

Tests prénataux et grossesse après assistance médicale à la procréation

Christine Bruchez, Joëlle Darwiche, Yvan Vial

DANS **PÉRINATALITÉ** 2019/3 (VOL. 11), PAGES 117 À 125
ÉDITIONS **LAVOISIER**

ISSN 2678-6524

DOI 10.3166/rmp-2018-0028

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2019-3-page-117.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Tests prénataux et grossesse après assistance médicale à la procréation

Prenatal Testing and Pregnancy after Conception via Assisted Reproductive Technology

C. Bruchez · J. Darwiche · Y. Vial

© Lavoisier SAS 2018

Résumé Cette recherche documente l'expérience de femmes lors d'une grossesse par assistance médicale à la procréation (AMP), au moment des tests de dépistage prénatal. Elle se différencie peu de celle du groupe témoin, sauf sur le plan du suivi médical plus important. Malgré ce suivi, des connaissances lacunaires ont été constatées. Les vécus émotionnels sont caractérisés par des sentiments contrastés, avec 10 % des femmes AMP trouvant l'échographie morphologique déplaisante, contrairement à celles avec grossesse spontanée. Un suivi particulier de ces femmes permettrait d'identifier les patientes vulnérables.

Mots clés Tests prénataux · Fécondation in vitro · Grossesse · Vécu émotionnel · Compréhension des explications médicales

Abstract This study documents women's experience of pregnancy after conceiving via assisted reproductive technology; it focuses on their experience with prenatal tests. It differs little from our control group except in terms of medical follow-up, however, incomplete knowledge was found. All the women had mixed feelings about the tests, but 10% of those who conceived via Assisted Reproductive Technology (ART) found the morphology ultrasound unpleasant, unlike the women who conceived spontaneously. Guidelines for following up on women during pregnancy after conceiving via ART could help to identify the women most at risk.

Keywords Emotional experience · In vitro fertilization · Pregnancy · Prenatal testing · Understanding medical explanations

C. Bruchez · Y. Vial
Département de gynécologie, obstétrique et génétique,
centre hospitalier universitaire Vaudois,
avenue Pierre-Decker 2, CH-1011 Lausanne, Suisse

J. Darwiche (✉)
FAMily and DevelOpment research center (FADO),
institut de psychologie, université de Lausanne,
bâtiment Géopolis, CH-1015 Lausanne, Suisse
e-mail : Joelle.Darwiche@unil.ch

Introduction

De nos jours, l'échographie fait partie intégrante du parcours de la grossesse, et les risques liés à ces examens prénataux non invasifs sont parfois banalisés, les implications de leurs résultats n'étant pas toujours pleinement appréhendées par les futurs parents. Dans le cas du test de dépistage de la trisomie 21, la notion de risque statistique est délicate à transmettre pour les médecins et souvent difficile à comprendre pour les futurs parents [1–2] : le concept de probabilité est d'autant plus difficile à interpréter correctement que toutes les femmes ne sont pas forcément informées en détail des conséquences et implications du test, limitant ainsi leur autonomie de décision [1–3]. Cette difficulté à saisir la signification du risque, son manque de certitudes et sa conséquence éventuelle — la pratique d'une amniocentèse — sont reconnus comme susceptibles de générer un surcroît d'anxiété au moment du dépistage de la trisomie 21 [4].

Les répercussions psychologiques de la médecine prédictive prénatale ont été investiguées principalement chez des couples ou des femmes avec une grossesse spontanée [5–6]. Peu d'études se sont intéressées à l'impact des tests prénataux après un parcours d'infertilité [7], alors qu'on trouve des travaux plus généraux sur les « traces » que pourrait laisser l'infertilité sur le déroulement d'une grossesse et sur la parentalité [8–10]. D'un point de vue médical, on sait que les grossesses après assistance médicale à la procréation (AMP) sont associées à un pourcentage plus élevé de complications que les grossesses spontanées, avec un taux légèrement plus élevé de fausses couches, de grossesses extra-utérines, d'accouchements prématurés, de césariennes et un poids de naissance plus faible des nouveau-nés [11]. Difficiles à obtenir et mobilisant beaucoup d'énergie de la part des futurs parents et des équipes médicales, ces grossesses sont ainsi souvent considérées comme « précieuses » et suivies de plus près par les médecins [12]. Sur le plan émotionnel et psychologique, certains résultats ont mis en évidence des difficultés d'ajustement après une procédure d'AMP, notamment une anxiété plus élevée, comme la crainte de perdre le bébé ou que celui-ci ne se développe pas normalement [13–14]. Le parcours de ces femmes a généralement entraîné

un stress important, de par la répétition des consultations et des gestes techniques auxquels elles ont été soumises [15] : l'anxiété et les doutes ressentis jusqu'alors peuvent rendre plus difficile leur capacité à se projeter dans une situation de réussite, avec pour résultat une peur de perdre le fœtus qui pourra se prolonger au-delà des trois premiers mois [16].

