



LIÈGE université
Psychologie, Logopédie
& Sciences de l'Éducation

**Quelle-est l'influence de la procréation
médicalement assistée sur
le sentiment de compétence parentale
dans une approche intégrative
des niveaux de dépression et d'anxiété ?**

Sous la direction de **Mme Adelaïde BLAVIER**

Lectrices : **Mme Monica BOURLET**

Mme Marie FAFCHAMPS

Mémoire présenté par

Julie BEDNAR

En vue de l'obtention du grade de
Master en sciences psychologiques

Année académique 2019-2020

« J'ai rêvé qu'un bébé voletant au-dessus du lit m'interpellait :
Comment pourrais-tu me désirer puisque tu ne me connais pas encore ? »

(François Bégaudeau, 2012)

À tous ces hommes et femmes qui ont désiré,
désirent et désireront devenir parents...

À tous ces enfants qui ont fait naître ce désir,
avant même leur propre naissance...

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier toutes les personnes qui ont participé et partagé cette recherche.

Je remercie ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier, de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur un sujet qui me tient tant à cœur, ainsi que ma superviseuse, Madame Audrey Baiverlin pour ces précieux conseils.

Merci également aux lectrices, Mesdames Monica Bourlet et Marie Fafchamps de leur intérêt porté à ce mémoire.

Merci aussi au centre CPMA de Liège, pour le stage merveilleux que j'ai pu y faire et en particulier à Madame Sylvie Roberti, psychologue.

Je souhaite remercier Coraline Lethimmonier, statisticienne aux compétences pédagogiques hors pairs pour son aide précieuse lors des analyses statistiques mais également Lindsey Derclaye pour ses corrections de la langue française.

Un merci particulier à Jessy Keutiens de m'avoir donné l'envie de reprendre ce master et permis d'appréhender la psychologie avec autant de passion.

Merci à une personne particulière qui se reconnaîtra pour ces deux années à me soutenir, à ne jamais m'avoir laissé abandonner et d'avoir enduré mes moments de faiblesses, de doutes et de peurs.

Merci à ma maman de n'avoir jamais douté de moi.

Merci à mon papa, c'est très émouvant que j'écrive ces mots, car je sais que c'était ton rêve, j'espère que de là-haut tu es fier de moi.

Et évidemment pour finir, merci à mes enfants, chaque jour vous m'avez poussé à me dépasser au-delà de mes limites physiques et émotionnelles, réconfortée par vos petits bras autour de mon cou. Ce mémoire est pour vous.

Table des matières

Remerciement	
Introduction	1
I . REVUE DE LITTÉRATURE	3
Chapitre 1 : La procréation médicalement assistée	3
1.1 L'infertilité	3
1.2 Les différentes technique de PMA	7
1.2.1 Monitoring et stimulation médicamenteuse	7
1.2.2 Insémination artificielle	8
1.2.3 Fécondation in vitro	9
1.3 Impacts physiques	10
1.4 Impacts psychologiques	11
Chapitre 2 : Le sentiment de compétence parentale	12
2.1 Définitions et dimensions	13
2.2 Facteurs	14
2.3 Sentiment de compétence parentale et PMA	16
Chapitre 3 : L'anxiété et la dépression	19
3.1 Définitions	19
3.1.1 La dépression	19
3.1.2 L'anxiété	20
3.1.3 Dépression, anxiété et parentalité	20
3.2 Liens avec la procréation médicalement assistée	21
3.3 Liens avec le sentiment de compétence parentale	23
3.3.1 Sentiment de compétence parentale et dépression	23
3.3.2 Sentiment de compétence parentale et anxiété	24
3.3.3 L'œuf ou la poule	24
II . OBJECTIFS ET HYPOTHESES	25
1. Objectifs	25
2. Hypothèses principales	26
H1 Concernant le recours à la PMA	26
H2 Concernant le don de sperme et les mères homosexuelles	27
3. Hypothèses principales	28
H3 Concernant le mode de conception	28
H4 Concernant le genre (pères et mères)	28
H5 Concernant l'âge de l'enfant	29
H6 et H7 Concernant la dépression et l'anxiété	30
III .METHODOLOGIE	31
1. Le design instrumental	31
2. La population	31
2.1 Recrutement	31

2.2 La passation.....	32
3. Les instruments	33
3.1 Questionnaire sociodémographique	33
3.2 Questionnaire d'autoévaluation de la compétence éducative parentale	33
3.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	35
3.4 Questionnaire semi-structuré.....	37
4. Dimension éthique	37
IV. RESULTATS	38
A .PARTIE QUANTITATIVE	38
1. Introduction	38
2. Statistiques descriptives	38
3. Hypothèses principales	40
H1 Concernant le recours à la PMA	40
H2 Concernant le don de sperme et les mères homosexuelles	42
Conclusions des hypothèses principales.....	45
4. Hypothèses secondaires	46
H3 Concernant le mode de conception	46
H4 Concernant le genre (pères et mères).....	47
H5 Concernant l'âge de l'enfant	49
H6 et H7 Concernant la dépression et l'anxiété	53
Conclusions des hypothèses secondaires	60
B .PARTIE QUALITATIVE	61
1. Introduction	61
2. Présentation des parents	61
3. Matrice	75
4. Analyse transversale	80
Conclusions analyse qualitative	84
V. DISCUSSION	85
1. Introduction	85
2. Discussion	85
2.1 Hypothèses principales	85
2.2 Hypothèses secondaires	88
3. Limites et perspectives	92
VI. CONCLUSION	94
VII. BIBLIOGRAPHIE	97

GLOSSAIRE :

PMA : Procréation médicalement assistée

IAC : Insémination avec sperme du conjoint

IAD : Insémination avec sperme d'un donneur

FIV : Fécondation in vitro

FIV ICSI: Fécondation in vitro avec injection intracytoplasmique du sperme

SCP : Sentiment de compétence parentale

IMG : Interruption médical de grossesse.

INTRODUCTION

10 millions...

C'est le nombre estimé d'enfants conçus par procréation médicalement assistée (Adamson, 2020) depuis la naissance de Louise Brown, le premier bébé « éprouvette », née en 1978.

Selon l'Institut européen de bioéthique, la grande majorité des traitements de PMA est réalisée en Europe et notre pays, la Belgique, se présente même comme pionnier dans ces techniques depuis plus de 40 ans (Brochier, 2017).

Depuis lors, les questionnements et les études sur ces nouvelles formes de conceptions et de parentalités ainsi que sur les impacts psychologiques qui en découlent se multiplient.

Plusieurs études ont notamment étudié la parentalité, mais comme nous le verrons, il s'agit d'un concept complexe englobant plusieurs aspects.

Le sentiment de compétence parentale est une des notions centrales de la parentalité et pourtant, quasiment aucune étude ne s'intéresse à comment ces parents ayant eu recours à de nouvelles techniques de reproduction se sentent dans leur rôle parental.

Ceci est pourtant essentiel puisque les conséquences notables du sentiment de compétence parentale, principalement sur la dépression et sur les compétences parentales réelles, ont été démontrées (de Montigny & Lacharité, 2005). De plus, le sentiment de compétence parentale impacte également les enfants : troubles du comportement internalisés, performances scolaires et même qualité du sommeil chez l'enfant (Ahun *et al.*, 2017 ; Junttila & Vauras, 2014 ; Heerman *et al.*, 2017 ; cités par Albanese, 2019) sont liés au sentiment de compétence des parents.

Au sein d'une société où les questionnements éthiques et les intrications psychologiques animent les débats autour de la PMA, il nous semble important d'étudier ce sujet.

D'autant plus que, juste au-delà de nos frontières, la France n'autorise l'accès à la PMA qu'aux couples hétérosexuels infertiles (loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique), bien qu'un nouveau projet de loi soit attendu pour cette année.

Notre recherche souhaite donc évaluer l'influence de la procréation médicalement assistée sur le sentiment de compétence parentale au sein d'une population composée de mères hétérosexuelles, mais également de pères hétérosexuels, de femmes homosexuelles et de femmes célibataires.

Notre approche se veut multidimensionnelle, intégrant également la sphère anxio-dépressive, puisque ces deux troubles se retrouvent de manière élevée (environ 40%) chez les femmes infertiles (Chen *et al.*, 2004).

Cette étude est réalisée au cœur même de la pandémie mondiale du COVID-19. Nous nous attacherons donc à évaluer les effets de cette situation particulière sur l'objet de notre étude.

Avant de discuter de nos hypothèses et de notre méthodologie, plongeons-nous dans la littérature. Nous présenterons par la suite nos résultats et discuterons des limites et des applications futures.

I. REVUE DE LITTÉRATURE

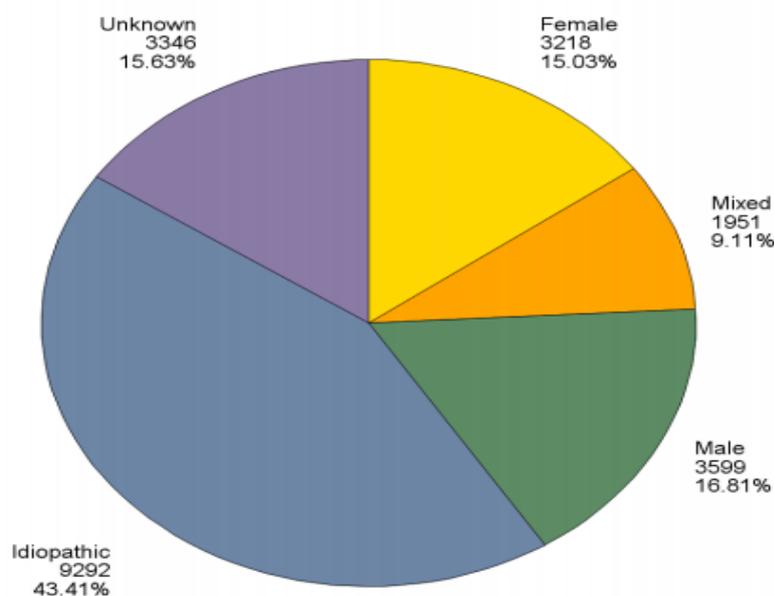
Chapitre 1 : la procréation médicalement assistée

1.1 L'infertilité

Infertilité ne veut pas dire stérilité

- L'infertilité est définie par l'absence de conception après minimum douze mois de rapports sexuels non-protégés (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). En Europe, elle concerne un couple sur six.
- La stérilité est définie par l'incapacité totale et définitive de concevoir. Elle ne peut être diagnostiquée que lorsqu'une cause manifeste et incurable d'infertilité est détectée (Brochier, 2017).

Selon Belrap (2016), **l'origine de l'infertilité** est masculine dans 16.81% des cas, féminine dans 15.03% des cas, mixte (de l'homme et de la femme simultanément) dans 9.11% des cas, idiopathique dans 43.41% des cas et d'origine inconnue dans 15.63 % des cas.



BELRAP. (2016), Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy.

L'infertilité idiopathique est en réalité une stérilité intraconjugale amenant un pouvoir fécondant nul. Ce problème n'est généralement relevé que lors de fécondations *in vitro* qui ne donneront aucun embryon (Moulart, 2015).

Les causes de l'infertilité sont diverses chez l'homme et la femme :

LES CAUSES D'INFERTILITÉ FÉMININE	TRAITEMENTS
Troubles des rapports sexuels	Traitement psycho-sexologique et éventuellement insémination artificielle
Altération de la glaire cervicale	Insémination artificielle
Troubles de l'ovulation	Traitement hormonal rarement fécondation <i>in vitro</i>
Obstacles au niveau des trompes ou Ligature des trompes	Chirurgie et/ou fécondation <i>in vitro</i>
Endométriose	Chirurgie / insémination
Malformation utérine	Chirurgie
Stérilité inexplicée	Insémination artificielle ou fécondation <i>in vitro</i>
Absence d'ovocyte et ménopause précoce	Fécondation <i>in vitro</i> avec don d'ovocytes ou don d'embryons / ou adoption
Maladie héréditaire chez la femme	Diagnostic préimplantatoire (DPI) / don d'ovocytes
Impossibilité pour la femme de porter un enfant	Recours aux mères porteuses
Echec des inséminations intrautérines	Fécondation <i>in vitro</i>
LES CAUSES D'INFERTILITÉ MASCULINE	LES TRAITEMENTS
Troubles des rapports sexuels	Traitement psycho-sexologique, kiné ou insémination artificielle
Obstacles au niveau des canaux	Chirurgie et/ou fécondation <i>in vitro</i>
Altération des données du spermogramme	Insémination artificielle ou fécondation <i>in vitro</i> avec ou sans ICSI selon la gravité
Absence de spermatozoïdes	Micro-injection des spermatozoïdes dans l'ovocyte (ICSI) avec prélèvement chirurgical (testiculaire, ou canaux excréteurs) ou insémination artificielle avec donneur
Maladie héréditaire chez l'homme	Sélection génétique des embryons (DPI), insémination artificielle avec donneur, dons d'embryons
Stérilité inexplicée	Insémination artificielle
Echec des inséminations intrautérines	Fécondation <i>in vitro</i>

« Le jardin des amours où l'on cultive les bébés », Guide du centre de PMA de Rocourt, 2020.

L'influence sociétale

À l'heure actuelle, il semble que le choix de retarder ou différer une grossesse présente une cause majeure de l'infertilité. En effet, les femmes accouchent de plus en plus tard (à 30 ans en moyenne), alors qu'elles sont plus fécondes avant 30 ans (Brochier, 2017).

De plus, entre 1973 et 2011, une baisse drastique de la qualité et de la quantité du sperme (plus de 50% en moins) a été démontrée (Brochier, 2017).

Les différents facteurs de risques de notre société moderne, comme le tabac et l'obésité, augmentent également l'infertilité (Moulart, 2015).

De plus, depuis l'entrée en vigueur de la loi belge relative à la procréation médicalement assistée (PMA) et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (2007), toute personne ayant pris la décision de devenir parent par le biais d'une PMA, qu'elle soit effectuée ou non au départ de ses propres gamètes ou embryons, est considérée comme auteur d'un projet parental et peut donc bénéficier d'un accès à la PMA.

Cette loi permet donc, dans notre pays, d'ouvrir l'accès à la PMA de manière légale aux femmes homosexuelles et aux femmes seules, ce qui est loin d'être le cas dans d'autres pays, comme la France par exemple (Ruddy, 2020).

« Mais tout ça, c'est dans la tête... »

« Depuis quelques années, la question d'une origine psychogène de la stérilité a été délaissée au profit de l'évaluation des conséquences psychologiques » (Bydlowski, 2003).

Pourtant, dans la pratique, les récits de femmes ayant conçu naturellement après une adoption, après avoir abandonné l'idée d'être mère, s'être lancées dans un autre projet ou après une psychothérapie sont nombreux. Toutefois, les études épidémiologiques peinent à s'accorder sur la question (Matthiesen *et al.*, 2011).

Nous nous attarderons à présenter ici les études ayant démontré les effets de la psyché sur le corps et l'infertilité.

L'effet du stress a été démontré à la fois chez la femme et chez l'homme :

- Dans une étude sur 400 femmes, Akhte *et al.* (2016) n'ont pas démontré d'influence d'un stress survenu avant l'ovulation sur la fertilité, mais bien celle d'un stress **pendant** l'ovulation. Dans ce cas, la probabilité de tomber enceinte était 46% inférieure si les participantes s'estimaient stressées durant cette période de leur cycle. En prenant en compte les différents biais et limitations, les auteurs de l'étude estiment que, dans la population générale, la fertilité est au moins diminuée de 16%, ce chiffre pouvant aller jusqu'à 65% ;
- Chez l'homme, « la spermatogenèse peut aussi être modifiée, par exemple, par la fatigue ou les stress psychiques » (Bydlowski *et al.*, 1983). L'Université Columbia de la Santé publique a étudié l'effet du stress sur les spermatozoïdes chez 193 hommes. Ils ont démontré que les hommes stressés ont moins de spermatozoïdes, qu'ils sont moins mobiles et parfois « déformés » (Janevic *et al.*, 2014).

Les cas très nombreux d'infertilité inexplicables peuvent également être étudiés selon une approche analytique. Il pourrait s'agir d'un mécanisme de défense « face à la représentation mentale de la grossesse et/ou de la maternité inconsciemment vécue comme une catastrophe éventuelle » (Bydlowski, 2003).

De plus, chez les femmes souffrant d'infertilité, il semble exister une représentation inconsciente, mais très active face à l'image de leur corps. Cette pulsion inconsciente est celle de pouvoir faire ce qu'elles veulent de leur corps (Maggioni, 1993 ; cité par Bydlowski, 2003). L'image de leur corps est souvent très perturbée, tout comme leur identité sexuelle. Elles semblent rechercher dans leur corps un contrôle extrême (poids, troubles alimentaires, chirurgie...) et une négation des expériences vécues (qu'elles soient agréables ou désagréables). Elles concentrent alors toute leur énergie dans la recherche de causes médicales qui les confortent dans ce besoin de prise de contrôle alors qu'une aide psychologique serait perçue comme bien trop angoissante.

Rappelons également qu'en plus des causes biologiques et psychiques, des dysfonctionnements sexuels au sein du couple peuvent rendre complexe la conception d'un enfant, notamment des problèmes de désir, d'éjaculation, de dyspareunie (douleurs lors de rapports sexuels) ou de vaginisme (contraction des muscles vaginaux provoquant douleurs et dérangement) (Poudat, 2011 ; Reynaert, 2014 ; Lopes & Poudat, 2013 ; cités par Moulart, 2015).

Il semble donc que « L'infertilité devrait toujours être considérée comme une entité psychosomatique et qu'un point de vue purement psychologique sur la complexité de l'infertilité est aussi inapproprié qu'un strict point de vue somatique » (Wischmann, 2003). Nous envisagerons d'ailleurs dans ce mémoire les corrélations entre la dépression, l'anxiété et la PMA.

1.2 Les différentes techniques de PMA

Cette section reprend des données issues de différents centres de PMA belges :

- Centre PMA de Rocourt (<http://pma.chc.be>)
- Le Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell (<https://chirec.be/fr/centres/840000-centre-de-procreation-medicalement-assistee-pma/>)
- Centre PMA du Grand Hôpital de Charleroi (<https://www.ghdc.be/medecine-de-la-reproduction>)
- Centre PMA de Liège <http://cpma-ulg.be/>
- Centre PMA de la clinique universitaire Saint Luc (<https://www.saintluc.be/services/medicaux/gynecologie/documents/fiv.pdf>)

1.2.1 Monitoring et stimulation médicamenteuse

Le monitoring de l'ovulation consiste à suivre la croissance d'un ou de deux follicules ovariens afin de programmer les rapports sexuels au moment de l'ovulation. Cela nécessite des prises de sang et échographies régulières et rapprochées.

Une légère stimulation médicamenteuse peut être mise en place afin d'optimiser la qualité de l'ovocyte. Ce traitement est donné soit en comprimés (Clomid® ou Pergotime®) soit par injections sous-cutanées de gonadotrophines (Menopur®, Puregon®, Gonal f®...).

L'ovulation peut également être déclenchée par une injection d'hCG (Pregnyl®, Ovitrelle®).

Ce traitement est généralement mis en place en première intention chez les couples présentant une infertilité idiopathique ou inexplicée.

