before prenatal screening in first-time mothers who conceived through IVF/ICSI or spontaneously. *Women & Health*; 54, 474-485. doi:10.1080/03630242.2014.897677.
- De Pascalis, L., Agostini, F., Monti, F., Paterlini, M., Fagandini, P. & La Sala G. B. (2012) A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 118, 216-219. doi:10.1016/j.ijgo.2012.04.020.
- French, L., Sharp, D. & Turner, K. (2015) Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*; 65, e570-e577. doi:10.3399/bjgp15X686473.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M-C. & Soares, I. (2010) Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of portuguese couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Research in Nursing & Health*, 33, 207-220. doi:10.1002/nur.20377.
- Junod, V. (2014) La procréation médicalement assistée. In R. La Harpe, M. Ummel & J-F. Dumoulin, *Droit de la santé et médecine légale*, pp. 419-432. Chêne-Bourg, Suisse: Médecine et Hygiène.
- Lepecka-Klusek, C. & Jakiel, G. (2007) Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: a comparative study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*; 12, 51-57. doi:10.1080/13625180601012394.
- Netto Dornelles, L. M., MacCallum, F., de Cassia Sobreira Lopes, R., Piccinini, C. A. & Passos, E. P. (2013) «Living each week as unique»: maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery*; 30, 115-120.
- Office fédéral de la Statistique (2016) Statistique de poche 2016 [Brochure]. Neuchâtel, Suisse: OFS.
- Office fédéral de la Statistique (2018) Procréation médicalement assistée. www.bfs.admin.ch
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F. & Declercq, E. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*; 384, 1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
- Warmelink, J. C., Adema, W., Pranger, A. & de Cock, T. P. (2015) Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*; 37, 12-20. doi:10.3109/0167482X.2015.1106474.

#### AUTEURES



**Louise Brischoux**, infirmière sage-femme à Delémont, diplômée en 2017 de la Haute Ecole de Santé Vaud.



**Chloé Chovelon**, infirmière sage-femme à Avignon, diplômée en 2017 de la Haute Ecole de Santé Vaud.



**Axelle Dumarquez**, infirmière sage-femme à Nyon, diplômée en 2017 de la Haute Ecole de Santé Vaud.