Le moment des tests prénataux pourrait mettre en lumière chez ces femmes certaines répercussions dues à leurs parcours d'infertilité, de par le supplément de stress qu'il peut causer. Des études se sont ainsi intéressées aux décisions des femmes au moment des tests prénataux : elles ont rapporté des résultats contrastés, par exemple ne mettant pas en évidence de différences concernant le recours à l'amniocentèse entre femmes AMP et femmes avec conception spontanée [17], ou au contraire montrant que les femmes après AMP seraient plus réticentes à utiliser les tests de dépistage et de diagnostic prénataux [18]. Selon ces derniers auteurs, cette réticence dépendrait de deux facteurs principaux, d'une part de l'état de leurs connaissances et de l'acceptation des méthodes diagnostiques disponibles, mais également d'un niveau d'anxiété estimé significativement plus important chez les femmes après un parcours d'infertilité : on trouverait chez elles une plus grande crainte du risque de fausse couche lié à l'amniocentèse, ainsi qu'une plus grande appréhension à imaginer la possibilité d'une malformation chez leur bébé, avec l'éventualité de devoir prendre la décision de continuer ou d'interrompre leur grossesse. Plus récemment, une étude a conclu à de plus hauts degrés d'anxiété générale associés aux grossesses après infertilité, en particulier durant le premier trimestre [19]. L'infertilité est donc un événement marquant dont des effets, somatiques ou psychologiques, peuvent être observés au cours de la grossesse.

Objectifs de l'étude

Notre étude s'intéresse au vécu des tests prénataux, en particulier le test de dépistage de la trisomie 21 et l'échographie morphologique du deuxième trimestre, de femmes ayant eu recours à un traitement de fécondation in vitro (FIV) avec ou sans technique d'injection intracytoplasmique (ICSI). Les plus hauts niveaux d'anxiété généralement associés à ces grossesses, joints à la difficulté d'appréhender les implications des tests et des résultats, nous laissent anticiper un vécu émotionnel plus difficile lors des tests prénataux chez des femmes ayant eu un parcours d'infertilité. Les objectifs sont donc les suivants :

- vérifier leur compréhension des explications médicales en lien avec le test de dépistage de la trisomie 21 et l'échographie morphologique ;
- qualifier leur vécu émotionnel directement lié à ces tests.

Les données obtenues seront comparées à celles de femmes ayant conçu de manière spontanée.

Méthode

Procédure

L'équipe médicale affiliée à l'étude a distribué (une fois la viabilité de la grossesse confirmée) un feuillet informatif aux femmes venant consulter, entre les 11^e–14^e semaines d'aménorrhée. Lors d'un contact téléphonique, une psychologue chercheuse leur a exposé les détails de l'étude. Lorsque les femmes acceptaient de participer, elles recevaient plusieurs documents à domicile : un formulaire de consentement éclairé à retourner signé, un bref questionnaire sur leur situation actuelle (âge, formation, durée de la vie commune avec leur conjoint, durée du projet d'enfant), un premier feuillet de questionnaires à remplir avant le dépistage de la trisomie 21 (T1, entre 11–14 semaines d'aménorrhée) et un deuxième à remplir après le résultat (T2). Un dernier feuillet leur était envoyé plus tard, à remplir après l'échographie morphologique (T3, entre 20–22 semaines d'aménorrhée).

Population

L'échantillon est composé de 109 femmes, dont 55 ont bénéficié d'une procédure d'aide médicale à la procréation (FIV avec ou sans ICSI), et 54 ont conçu de manière spontanée. Les femmes du groupe AMP ont été recrutées dans une unité hospitalière spécialisée en médecine de la reproduction et dans un centre de procréation médicalement assistée. Les femmes avec grossesse spontanée ont été recrutées à la maternité ainsi que dans deux cabinets privés. Le tableau 1 décrit les caractéristiques sociodémographiques des femmes au moment du recrutement.

Les données indiquent que les femmes du groupe AMP sont en moyenne plus âgées que les femmes du groupe Grossesse spontanée, désirent un enfant depuis plus longtemps et ont vécu en couple plus longtemps que les femmes du groupe avec conception spontanée. Elles bénéficient moins souvent d'une formation supérieure.