1.2.2 Insémination artificielle

Cette technique consiste à introduire le sperme directement dans l'utérus de la femme. Elle peut être pratiquée avec le sperme du conjoint (IAC) ou d'un donneur (IAD).

Les inséminations intracouple sont généralement pratiquées dans les cas d'altérations légères du spermogramme, de pathologies du col de l'utérus (orifice rétréci ou sténosé, glaires cervicales anormales...) ou comme étape supplémentaire lors d'infertilités inexplicées.

Le recours à un donneur est nécessaire dans les cas d'azoospermie (absence totale de spermatozoïdes ou lorsqu'un prélèvement testiculaire n'est pas possible), de maladies génétiquement transmissibles chez le père, ainsi que chez les femmes seules ou les couples de femmes.

Ici aussi, une stimulation médicamenteuse peut être effectuée afin d'augmenter les chances de grossesses, tout en augmentant également le risque de grossesses multiples.

Bien que d'apparence assez simple, cette technique nécessite l'aide d'un médecin, et la conception n'aura plus lieu dans l'intimité d'une relation sexuelle (Brochier, 2017).

1.2.3 Fécondation *in vitro*

Littéralement, l'expression latine « *in vitro* » signifie « dans le verre » et est aussi associée au terme couramment utilisé de « bébé éprouvette ».

La fécondation *in vitro* (FIV) consiste à recueillir environ une dizaine d'ovocytes à les mettre en présence d'un grand nombre de spermatozoïdes. Ainsi, la stimulation médicamenteuse est généralement plus « lourde » puisque le but est d'obtenir un nombre plus important d'ovocytes. Si la quantité et qualité des spermatozoïdes est bonne, une FIV classique sera effectuée, c'est-à-dire que le sperme et les ovocytes seront mis en contact en laboratoire et la fécondation sera spontanée.

Dans le cas où la quantité et/ou la qualité des spermatozoïdes sont insuffisantes, on a recours à une micro-injection d'un seul spermatozoïde au sein de chaque ovocyte (ICSI = intra-cytoplasmic sperm injection).

Les étapes de la FIV :

1. Stimulation ovarienne ;
2. Lorsque les follicules arrivent à maturité, la ponction des ovocytes se réalise par voie vaginale, sous anesthésie locale ou générale, à l'aide d'une aiguille fixée à la sonde endovaginale. Pendant ce temps, le sperme est recueilli et/ou préparé au laboratoire (dans le cas d'utilisation de sperme congelé) (Belaisch-Allart & Buxeraud, 2017) ;
3. On laisse alors le développement embryonnaire se poursuivre bien que certains arrêteront spontanément leur évolution ;
4. Les embryons sont replacés dans l'utérus 2, 3 ou 5 jours après la ponction. Le transfert s'effectue à l'aide d'un cathéter inséré dans le col de l'utérus, par voie vaginale. L'embryon ainsi déposé pourra s'implanter au niveau de la muqueuse utérine (nidation) et poursuivre son développement ;
5. Une prise de sang est effectuée environ 14 jours après le transfert afin de savoir si la patiente est enceinte.

Lorsque le cycle de stimulation ovarienne et de fécondation a produit plus d'embryons que nécessaire, ces embryons « surnuméraires » sont conservés par congélation (vitrification). Ils pourront être décongelés pour un transfert ultérieur, ce qui permet de ne pas recommencer tout le processus de FIV en cas de volonté d'un nouvel enfant. Néanmoins, tous les embryons ne survivent pas à la congélation, ce qui peut entraîner l'annulation d'un transfert (Belaisch-Allart & Buxeraud, 2017).

1.3 Impacts physiques

Avant toute technique d'aide à la procréation, les protagonistes sont soumis à une batterie d'exams médicaux. Les hommes doivent essentiellement passer par une analyse de sperme. Les femmes, quant à elles, doivent généralement se soumettre à plusieurs exams, parfois douloureux et invasifs. Ces exams comportent souvent un examen de l'utérus et des trompes (hystéroscopie et hystérosalpingographie), ou encore une biopsie de la muqueuse utérine (Moulart, 2015).

Par la suite, c'est la femme qui recevra la majorité des traitements, quand bien même l'infertilité serait d'origine masculine. Les traitements hormonaux peuvent provoquer des effets indésirables : prise de poids, irritabilité et bouffées de chaleur semblables à celles de la ménopause, douleurs abdominales, saignements... (Belaisch-Allart & Buxeraud, 2017).

Les gestes médicaux peuvent causer des hémorragies, des infections, des problèmes lors de l'anesthésie peuvent survenir... Toutefois, ces complications restent assez rares (Belaisch-Allart & Buxeraud, 2017).

Le principal risque est le syndrome d'hyperstimulation ovarienne, qui est une réponse exagérée des ovaires suite à une stimulation médicamenteuse, et est aggravé en cas de grossesse débutante. Ce syndrome se manifeste par de multiples kystes ovariens, par la présence d'ascite, d'épanchement pleural ou encore d'épanchement péricardique (Delvigne *et al.*, 1993). La plupart des patients guériront spontanément en quelques jours. Néanmoins,

ce syndrome peut entraîner une morbidité grave due à des accidents thrombo-emboliques (Chin *et al.*, 2019).

1.4 Impacts psychologiques

L'expérience de l'infertilité est un processus dynamique qui varie en fonction du temps et de la phase du traitement. Les effets sont divers selon que les patients entament des procédures de diagnostic, suivent un traitement ou décident de l'abandonner, ce qui met en évidence la grande variabilité de l'adaptation face à un parcours de PMA (Moura-Ramos *et al.*, 2012).

Les processus en jeu divergent chez l'homme et la femme

Les hommes démontrent moins d'anxiété lorsque l'infertilité est d'origine féminine. Cousineau et Domar (2006) expliquent cela par la perception des hommes de l'infertilité comme une atteinte à leur masculinité, où la représentation mentale liant infertilité et impuissance ou dysfonction érectile reste encore bien ancrée.

Les femmes semblent par contre autant angoissées, quelle que soit l'origine de l'infertilité. Flis-Trèves et Gellman (2003) avancent également que les femmes se sentent coupables de cet échec de conception, ressentant d'autant plus les pressions sociétales et le devoir de procréer, tout en s'épanouissant personnellement et professionnellement.

Un bouleversement majeur

Comme l'expliquait Camborieux dans sa communication de 2014, l'infertilité est un bouleversement majeur qui remet une question tout le projet d'une vie avec des enfants. Les sources de stress sont multiples. L'organisation, la vie professionnelle, les impacts financiers, ainsi que les relations au sein du couple et les relations sociales en sont affectées. De plus, les patients expriment souvent un manque d'humanisation dans un parcours très invasif, entraînant des effets sur l'estime de soi, un sentiment de perte de contrôle, une dégradation de l'image corporelle et des émotions négatives (entre autres tristesse, honte, culpabilité, jalousie, injustice...).

La Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) a effectué une importante revue de littérature afin d'informer les praticiens PMA sur les effets d'un tel parcours (Gameiro & al, 2015). Le lecteur peut retrouver un résumé de celle-ci en ANNEXE A.

En 2003, Hjelmstedt *et al.* ont effectué une étude chez les pères et mères sur l'adaptation émotionnelle après fécondation *in vitro*. Il en ressort que, bien que l'infertilité perdure même après la naissance et affecte encore la vie actuelle, les parents ayant eu recours à une FIV ont l'impression d'avoir de plus forts sentiments envers leur enfant, plus de tolérance face aux difficultés, mais également plus d'anxiété et se sentent plus focalisés sur leur enfant.

Les couples interrogés parlent également des attentes et croyances externes (par exemple, « tu dois l'aimer encore plus après tant d'attente »), qui influencent également leur vécu.

Nous allons donc maintenant discuter de l'interaction de ce vécu avec le sentiment de compétence parentale.

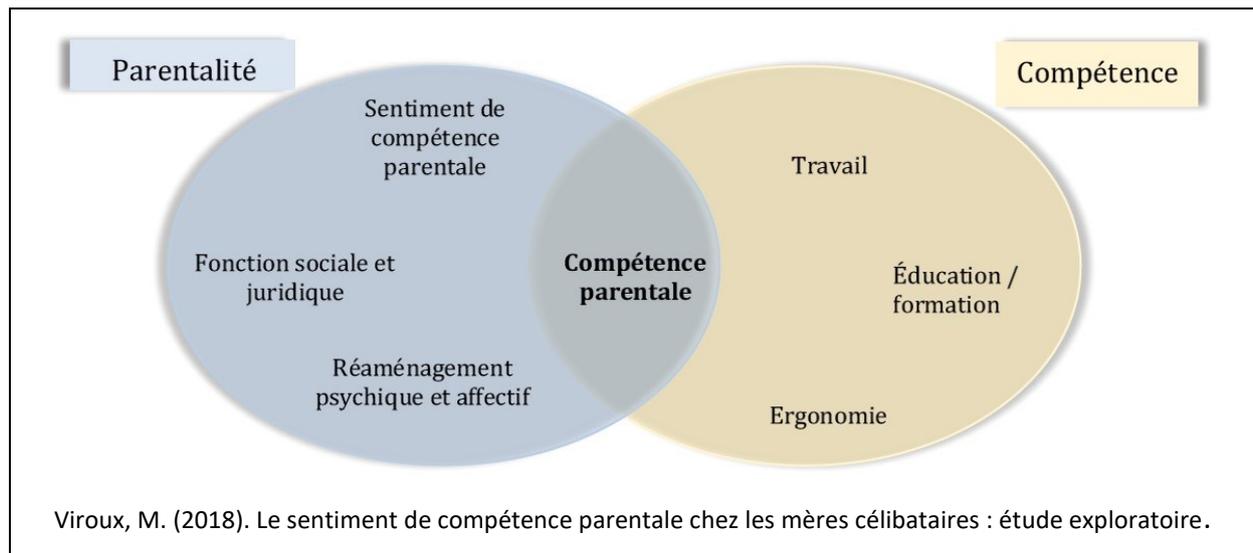
Chapitre 2 : Le sentiment de compétence parentale

Devenir parents

« La parentalité est souvent considérée comme un processus naturel ou instinctif. À la naissance d'un bébé, le parent devrait être en mesure de s'équiper pour élever un enfant avec amour et habileté » (Newberger, 1980).

Comme le mentionne Trudelle & Montambault (1994), la « naissance » psychologique d'un parent est un processus affectif et cognitif hautement complexe, qui génère un « sens de soi comme parent », une « identité parentale ».

La parentalité est un domaine vaste , fait de concepts comportementaux, sociaux, juridiques, affectifs et psychologiques. Le schéma suivant montre bien les intrications entre parentalité et compétences plus générales dans la compétence parentale (Viroux, 2018).



De plus, il a largement été admis que la compétence parentale est influencée par le sentiment que les parents ont de leur propre compétence (de Montigny & Lacharité, 2005).

D'autres études ont également montré l'influence du sentiment de compétence parentale sur les troubles du comportement internalisés, les performances scolaires et même la qualité du sommeil chez l'enfant (Ahun *et al.*, 2017 ; Juntila & Vauras, 2014 ; Heerman *et al.*, 2017 ; cités par Albanese, 2019).

2.1 Définitions et dimensions

Issu des recherches sociocognitives sur la motivation au changement d'Albert Bandura (1977), le sentiment de compétence parentale se définit comme « **La perception qu'ont les parents de leurs capacités à influencer positivement le comportement et le développement de leur enfant** » (Coleman & Karraker, 2000).

Trudelle et Montambault, en 1994, mentionnent deux aspects réciproquement intercorrélés et englobés dans le sentiment de compétence parentale :

- **Le sentiment d'efficacité parentale** renvoie à la perception qu'a un parent de son degré d'aptitude et d'habileté à résoudre des problèmes liés à l'exercice de son rôle parental ;
- **Le sentiment de satisfaction**, qui renvoie quant à lui à sa dimension affective, « englobant le niveau de frustration, d'anxiété et de motivation d'un parent quant à son rôle ».

Lemay et Prebinski, dans leur cadre de référence sur le sentiment de compétence parentale de 2016, ont bien différencié les deux dimensions :

SENTIMENT D'EFFICACITÉ †

- Proviens de la perception que le parent a de sa compétence, en comparaison avec ce qu'il conçoit être les exigences de son environnement et ses propres attentes en tant que parent;
- Influencé par le regard et les commentaires extérieurs;
- Basé sur les croyances et les connaissances du parent qui s'autoévalue;
- Se rapporte aux idéaux, aux références et aux modèles qu'a intériorisés le parent, lesquels sont largement influencés par son environnement social.

SENTIMENT DE SATISFACTION §

- Évaluation affective que fait l'individu de sa compétence parentale;
- Satisfaction procurée par le rôle de parent;
- Sentiment de contrôle que le parent a; capacité à obtenir ce qu'il désire comme parent;
- Degré d'aisance dans le rôle de parent;
- Valeur accordée au rôle de parent;
- Plaisir, fierté et bien-être procurés par la relation avec l'enfant.

Lemay, J-F. & Prebinski, C. (2016). Cadre de référence sur le sentiment de compétence parentale.

2.2 Facteurs

Descendant du modèle de l'apprentissage social, 4 facteurs influencent le sentiment de compétence parentale (Roskam & Mikolajczak, 2015).

1. **Les expériences actives de maîtrises** : ce facteur est celui qui semble influencer le plus le sentiment de compétence parentale. Il s'agit de l'ensemble des expériences vécues par le parent dans la relation à l'enfant et comprend aussi bien les réussites que les échecs ;
2. **Les expériences vicariantes** : c'est en se comparant à d'autres modèles parentaux, que le parent s'autoévalue. Les influences les plus marquantes sont généralement celles où le modèle est un proche (ami ou famille) ;
3. **La persuasion verbale** : il s'agit de l'influence qu'ont les commentaires des amis et/ou de famille concernant la parentalité de leurs proches. Par exemple, recevoir un feedback positif sur le comportement de son enfant renforce le sentiment de compétence parentale. Cela a d'autant plus d'influence lorsque la personne qui exprime les commentaires est perçue comme légitime, compétente, et proche du parent ;
4. **Les états émotionnels et physiologiques du parent** : des émotions telles que la colère, la frustration ou encore l'irritation face à une situation avec l'enfant peuvent nuire au sentiment de compétence parentale, d'autant plus lorsque le parent anticipe alors l'évènement.

Outre ces 4 grands facteurs, la littérature a mis en lumière de nombreux déterminants qui influencent le sentiment de compétence parentale. Sophie Ménard, dans sa thèse de 2011, a analysé les travaux portant sur le sujet.

Lemay et Prebinski (2016) ont repris cette analyse afin de mettre en tableau les déterminants qui peuvent impacter le sentiment de compétence parentale.

La procréation médicalement assistée n'apparaît pas à proprement parlé, mais elle est très certainement enchevêtrée dans d'autres déterminants, comme l'histoire personnelle du parent, son niveau de stress vécu ou encore sa santé physique et psychologique.

ÉLÉMENTS DÉTERMINANTS DU SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE*

- La disponibilité et la qualité du soutien par le milieu (du parent);
- La santé physique et psychologique du parent;
- L'histoire personnelle du parent;
- Le niveau de stress vécu par le parent;
- Le degré d'estime de soi en général;
- Le sexe du parent;
- L'âge du parent;
- L'âge de l'enfant;
- L'état de santé de l'enfant;
- Le tempérament de l'enfant;
- Le niveau de scolarité du parent;
- L'isolement vécu par le parent;
- Le nombre d'enfants à charge;
- Les croyances, les connaissances, les références et les modèles mentaux;
- Le regard et les commentaires des diverses personnes de l'environnement du parent et leur degré d'autorité sociale;
- Une première ou une seconde expérience de la parentalité;
- Le caractère particulier des besoins de l'enfant;
- Le contexte de monoparentalité ou de biparentalité et la qualité de la relation conjugale;
- La disponibilité des ressources matérielles ou financières;
- La position professionnelle du parent et le temps dont il dispose pour les loisirs en compagnie de son enfant.

Lemay, J-F. & Prebinski, C. (2016). Cadre de référence sur le sentiment de compétence parentale.

2.3 Sentiment de compétence parentale et procréation médicalement assistée

Le sentiment de compétence parentale n'a été que très rarement étudié dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

Mc Mahon et Gibson (1997 ; 1997 ; 2003), avec d'autres collaborateurs, semblent être **les seuls** à avoir étudié le sentiment de compétence parentale dans le cadre de la fécondation *in vitro*.

Ils ont réalisé une étude follow up à 4 mois post-partum, 12 mois post-partum et 5 ans post-partum. Ils ont démontré que les mères ayant dû avoir recours à la fécondation *in vitro*, montraient une estime de soi plus basse et un sentiment d'efficacité maternel plus bas que les mères ayant conçu naturellement.

Leurs follow up à 12 mois (Gibson *et al.*, 1997) et à 5 ans post-partum (Mc Mahon *et al.*, 2003) ne montrent plus de différences significatives et suggèrent que l'impact de l'infertilité sur l'estime de soi et le sentiment d'efficacité peut diminuer avec le temps.

Les études suivantes abordent la parentalité et y présentent des concepts variables et/ou des outils différents. Il est donc parfois complexe de comparer les études entre elles, mais elles nous serviront de base afin d'établir nos hypothèses de travail.

Elles abordent principalement trois concepts différents : le stress parental, la motivation face à la parentalité et l'expression de la « chaleur émotionnelle ».

- En 2010, Bos et Van Balen présentent une revue des études sur la parentalité dans les familles composées d'un seul parent biologique (couples homosexuels ou hétérosexuels nécessitant un don de gamètes, ou encore dans le cas de mères célibataires ayant eu recours à un donneur). Les résultats de cette analyse ne montrent pas de différences empiriques significatives.

Selon eux, certaines études révèlent néanmoins que ces parents semblent plus positivement motivés à l'égard de la parentalité. L'hypothèse avancée serait que le parcours éprouvant vécu par ces parents les inciterait à devenir de bons parents et à s'investir dans leurs relations avec leurs enfants.

Il est important de noter que les études montrant ces résultats significatifs concernent majoritairement, d'une part, les femmes ayant eu recours à une IAD (insémination avec donneur), et d'autre part, les parents d'enfants plus âgés, généralement à partir de 6 ans. À l'inverse, les études ne montrant pas de différences significatives concernent les parents d'enfants plus jeunes (à partir de 9 mois) ou présentent un échantillon plus restreint, comme dans le cas d'études sur le don d'ovocytes.

- Susan Golombok est une figure importante des études effectuées sur la parentalité et la procréation médicalement assistée. Avec Shirlene Badger, en 2010, dans une étude follow up sur les familles monoparentales, de couples lesbiens et leurs enfants devenus adultes, aucune différence n'a été identifiée entre ces types de familles et les parents hétérosexuels pour ce qui est de la chaleur exprimée, de la sensibilité des réponses ou de l'aisance dans leur rôle « de base sécurisée » (le degré de sécurité du parent en ce qui concerne sa relation avec l'enfant).

- Certaines de ses études ont pourtant mis en évidence des résultats opposés. En effet, une étude de 1999 avançait que les mères se montraient moins chaleureuses avec un enfant issu d'une conception sans lien génétique avec le père, comparativement avec les mères dont les enfants étaient issus d'un don d'ovocyte.

À nouveau, les parents de cette étude avaient des enfants plus âgés (entre 4 et 8 ans) et les échantillons contenaient entre 20 et 45 participants.