Instruments

Les participantes ont répondu au « Questionnaire d'évaluation lié aux tests prénataux » (Annexe A) qui comporte au total 13 questions et mesure deux dimensions :

- *la compréhension des explications médicales sur les tests prénataux*, qui permet de tester les connaissances en relation avec les explications médicales, notamment le caractère obligatoire ou non des tests, la notion de risque statistique, ou encore le risque de fausse couche lié à l'amniocentèse (questions 1–12). Toutes les questions sont de type « fermées » excepté la question 4 qui est de type « ouverte » ;

| Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques | | | | |
|---|----------------------------|--|--------------------------|----------|
| Variable | Groupe PMA (n = 54) | Groupe Grossesse spontanée (n = 55) | t/Chi² | p |
| Âge (M ± ET) | 34,68 ± 3,95 | 30,39 ± 4,37 | 5,366 | 0,000 |
| Années de désir d'enfant | | | | |
| de 0 à 2 ans | 24,5 % | 98,0 % | | |
| de 3 à 5 ans | 52,9 % | 2,0 % | 86,796 | 0,000 |
| de 6 à 9 ans | 22,6 % | 0,0 % | | |
| Durée de vie commune | | | | |
| de 0 à 5 ans | 43,4 % | 83,3 % | | |
| de 6 à 9 ans | 39,7 % | 15,1 % | 64,547 | 0,045 |
| de 10 à 13 ans | 17,0 % | 1,9 % | | |
| Formation professionnelle | | | | |
| Université/école supérieure | 66,7 % | 83,7 % | | |
| Bac/maturité | 16,7 % | 10,9 % | 64,55 | 0,045 |
| Apprentissage/école obligatoire | 16,6 % | 5,4 % | | |
| Profession | | | | |
| Cadre supérieure/scientifique | 37,1 % | 46,3 % | | |
| Intermédiaire/administration | 55,5 % | 48,2 % | 10,451 | ns |
| Services/vente | 7,4 % | 1,8 % | | |
| Non qualifiée | 0,0 % | 3,7 % | | |

- *les aspects émotionnels des tests prénataux*, qui évaluent le vécu émotionnel en lien avec les tests, par exemple si les femmes les trouvent angoissants ou non, une bonne ou une mauvaise chose, plaisants ou déplaisants (question 13, sous forme de quatre items formulés en échelles de Likert allant de 1 à 7).

Notre « Questionnaire d'évaluation lié aux tests prénataux » reprend deux sous-échelles du questionnaire élaboré par Marteau et al. [20] : sous-échelle « Connaissances » (questions 6 à 9 de notre questionnaire) et sous-échelle « Attitudes » (question 13 de notre questionnaire). Le questionnaire de Marteau et al. présente une cohérence interne satisfaisante, pour l'échelle « Connaissances » (Alpha de Cronbach : 0.82) et pour l'échelle « Attitudes » (Alpha de Cronbach : 0.83).

Les questions 1 à 12 ont été adaptées selon les temps de mesure (T1, T2 ou T3), tandis que la question 13 était reprise telle quelle à chaque temps de recherche.

Analyses

Deux types d'analyse ont été réalisés : une analyse thématique de contenu pour la question ouverte (question 4) et des statistiques descriptives sur les questions fermées. L'analyse de contenu a été effectuée pour dégager les thèmes principaux identifiés dans les réponses subjectives [21] et les hiérarchiser selon leur fréquence d'apparition. Les analyses statistiques descriptives (Logiciel SPSS 23.0 pour Windows)

ont permis de comparer les deux groupes sur les variables étudiées (*t*-test et Chi²).

Résultats

Objectif 1. Compréhension des explications médicales sur les tests prénataux

Explications et durée. Les résultats (Tableau 2) montrent que la majorité des femmes des deux groupes (entre 72 et 96 %) considèrent avoir bénéficié d'explications de la part du médecin aux trois temps, les pourcentages les plus élevés se situant juste après le test de dépistage de la trisomie 21 (T2). Les femmes estiment la durée des explications de cinq à huit minutes en moyenne.

Nos données indiquent une différence significative entre les deux groupes concernant le mode de transmission des résultats (question 10). En effet, les femmes AMP rapportent plus souvent avoir eu un contact personnalisé, soit un téléphone de la secrétaire (42 %) soit un contact personnel avec leur médecin (53,2 %), alors que seulement 4,3 % d'entre elles disent avoir reçu un courrier. En revanche, la moitié des femmes avec grossesse spontanée (49 %) disent avoir reçu l'information par courrier.

Compréhension des explications. Les femmes AMP ont évalué leur degré de compréhension comme relativement bon (plus de 72 %), avec une augmentation entre T1 et T3. Toutefois, les données montrent que plus de la moitié d'entre elles croyaient que le test du premier trimestre était

| Tableau 2 Compréhension des explications médicales sur les tests | | | |
|---|-----------------------------------|--|----------|
| | Groupe PMA (n = 54) | Groupe Grossesse spontanée (n = 55) | p |
| 1. Votre médecin vous a-t-il parlé de l'intérêt du dépistage du 1 ^{er} trimestre ? (réponse oui) | | | |
| T1 | 72,2 % | 87 % | ns |
| T2 | 96 % | 96,1 % | ns |
| T3 | 84,8 % | 85,4 % | ns |
| 2. Durée des explications ? (en minutes, M ± ET) | | | |
| T1 | 5,57 ± 5,15 | 5,19 ± 4,45 | ns |
| T2 | 8,33 ± 7,68 | 7,42 ± 5,60 | ns |
| T3 | 7,70 ± 7,18 | 5,55 ± 4,28 | ns |
| 10. Comment le résultat a-t-il été communiqué ? | | | |
| Tél. secrétaire | 42,5 % | 26,5 % | 0,000 |
| Tél. médecin | 25,5 % | 2,0 % | |
| RV rapide | 27,7 % | 22,5 % | |
| Courrier | 4,3 % | 49,0 % | |
| 3. Avez-vous compris les explications (bien, partiel, non) | | | |
| T1 | Bien : 72,5 % Partiel : 27,5 % | Bien : 65,3 % Partiel : 34,7 % | ns |
| T2 | Bien : 87,2 % Partiel : 12,8 % | Bien : 74,0 % Partiel : 24,0 % Non : 2,0 % | ns |
| T3 | Bien : 86,7 % Partiel : 13,3 % | Bien : 87,8 % Partiel : 12,2 % | ns |
| 5. Dépistage du premier trimestre obligatoire ? (réponse oui) | | | |
| | 56,8 % | 43,1 % | ns |
| 6. Quel stress si risque de trisomie 21 = 1/50 ? | | | |
| Nul à modéré | 9,3 % | 15,7 % | ns |
| Moyen | 16,7 % | 17,6 % | |
| Élevé à intense | 74,0 % | 66,7 % | |
| 7. Quel stress si chances de bébé en bonne santé = 98 % | | | |
| Nul à modéré | 77,7 | 76,9 | ns |
| Moyen | 13,0 % | 9,6 % | |
| Élevé à intense | 9,3 % | 13,4 % | |
| 8. Efficacité estimée du dépistage | | | |
| 20 % | 4,2 % | 4,1 % | ns |
| 40 % | 6,3 % | 4,1 % | |
| 70 % | 37,5 % | 36,7 % | |
| 90 % | 52,1 % | 55,1 % | |
| 9. Risque estimé de fausse couche lié à l'amniocentèse | | | |
| 1 % | 61,5 % | 53,3 % | ns |
| 2 % | 10,3 % | 15,6 % | |
| 5 % | 17,9 % | 26,7 % | |
| 10 % | 10,3 % | 4,4 % | |
| 11. Échographie morphologique obligatoire ? (réponses oui) | | | |
| | 60,5 % | 63,8 % | ns |
| 12. Échographie morphologique fortement recommandée dès 35 ans ? (réponses oui) | | | |
| | 65,9 % | 67,4 % | ns |

obligatoire, et que plus de 60 % pensaient que l'échographie morphologique était, sinon un test obligatoire, du moins fortement recommandé par l'équipe médicale à partir de 35 ans (questions 11 et 12) (Tableau 2).

Les questions techniques sur les tests (questions 8 et 9) montrent que seule la moitié des femmes AMP (52,1 %) savaient que le test permettant de détecter la trisomie 21 était efficace dans 90 % des cas, et que 38 % d'entre elles ont surestimé le risque de fausse couche lié à l'amniocentèse. Les résultats ont également montré que 74 % des femmes AMP ressentiraient un stress élevé à intense si le risque de trisomie 21 leur était présenté comme de 1 sur 50 (question 6), alors que 77,7 % d'entre elles ont déclaré un stress nul à modéré si on le leur présentait, au contraire, comme une chance de 98 % que leur bébé soit en bonne santé (question 7). On trouve des résultats similaires dans le groupe de femmes avec grossesse spontanée, sans différences significatives.

Enfin, la question ouverte (question 4) sur la compréhension des explications a mis en évidence une similarité des commentaires des femmes des deux groupes. Ces commentaires sont de trois types :

- commentaires de type réassurance, orientés vers le résultat personnel et le risque faible de trisomie, sans mention de détails techniques (ex. : *Il y avait beaucoup de valeurs sanguines mais j'ai bien compris que le risque de trisomie 21 était faible et que tout allait bien avec le bébé*) ;

- commentaires de type factuel, axés sur les calculs effectués et leur utilité (ex. : *Le médecin m'a bien expliqué la « théorie » par rapport à mon âge, puis m'a expliqué le test sanguin et la clarté nucale. L'examen permet d'évaluer le risque d'anomalie chromosomique. Si le risque est élevé, un examen (amniocentèse) ultérieur est proposé pour avoir un résultat définitif*) ;
- commentaires de type anxieux, orientés vers le résultat personnel concernant un risque de malformation (ex. : *Ma prise de sang montre un risque de trisomie 18. Il m'a dit que le risque est de 1/50. Il m'a proposé différentes voies à suivre et nous avons choisi l'amniocentèse. Il m'a dit de rester positive jusque-là*).