En 2006, avec d'autres auteurs, elle contredit ces résultats en mettant en exergue des relations davantage chaleureuses entre mères et enfants issus de PMA, et ce même en l'absence de lien génétique paternel et en cas de gestation pour autrui.

Dans cette étude, les enfants étaient plus jeunes (tous âgés de 3 ans) et les échantillons un peu plus conséquents (entre 40 et 65 participants).

- Il nous semble également important de mentionner l'étude pilote belge réalisée par Colpin et Soenen en 2002, basée notamment sur la parentalité autorapportée (par le biais du PSI — Parenting stress index — évaluant la dépression, l'attachement, la restriction des rôles, le sentiment de compétence, l'isolement social, la relation maritale et la santé des parents). Aucune différence significative n'a été rapportée entre le groupe FIV et le groupe contrôle.

Il faut à nouveau mentionner l'âge des enfants (8-9 ans) et l'échantillon assez restreint (23 et 27 participants).

Nous souhaitons notamment reprendre un déterminant évoqué dans le tableau *supra* (Lemay & Prebinski, 2016), à savoir la monoparentalité. En ce qui concerne les mères célibataires, les préoccupations portent sur le fait qu'élever un enfant sans le soutien d'un partenaire peut être stressant et peut donc avoir une influence négative dans la relation et sur l'adaptation psychologique de l'enfant (Baran & Pannor, 1993 ; cités par Bos & van Balen, 2010)

Selon les études sur l'impact de la PMA (Bos & van Baelen, 2010), les mères célibataires semblent plus impliquées émotionnellement dans leur parentalité.

Les effets du parcours PMA sur la parentalité sont donc variables, mais qu'en est-il de l'impact émotionnel et psychologique ?

Nous allons maintenant discuter des deux troubles les plus fréquents en lien avec l'infertilité (Chen *et al.*, 2004) : l'anxiété et la dépression.

Chapitre 3 : l'anxiété et la dépression

3.1 Définitions

3.1.1 La dépression

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020), la dépression affecte plus de **264 millions de personnes dans le monde**. Il faut la différencier des sautes d'humeur ou de simples réactions émotionnelles face aux imprévus et problèmes de la vie courante. Lorsque les symptômes perdurent et augmentent en intensité, le trouble dépressif peut devenir une maladie grave entraînant une grande souffrance influençant la sphère professionnelle, scolaire et familiale. Dans certains cas graves, la dépression amène les personnes en souffrance au **suicide**. On estime à environ 800 000 le nombre de personnes qui se suicident chaque année. Il s'agit d'ailleurs de la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Selon les critères du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), les **symptômes de la dépression** incluent une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans les activités, une modification du poids ou de l'appétit, des problèmes de sommeil, de l'agitation ou un ralentissement moteur, de la fatigue, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, des problèmes de concentration ainsi que des idéations suicidaires.

Récemment, il a été démontré que deux patients peuvent être diagnostiqués comme étant dépressifs sans partager un symptôme en commun ; différents symptômes dépressifs n'entraînent pas les mêmes troubles du fonctionnement psychosocial. Par exemple, l'insomnie tardive prédit des déficiences au niveau du travail, des activités sociales et privées, mais pas au niveau de la gestion du foyer et des relations (Wagener *et al.*, 2016).

3.1.2 L'anxiété

La **prévalence des troubles anxieux dans le monde** (GBD, 2017) varie de 2,5 à 7 % selon les pays. On estime que 284 millions de personnes dans le monde ont souffert d'un trouble anxieux en 2017, ce qui en fait le trouble mental ou neurodéveloppemental le plus répandu. Environ 63 % (179 millions) étaient des femmes, contre 105 millions des hommes.

Il faut différencier les troubles anxieux de l'anxiété occasionnelle. Il semble « normal » de s'inquiéter de choses comme la santé, l'argent ou les problèmes familiaux. Mais les personnes souffrant de troubles d'anxiété généralisée (TAG) se sentent extrêmement inquiètes ou nerveuses à propos de ces problèmes, et ce, même lorsqu'il n'y a pas ou peu de raisons réelles de s'en inquiéter. Les personnes atteintes de TAG ont du mal à contrôler leur anxiété et à rester concentrées sur leurs tâches quotidiennes (National Institute for Mental Health, 2018).

Selon le DSM 5 (2013), **les principaux symptômes** du TAG sont l'anxiété et les inquiétudes excessives concernant différents domaines, associés à de l'agitation, une certaine fatigabilité, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, des tensions musculaires et des problèmes de sommeil.

En outre, l'inquiétude (la caractéristique centrale du TAG) s'est avérée être une construction dimensionnelle associée à la dépression, à l'anxiété et aux symptômes de stress à un degré égal, ce qui a conduit certains chercheurs à suggérer que l'inquiétude est un processus transdiagnostique (Newman *et al.*, 2013).

3.1.3 Dépression, anxiété et parentalité

Les femmes présentent une plus grande prévalence de troubles dépressifs que les hommes, en particulier pendant les années de procréation. Les symptômes dépressifs chez la femme surviennent souvent en **association avec des événements liés à la reproduction**, comme la période prémenstruelle, pendant la grossesse et après la naissance (Burke, 2003).

Heron *et al.* (2004) ont étudié l'anxiété et la dépression à 18 et 32 semaines de grossesse et à 8 semaines et 8 mois postnataux. La majorité des cas de dépression postnatale étaient précédés par une dépression prénatale ; de même, l'anxiété postnatale était précédée par une anxiété prénatale. Ce qui est particulièrement intéressant dans cette étude est que l'anxiété prénatale permettait de prévoir la dépression postnatale à 8 semaines et 8 mois, même après avoir contrôlé la dépression prénatale. Ces résultats montrent que l'anxiété prénatale est fréquente, qu'elle se superpose à la dépression et qu'elle augmente la probabilité de dépression postnatale.

Ces auteurs (Heron *et al.*, 2004) mentionnent que l'anxiété est courante et généralement associée à la dépression, mais qu'elle est souvent négligée dans les études sur la grossesse et la période postnatale, alors même que l'anxiété prénatale de la mère semble constituer un risque important pour le développement physique et psychologique de l'enfant.

Ils mentionnent également que la dépression peut être secondaire à l'anxiété, comme conséquence psychologique de l'expérience et de l'incapacité à gérer les émotions causées par l'anxiété.

3.2 Liens avec la procréation médicalement assistée

La prévalence des troubles dépressifs et anxieux semble élevée **chez les femmes infertiles, jusqu'à 40 %** d'entre elles répondant aux critères d'un diagnostic psychiatrique. Les troubles d'anxiété généralisée étant les plus fréquents, suivis par les troubles dépressifs majeurs et la dysthymie (Chen *et al.*, 2004).

Néanmoins, il semble nécessaire de nuancer ce résultat au regard des différents moments clés d'un parcours de PMA.

Selon la revue de Gameiro *et al.* (2015), **avant de commencer un traitement** de procréation médicalement assistée, les patientes ne sont pas plus déprimées et ne présentent pas plus de troubles psychiatriques que la population générale. Concernant l'anxiété, les résultats des diverses études sont très inconsistants.

Selon ces auteurs, **pendant le parcours de FIV**, le nombre de cycles de traitement antérieurs n'influence pas la dépression, l'anxiété ou l'incidence des troubles psychiatriques chez les hommes et les femmes.

Cependant, il apparaît que les patients ayant une vulnérabilité préexistante aux troubles de santé mentale sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'anxiété et/ou de morbidité psychiatrique pendant le traitement et les médicaments pour la fertilité peuvent également avoir un impact sur l'humeur (Becker *et al.*, 2019).

En cas de réussite, les femmes qui ont conçu à l'aide d'une FIV ne présentent pas plus de symptômes de dépression, de baisse d'estime de soi ou de troubles mentaux pendant la grossesse, mais elles peuvent ressentir plus d'anxiété spécifique à la grossesse que les femmes qui conçoivent spontanément (Hammarberg *et al.*, 2008 ; Vilska *et al.*, 2009 ; McMahon *et al.*, 2011 ; cités par Gameiro *et al.*, 2015).

Les patients ressentent une forte détresse émotionnelle **lorsqu'ils sont informés de l'échec** du traitement : 1 femme sur 4 et 1 homme sur 10 présentent un trouble dépressif, et 1 femme sur 7 et 1 homme sur 20 souffrent d'un trouble anxieux (Volgsten *et al.*, 2008 ; Volgsten *et al.*, 2010 ; cités par Gameiro *et al.*, 2015).

De plus, les femmes ayant un désir de grossesse persistant **3 à 5 ans après un traitement infructueux** peuvent souffrir davantage d'anxiété et de dépression que les femmes qui trouvent de nouveaux objectifs de vie, ou celles qui deviennent mères (Verhaak *et al.*, 2007 ; cités par Gameiro *et al.*, 2015).

Il est important de prendre conscience des effets psychologiques potentiels des traitements de l'infertilité, car de nombreuses femmes sont réticentes à parler de leur détresse et très peu d'entre elles cherchent de l'aide (Becker *et al.*, 2019).

Selon Chen *et al.* (2004), seulement 6,7 % des patients ont demandé une aide psychologique.

3.3 Liens avec le sentiment de compétence parentale

3.3.1 Sentiment de compétence parentale et dépression

Les études concernant les liens entre le sentiment de compétence parentale et la santé mentale des parents traitent en grande partie de la **dépression post-partum** (Albanese *et al.*, 2019).

Les **symptômes de la dépression post-partum** sont variés : pleurs, désespoir, sentiment de vide intérieur, perte de plaisir dans les activités quotidiennes, changement d'appétit et de poids, problèmes de sommeil, fatigue extrême ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inappropriée, difficulté à se concentrer et à prendre des décisions, allant même jusqu'aux idées suicidaires.

L'étendue et la gravité de ces symptômes distinguent trois types de dépression associés à la période post-partum : le baby blues, la dépression post-partum et la psychose post-partum (Page & Wilhelm, 2017).

La croyance collective relie fréquemment, à tort, les dépressions post-partum uniquement aux mères, alors que **les pères en souffrent également** (Pinheiro, 2006).

Divers auteurs ont étudié le lien entre le sentiment de compétence parentale et la dépression post-partum chez les mères et les pères (de Montigny *et al.*, 2013 ; Gross & Marcussen, 2017). Leurs recherches montrent qu'un **faible niveau de compétence parentale est retrouvé chez les parents (pères et mères) souffrant de dépression post-partum**.

Au-delà de la dépression chez les parents de nouveau-nés, il apparaît qu'un sentiment de compétence parentale faible continue d'être un facteur de risque du développement de symptômes dépressifs chez les parents d'enfants plus âgés (de 0 à 11 ans) (Barnett *et al.*, 2015 ; Giallo *et al.*, 2014).

3.3.2 Sentiment de compétence parentale et anxiété

L'anxiété pendant la grossesse est particulièrement liée à un sentiment de compétence parentale plus faible (Wernand *et al.*, 2014).

L'objectif des recherches de Wernand *et al.* (2014) était d'examiner le sentiment de compétence parentale en relation avec les symptômes de dépression et d'anxiété pendant la grossesse. Leurs résultats montrent que des niveaux plus élevés de symptômes d'anxiété au cours du premier trimestre prédisent un sentiment de compétence parentale qui évolue moins positivement pendant le reste de la grossesse.

Don *et al.*, en 2014, ont démontré qu'un niveau de **sentiment de compétence parentale plus élevé est lié à des niveaux d'anxiété plus faibles** et en baisse dans la période **post-partum**.

3.3.3 L'œuf ou la poule

Les croyances négatives sur ses capacités parentales peuvent contribuer à la persistance de symptômes dépressifs tout au long de la période de parentalité. Cependant, il a également été avancé que le sentiment de compétence parentale est également sensible au fonctionnement émotionnel (Giallo, 2014).

Ceci met en évidence les **influences dynamiques et mutuelles** du sentiment de compétence parentale et de la détresse psychologique (Kunseler *et al.*, 2014).

Gavita *et al.* (2014) avancent également que le sentiment de compétence parentale interagirait en fait avec les cognitions parentales négatives pour prédire la détresse parentale. Leur recherche montre que les parents avec un sentiment de compétence parentale élevé régulent mieux leurs cognitions négatives, entraînant alors une moindre détresse parentale.

II. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

1. Objectifs

Notre question de recherche porte sur le sentiment de compétence parentale après un parcours de procréation médicalement assistée.

Les études sur le sujet (Bos & van Baelen, 2010 ; Colpin & Soenen, 2002 ; Golombok & Badger, 2010 ; Golombok *et al.*, 1999 ; Golombok *et al.*, 2006 ; Mc Mahon & Gibson, 1997 ; 1997 ; 2003) montrent parfois quelques différences contradictoires concernant les parents ayant eu recours à la PMA. Mais plus souvent, elles montrent une absence de différences significatives entre les parents qui ont vécu un parcours de PMA et les autres parents. Les pères y sont également peu souvent représentés.

De plus, peu d'études se sont réellement focalisées sur le sentiment de compétence parentale dans le cadre de la PMA. Elles se sont plutôt centrées sur des concepts comme les relations (Golombok & Badger, 2010), le stress parental (Colpin & Soenen, 2002), l'expression de la chaleur (Golombok *et al.*, 1999 ; 2006) ou encore la motivation face à la parentalité (Bos & van Baelen, 2010).

Notre étude a la spécificité de s'intéresser à plusieurs groupes de populations (couples hétérosexuels, couples de femmes et femmes célibataires) ainsi qu'aux différentes méthodes de PMA (stimulation médicamenteuse, IAC, FIV et dons de gamètes), tout en incluant les pères dans la recherche.

Puisqu'il apparaît que les symptômes anxio-dépressifs sont corrélés au sentiment de compétence parentale (Barnett *et al.*, 2015 ; Don *et al.*, 2014 ; Giallo *et al.*, 2014 ; Wernand *et al.*, 2014), mais non liés à un parcours de PMA (Hammarberg *et al.*, 2008 ; Vilska *et al.*, 2009 ; McMahon *et al.*, 2011 ; cités par Gameiro *et al.*, 2015), notre recherche souhaite intégrer également les niveaux anxio-dépressifs des parents dans une approche plurifactorielle.

Tous ces éléments nous amènent donc à notre question de recherche :

« Quelle est l'influence de la procréation médicalement assistée sur le sentiment de compétence parentale dans une approche intégrative des niveaux de dépression et d'anxiété ? »

2. Hypothèses principales

Hypothèse 1 concernant LE RECOURS À LA PMA

Un historique de parcours de PMA n'influence pas le sentiment de compétence parentale.

Comme nous l'avons vu, dans la revue de Bos et van Baelen (2010), certaines études tendent à montrer une motivation élevée face à la parentalité chez certains parents avec un parcours de PMA. Ces études concernent majoritairement des femmes ayant eu recours à une IAD (insémination avec donneur) et sont également effectuées sur des parents d'enfants plus âgés, généralement à partir de 6 ans. À l'inverse, les études de leur revue ne montrant pas de différences significatives sont faites sur des parents d'enfants plus jeunes (à partir de 9 mois) ou présentent un échantillon plus restreint, comme dans le cas d'études sur le don d'ovocytes.

Puisque notre étude comporte uniquement des parents d'enfants jeunes (maximum 5 ans et 11 mois), qu'elle ne se centre pas exclusivement sur les mères et se compose de parents avec des modes de conception variés, nous pensons que, toutes populations confondues, nous ne trouverons pas de différences significatives entre les parents PMA (peu importe la configuration du couple et le type de PMA) et les parents ayant conçus naturellement.

Hypothèse 2 concernant LE DON DE SPERME ET LES MÈRES HOMOSEXUELLES

Il n’y a pas de différences empiriquement significatives, ni dans le cas d’un don de sperme ni chez les couples lesbiens, par rapport aux parents ayant conçu naturellement.

En 2006, avec d’autres auteurs, Susan Golombok démontrait des relations davantage chaleureuses entre mères et enfants issus de PMA, et ce même en l’absence de lien génétique paternel (don de sperme) et en cas de gestation pour autrui. Ces résultats sont pourtant contraires à ceux qu’elle avait trouvés dans une étude précédente. En 1999, elle avançait que les mères se montraient moins chaleureuses avec un enfant issu d’une conception sans lien génétique avec le père, comparativement avec les mères dont les enfants étaient issus d’un cadre d’un don d’ovocyte. Les recherches concernant spécifiquement le don de sperme semble donc inconsistantes.

Badger et Golombok (2010), dans une étude follow up, n’ont retrouvé aucune différence entre les familles homoparentales et les parents hétérosexuels pour ce qui est de la chaleur exprimée, de la sensibilité des réponses ou de l’aisance dans leur rôle « de base sécurisée » (le degré de sécurité du parent en ce qui concerne sa relation avec l’enfant).

Nous posons donc l’hypothèse que nous ne trouverons également pas de différence concernant le sentiment de compétence parentale, ni dans le cas d’un don de sperme, ni chez les couples de femmes, comparativement aux parents qui ont conçu naturellement.

Nous allons également émettre différentes hypothèses secondaires selon certaines populations.

3. Hypothèses secondaires

Hypothèse 3 concernant le MODE DE CONCEPTION

Le sentiment de compétence parentale est plus faible lors de FIV que lors d'IAC. Le sentiment de compétence parentale est également plus faible lors d'IAC que lors de stimulations médicamenteuses.

La revue de Bos et van Baelen (2010) décrit les mères ayant eu recours à une insémination avec donneur comme plus positivement motivées à l'égard de la parentalité.

Golombok et Owen, en 2009, avaient également étudié les relations parents-enfants chez les couples infertiles. Leurs résultats montrent que les mères des familles ayant effectué une insémination avec donneur se sentent plus en sécurité dans leur rôle relationnel que les mères ayant eu recours à la fécondation *in vitro*.

La littérature ne semble pas traiter de la différence potentielle entre le recours à la fécondation *in vitro* et l'insémination avec sperme du conjoint, ce que tentera alors de faire notre étude. Néanmoins, notre pratique clinique au sein du centre de procréation médicalement assistée de l'université de Liège tend à nous orienter vers des difficultés parentales proportionnelles aux difficultés du parcours PMA (Roberti, communication personnelle, avril 2019).

Hypothèse 4 concernant LE GENRE (PÈRES/MÈRES)

Il n'y a pas de différence significative concernant le sentiment de compétence parentale entre pères et mères ayant eu recours à la PMA.

Yves Bachand, dans son mémoire de 2013, explique qu'il y aurait une différence entre le sentiment d'efficacité parentale et le sentiment de satisfaction. « Ces résultats laissent

entrevoir la possibilité que les mères accordent peut-être plus d'importance au fait d'être efficaces dans le rôle parental et que le sentiment de satisfaction dans le rôle parental soit peut-être plus important pour les pères » (Gilmore & Cuskelly, 2008 ; cités par Bachand ,2013).

Néanmoins, Mc Mahon et d'autres auteurs, dans leurs études follow-up (Gibson *et al.*, 1997 ; Mc Mahon *et al.*, 1997; Mc Mahon *et al.*, 2003), n'ont pas trouvé de différences significatives de sentiment d'efficacité et d'estime de soi entre les pères et les mères ayant eu recours à la fécondation *in vitro*.

Nous faisons l'hypothèse que, dans le cadre du vécu d'un parcours PMA, il n'y a pas de différence significative du sentiment de compétence parentale entre pères et mères.