Plus de la moitié des commentaires des femmes AMP et avec grossesse spontanée sont de type réassurance (catégorie 1, 56 %), un tiers de type factuel (catégorie 2, 31 %) et le reste de type anxieux (catégorie 3, 13 %).

Objectif 2. Aspects émotionnels des tests prénataux

Les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les femmes AMP et celles avec grossesse spontanée aux trois temps de l'étude (Tableau 3).

On constate que la majorité des femmes AMP évaluent les tests comme importants (86 %) et comme une très bonne chose (80 %) aux trois temps de l'étude. En revanche, on observe que seule la moitié d'entre elles trouvaient le test

| | T1 | | T2 | | T3 | |
|--|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|
| | PMA | Grossesse Spontanée | PMA | Grossesse Spontanée | PMA | Grossesse Spontanée |
| Sans intérêt vs important | | | | | | |
| 1-2 | 0,0 % | 0,0 % | 2,9 % | 0,0 % | 2,3 % | 2,1 % |
| 3-5 | 21,1 % | 9,5 % | 11,5 % | 10,0 % | 4,5 % | 10,6 % |
| 6-7 | 78,9 % | 90,5 % | 85,7 % | 90,0 % | 93,2 % | 87,3 % |
| Une mauvaise chose vs très bonne chose | | | | | | |
| 1-2 | 4,0 % | 1,9 % | 5,6 % | 0,0 % | 4,3 % | 0,0 % |
| 3-5 | 19,6 % | 11,6 % | 16,6 % | 16,0 % | 11,0 % | 10,7 % |
| 6-7 | 76,4 % | 86,5 % | 77,8 % | 84,0 % | 84,7 % | 98,4 % |
| Angoissant vs bénéfique | | | | | | |
| 1-2 | 13,3 % | 9,5 % | 17,1 % | 14,0 % | 4,4 % | 2,1 % |
| 3-5 | 32,0 % | 37,7 % | 28,6 % | 30,0 % | 17,9 % | 10,6 % |
| 6-7 | 54,7 % | 52,8 % | 54,3 % | 56,0 % | 77,7 % | 87,3 % |
| Déplaisant vs plaisant | | | | | | |
| 1-2 | 17,7 % | 15,4 % | 17,2 % | 12,0 % | 8,9 % | 0,0 % |
| 3-5 | 66,7 % | 51,9 % | 62,8 % | 54,0 % | 24,5 % | 25,5 % |
| 6-7 | 15,6 % | 32,7 % | 20,0 % | 34,0 % | 66,6 % | 74,4 % |
| Le pourcentage de réponses est indiqué en fonction des scores obtenus (1-2 = peu plaisant ; 3-5 = moyennement plaisant ; 6-7 = fortement plaisant) | | | | | | |

du premier trimestre bénéfique, et que l'aspect angoissant de ce dépistage restait présent. Même atténués, ces sentiments négatifs persistaient au moment de l'échographie morphologique. Les données montrent également des sentiments très partagés entre les aspects plaisant ou déplaisant du test du premier trimestre (66,7 et 62,8 %), sentiments qui persistent chez un quart d'entre elles lors de l'échographie morphologique. On note que ce dernier examen a été vécu comme déplaisant uniquement chez les femmes du groupe AMP (8,9 %).

Discussion

Cette étude visait à documenter le vécu des tests prénataux de femmes ayant suivi une procédure d'aide médicale à la procréation, dans l'hypothèse que leur parcours d'infertilité, ajouté aux difficultés d'appréhender les implications des tests et des résultats, pourrait entraîner un vécu émotionnel plus difficile chez elles.

Premièrement, concernant les informations médicales liées aux tests, nos résultats ont montré que les participantes des deux groupes estimaient les avoir bien comprises. On a cependant observé d'importantes lacunes dans la compréhension liée aux tests et à leurs résultats, de manière similaire dans les deux groupes, résultats concordant avec la littérature [3,22]. Ainsi, plus de la moitié des femmes du groupe AMP et un pourcentage également élevé de femmes avec grossesse spontanée ont considéré le test du premier trimestre comme obligatoire. Les femmes des deux groupes ont sous-estimé l'efficacité du test du premier trimestre et surestimé le risque lié à l'amniocentèse, ce que l'on pourrait interpréter comme des signes d'une anxiété présente chez elles en particulier juste avant le test du premier trimestre, anxiété qui diminue généralement dans les semaines suivant cet examen. Brisch et al. [1] émettent l'hypothèse que l'information médicale présentée sous forme de probabilité statistique ainsi que la notion de faux-positif ou de faux-négatif paraissent indéterminées et donc difficiles à appréhender, aussi bien sur le plan cognitif qu'émotionnellement. Dans ce sens, les deux questions « tests » présentées de manière inversée (questions 6 et 7) ont été révélatrices de la difficulté pour toutes les participantes d'appréhender un résultat statistique de façon objective, entraînant une confusion [22] qui a pu contribuer pour une part à l'anxiété ressentie par de nombreuses femmes lors du dépistage.