Hypothèse 5 concernant L'ÂGE DE L'ENFANT

Le sentiment de compétence parentale est plus faible chez les parents d'enfants âgés de moins de 6 mois ayant eu recours à la PMA, comparativement aux parents d'enfants de moins de 6 mois ayant conçu naturellement. De plus, il est également plus faible que celui des parents d'enfants plus âgés des deux groupes (PMA et conception naturelle).

À l'inverse de notre hypothèse, Trudelle et Montambault, dans leur étude assez ancienne de 1994, avaient démontré que plus l'âge de l'enfant augmente, moins les parents, pères et mères, se sentent compétents (dans la population générale).

Mais notre hypothèse souhaite se fonder sur des recherches spécifiques à la population de parents PMA.

Rappelons l'étude follow-up de Mc Mahon, Gibson *et al.* (1997, 1997, 2003). Elle montre une estime de soi plus basse et un sentiment d'efficacité maternel plus bas chez les mères ayant dû avoir recours à la fécondation *in vitro*, par rapport aux mères ayant conçus naturellement à 4 mois post-partum. Cette différence n'était plus significative à 12 mois post- partum et à 5

ans post- partum, ce qui sous-tend une amélioration du sentiment de compétence parentale avec l'avancée en âge de l'enfant dans le cas de FIV.

En nous basant sur ces études, nous soutenons donc l'hypothèse que le SCP est plus faible chez les parents ayant eu recours à la PMA dont l'enfant a moins de 6 mois. Nous comparerons ces parents à la fois aux parents d'enfants de moins de 6 mois ayant conçu naturellement mais également aux parents d'enfants plus âgés des deux groupes (PMA et conception naturelle).

Hypothèse 6 et 7 concernant LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

6. Il n'y a pas de différence significative de la dépression et l'anxiété entre les parents ayant conçu par PMA et les parents ayant conçu naturellement.

Golombok et Owen (2009) n'avaient pas trouvé de différences significatives pour la dépression (Beck Depression Inventory) chez les parents ayant eu recours à la PMA. Leurs résultats avaient même montré une anxiété plus faible (Trait Anxiety Inventory) chez les mères du groupe insémination avec donneur que chez les mères ayant conçu naturellement. L'anxiété des pères PMA ne différenciait pas de celle des pères du groupe conception naturelle.

De plus, Lise Lavergne, dans son mémoire de 2019, faisait l'hypothèse qu'indépendamment l'une de l'autre, la dépression et l'anxiété influencent négativement le sentiment de compétence parentale (chez des parents tout venant). Ses résultats n'ont pas pu démontrer cette hypothèse.

En liant ces deux fondements, nous émettons également l'hypothèse que puisque qu'il n'y aura pas de différence des scores de dépression et d'anxiété entre les parents du groupe PMA et les autres parents :

L'influence des scores de dépressions et d'anxiété sur le sentiment de compétence parentale est moins importante dans la population du groupe PMA que chez les parents ayant conçu naturellement.

III. MÉTHODOLOGIE

1. Le design expérimental

Notre recherche vise à évaluer comment le sentiment de compétence parentale est influencé par un parcours de procréation médicalement assistée.

Dans ce but, nous avons choisi à la fois une approche **quantitative et qualitative**.

Nous avons donc dans un premier temps réalisé une **enquête en ligne** comprenant des informations sociodémographiques, un questionnaire mesurant le sentiment de compétence parentale ainsi qu'un questionnaire mesurant l'anxiété et la dépression.

Dans un deuxième temps, nous avons recontacté une partie de notre population dans le but de récolter des informations qualitatives à l'aide **d'entretiens semi-structurés**.

2. La population

2.1 Recrutement

La population choisie est composée de parents francophones ayant au moins un enfant âgé de 0 à 6 ans, puisque l'échelle originale («Parenting Sense of Competence Scale -P.S.O.C.) a été validée pour cette tranche d'âge.

La population parentale inclut aussi bien des pères que des mères (hétérosexuelles, homosexuelles, célibataires).

Le questionnaire en ligne a été transmis via le réseau social Facebook. Il était accompagné d'une annonce expliquant l'objectif de l'étude ainsi que les profils recherchés. Afin d'augmenter le nombre de répondants ayant eu recours à la PMA, le questionnaire a été partagé sur des groupes consacrés à la parentalité et à la PMA. Nous avons fait de même afin

d'augmenter l'échantillon de parents célibataires et homosexuels, en le diffusant sur des groupes consacrés à ces sujets.

À la fin du questionnaire en ligne, les sujets pouvaient mentionner leur adresse email s'ils souhaitaient être recontactés pour les entretiens semi-dirigés de la partie qualitative.

Les parents du groupe PMA qui ont laissé leur adresse email ont tous été recontactés. Le lecteur peut trouver en ANNEXE B. le modèle de l'email qui leur a été envoyé.

2.2 La passation

Les participants correspondant à la description de l'annonce pouvaient donc cliquer sur le lien mentionné. Lors de l'ouverture de l'enquête, une courte description de l'étude leur était présentée ainsi qu'un formulaire de consentement.

Après validation de celui-ci, un court message leur était transmis afin qu'ils ne prennent en compte **qu'un seul de leurs enfants âgés de 0 à 6 ans**, dans le cas où ils auraient plusieurs enfants dans cette tranche d'âge.

En effet, la littérature a démontré que le tempérament de l'enfant influence le sentiment de compétence parentale (Cutrona & Troutman, 1986 ; Gross *et al.*, 1994), tout comme l'âge de l'enfant (Trudelle & Montambault, 1994 ; Nomaguchi, 2012). De plus, la présence d'un tempérament plus difficile chez un enfant est liée à l'anxiété de ses parents (Majdandžić, *et al.*, 2012), mais l'âge de l'enfant semble également influencer la dépression (Nomaguchi, 2012). Nous souhaitons donc éviter autant que possible que les réponses des sujets soient biaisées par des sentiments et des vécus possiblement différents entre plusieurs enfants.

Ils pouvaient alors commencer le questionnaire en 3 volets : l'enquête sociodémographique, le questionnaire évaluant le sentiment de compétence parentale et celui évaluant l'anxiété et la dépression. Les participants devaient impérativement répondre à toutes les questions de chacun des volets avant de passer au suivant. La passation totale de l'enquête durait environ 10 minutes.

Concernant la partie qualitative, les entretiens étaient initialement prévus en présentiel, mais suite à la pandémie de Coronavirus (COVID-19), ils ont été effectués par contacts téléphoniques et visioconférences.

3. Les instruments

3.1 Questionnaire sociodémographique

Les participants ont tout d'abord répondu à une enquête sociodémographique spécialement créée pour notre étude.

Plusieurs informations leur ont été demandées, telles que leur genre, leur situation relationnelle au moment de la conception et actuellement, leur lieu de résidence, leur âge lorsqu'ils ont eu leur enfant, la tranche d'âge de leur enfant et le nombre d'enfants dans la fratrie. Ils ont également dû répondre à des questions sur le mode de conception de leur enfant. Dans le cas d'une conception par PMA, le don de gamètes et les causes de l'infertilité étaient investigués. Pour les couples de femmes, nous avons également demandé si la personne répondante était la maman ayant porté l'enfant ou la maman d'intention. Ces données nous permettront d'apparier les sujets en vue des analyses statistiques.

Le lecteur peut trouver le questionnaire en ANNEXE C.

3.2 Questionnaire d'autoévaluation de la compétence éducative parentale

La deuxième partie du questionnaire est ***l'échelle de sentiment de compétence parentale de Bernard TERRISSE et Denis TRUDELLE (1988)***.

Dans sa version originale, le «Parenting Sense of Competence Scale (P.S.O.C.)» a été conçu par Gibaud-Wallston en 1977 à partir d'un questionnaire de mesure du sentiment de compétence au travail de Wagner et Morse de 1975.

Il évalue le sentiment de compétence du parent et comporte deux sous-composantes :

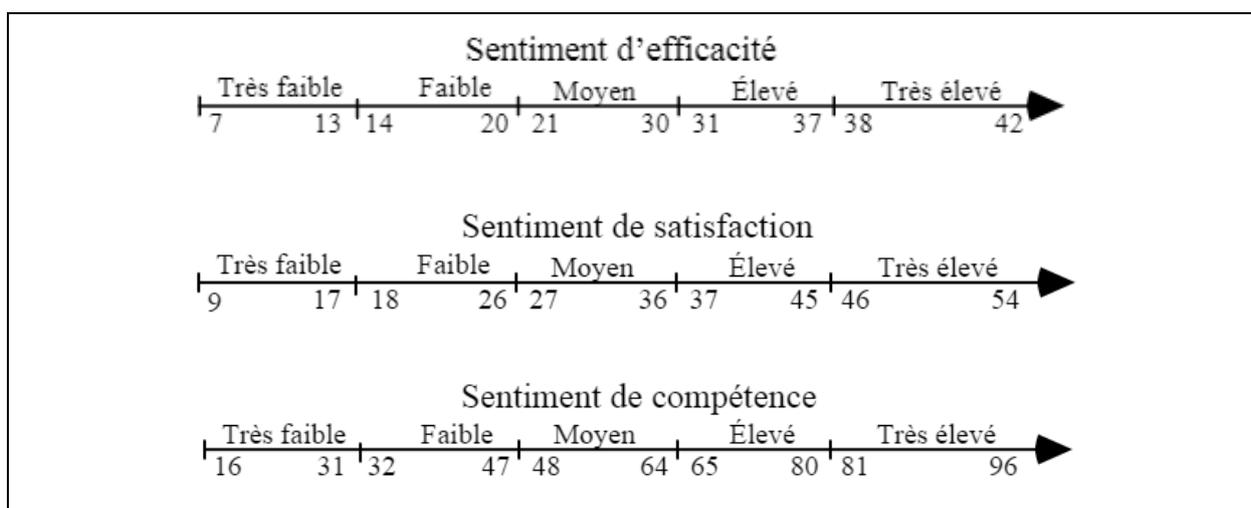
- **Le facteur efficacité** : il évalue le degré de perception des répondants quant aux habiletés et aux connaissances qu'ils ont acquises pour être des parents adéquats. Il comporte huit questions (1, 6, 7, 8, 10, 11, 13 et 15) ;
- **Le facteur satisfaction** : il évalue la valeur que le répondant accorde au rôle de parent, ainsi que son aisance dans ce rôle. Il comporte neuf questions (2, 3, 4, 5, 9, 12, 14, 16 et 17).

Le « score » combiné des deux facteurs donne une évaluation globale autorapportée du sujet dans sa fonction parentale.

Les réponses du questionnaire se font selon une échelle en six points, allant de « tout à fait d'accord » (1) à « tout à fait en désaccord » (6). Pour les questions étudiant le facteur efficacité, la cotation doit se faire en sens inverse.

Il est d'usage d'utiliser les données psychométriques établies par Johnston et Mash (1989). Ils ont effectué une analyse factorielle qui a permis d'incorporer la question 8 au facteur « satisfaction », et d'exclure totalement la question 17. Pour l'ensemble des 16 questions, le coefficient de consistance interne est de 0,76. Il est respectivement de 0,76 et 0,79 pour les facteurs « efficacité » et « satisfaction ».

Les scores de l'ensemble du sentiment de compétence parentale ainsi que ces deux facteurs se répartissent de la façon suivante :



Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). Le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale. Montréal, Canada : Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale (GREASS).

3.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

L'HADS (Zigmond & Snaith, 1983) est utilisée dans le but d'identifier une symptomatologie anxio-dépressive. Elle comporte deux sous-échelles :

- 7 items pour évaluer la dépression : ces items mesurent la dysphorie, le ralentissement et l'anhédonie ;
- 7 items pour évaluer l'anxiété : ces items mesurent les symptômes de l'anxiété généralisée.

Pour chaque item, il y a 4 possibilités de réponse cotées de 0 à 3.

Le score total est calculé en additionnant les scores des 14 questions (score total pouvant aller de 0 à 42). On note également les scores des deux sous-échelles (qui varient de 0 à 21).

Selon les auteurs, Zigmond et Snaith (1983), le continuum des seuils des scores des deux facteurs se présente comme suit :

0 à 7 : absence de troubles anxieux ou dépressifs

8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs pressentis

11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés

À l'inverse des auteurs de l'échelle qui ne préconisent pas l'usage du score global, on peut néanmoins citer le cut off de Ibbotson *et al.* (1994) :

- 0 à 14 : pas de troubles anxio-dépressifs ;
- 15 à 42 : existence de troubles anxio-dépressifs.

L'échelle a été validée à plusieurs reprises en français (Razavi *et al.*, 1989 ; Friedman *et al.*, 2001 ; Bjelland *et al.*, 2002 ; Untas *et al.*, 2009 ; Roberge *et al.*, 2013 ; Bocéréan & Dupret, 2014 ; Maatoug & Gorwood, 2019 ; cités par Boini & Langevin, 2020)

La consistance interne de la version originale varie selon les études et présente un alpha de Cronbach pour la sous-échelle d'anxiété entre 0,68 et 0,93 (moyenne de 0,83) et entre 0,67 et 0,90 pour la sous-échelle de dépression (moyenne de 0,82) (Bjelland *et al.*, 2002). Pour la version française, la consistance interne est de 0,70 pour la sous-échelle de dépression et 0,53 pour la sous-échelle d'anxiété (Maatoug & Gorwood, 2019).

3.4 Questionnaire semi-structuré

L'approche quantitative prend généralement assez peu en compte l'apport du patient, de ses besoins ou de ses préférences (Nelson, 2008). C'est pourquoi la dernière partie de notre étude se base sur une approche qualitative. Comme le mentionnent Mays et Pope (1995), « L'objectif de la recherche qualitative est le développement de concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans un cadre naturel (plutôt qu'expérimental), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les opinions de tous les participants ». Notre objectif est donc d'affiner et de nuancer les résultats de l'étude quantitative. Cette approche permettra de mettre en lumière le vécu personnel de chacun et les processus psychosociaux en jeu.

Afin de laisser une grande liberté aux sujets tout en abordant les thématiques souhaitées, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs pour réaliser notre étude. Le questionnaire établi est le fruit d'une articulation entre notre revue de la littérature et nos questions de recherche. Néanmoins, ces questions ne nous serviront que de guide d'entretien, à l'image d'un fil conducteur.

Voici notre guide d'entretien :

- 1) Expliquez-moi votre parcours pour la conception de votre enfant. Comment l'avez-vous vécu ?
- 2) Comment vous sentez-vous aujourd'hui en tant que parent ? Qu'est-ce qui est le plus facile et le plus difficile ? Cela a-t-il évolué entre la naissance de votre enfant et maintenant ?
- 3) Qu'est-ce qui vous aide à vous sentir « un bon parent » ? Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir un « meilleur » parent ?
- 4) Selon vous, l'histoire de la conception de votre enfant a-t-elle influencé votre sentiment de compétence parentale et comment ?
- 5) Comment vous sentez-vous de manière plus générale au niveau émotionnel et psychologique ? Comment vous sentiez-vous avant la conception de votre enfant ?

La question 1 nous permettra d'appréhender l'histoire et le vécu intrapersonnel de chacun des sujets interrogés.

La question 2 permettra de mettre en lumière le sentiment de compétence parentale ainsi que les facteurs facilitants et ceux qui l'entravent. Elle permettra également d'affiner les résultats concernant les différences selon l'âge de l'enfant.

La troisième question met en jeu à nouveau les facteurs, mais elle amènera surtout un apport pour la discussion des implications cliniques

La quatrième question permettra d'affiner notre question de recherche principale, à savoir « La procréation médicalement assistée influence-t-elle le sentiment de compétence parentale ? »

La cinquième question a pour but de discuter des éventuelles intrications avec des affects anxio-dépressifs, comme étudiés par notre hypothèse sur l'anxiété et la dépression.

Une sixième question a été ajoutée en raison du contexte de pandémie lors de la passation :

6) Comment vous sentez-vous en tant que parents dans cette période de COVID-19 ?

Cette question nous permettra d'approcher l'impact de cette situation particulière au niveau émotionnel, psychologique et sur le sentiment de compétence parentale.

Les entretiens seront d'abord étudiés individuellement, s'en suivra ensuite une analyse sur corpus via un système de matrice (Miles & Huberman, 2003,).

4. Dimension éthique

Cette recherche a fait l'objet de consultations multiples auprès du comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège. La récolte des données n'a commencé qu'une fois leur accord soumis.

En effet, l'anonymat, la collecte des données ainsi que les risques pour les participants ont été étudiés et approuvés afin de garantir une approche éthique de notre recherche.

Les participants peuvent à tout moment se rétracter et la publication des résultats de l'étude ne permettra évidemment pas de retrouver les sujets participants.

De plus, seules les personnes autorisées ont accès aux données confidentielles (chercheur responsable, directeur de mémoire, superviseur et responsable de la plateforme de questionnaire en ligne de l'UDI-Fapse).

IV. RÉSULTATS

A. PARTIE QUANTITATIVE

1. Introduction

Le questionnaire en ligne a été initialement complété par 699 sujets.

Certaines catégories de sujets présentaient très peu d'individus (N entre 1 et 3) et ont donc été exclues. Il s'agit des pères homosexuels, des pères célibataires au moment de la conception, des parents ayant adopté ou ayant eu recours à la gestation pour autrui, des mères homosexuelles ayant conçu autrement que par la PMA ainsi que des femmes célibataires ayant mentionné un don de gamètes avec une conception naturelle. Malheureusement, nous avons dû également exclure les personnes ayant mentionné un don d'ovocytes ou un double don, tant leur nombre était restreint.

En raison de la grande disparité entre les différents groupes de sujets, les données présentent des variances très grandes et la normalité est très faible. Les données extrêmes ont donc également été supprimées afin de ne pas biaiser les résultats.

Malgré cela, les données restent encore non-paramétriques. L'utilisation d'Anova à plusieurs variables et les post-hoc tests (qui généraient généralement beaucoup de comparaisons) ont été évitées au possible. Nous avons donc recodifié les données afin de pouvoir appliquer un maximum de tests non paramétriques (Mann-Whitney et Kruskal-Wallis) plus adaptés à nos données.

2. Statistiques descriptives :

Notre échantillon final se compose donc de **649 protocoles, dont 519 sont des parents ayant conçu naturellement (NAT) et 130 sont des parents avec un parcours de procréation médicalement assistée (PMA).**

La figure 1 représente la répartition selon le mode de conception.

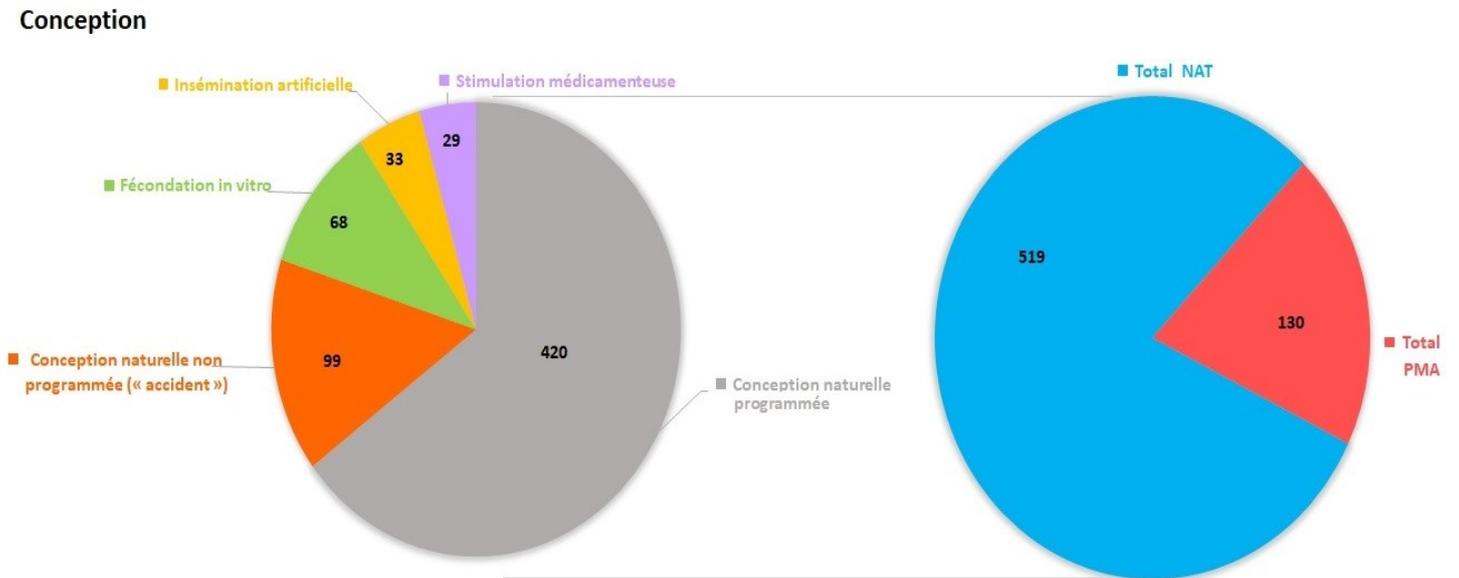


Figure 1. Nombres de sujets selon le mode de conception.

La figure 2 représente la répartition du nombre de mères et des pères dans chacun des groupes.

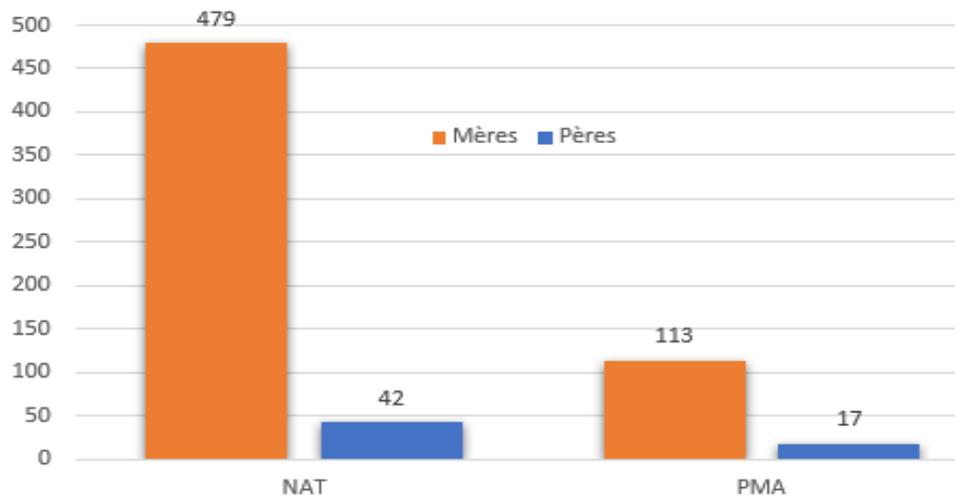


Figure 2. Nombres de sujets selon le sexe dans chacune des deux catégories, PMA et NAT.

3. Hypothèses principales

Hypothèse 1 concernant LE RECOURS À LA PMA

Un historique de parcours de PMA n'influence pas le sentiment de compétence parentale.

Les données étant non-paramétriques, nous avons utilisé le test de Mann-Whitney pour comparer les groupes PMA et NAT sur le plan du sentiment de compétence parentale global et des deux sous-dimensions (efficacité et satisfaction).

Le sentiment de compétence global, bien que statistiquement non significatif ($U= 3063$, $p= 0.062$), montre néanmoins que les parents du groupe PMA ($M=71.4$, $SD=10.31$) ont une **tendance** à avoir un sentiment de compétence parentale plus élevé que ceux du groupe NAT ($M=69.5$, $SD=10.25$).

Nous obtenons une différence significative pour le sentiment de satisfaction ($U= 28435$, $p : 0.006$).

Les parents du groupe PMA ($M=41.4$, $SD=6.91$) **ont un sentiment de satisfaction plus élevé que ceux du groupe NAT** ($M=39.5$, $SD=7.05$).

Il n'y a pas de différence significative concernant le sentiment d'efficacité.

La figure 3 représente les différences des moyennes et variances du sentiment de compétence parentale, du sentiment d'efficacité et du sentiment de satisfaction entre les deux groupes.

Notre hypothèse est donc infirmée : il existe une différence significative entre les parents ayant eu recours à la PMA et ceux qui ont conçu leur enfant naturellement. Les parents PMA ont un sentiment de satisfaction et une tendance à avoir un sentiment de compétence global plus élevé que les parents qui ont conçu naturellement.

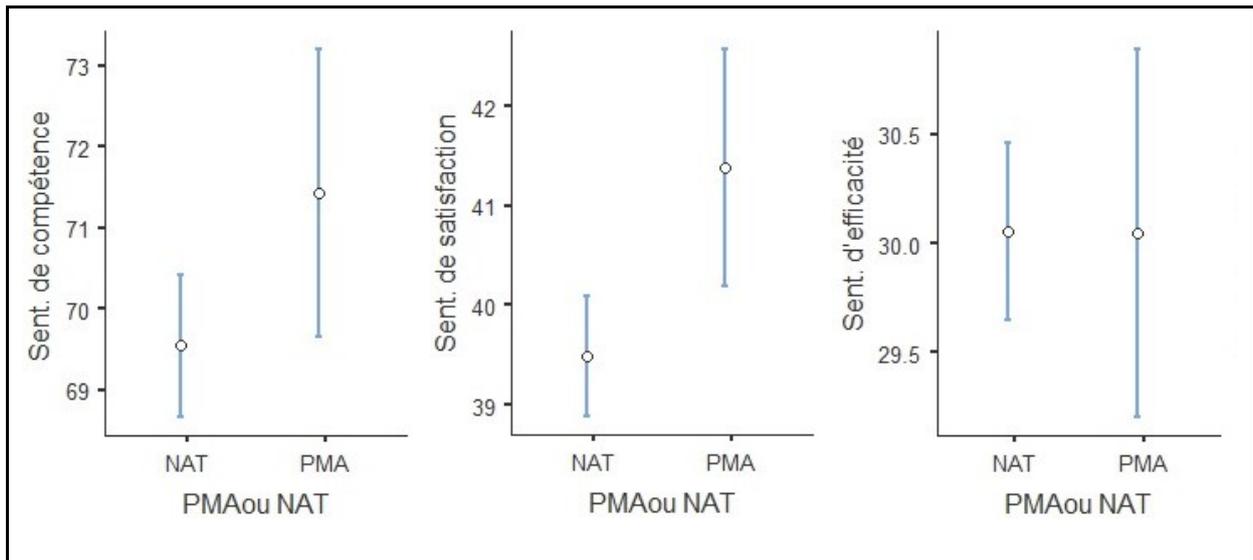


Figure 3. Différences des moyennes et variances du sentiment de compétence parentale, du sentiment d'efficacité et du sentiment de satisfaction entre les groupes NAT et PMA.

Il est intéressant de mentionner que les deux catégories (PMA et NAT), bien que présentant des différences significatives, ont toutes deux des sentiments de satisfaction et de compétence élevés, ainsi qu'un sentiment d'efficacité dans la moyenne supérieure.

La figure 4 représente de manière schématique les moyennes du sentiment d'efficacité, de satisfaction et de compétence des groupes NAT et PMA selon les Cut-off scores.

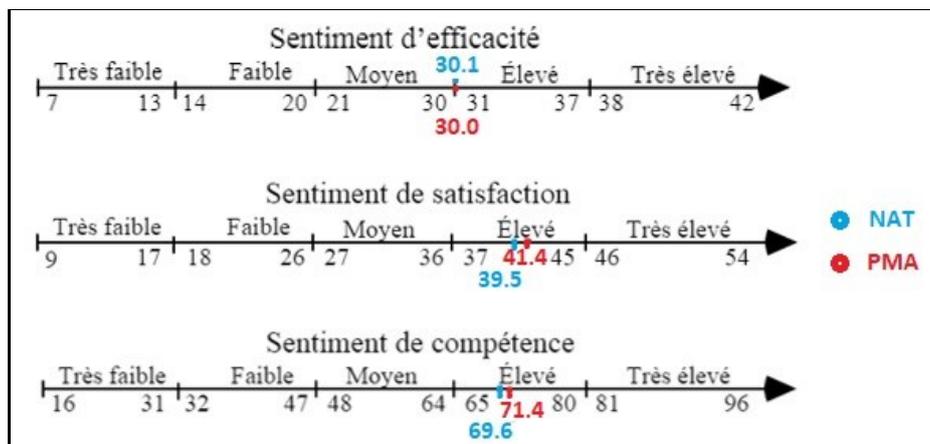


Figure 4. Moyennes du sentiment d'efficacité, de satisfaction et de compétence des groupes NAT et PMA selon les Cut-off scores.

Hypothèse 2 concernant LE DON DE SPERME ET LES MÈRES HOMOSEXUELLES

Il n'y a pas de différences empiriquement significatives, ni dans le cas d'un don de sperme, ni chez les couples lesbiens, par rapport aux parents ayant conçu naturellement.

DON DE SPERME :

L'analyse par le test non paramétrique de Mann-Whitney de **la variable seule « don de sperme » ne donne pas de différence significative** ($U_{\text{compétence}} = 7000$, $p = 0.240$; $U_{\text{satisfaction}} = 7283$, $p = 0.383$; $U_{\text{efficacité}} = 6698$, $p = 0.134$).

Par contre, le groupe « sans don de sperme » comprend à la fois des sujets ayant conçu naturellement, mais aussi des sujets PMA qui n'ont pas eu de don (utilisation du sperme du conjoint). Les sujets du groupe ayant bénéficié d'un don de sperme sont par contre tous exclusivement des parents PMA.

De ce fait et en rajoutant la non-normalité, une ANOVA à plusieurs facteurs n'était pas envisageable.

Nous avons donc codé nos données différemment afin d'obtenir **trois groupes : un groupe de conception naturelle (donc sans don de sperme), un groupe PMA sans don de sperme et un groupe PMA avec don de sperme.**

Nous avons analysé leur sentiment de compétence, d'efficacité et de satisfaction à l'aide du test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

Seul le sentiment de satisfaction montrait une différence significative ($\chi^2 : 2 = 7.53$, $p = 0.019$).

La comparaison deux à deux (pairwise) montre uniquement un sentiment de satisfaction significativement **plus élevé chez les parents du groupe PMA sans don de sperme par rapport au groupe NAT.**

Le sentiment de satisfaction ne diffère statistiquement pas entre les parents du groupe NAT et les parents ayant reçu un don de sperme dans le cadre de leur parcours PMA. Il ne diffère pas non plus entre les parents du groupe PMA sans don et les parents PMA avec don.

Tableau 1. Résultats des comparaisons 2 à 2 du sentiment de satisfactions sur les groupes NAT, PMA avec don, et PMA sans don.

Pairwise comparisons - Sent. de satisfaction		W	p
NAT	PMA avec don	1.551	0.516
NAT	PMA sans don	3.795	0.020
PMA avec don	PMA sans don	0.288	0.977

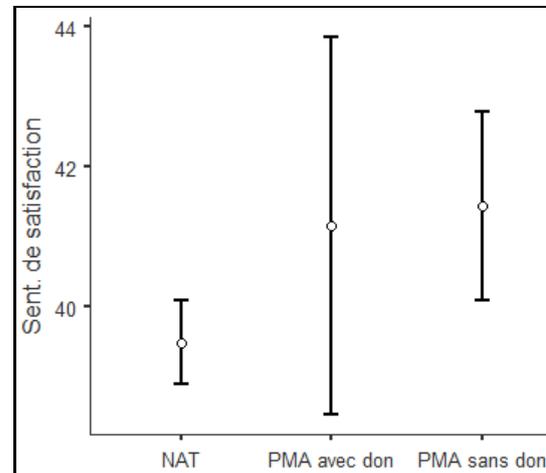


Figure 5. Différence des moyennes et variances du sentiment de satisfaction entre les groupes NAT, PMA avec don et PMA sans don.

Notre hypothèse est donc confirmée : il n'y a pas de différence significative dans le cas d'un don de sperme.

MÈRES HOMOSEXUELLES :

L'analyse de la situation relationnelle au moment de la conception par un test de Kruskal-Wallis ne montre pas de différences (de sentiment de compétence, efficacité et satisfaction) entre le fait d'être une mère homosexuelle, une mère célibataire ou un parent hétérosexuel.

Cependant, nous voulions savoir si cela différait entre le groupe PMA et NAT.

Afin de tester notre hypothèse concernant les mères homosexuelles, une ANOVA n'était à nouveau pas possible puisque nous n'avions pas de mères homosexuelles ayant conçu naturellement et un principe de normalité non présent.

Nous avons donc catégorisé nos données selon les groupes suivants : mères homosexuelles, parents hétérosexuels PMA, parents hétérosexuels NAT, femmes célibataires PMA et femmes célibataires NAT.

Nous les avons ensuite soumis au test de Kruskal-Wallis qui ne montre pas de différence statistiquement significative malgré un sentiment de satisfaction dans la limite ($U= 9.21$, $p= 0.056$). Les comparaisons deux à deux n'ont pas fait ressortir de différences significatives du sentiment de satisfaction sur les groupes pairés.

Nous avons poussé les regroupements encore plus loin en comparant les données selon 3 catégories : mères homosexuelles, autres parents ayant eu recours à la PMA et les parents ayant conçu naturellement.

Le test de Kruskal-Wallis est ici significatif ($U= 8.29$, $p= 0.016$), mais **la comparaison deux à deux fait ressortir la différence des autres parents PMA (qui montrent une tendance à avoir un sentiment de satisfaction plus élevé) par rapport aux parents NAT, mais pas avec les femmes homosexuelles** ($W= 3.318$, $p= 0.050$).

Notre hypothèse est donc confirmée : il n'y a pas de différence significative du sentiment de compétence parentale entre les femmes homosexuelles et les parents ayant conçu naturellement

Le tableau 2 représente les résultats des comparaisons pairées à l'issue du Kruskal Wallis.

Tableau 2. Résultats des comparaisons deux à deux du sentiment de satisfaction entre les groupes femme homosexuelle, parent NAT et parent PMA.

Pairwise comparisons - Sent. de satisfaction			
		W	p
Femme homosexuelle	Parent NAT	-2.624	0.152
Femme homosexuelle	Parent PMA	-0.950	0.780
Parent NAT	Parent PMA	3.318	0.050

Conclusions sur les hypothèses principales

- ✓ **H. 1 =** Les parents ayant un parcours de PMA ont un sentiment de satisfaction statistiquement plus élevé que ceux qui ont conçu naturellement. Les parents du groupe PMA présentent également une tendance à avoir un sentiment de compétence global plus élevé que ceux du groupe NAT. Le sentiment d'efficacité ne diffère pas.
- ✓ **H. 2 =** Le sentiment de compétence, d'efficacité et de satisfaction n'est statistiquement pas différent chez les parents ayant bénéficié d'un don de sperme comparativement aux autres parents du groupe PMA et aux parents ayant conçu naturellement.
- ✓ Les mères homosexuelles ne présentent pas de différences significatives concernant leurs sentiments de compétence parentale, d'efficacité et de satisfaction comparativement aux autres parents du groupe PMA et ceux ayant conçu naturellement.

4. Hypothèses secondaires

Hypothèse 3 concernant le MODE DE CONCEPTION

**Le sentiment de compétence parentale est plus faible lors de FIV par rapport aux IAC.
Le sentiment de compétence parentale est également plus faible lors d'IAC par rapport aux stimulations médicamenteuses.**

COMPARAISON FIV vs IAC

L'analyse de l'ensemble des différents modes de conception sur la totalité de notre échantillon, à l'aide du test de Kruskal-Wallis, n'a pas mis en lumière de différence significative.

Nous avons voulu pousser l'analyse plus loin et surtout réduire les biais possibles dus à la non-normalité et aux comparaisons multiples.

Les études antérieures se sont principalement concentrées sur les inséminations avec donneur (Golombok & Owen, 2009), mais pas sur les IAC, ce que nous avons souhaité faire.

Dans un premier temps nous avons donc repris uniquement les sujets ayant eu recours à une FIV avec le sperme du conjoint ou une insémination avec le sperme du conjoint (IAC).

Cela nous a permis de retrouver une normalité et une variance correcte. Nous avons donc pu appliquer un test paramétrique (plus puissant) : le test de Student.

Le test de Student ne montre **pas de différence significative entre les deux groupes** ($t_{\text{compétence}} : 73.0 = -1.758, p = 0.103$; $t_{\text{satisfaction}} : 73.0 = -1.547, p = 0.126$; $t_{\text{efficacité}} : 73.0 = -1.560, p = 0.123$).

COMPARAISON IAC vs STIMULATION MÉDICAMENTEUSE

Dans un deuxième temps, nous avons donc appliqué la même méthodologie pour comparer le groupe IAC avec le groupe de parents ayant effectué des stimulations médicamenteuses.

Nous avons pu appliquer un test de Student également, mais qui n'a montré ici aucune différence significative entre les deux groupes ($t_{\text{compétence}} : 44.0 = 1.35, p = 0.184$; $t_{\text{satisfaction}} : 44.0 = 1.31, p = 0.199$; $t_{\text{efficacité}} : 44.0 = 1.04, p = 0.305$).

Les parents du groupe IAC n'ont donc pas un sentiment de compétence parentale, de satisfaction et d'efficacité statistiquement différent des parents du groupe stimulation.

À titre informatif, il n'y avait également pas de différence significative entre le groupe FIV et le groupe stimulation selon cette méthode.

Notre hypothèse n'est donc pas confirmée : Il n'y a pas de différences de sentiment de compétence global, de satisfaction et d'efficacité ni entre le groupe FIV et le groupe IAC, ni entre le groupe IAC et le groupe stimulation.

Hypothèse 4 concernant LE GENRE (PÈRES/MÈRES)

Il n'y a pas de différence significative concernant le sentiment de compétence parentale entre pères et mères ayant eu recours à la PMA.

Dans un premier temps, nous avons analysé l'ensemble de nos données à l'aide du test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Nous avons catégorisé nos sujets selon 4 groupes : pères PMA, pères NAT, mères PMA et mères NAT.

Les résultats montrent une différence significative au niveau de sentiment de satisfaction ($\chi^2 : 3 = 10.70, p = 0,013$), mais les comparaisons deux à deux font ressortir un sentiment de satisfaction plus faible uniquement chez les mères PMA comparativement aux mères ayant conçu naturellement ($W = 3.739, p = 0.041$).

Il faut mentionner que la normalité est excessivement faible ($p < 0.001$).

Notre hypothèse désirant se focaliser sur les pères et mères du groupe PMA, nous avons donc souhaité analyser uniquement ces sujets avec un test de Mann-Whitney.