Les femmes AMP ont décrit une plus grande implication personnelle de l'équipe médicale au moment de les informer du résultat du test du premier trimestre (T2), ce qui rejoint d'autres observations indiquant que les gynécologues-obstétriciens proposent davantage de consultations ou d'interventions lors du suivi de ces grossesses dites « pré-

cieuses » [23]. Cependant, nous constatons que, malgré leur suivi gynécologique plus rapproché, la compréhension des informations médicales chez les femmes AMP se différencie peu de celle des autres participantes, bien qu'elles semblent avoir bénéficié de plus d'attention de la part de leur médecin. De plus, dans les réponses à la question ouverte sur les explications médicales, on observe que les femmes des deux groupes ont retenu surtout les éléments rassurants en relation avec la bonne santé de leur futur enfant plutôt que des informations médicales, ce qui peut être un signe de leur anxiété et de leur besoin d'être rassurées. On peut en inférer que compréhension et émotion sont intimement liées au moment des explications sur les tests prénataux et de la transmission de leurs résultats, et nous faisons l'hypothèse que les femmes AMP ont besoin de plus de suivi et d'explications pour être rassurées au même niveau que les autres participantes.

Cela nous invite à nous interroger sur la façon de présenter les résultats des tests : en effet, toute transmission d'informations devrait inclure une prise en compte de leurs effets potentiels sur l'état émotionnel des femmes enceintes. Dans le cas des grossesses par AMP, un certain nombre d'expériences négatives ont été associées à l'infertilité (anxiété, dépression, fragilisation du couple, etc.) ; il s'agit de prendre en compte leurs éventuelles conséquences sur le vécu de la grossesse, la perception de soi comme future mère, la relation de couple, mais également d'apprendre à reconnaître et à encourager les ressources personnelles de ces femmes via une écoute et un accompagnement prénatal personnalisé, lorsque cela s'avère nécessaire. Des auteurs vont dans ce sens [4,24] et proposent des stratégies pour améliorer l'information aux femmes enceintes, comme accorder plus de temps aux explications, utiliser un langage adapté, utiliser des brochures explicatives ainsi que former des équipes médicales à l'information des patientes. L'utilisation de questionnaires évaluant leurs connaissances préalables pourrait faciliter le travail d'équipes pluridisciplinaires (sages-femmes, obstétriciens, généticiens, pédiatres et psychologues) dans les maternités.

Finalement, concernant le vécu émotionnel des tests, les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes : ainsi, plus de la moitié des participantes considèrent les tests comme déplaisants avant et juste après le test de dépistage de la trisomie 21, et un tiers d'entre elles sont partagées entre leur côté angoissant ou bénéfique. Ces observations proviennent-elles de la difficulté d'appréhension du risque statistique ou plutôt de la connotation possiblement négative liée à la trisomie 21 ? De fait, l'intrusion de la notion du risque et de l'incertitude est possiblement un facteur déstabilisant ayant pu entraîner des émotions négatives et un stress supplémentaire chez toutes les femmes enceintes. Ce résultat ne confirme pas notre hypothèse selon laquelle les femmes AMP

éprouveraient significativement plus de difficultés émotionnelles que les autres femmes en lien direct avec les tests. Peut-être le suivi plus personnalisé de leur grossesse a-t-il influé sur leur ressenti au moment des tests, dans le sens d'une réduction de l'anxiété que ces derniers peuvent susciter ? Par ailleurs, des auteurs ont constaté que certaines femmes AMP minimisaient les difficultés liées à leur grossesse par rapport aux traitements qu'elles ont subis et à la longue attente d'un enfant [16]. D'autres [13] ont émis l'hypothèse que l'effort consenti pour obtenir une grossesse viable pouvait modifier les valeurs de ces femmes dans le sens d'une plus grande acceptation et changer leur attitude envers le fait d'accueillir un enfant éventuellement porteur d'un handicap. Dès lors, pourquoi accepteraient-elles malgré tout de subir ces tests prénataux ? Cela pourrait s'expliquer par un besoin de réassurance ou également par la croyance constatée chez plus de la moitié d'entre elles, que ces tests sont fortement recommandés par l'équipe médicale, voire obligatoires.

L'examen du deuxième trimestre a en revanche suscité moins de réactions négatives, et ce résultat rejoint les observations de Brisch et al. [1], qui décrivent comment le potentiel angoissant des tests prénataux diminue peu à peu, l'échographie du deuxième trimestre pouvant alors être vécue avec une plus grande sérénité. Malgré tout, cet examen morphologique a encore été jugé déplaisant par près de 10 % des femmes AMP qui l'ont mal vécu. Selon certains auteurs, la persistance de sentiments négatifs chez les femmes AMP au cours du deuxième trimestre pourrait être interprétée comme une plus grande vulnérabilité psychologique découlant de leur expérience d'infertilité [13]. D'autres auteurs relèvent une tendance des femmes AMP à focaliser leur attention sur des éléments anxiogènes en lien avec la survie de leur enfant, comme par exemple l'absence de mouvements fœtaux [25]. Certaines hypothèses [26] suggèrent une relation entre l'anxiété liée à la grossesse d'une part et la perception de soi et la confiance en l'autre d'autre part, ces deux derniers axes déterminant divers systèmes d'attachement. Ces styles d'attachement [27] pourraient influencer sur les manières de réagir lors d'une grossesse. Ainsi, l'expérience des tests prénataux, avec ses préoccupations possiblement stressantes comme la viabilité du fœtus, sa bonne santé, serait vécue comme davantage négative par certaines femmes, par exemple avec un style d'attachement insécure ou évitant [28]. Une détection précoce de ces situations permettrait un suivi particulier et mieux adapté à ces grossesses.

Notre questionnaire n'ayant pas permis de comprendre l'origine de ces sentiments négatifs, il convient d'investiguer plus avant s'ils peuvent être reliés aux conditions dans lesquelles s'est déroulé cet examen, à l'anxiété liée au résultat, à la relation à leur médecin ou encore au parcours de vie de ces femmes et à ses spécificités.

Conclusion

Cette étude a permis d'observer que la compréhension des informations médicales et le vécu émotionnel lors des tests n'étaient pas fortement différents chez les femmes après AMP et chez les femmes ayant conçu spontanément. Toutefois, nous relevons les lacunes importantes chez les femmes AMP en termes de connaissances du fonctionnement et des implications des tests, en dépit du suivi plus rapproché dont elles ont bénéficié. Ensuite, leur vécu émotionnel au moment des tests apparaît similaire à celui des femmes ayant conçu spontanément, avec toutefois une persistance de sentiments négatifs se prolongeant chez elles jusqu'au moment de l'échographie morphologique. Enfin, dans un contexte de plus grande fragilisation des femmes AMP dû à leur parcours d'infertilité, un dépistage et une prise en charge relationnelle améliorée pourraient permettre d'identifier certaines femmes plus à risque et d'améliorer leur bien-être.

Limites de l'étude

Les aspects relationnels entre les femmes enceintes et leurs conjoints n'ont pas été intégrés dans nos données. L'analyse de cette relation pourrait potentiellement modifier l'interprétation liée aux sentiments d'anxiété ressentis. Enfin, la qualité de la relation au médecin aurait pu être évaluée, au vu de son impact potentiel sur l'anxiété ressentie par les femmes au moment des tests prénataux.

Remerciements Nous remercions chaleureusement pour leur participation au recrutement des participantes de l'étude : les équipes médicales de l'Unité de médecine reproductive du Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV, Suisse), du CPMA (Centre de procréation médicalement assistée) de Lausanne et de la Polyclinique de la maternité du CHUV. Nous remercions également les cabinets des Drs Sara Megalo et Nathalie Rochat Consentis à Lausanne

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Annexe A. Questionnaire d'évaluation lié aux tests prénataux

Étape 1 : Compréhension des explications du médecin

- (T1,2) Votre médecin vous a-t-il parlé de l'intérêt du dépistage du 1^{er} trimestre (dépistage trisomie 21)/(T3) de l'échographie morphologique ? Oui Non
- (T1,2,3) Quelle a été la durée des explications ? ... minutes

3. (T1,2,3) Avez-vous compris ses explications ? Bien Partiellement Non
4. (T2) Expliquez brièvement ce que vous avez compris/retenu des explications.
5. (T1) Le dépistage du 1^{er} trimestre est obligatoire. Vrai Faux
6. (T1) Si mon médecin m'annonçait 1 risque sur 50 que mon bébé soit trisomique, cela provoquerait chez moi un stress : nul - modéré - moyen - élevé - intense
7. (T1) Si mon médecin m'annonçait 98 % de chances d'avoir un bébé en bonne santé, cela provoquerait chez moi un stress : nul - modéré - moyen - élevé - intense
8. (T1) Le dépistage du 1^{er} trimestre permet le dépistage de la trisomie 21 dans : 20 % 40 % 70 % 90 % des cas
9. (T2) Le risque de fausse couche lié à l'amniocentèse est de : 1 % 2 % 5 % 10 %
10. (T2) De quelle manière le résultat vous a-t-il été communiqué ?
Tél. secrétaire Tél. médecin Rendez-vous rapide Courrier
11. (T3) L'échographie morphologique du deuxième trimestre est obligatoire (T3).
Vrai Faux
12. (T3) L'échographie morphologique du deuxième trimestre est très fortement recommandée à partir de 35 ans. Vrai Faux