Les résultats ne montrent aucune différence entre les pères et les mères ayant eu recours à la PMA concernant leur sentiment de compétence, de satisfaction et d'efficacité ($U_{\text{compétence}} = 837, p = 0.395$; $U_{\text{satisfaction}} = 904, p = 0.696$; $U_{\text{efficacité}} = 794, p = 0.251$).

Nous avons fait de même dans le **groupe conception naturelle**, ce qui a permis de montrer une **tendance des pères à avoir un sentiment d'efficacité et de compétence globale plus élevées que les mères** ($U_{\text{compétence}} = 7916, p = 0.068$; $U_{\text{satisfaction}} = 8098, p = 0.104$; $U_{\text{efficacité}} = 794, p = 0.088$).

Leur sentiment de de satisfaction ne diffère statistiquement pas.

Ces résultats vont dans le sens des théories sur lesquelles se base notre postulat (Bachand Y., 2013 ; Mc Mahon *et al.*, 1997 ; Gibson *et al.*, 1997 ; Mc Mahon *et al.*, 2003) à savoir qu'il existe des différences dans la population générale, principalement au niveau du sentiment d'efficacité pour les pères, mais qu'on ne retrouve pas ces différences chez les parents PMA.

Notre hypothèse est donc confirmée : il n'y a pas de différence significative entre les pères et mères du groupe PMA.

Hypothèse 5 concernant L'ÂGE DE L'ENFANT

Le sentiment de compétence parentale est plus faible chez les parents d'enfants âgés de moins de 6 mois ayant eu recours à la PMA, comparativement aux parents d'enfants de moins de 6 mois ayant conçu naturellement. De plus, il est également plus faible que celui des parents d'enfants plus âgés des deux groupes (PMA et conception naturelle).

DANS LA POPULATION TOTALE

Nos données ont été catégorisées selon l'âge de l'enfant comme suit : 0-6 mois, 6 mois-1 an, 1-2 ans, 2-3 ans, 3-4 ans, 4-5 ans et 5 ans-5ans, 11 mois.

Nous avons tout d'abord effectué un test non paramétrique de Kruskal-Wallis sur **l'ensemble de notre échantillon**.

Celui-ci s'est avéré positif pour le sentiment de satisfaction ($X^2 : 6 = 24.31, p < 0.001$) et de compétence ($X^2 : 6 = 19.28, p = 0.004$), mais pas pour le sentiment d'efficacité ($X^2 : 6 = 8.08, p = 0.232$).

La comparaison deux à deux montre que **les parents, dont l'enfant à moins de 6 mois, ont un sentiment de satisfaction et de compétence significativement plus élevés que les parents d'un enfant âgé de 2 à 3 ans** ($W_{\text{satisfaction}} = 5.396, p = 0.003$; $W_{\text{compétence}} = 4.5799, p = 0.021$), **de 3 à 4 ans** ($W_{\text{satisfaction}} = 5.301, p = 0.003$; $W_{\text{compétence}} = 4.2658, p = 0.041$) **ainsi que ceux âgés de 4 à 5 ans** ($W_{\text{satisfaction}} = 4.864, p = 0.010$; $W_{\text{compétence}} = 4.5828, p = 0.020$).

La figure 6 représente les différences de moyennes et de variances du sentiment de satisfaction et de compétence selon l'âge de l'enfant.

Il est intéressant de voir que ces deux sentiments présentent un design similaire. Les courbes montrent des sentiments de satisfaction et de compétence au plus haut entre 0 et 6 mois, qui

diminuent ensuite entre 6 mois et 2 ans, avant de se stabiliser entre 2 et 5 ans, pour finalement remonter après 5 ans.

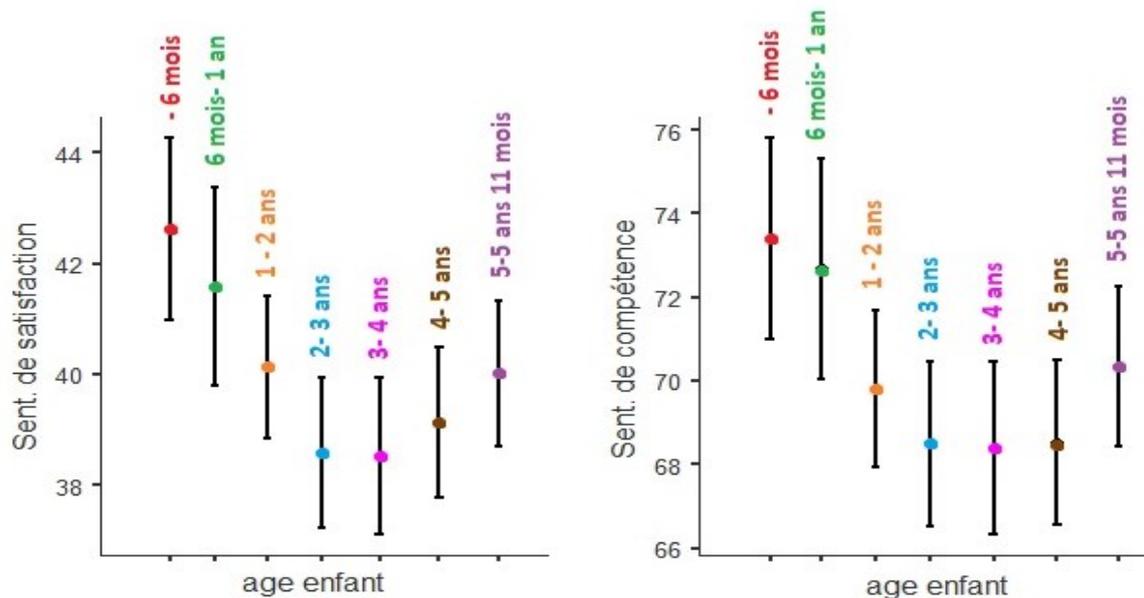


Figure 6. Différences de moyennes et de variances du sentiment de satisfaction et de compétence selon l'âge de l'enfant dans l'échantillon total.

DANS LE GROUPE PMA

Nous voulions donc savoir si les résultats suivaient le même schéma **dans le groupe composé uniquement de parents ayant eu recours à la PMA**, ce qui irait à l'opposé de notre hypothèse.

Le test de Kruskal Wallis ne montre ici aucune différence selon l'âge de l'enfant chez les parents du groupe PMA ($X^2_{\text{compétence}} : 6 = 2.50, p = 0.868$; $X^2_{\text{satisfaction}} : 6 = 4.95, p = 0.551$; $X^2_{\text{efficacité}} : 6 = 2.34, p = 0.886$).

Les parents d'enfants de moins de 6 mois du groupe PMA ont un sentiment de compétence, de satisfaction et d'efficacité statistiquement comparable aux autres parents du groupe PMA.

La figure 7 représente le sentiment de compétence parentale dans le groupe PMA, il apparaît très clairement, que la courbe n'est pas similaire au design de la population totale (cf. figure 7.)

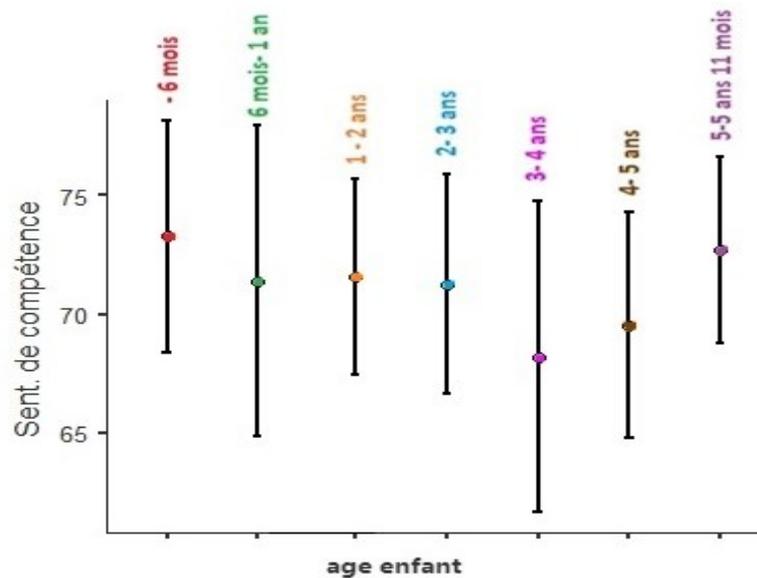


Figure 7. Moyennes et variances du sentiment de compétence parentale selon l'âge de l'enfant dans le groupe PMA.

COMPARAISON ENTRE PMA ET NAT

Afin de tester la dernière partie de notre hypothèse, nous avons donc comparé les parents d'un enfant de moins de 6 mois du groupe PMA aux différentes catégories d'âge du groupe NAT.

Le test de Kruskal-Wallis est indicatif pour le sentiment de satisfaction ($\chi^2 : 7 = 24.73, p < 0.001$) et de compétence ($\chi^2 : 7 = 21.17, p = 0.004$), mais pas pour le sentiment d'efficacité.

Les comparaisons deux à deux n'ont pas montré de différences significatives concernant les parents d'enfants de moins de 6 mois du groupe PMA.

Les résultats montrent un sentiment de satisfaction plus élevé chez les parents d'enfant de moins de 6 mois du groupe NAT, comparativement aux autres parents du groupe NAT dont l'enfant a entre 2 et 3 ans, 3 et 4 ans ou 4 et 5 ans.

Le sentiment de compétence est également plus élevé chez les parents d'un enfant de moins de 6 mois du groupe NAT par rapport aux parents d'un enfant âgé entre 2 et 3 ans. Ils ont également tendance à avoir un sentiment de compétence parentale plus élevé que ceux du groupe NAT dont l'enfant a entre 4 et 5 ans.

Dans l'optique de nous assurer que nos analyses ne sont pas biaisées par la grande quantité d'intercomparaisons, nous avons étudié uniquement les parents d'enfants de moins de 6 mois du groupe PMA et NAT.

Nous avons appliqué un test non paramétrique de Mann-Whitney.

L'analyse confirme qu'il n'y a **pas de différence significative** ($U_{\text{compétence}} = 454, p = 0.951$; $U_{\text{satisfaction}} = 459, p = 1.000$; $U_{\text{efficacité}} = 459, p = 1.000$) **entre les parents d'un enfant de moins de 6 mois ayant eu recours à la PMA et ceux dont l'enfant a également moins de 6 mois, mais avec une conception naturelle.**

La figure 8 représente les moyennes et variances du sentiment de compétence parentale, de satisfaction et d'efficacité de ces deux groupes.

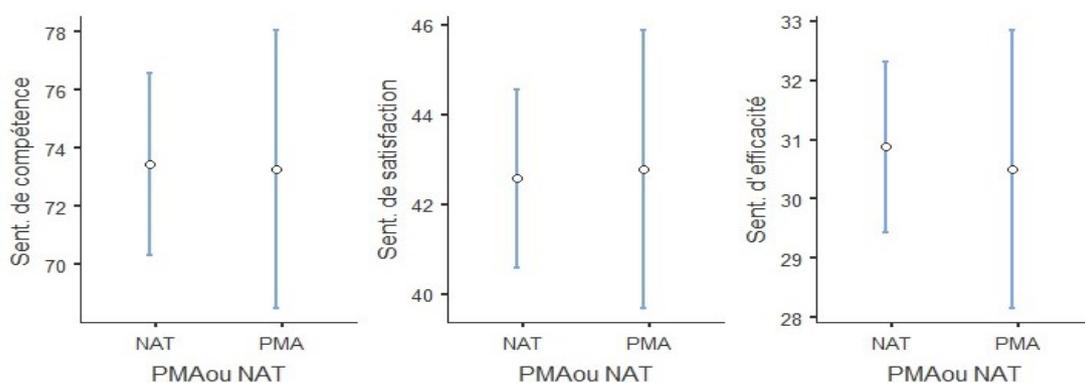


Figure 8. Moyennes et variances du sentiment de compétence, de satisfaction et d'efficacité des parents d'un enfant de moins de 6 mois des groupes NAT et PMA.

Notre hypothèse est donc infirmée : le sentiment de compétence parentale ne diffère pas chez les parents d'un enfant âgé de moins de 6 mois ayant eu recours à la PMA, ni comparativement aux parents d'un enfant de moins de 6 mois ayant conçu naturellement ni comparativement aux parents d'un enfant plus âgé des deux groupes (PMA et conception naturelle).

REMARQUE CONCERNANT LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE, DE SATISFACTION ET D'EFFICACITÉ

Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le groupe PMA concernant l'âge des parents, de la raison de l'infertilité ou de la situation relationnelle actuelle (à savoir le fait d'être toujours en couple, d'avoir changé de partenaire, d'être séparé et célibataire, ou d'être toujours célibataire).

Les résultats montrent certaines différences entre les parents français et belges que le lecteur peut retrouver en ANNEXE D.

Hypothèse 6 et 7 concernant LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

Il n'y a pas de différence significative de la dépression et l'anxiété entre les parents ayant conçu par PMA et les parents ayant conçu naturellement.

Pour rappel, les cuts off score de l'échelle de dépression et d'anxiété – HADS Total – sont les suivants :

0 à 14 : pas de troubles anxio-dépressifs

15 à 42 : existence de troubles anxio-dépressifs

Pour les sous-dimensions anxiété et dépression, les cut off scores sont les suivants pour chacune d'elles :

0 à 7 : absence de troubles anxieux ou dépressifs
8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs pressentis
11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés

Le tableau 3 représente les moyennes et classification selon cut off score de chaque groupe pour l'anxiété, la dépression et le total de l'échelle HADS.

Tableau 3. Moyennes et classification selon cut off score de chaque groupe pour l'anxiété, la dépression et le total de l'échelle HADS.

	Groupe	N	Moyennes	
Anxiété	NAT	519	9.30	Troubles anxieux pressentis
	PMA	130	8.87	Troubles anxieux pressentis
Dépression	NAT	519	5.50	Absence de troubles dépressifs
	PMA	130	4.82	Absence de troubles dépressifs
Total Hads	NAT	519	14.80	Absence de troubles anxio-dépressifs
	PMA	130	13.69	Absence de troubles anxio-dépressifs

Il est intéressant de voir que les parents PMA et NAT se situent dans les mêmes classifications selon les cut-off scores.

Nous allons maintenant voir s'il existe des différences statistiquement significatives.

Dans cet objectif, nous avons utilisé le test non paramétrique de Mann-Withney (car la normalité n'est pas respectée).

Les résultats du test sont significatifs uniquement pour la **dépression** (U= 29414, p= 0.023).

Il apparait donc que **les parents ayant conçu naturellement présentent des scores de dépression statistiquement plus élevés que ceux du groupe PMA.**

On trouve également une **tendance** ($U= 30389$, $p= 0.080$) des parents NAT à avoir un score global de l'échelle HADS plus élevé que les parents PMA.

On ne retrouve pas de différence significative pour **l'anxiété** ($U= 31663$, $p= 0.277$).

La figure 9 représente les moyennes et variances des groupes PMA et NAT pour l'anxiété, la dépression et le total de l'HADS.

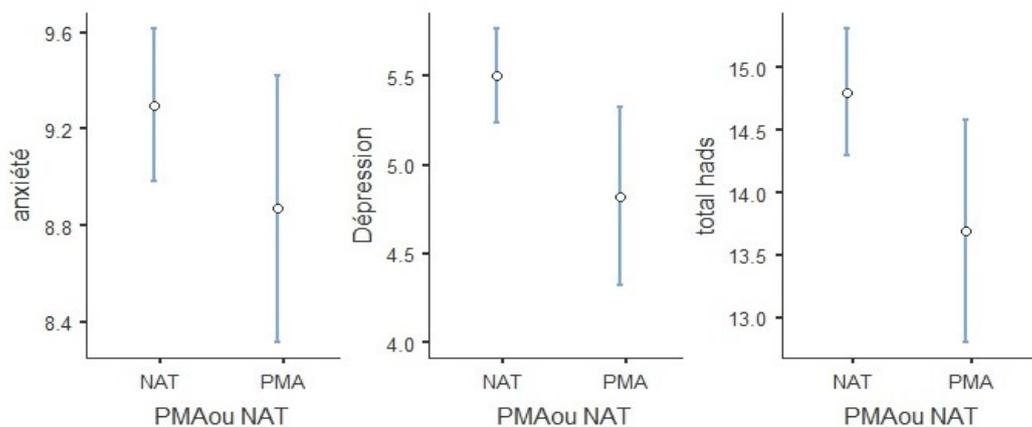


Figure 9. Moyennes et variances des groupes PMA et NAT pour l'anxiété, la dépression et le total de l'HADS.

Notre hypothèse est donc infirmée : il existe une différence significative puisque les parents ayant conçu naturellement présentent des scores de dépression plus élevés que les parents PMA. Cette tendance ne se retrouve pas dans le cadre de l'anxiété.

Nous avons également souhaité effectuer différentes analyses qui suivent la même méthodologie que pour le sentiment de compétence parentale.

DON DE SPERME

Le test de Kruskal-Wallis et ses comparaisons deux à deux n'ont pas montré de différences significatives de l'anxiété et de la dépression entre les groupes conception naturelle, PMA avec don et PMA sans don.

MÈRES HOMOSEXUELLES

Le test de Kruskal-Wallis et ses comparaisons deux à deux montrent que **les mères homosexuelles sont moins anxieuses que les autres parents ayant conçu naturellement** ($W=3.349$, $p=0.047$), ainsi qu'une **tendance** à avoir des scores d'anxiété moins élevés que les autres parents ayant eu recours à la PMA ($W=3.215$, $p=0.060$).

Il n'y a pas de différence entre ces groupes concernant la dépression.

COMPARAISON FIV-IAC ET IAC-STIMULATION

Le test t de Student (normalité et variance respectées) a mis en lumière une **tendance** presque significative ($t : 73.0=1.964$, $p=0.053$) des parents ayant eu recours à une fécondation *in vitro* avec le sperme du conjoint à avoir des scores d'anxiété plus élevés que les parents ayant eu recours à une IAC.

Il n'y a pas de différence entre ces deux groupes concernant la dépression ($t : 73.0=0.717$, $p=0.476$) et le total HADS ($t : 73.0=1.624$, $p=0.109$).

Les analyses n'ont démontré aucune différence significative entre le groupe IAC et le groupe stimulation concernant l'anxiété ($t : 44.0=-0.526$, $p=0.601$), la dépression ($t : 44.0=-0.295$, $p=0.769$) et l'échelle totale HADS ($t : 44.0=-0.489$, $p=0.628$).

COMPARAISON PÈRES-MÈRES

Il est intéressant de voir qu'il existe une différence sur le plan de la dépression dans le groupe PMA, alors que dans le groupe NAT, elle se retrouve au niveau de l'anxiété. Ces différences ont une influence dans les deux groupes sur le total de l'HADS.

Tableau 4. Résultats des tests de Mann-Whitney concernant l'anxiété, la dépression et le total HADS dans les groupes PMA et NAT.