Étape 2 : Aspects émotionnels des tests prénataux

13. (T1,2,3) Pour les propositions suivantes, entourez le chiffre adéquat de 1 à 7. Pour moi, un dépistage de la trisomie 21 au moment de l'échographie du 1^{er} trimestre est :
1. Sans intérêt 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Important
 2. Une mauvaise chose 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Une très bonne chose
 3. Angoissant 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Bénéfique
 4. Déplaisant 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Plaisant

Références

1. Brisch KH, Munz D, Bemmerer-Mayer K, et al (2002) Ultrasound scanning for diagnosis of fetal abnormality and maternal anxieties in a longitudinal perspective. *J Reprod Infant Psychol* 20:223–35
2. Vassy C (2011) De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France. *Sci Soc Sante* 29:5–32
3. Favre R, Moutel G, Duchange N, et al (2008) What about informed consent in first-trimester ultrasound screening for down syndrome? *Fetal Diagn Ther* 23:173–84
4. Hertling-Schaal E, Perrotin F, de Poncheville L, et al (2001) Anxiété maternelle induite par les techniques de diagnostic prénatal : reconnaissance et prise en charge. *Gynecol Obstet Fertil* 29:440–6
5. Larsen T, Nguyen TH, Munk M, et al (2000) Ultrasound screening in the 2nd trimester. The pregnant woman's background knowledge, expectations, experiences and acceptances. *Ultrasound Obstet Gynecol* 15:383–6
6. Leithner K, Maar A, Fischer-Kern M, et al (2004) Affective state of women following a prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 23:240–6
7. Udry-Jørgensen L, Darwiche J, Germond M, et al (2015) Anxiety, depression, and attachment before and after the first-trimester screening for Down syndrome: comparing couples who undergo ART with those who conceive spontaneously. *Prenatal Diagnosis* 35:1287–93
8. Harris BG, Sandelowski M, Holditch-Davis D (1991) Infertility and new interpretations of pregnancy loss. *Am J Mat Child Nurs* 16:217–20
9. Hahn CS, Di Pietro JA (2001) In-vitro fertilization and the family: quality of parenting, family functioning and child psychosocial adjustment. *Dev Psychol* 37:37–48
10. McMahan CA, Ungerer J, Tennant C, Saunders D (1997) Psychosocial adjustment and the quality of the mother-child relationship at four months postpartum after conception by in vitro fertilization. *Fertil Steril* 68:492–500
11. Hédon B, Torre A, Rayssiguier R, Deutsch-Bringer S (2016) Les grossesses après assistance médicale à la procréation. In: Frydman R (ed) *Infertilité*. Masson, Paris, pp 225–30
12. Lazaratou H, Golse B (2006) Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *Psychiatr Enfance* 2:573–99
13. Hjelmsstedt A, Widström AM, Wramsby H, et al (2003) Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82:152–61
14. Gameiro S, Moura-Ramos M, Canavarro MC, Soares I (2010) Psychosocial adjustment during the transition to parenthood of Portuguese couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Res Nurs Health* 33:207–20
15. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J (2010) The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn* 32:140–62
16. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H (2006) Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez 12 femmes ayant bénéficié d'une FIV. *Gynecol Obstet Fertil* 34:625–31
17. Elimian A, Lawlor P, Figueroa R, et al (2003) Intrapartum assessment of fetal well-being: any role for a fetal admission test? *J Matern Fetal Neonatal Med* 13:408–13
18. Abu-Musa AA, Nassar AH, Usta IM (2008) Attitude of women with IVF and spontaneous pregnancies towards prenatal screening. *Hum Reprod* 23:2438–43
19. Darwiche J, Lawrence C, Vial Y (2014) Anxiety and psychological stress before prenatal screening in first-time mothers who conceived through IVF/ICSI or spontaneously. *Women Health* 54:474–85
20. Marteau TM, Dormandy E, Michie S (2001) A measure of informed choice. *Health Expectations* 4:99–108
21. Paillé P, Mucchielli A (2012) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, Paris
22. de Montlaur DDV, Desseauve D, Marechaud M, Pierre F (2016) Évaluation des connaissances des patientes concernant le dépistage de la trisomie 21 lors de l'échographie du premier trimestre : résultats d'un sondage prospectif sur un échantillon de 201 femmes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 45:62–70
23. Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS (2004) Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 103:551–63
24. Haute Autorité de santé (HAS) (2005) Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. *Gynecol Obstet Fertil* 33:926–48

25. Dornelles LMN, MacCallum F, de Cassia Sobreira Lopes R (2014) 'Living each week as unique': Maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery* 30:115–20
26. Reeves N, Wendland J (2017) Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 65:211–8
27. Bowlby J (2008) *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. Basic books, New York
28. Monk C, Leight KL, Fang Y (2008) The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health* 11:117–29