Independent Samples T-Test Groupe PMA				Independent Samples T-Test GROUPE NAT			
		statistic	p			statistic	p
anxiété	Mann-Whitney U	731	0.111	Anxiété	Mann-Whitney U	6717	0.002
Dépression	Mann-Whitney U	633	0.023	Dépression	Mann-Whitney U	8674	0.318
total hads	Mann-Whitney U	652	0.033	Total hads	Mann-Whitney U	7441	0.019

Les **pères** présentent un score de **dépression** (M= 3.41, SD= 2.79) et du total de l'HADS (M= 11.18, SD= 4.88) **plus faible** que les mères dans le groupe **PMA** ($M_{\text{dépression}}= 5.04$, SD= 2.87 ; $M_{\text{Hads}}= 14.07$, SD= 5.12).

Dans le groupe **NAT**, les **pères** présentent un score **d'anxiété** (M= 7.47, SD= 3.16) et du total de l'HADS (M=12.53, SD= 6.07) **plus faible** que les mères ($M_{\text{anxiété}}= 9.45$, SD= 3.68 ; $M_{\text{Hads}}= 14,99$, SD= 5.85).

REMARQUE CONCERNANT LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

Nous n'avons pas retrouvé d'effets significatifs de l'âge de l'enfant, de l'âge lors de la conception, des causes d'infertilité ou de la situation relationnelle actuelle (à savoir le fait d'être toujours en couple, d'avoir changé de partenaire, d'être séparé et célibataire, ou d'être toujours célibataire).

Les résultats montrent certaines différences entre les parents français et belges que le lecteur peut retrouver en ANNEXE D.

L'influence des scores de dépression et d'anxiété sur le sentiment de compétence parentale est moins importante dans la population du groupe PMA que chez les parents ayant conçu naturellement.

Afin de tester notre hypothèse, nous avons choisi d'effectuer des régressions linéaires (plus puissantes et précises que des corrélations simples) et de comparer les résultats entre le groupe PMA et le groupe NAT.

Le tableau 5 a été construit afin de permettre au lecteur d'avoir une vue d'ensemble des régressions.

Tout d'abord, notons que les régressions présentées ici sont toutes significatives ($p < 0.001$). Il apparaît que toutes ces relations sont des rapports négatifs. Cela signifie que, dans les deux groupes, plus les scores de l'HADS ou de ses 2 sous-dimensions (dépression et anxiété) augmentent, plus le sentiment de compétence ou de ses 2 sous-dimensions (satisfaction ou efficacité) diminue.

Les variables de dépression, d'anxiété et du total de l'HADS expliquent entre 8.31 et 26.5% de la variance du sentiment de compétence, de satisfaction et d'efficacité selon les groupes PMA ou NAT.

Ces résultats montrent que **le coefficient de détermination R^2 est toujours supérieur dans le groupe NAT**, bien que la différence soit parfois assez faible.

Évidemment, les différences les plus marquées sont les régressions qui utilisent les variables dont nous avons déjà retrouvé des différences significatives entre les deux groupes, à savoir le sentiment de satisfaction et la dépression. On peut par exemple voir que les scores de dépression expliquent 12.7% du sentiment de satisfaction dans le groupe PMA, alors que dans le groupe NAT, les scores de dépression influencent le sentiment de satisfaction à 21.9%.

Tableau 5. Résultats des régressions linéaires des variables dépression, anxiété et total HADS sur le sentiment de compétence parentale, le sentiment de satisfaction et le sentiment d'efficacité des groupes PMA et NAT.

<i>Linear regressions</i>	PMA	NAT
Dependent variable = SENTIMENT DE COMPÉTENCE Covariate = TOTAL HADS	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.222 (22.2%) ESTIMATE= - 0.941 F = 36.5 t = - 6.04	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.265 (26.5%) ESTIMATE= - 0.896 F = 186 t = - 13.6
Dependent variable = SENTIMENT DE COMPÉTENCE Covariate = DÉPRESSION	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.150 (15%) ESTIMATE= - 1.57 F = 22.5 t = - 4.75	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.225 (22.5%) ESTIMATE= - 1.58 F = 150 t = - 12.2
Dependent variable = SENTIMENT DE COMPÉTENCE Covariate = ANXIÉTÉ	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.165 (16.5%) ESTIMATE= - 1.30 F = 25.4 t = - 5.04	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.183 (18.3%) ESTIMATE= - 1.19 F = 116 t = - 10.8
Dependent variable = SENTIMENT DE SATISFACTION Covariate = TOTAL HADS	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.204 (20.4%) ESTIMATE= - 0.604 F = 32.8 t = - 5.72	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.254 (25.4%) ESTIMATE= - 0.602 F = 176 t = - 13.3
Dependent variable = SENTIMENT DE SATISFACTION Covariate = DÉPRESSION	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.127 (12.7%) ESTIMATE= - 0.849 F = 18.7 t = - 4.32	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.219 (21.9%) ESTIMATE= - 1.07 F = 145 t = - 12.1
Dependent variable = SENTIMENT DE SATISFACTION Covariate = ANXIÉTÉ	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.162 (16.2%) ESTIMATE= - 0.864 F = 24.7 t = - 4.97	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.172 (17.2%) ESTIMATE= - 0.796 F = 108 t = - 10.4
Dependent variable = SENTIMENT D'EFFICACITÉ Covariate = TOTAL HADS	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.125 (12.5%) ESTIMATE= - 0.337 F = 18.4 t = - 4.29	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.134 (13.4%) ESTIMATE= - 0.293 F = 80.3 t = - 8.96
Dependent variable = SENTIMENT D'EFFICACITÉ Covariate = DÉPRESSION	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.0964 (9.64%) ESTIMATE= - 0.525 F = 13.7 t = - 3.70	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.110 (11.0%) ESTIMATE= - 0.508 F = 64.0 t = - 8.00
Dependent variable = SENTIMENT D'EFFICACITÉ Covariate = ANXIÉTÉ	P < 0.001 Df = 128 R² = 0.0831 (8.31%) ESTIMATE= - 0.440 F = 11.6 t = - 3.41	P < 0.001 Df = 517 R² = 0.0961 (9.61%) ESTIMATE= - 0.397 F = 55.0 t = - 7.41

Notre hypothèse est donc confirmée : l'influence des scores de dépression et d'anxiété sur le sentiment de compétence parentale, de satisfaction et d'efficacité est moindre dans le groupe PMA que dans le groupe NAT.

Conclusions des hypothèses secondaires

- ✓ **H. 3 =** Il n'y a pas de différences de sentiment de compétence global, de satisfaction et d'efficacité ni entre le groupe FIV et le groupe IAC, ni entre le groupe IAC et le groupe stimulation.
- ✓ **H. 4 =** Il n'y a pas de différence de sentiment de compétence parentale, de satisfaction et d'efficacité entre les pères et les mères ayant eu recours à la PMA alors qu'on retrouve une tendance des pères à avoir un sentiment d'efficacité et de compétence global plus élevé que les mères dans le groupe de parents ayant conçu naturellement.
- ✓ **H.5 =** Il n'y a pas de différence significative du sentiment de compétence parentale, de satisfaction et d'efficacité chez les parents d'un enfant de moins de 6 mois ayant eu recours à la PMA comparativement aux parents d'un enfant de moins de 6 mois ayant conçu naturellement. Il n'y a également pas de différence comparativement aux parents d'un enfant plus âgé, qu'ils aient conçu naturellement ou par PMA.
- ✓ **H.6 =** Les parents ayant conçu par PMA présentent des scores de dépression statistiquement plus faibles que ceux ayant conçu naturellement.
- ✓ Il apparaît que les mères homosexuelles sont moins anxieuses que les parents ayant conçu naturellement et ont une tendance à être moins anxieuses que les autres parents du groupe PMA.
- ✓ Il existe une tendance des parents ayant eu recours à une fécondation *in vitro* avec le sperme du conjoint à avoir des scores d'anxiété plus élevés que les parents ayant eu recours à une IAC.
- ✓ Les pères présentent un score de dépression plus faible que les mères dans le groupe PMA, alors que dans le groupe NAT, les pères présentent un score d'anxiété plus faible que les mères.
- ✓ **H.7 =** Les scores de dépression et d'anxiété influencent moins le sentiment de compétence parentale et ses sous-dimensions chez les parents avec un parcours de PMA que chez les parents qui ont conçu naturellement.

B. PARTIE QUALITATIVE

1. Introduction

Dans la première partie de notre étude qualitative, un résumé de l'entretien de chacun des sujets est présenté. En raison des restrictions liées au covid-19, ces entretiens ont eu lieu via appels téléphoniques ou visioconférences.

Pour rappel, ces entretiens semi-directifs avaient pour objectif d'investiguer le vécu intrinsèque du parcours de PMA, l'influence sur le sentiment de compétence parentale, mais également les autres facteurs qui influencent le sentiment de compétence parentale et les besoins des parents pour renforcer celui-ci. Nous avons également investigué la sphère émotionnelle et psychologique ainsi que l'influence du confinement et du coronavirus sur ces parents et leur sentiment de compétence parentale.

Nous avons ensuite retranscrit les éléments majeurs dans un système de matrice. Ceci nous a permis d'effectuer une analyse transversale sur corpus.

Le lecteur peut retrouver les verbatims complets de ces entretiens dans les annexes confidentielles.

Afin de garantir l'anonymat de nos sujets, des prénoms d'emprunts ont été utilisés.

2. Présentation des parents

Nous avons interviewé tous les parents qui ont répondu favorablement à notre demande de participation. Les sujets interrogés sont 13 parents ayant eu recours à la PMA : 5 mères hétérosexuelles, 4 mères homosexuelles, 2 mères qui ont conçu leur enfant seules et 2 pères.

2.1 JESSICA — MÈRE HÉTÉRO — STIM

Jessica est une femme hétérosexuelle. Avec son mari, ils ont 2 enfants. Le premier a 11 ans et a été conçu naturellement. Le deuxième a 5 ans et demi et a été conçu à la suite de stimulation par injections.

Pendant ce parcours d'un an et demi, Jessica a eu 2 fausses-couches, dont une avec curetage à 9 semaines d'aménorrhée.

Elle a trouvé le parcours assez long. Le plus difficile pour elle était de voir ses règles arriver, les échecs des tentatives. Elle trouve également que le discours des gens qui ne vivent pas ce type de parcours a été difficilement supportable. Elle estime que la PMA a quelque chose d'obsessionnel, causé par le rythme, le côté « pas naturel ». Cette obsession a eu un impact négatif sur le couple pendant les essais, mais cela est résolu aujourd'hui. Finalement, elle pense qu'une fois que les enfants sont là, on oublie très vite le parcours PMA.

Elle se sent bien en tant que maman, ne se pose pas trop de questions car elle se sent juste et cohérente par rapport à ses valeurs.

Le parcours PMA n'a, selon elle, pas eu d'influence sur son sentiment de compétence parentale. Elle explique d'ailleurs n'avoir jamais douté de la réussite de la démarche et ne se sentait donc pas « une mauvaise mère » de ne pas réussir à concevoir.

Il semble que son sentiment en tant que maman est plus influencé par le fait d'avoir deux enfants, de ne plus être dans l'inconnu, de savoir ce qu'elle veut et ne veut pas, ce qu'elle nomme « le phénomène de l'expérience ». Elle trouve également qu'elle est plus « cool » en tant que maman. Le regard des gens influence son sentiment de compétence parentale, surtout lorsque les remarques sont positives. Le fait de ne pas reproduire sa propre éducation est également important pour elle. Le comportement positif de ses enfants (ils ont des amis, sont bien intégrés, calmes) l'aide aussi. Elle exprime également l'importance de faire « bloc » avec son époux et d'avoir la même vision de l'éducation, et de rester constante par rapport à elle-même. L'âge de l'enfant l'influence : c'est différent avec un enfant plus jeune. Par contre les difficultés d'allaitement qu'elle a vécues ont influencé négativement son sentiment de compétence parentale. Elle exprime aussi que son état psychologique et émotionnel influence sa vision d'elle-même en tant que maman : elle culpabilise par exemple si ses enfants la voient pleurer. Elle peut exprimer de la culpabilité également lorsqu'elle consacre moins de temps pour faire des activités avec eux.

Le covid -19 a d'ailleurs été vécu positivement par Jessica, car elle avait plus de temps et se sentait moins dans « le rush », ce qui a influencé positivement son sentiment de compétence parentale.

Elle estime d'ailleurs qu'avoir plus de temps et faire plus d'activités avec ses enfants améliorerait ce sentiment.

La PMA a eu une influence sur son vécu de grossesse. Elle se sentait plus stressée et plus angoissée. Cela a perduré quelques mois après la naissance de son deuxième enfant, mais ce n'est plus le cas actuellement. Aujourd'hui elle se sent moins stressée et plus détendue de manière générale. Néanmoins, elle explique également être devenue hypersensible et un peu anxieuse par rapport aux enfants. Elle estime que cela est dû au fait de devenir maman : cela engage de nouvelles responsabilités. Selon elle, ce n'est donc pas une conséquence du parcours PMA.

2.2 VALÉRIE — MÈRE HÉTÉRO — STIM

Valérie est une mère hétérosexuelle. Elle a un enfant de 3 ans conçu par stimulation avec injections. Le parcours PMA a duré 16 mois à cause d'ovaires micropolykystiques. Elle est séparée du père depuis la naissance de son enfant et a actuellement un nouveau compagnon. Elle a vécu ce parcours de manière difficile, principalement à cause des contraintes, des horaires imposés, mais également des effets secondaires (fatigue et perte de cheveux).

Concernant son sentiment de compétence parentale, elle se sent très bien en tant que maman, bien que ça n'ait pas toujours été le cas. Sa séparation a eu une influence négative et a provoqué beaucoup de doutes sur sa capacité à élever seule son enfant, né grand prématuré (28 semaines) et avec des problèmes de santé. Ce contexte a généré beaucoup de culpabilité chez Valérie, surtout la 1^{re} année. Elle exprime l'importance du soutien du corps médical dans ses moments de doutes. La bonne évolution physique (sur le plan de la santé) et psychologique (sur le plan du comportement, des attitudes et relations) de son enfant lui a permis d'améliorer considérablement son sentiment de compétence parentale. Elle exprime également que le temps l'a aidée à « devenir » maman et à se sentir bien en tant que telle.

Voir que son enfant continue de bien évoluer et que ses objectifs en tant que maman sont atteints l'aiderait à se sentir encore mieux dans son rôle de mère. Elle pense que pouvoir

passer plus de temps avec son enfant aurait également un impact positif pour son sentiment de compétence parentale. Elle a d'ailleurs pu expérimenter cela pendant la crise du covid-19 : passer plus de temps avec son enfant dans ces circonstances a été perçu comme positif. Sur les plans émotionnel et psychologique, elle a longtemps eu un fonctionnement « automatique » : elle bloquait, consciemment ou non, ses sentiments afin de « ne pas s'écrouler », suite aux difficultés liées à la naissance et à sa séparation. Aujourd'hui, elle se sent moins stressée et elle relativise plus facilement. Elle s'assume également mieux et se sent plus sûre d'elle.

2.3 MAUD — MÈRE HÉTÉRO — STIM

Maud est une mère hétérosexuelle. Avec son compagnon, ils ont deux enfants de 5 et 2 ans, conçu par stimulation médicamenteuse, suite à un syndrome des ovaires micropolykystiques. Son compagnon a également 3 autres enfants d'une précédente union.

Elle a été légèrement malade à cause des traitements et se sentait un peu stressée à l'idée de devoir passer à l'étape suivante. Toutefois, de manière générale, elle se réjouissait surtout de mettre des choses en place afin d'avancer vers son objectif de devenir mère.

Elle se sent très bien en tant que maman et ne remet que rarement en cause ses choix ou ses idées. Elle s'occupe beaucoup des enfants et est la personne de référence pour tout ce qui les concerne.

Elle reçoit beaucoup de soutien de la part de ses beaux-enfants. Il s'agit d'une famille recomposée qui semble très bien fonctionner. Elle constate que les enfants sont bien dans leur peau, ce qui impacte positivement son sentiment de compétence parentale. Son premier enfant a eu des problèmes de santé à la naissance. Maud en a été séparée pendant les 12 premiers jours de vie et cela a eu un effet néfaste sur son ressenti en tant que maman. Néanmoins, pendant cette période, elle a pu compter sur le soutien du corps médical, ce qui lui permettait de renforcer son sentiment face à son rôle de maman. Aujourd'hui, elle pense qu'avoir plus de retours positifs de la part de son compagnon améliorerait encore son sentiment de compétence parentale.

Selon elle, le parcours PMA pousse à réfléchir encore plus au désir d'enfant et donc quand ils sont là « on est encore plus heureux ».

Elle s'est toujours sentie bien sur les plans émotionnel et psychologique et n'a pas observé de changement, à l'exception d'une période durant laquelle elle a eu des problèmes de thyroïde. Le covid-19 a été perçu comme positif puisque la famille s'est vue encore ressoudée, passant plus de temps tous ensemble.

2.4 AURÉLIE — MÈRE HÉTÉRO — STIM et FIV

Aurélie est une femme hétérosexuelle. Avec son compagnon, ils ont 3 enfants. Le premier a 7 ans et a été conçu naturellement. Le deuxième a 4 ans et a été conçu à l'aide de stimulation médicamenteuse. Le dernier a 1 mois et a été conçu par FIV. Entre chaque enfant, elle a fait des grossesses extra-utérines qui ont abimé ses trompes (raison de la FIV pour le 3^e enfant). Elle n'a pas très bien supporté les stimulations médicamenteuses, et il a été très difficile pour elle de faire le deuil d'une conception naturelle lors du passage à la FIV.

Le couple a été encore plus soudé par la PMA. Ils ont fait ça en « équipe », car le désir d'une grande famille était très fort.

Concernant son sentiment de compétence parentale, elle se sent bien en tant que maman et est plus sereine à chaque nouvelle grossesse et naissance.

La conception par PMA a eu une influence positive selon elle : le couple se dit régulièrement qu'ils ont bien fait de persévérer, et ils profitent encore plus de cette chance. Leur dernier enfant a quelques problèmes de santé, ce qui impacte Aurélie. Elle se demande parfois si ce n'est pas à cause de la fécondation *in vitro* et culpabilise.

Elle se sent moins bien en tant que maman lorsque ses enfants ont des problèmes de santé, accablée par l'impuissance qu'elle ressent. Il semble également qu'avoir plusieurs enfants et être plus âgée, plus mature, l'aide dans son sentiment de compétence parentale. Le temps qu'elle consacre à chaque enfant lui permet également de se sentir bien en tant que mère.

Elle pourrait se sentir encore mieux en tant que maman si elle avait encore plus de temps à leur consacrer. Elle estime d'ailleurs que la situation du covid-19 lui a permis d'avoir une autre vision des choses : c'était positif pour elle de passer plus de temps avec ses enfants, et elle souhaite donc réduire son temps de travail à l'avenir.

Sur les plans émotionnel et psychologique, elle explique que le parcours PMA a été difficile. Elle se « détériorait », à cause des effets secondaires, mais aujourd’hui elle se sent beaucoup plus épanouie et moins stressée.

2.5 NADÈGE — MÈRE HÉTÉRO — FIV

Nadège et son mari ont un enfant de 3 ans, né à la suite d’un parcours PMA qui a duré 4 ans. La cause de leur infertilité est inconnue. Leur enfant a été conçu par fécondation *in vitro*.

Elle a très mal vécu ce parcours. Le rythme de la PMA a impacté négativement son cadre professionnel. Elle ressentait également beaucoup de difficultés à gérer les annonces de grossesses dans son entourage. De plus, la crainte de ne jamais parvenir à être maman amenait un sentiment d’incertitude très difficile à vivre pour elle. Elle explique qu’elle « rêvait » d’ailleurs qu’on trouve une cause organique à leur infertilité, ce qui aurait permis de mettre des solutions en place, selon elle. Son couple a été fragilisé par la PMA, car son mari semblait mieux vivre le parcours qu’elle. Elle a également mal vécu sa grossesse : elle n’a pas « aimé » être enceinte, malgré une grossesse qui s’est bien déroulée sur le plan physique.

La PMA lui a permis de réfléchir longuement sur la parentalité qu’elle souhaitait avoir, surtout sur ce qu’elle ne voulait pas faire. Aujourd’hui, elle est à 95% en adéquation avec ce projet éducationnel parental imaginé tout au long du parcours, ce qui lui procure un bon sentiment de compétence parentale.

La naissance prématurée de son enfant a, par contre, été un évènement qui a perturbé négativement son sentiment en tant que maman. Le soutien médical reçu pendant cette période a permis de la rassurer. Le tempérament (facile) de l’enfant renforce également son sentiment de compétence parentale.

Elle estime aujourd’hui avoir appris à être plus patiente et se sent beaucoup plus positive. Elle se dit plus « consciente de la chance d’avoir ce qu’elle a ».

Elle pourrait se sentir encore mieux en tant que parent si elle passait plus de temps avec son enfant. C’est d’ailleurs ce qu’elle a fait pendant la période de confinement due au covid-19. Cette période lui a permis de prendre plus de temps avec son enfant « sans courir et de se poser ».

2.6 EMILIE — MÈRE HOMO — A PORTÉ L'ENFANT — IAD

Emilie et son épouse sont françaises, elles ont un enfant de 5 ans. Il est né à la suite de 2 inséminations avec donneur en Espagne. Au départ, leur projet était de faire appel à un ami en tant que donneur connu, mais ça ne s'est pas concrétisé. La grossesse fut compliquée, car il s'agissait d'une grossesse gémellaire, mais le deuxième embryon a subi une interruption médicale de grossesse pour cause de handicap. Emilie a dû poursuivre tout le reste de sa grossesse avec son bébé en bonne santé et le jumeau mort dans son ventre.

Le parcours semble avoir été relativement bien vécu notamment grâce au bon encadrement médical reçu. Certains aspects furent néanmoins contraignants, comme l'organisation et les horaires en lien avec le travail. Ce qui a été moins bien perçu par Emilie est le système français qui n'autorise légalement pas les femmes lesbiennes à avoir recours à la PMA, alors que dans les faits, elle a pu sans encombre se fournir les médicaments et accoucher en France.

Concernant la vision de son rôle de maman, elle se dit exigeante et même intransigeante parfois. Plus son enfant grandit, plus elle se pose des questions, mais la bonne évolution de ce dernier et les retours positifs de son entourage la conforte dans son sentiment de compétence parentale. Le regard des autres semble important pour elle. Elle dira d'ailleurs qu'il ne faut pas « qu'il y ait de vagues ».

Elle n'a pas l'impression que son sentiment de compétence parentale a été influencé par le parcours PMA. Il semble par contre être influencé par la propre éducation qu'Emilie a reçue et quelle perçoit comme positive. Le comportement et l'évolution de son enfant ainsi qu'une bonne communication avec son épouse sont très importants pour elle. Bien qu'elle ne ressente pas vraiment de pression, elle aimerait que la « société » autorise les mamans à être imparfaites. Elle pense également que son sentiment de compétence parentale sera à son apogée lorsque son enfant lui dira plus tard qu'il est heureux.

Emilie travaillant dans le domaine médical, dans ce contexte particulier de pandémie, elle a dû continuer à travailler et modifier ses horaires. Cela a impacté négativement sa famille puisqu'elle voit beaucoup moins son fils. Celui-ci a changé de comportement envers elle, adoptant une attitude de rejet qui a affaibli le sentiment de compétence parentale de la maman. D'un point de vue émotionnel et psychologique, Emilie a été suivie avant la conception de son enfant, car elle voulait se délester « de ses valises » et ne pas transmettre cela à son enfant. Elle est plus stressée et anxieuse aujourd'hui et lie cela à la perte du jumeau.

2.7 LINDSAY — MÈRE HOMO — MAMAN INTENTION — IAD

Lindsay est en couple avec une femme, avec qui elle a un enfant de 18 mois. C'est sa compagne qui a porté leur enfant, conçu par insémination avec don de sperme. Leur première tentative a été la bonne.

Elle a très mal vécu le parcours, qu'elle a trouvé déshumanisé et manquant de clarté et de cohérence. Elle explique qu'elle avait une image complètement fautive de ce dans quoi elles s'embarquaient : l'idée qu'elle s'en faisait est très éloignée de ce qu'elles ont effectivement vécu. Le rendez-vous obligatoire avec la psychologue a été perçu de manière intrusive, comme un jugement, « une épée de Damoclès au-dessus de sa tête ».

Son sentiment de compétence parentale est fortement influencé par son nouveau projet professionnel d'ouvrir un restaurant, ce qui lui prend beaucoup de temps. Néanmoins, ce projet amène également l'assurance de mettre sa famille à l'abri financièrement. Sa perception d'elle-même en tant que maman, maman « jouette » comme elle se définit, est également influencée positivement par le comportement et la bonne évolution de son enfant. Lindsay a également un fort caractère et ne se laisse donc pas impacter par certaines remarques externes. De plus, il est important pour elle de rester « entière » et en adéquation avec ses valeurs, ce qui renforce son sentiment de compétence parentale. Cependant, les problèmes de santé de son enfant influencent négativement son sentiment de compétence parentale.

Selon elle, toutes ces choses interagissent et influencent son sentiment en tant que maman, mais elle pense que cela n'a pas de lien avec la PMA.

Le confinement, conséquence du covid-19, l'a obligée à lever le pied. Elle a été plus présente et avait plus de temps à consacrer à son enfant. Elle a vécu cela positivement et estime d'ailleurs que passer plus de temps avec son enfant renforcerait davantage son sentiment de compétence parentale.

Aujourd'hui, elle se sent plus épanouie qu'avant la naissance de sa fille. Elle est suivie par une psychologue suite à un burn-out professionnel.

2.8 MARIE — MÈRE HOMO — MAMAN D'INTENTION — FIV DOUBLE DON

Marie est une femme homosexuelle. Avec son épouse, elles ont un garçon de 7 ans et des jumelles de 5 ans. Leur parcours fut très long puisqu'il a commencé en 2001 et a comporté une pause de plusieurs années. Il leur aura fallu 16 tentatives pour avoir leur premier enfant grâce à une fécondation *in vitro* double don en Espagne. Les jumelles ont également été conçues par FIV double don. La donneuse n'était pas la même, mais le donneur de sperme bien.

Le parcours a été très long. Elle explique avoir essayé de soutenir au maximum sa compagne, sans lui montrer sa propre déception. Les échecs furent difficiles à encaisser. Jusqu'au bout de la grossesse, elles n'osaient pas s'investir complètement, de peur qu'il arrive quelque chose. Pour les jumelles, cela a été beaucoup plus rapide. Le vécu a donc été plus évident, perçu comme une bonne surprise. Elles se sont senties plus apaisées malgré une grossesse gémellaire à plus de 40 ans.

Marie se sent très bien dans son rôle de maman aujourd'hui. La naissance de leur premier enfant a été un chamboulement qui a suscité de nombreuses interrogations et a éveillé chez elle une difficulté à trouver sa place. Ce travail de réflexion a permis à l'arrivée des jumelles d'être vécue plus sereinement.

Elle a pu adopter ses enfants et donc avoir l'autorité parentale. Elle pense que cela est important et l'aide à se sentir reconnue en tant que parent. Elle estime également avoir un bon équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, ce qui semble important pour elle afin de se sentir bien en tant que maman.

Le comportement et les relations avec ses enfants jouent un rôle primordial. Elle a vécu des périodes de rejet de la part d'une de ses filles, ce qui a impacté négativement son sentiment de compétence parentale à l'époque. À l'inverse, aujourd'hui, les relations très positives et chaleureuses le renforcent. Les remarques de l'entourage l'influencent aussi, que ce soit négativement comme lorsque sa famille ne la considérait pas comme la mère (« tu n'as pas mis au monde ces enfants ») ou positivement lorsqu'elle a des retours positifs de l'institutrice. Elle explique également que la fatigue agit comme un modulateur, puisqu'elle abaisse son « seuil de tolérance ». Être moins fatiguée l'aiderait à mieux « gérer son self-control » et à se sentir plus sereine en tant que maman.

Pour Marie, ce long parcours de PMA a induit une grosse implication, un investissement, qui se poursuit et perdure après la naissance et influence sa vision d'elle-même comme maman. La période de confinement a été vécue positivement : « J'ai envie de vivre ces instants à fond avec eux, parce qu'on les a eus tard, parce qu'on ne sait pas quel temps on a encore devant nous. On ne sait pas de quoi la vie est faite, et j'ai envie d'être présente dans leur vie, pour être là à leur côté. Donc, au final avoir cette occasion d'être encore plus avec eux, c'était super en fait ». De plus, elle s'est beaucoup investie dans l'éducation scolaire des enfants, avec des retours positifs de l'institutrice.

D'un point de vue psychologique et émotionnel, Maire se sent épanouie dans sa vie de manière générale et est heureuse. Elle n'a pas l'impression que son niveau de stress ou d'anxiété ont changé, mais par contre « les émotions positives sont plus fortes ».

2.9 LAURA — MÈRE HOMO A PORTÉ L'ENFANT — FIV

Laura est une femme homosexuelle. Avec sa compagne, elles ont un bébé de 5 mois. Elles vivent au Canada, où la PMA pour les couples de femmes est légale. Leur parcours a débuté en 2014, elles ont fait 11 IAD, puis une fécondation *in vitro* avec deux transferts d'embryons congelés. Pendant ce parcours, Laura a vécu une fausse couche.

Au départ, elle s'est sentie chanceuse de pouvoir avoir accès à la PMA, mais la longueur du parcours a rapidement amené une pression psychologique et financière. De plus, les tentatives se sont enchaînées et ce fut difficile d'accepter les échecs et de repartir directement « dans la bataille ». Il était important pour Laura de porter ce bébé, et la crainte de ne pas pouvoir être enceinte fut très difficile à supporter.

Jeune maman, elle se sent bien dans ce nouveau rôle. Grâce au système de congés parentaux canadiens, puis au confinement, la famille s'est retrouvée comme « dans une bulle » depuis la naissance. Ceci a été perçu de manière très positive, bien que la confrontation ultérieure avec les remarques de l'entourage l'affecte parfois. Néanmoins, voir que son bébé semble serein et dort bien la conforte dans son sentiment de compétence parentale. Le temps d'adaptation et de compréhension qu'elle ressent avec leur bébé a été nécessaire également pour accéder à un sentiment d'elle-même en tant que maman confortable.

Il est difficile pour Laura de prendre un peu de temps pour elle. Elle pense que cela serait bénéfique, car « pour se sentir bien en tant que maman, il faut se sentir bien dans toutes les sphères de sa vie ».

Pour Laura, ce parcours a influencé son sentiment de compétence parentale : « Ça faisait tellement longtemps qu'on l'attendait, qu'on peut supporter tout. Rien n'est grave comparativement à ce parcours, on relativise ». Par contre, les différences entre pays en matière de reconnaissances légales des deux mères impactent beaucoup cette maman franco-canadienne.

Aujourd'hui, elle estime que sa vision des choses a changé, notamment par rapport au travail et aux priorités qu'elle place dans sa vie. Elle se sent moins stressée et anxieuse, car elle relativise et gère mieux les imprévus.

2.10 CÉLINE — MÈRE CÉLIBATAIRE — IAD

Céline a fait le choix de faire un enfant toute seule. Elle a un enfant de 2 ans. Sa première IAD a fonctionné : elle est directement tombée enceinte.

Elle a très bien vécu le parcours, qui a été assez rapide. Surtout, elle s'est sentie soutenue et aidée dans son projet par la psychologue et l'équipe médicale.

De plus, avoir choisi de passer par un parcours PMA pour concevoir son enfant plutôt que d'avoir « fait un enfant dans le dos d'un homme » augmente son sentiment de compétence parentale.

Céline est retournée vivre chez ses parents. Cette situation particulière a eu un impact sur la création du lien avec son enfant : il n'a pas été simple pour elle de trouver sa place. En ce sens, le confinement dû au covid19 a été très bénéfique. En effet, elle a enfin pu se retrouver seule avec son enfant puisque ses parents travaillaient, ce qui leur a permis de renforcer leurs liens et le sentiment de compétence parentale de Céline.

Elle explique être fortement influencée par le regard et les remarques des autres (aussi bien négativement que positivement), mais le comportement, les réactions et l'évolution de son enfant la rassurent dans son rôle de maman. À nouveau, le soutien qu'elle a trouvé et trouve auprès de professionnels l'aide beaucoup sur ce plan.

Aujourd'hui, elle se sent beaucoup mieux psychologiquement et émotionnellement. Ses projets sont en train d'évoluer (maison, travail) et elle arrive également à parler plus ouvertement de son parcours de maman célibataire. Tout cela l'aide à se sentir plus « légitime » en tant que mère.

Afin d'améliorer encore son sentiment de compétence parentale, Céline souhaiterait trouver un travail plus proche de chez elle afin de passer plus de temps avec son enfant. Elle souhaiterait également plus de reconnaissance des femmes qui ont choisi de faire un enfant seules.

2.11 INÈS — MÈRE CÉLIBATAIRE — FIV

Inès a 3 enfants, dont des jumelles. Elle a fait le choix d'avoir des enfants seule. Son parcours PMA fut assez long, puisqu'elle a fait 9 IAD et 4 fécondations *in vitro* afin de mener à terme sa première grossesse. Les jumelles sont arrivées après la première tentative de FIV (FIV 5). Elle a également vécu 3 fausses-couches.

Le parcours a été difficile pour elle de par sa longueur, mais surtout de par l'obligation du bilan psychologique qu'elle a mal vécu.

Inès se sent bien dans son rôle de maman, bien qu'elle estime être un peu trop « mère louve » et qu'elle a du mal à déléguer.

Elle sent bien de manière générale et pas particulièrement stressée ou angoissée. Néanmoins, sa vie semble ne tourner qu'autour de ses enfants. Elle ne travaille plus et ne s'autorise pas de temps pour elle. Elle pense d'ailleurs que cette situation, qu'elle vit positivement, peut avoir un impact négatif sur ses enfants. Elle exprime le même ressenti concernant le confinement : elle était heureuse d'avoir les enfants à la maison, mais estime que c'était peut-être « un peu trop » pour les enfants.

Elle ne pense pas que le parcours de PMA ait influencé son sentiment de compétence parentale. Il semble plutôt impacté négativement par le fait d'avoir des jumelles, et positivement par les remarques positives de l'entourage ainsi que l'avancé en âge des enfants. Il semble également modulé par l'éducation qu'elle a elle-même reçue.

Avoir encore plus de temps dans une journée pour être avec ses enfants l'aiderait à se sentir mieux dans son rôle parental.

2.12 THOMAS — PÈRE HÉTÉRO — STIM

Thomas est le mari de Jessica (sujet n°1). Ils ont donc 2 enfants de 11 et 5 ans. Ils ont eu recours à des stimulations médicamenteuses. Ils ont vécu 2 fausses-couches pendant ce parcours.

Thomas a vécu le parcours de manière assez sereine, car il était persuadé que cela fonctionnerait. Bien qu'il s'était dit qu'il « ne se prendrait pas la tête », il lui semble impossible de ne pas y penser en permanence. Il était important pour lui d'accompagner son épouse, malgré un sentiment d'impuissance lors des déceptions : il ne pouvait évidemment pas ressentir sur le plan physique (arrivé des menstruations, douleurs, etc.).

Il se sent très bien en tant que papa et ne pense pas que la PMA ait influencé cela. Selon lui, les stimulations sont quand même une conception naturelle.

Il pense par contre que le sentiment de compétence parentale est en constante évolution depuis la naissance de ses enfants. Il faut apprendre à faire connaissance avec eux. Il s'est posé beaucoup de questions, mais il voit aujourd'hui que « la différence entre l'inné et l'acquis fonctionne bien ». C'est l'expérience qui module positivement le parent que l'on est et donc le sentiment de compétence parentale. D'ailleurs, il explique que pour le deuxième enfant le travail avait déjà été fait en grande partie en amont. Il semble important pour lui de pouvoir accepter l'imperfection des parents et d'être capable de se remettre en question. Sa vision de lui en tant que parent est également influencée par sa propre éducation, la bonne évolution de ses enfants, ainsi qu'une vision de la parentalité similaire à celle de son épouse.

Il ne voit pas ce qui l'aiderait à améliorer son sentiment de compétence parentale, car « actuellement tout se passe bien, on n'a pas signalé de problèmes ».

D'un point de vue émotionnel et psychologique, il se sent bien, car il choisit de se concentrer sur ce qu'il a réussi. Il a perdu son père très jeune et a donc décidé « de vivre et d'être heureux ». Il exprime une évolution positive croissante entre le célibat, le mariage, et la famille. De manière générale, il ne se sent pas plus ou moins anxieux, ou avec des affects dépressifs. Au contraire, il a l'impression d'être plus serein, il relativise et accepte mieux ses émotions et son hypersensibilité.

Le confinement a été vécu positivement surtout de pouvoir être plus en famille car son épouse travaille habituellement beaucoup.

2.13 MARTIN — PÈRE HÉTÉRO — FIV

Martin a 2 enfants de 4 et 3 ans. Le premier est né après un long parcours de PMA et le second a été conçu naturellement. Pendant ce parcours, le couple, qui est aujourd'hui séparé, a vécu une grossesse extra-utérine et une fausse couche.

Martin semble avoir surtout mal vécu l'annonce de son infertilité. Il s'est senti comme « un homme impuissant, incapable de faire un enfant à la femme qu'il aimait ». Par la suite, les contraintes et « faire l'amour sur commande » ont été difficiles pour le couple.

Aujourd'hui, il se sent bien en tant que parent, mais cela n'a pas toujours été le cas. Il explique qu'on ne devient pas parent du jour au lendemain, mais que c'est l'expérience, en lisant et finalement en essayant de faire de son mieux qu'il est parvenu à prendre confiance dans son rôle de père. Le comportement de ses enfants, le fait de les voir sourire renforce son sentiment de compétence parentale.

Il souhaite être un exemple pour ses enfants et bien « réussir sa vie ». Cela l'aiderait à se sentir encore mieux en tant que père. Voir la réussite de ses enfants aurait également une influence positive.

Il n'a pas l'impression que la PMA a influencé son sentiment de compétence parentale. Les différences qui peuvent exister entre les deux enfants (conçus différemment) sont plutôt dues au caractère de chacun. Les débuts du post-partum semblent avoir été plus difficiles. Le manque de soutien de l'équipe médicale a induit une impression « d'être les pires parents du monde ».

Au niveau émotionnel et psychologique, Martin ne se sentait pas bien avant la naissance de ses enfants.

Il n'avait pas de but et ressentait le besoin d'être « utile » pour quelqu'un. Malgré la séparation et la garde alternée, il a aujourd'hui plus confiance en lui et a un but. Il n'y a pas de changement sur les plans du stress et de l'anxiété selon lui.

Le confinement lié au covid-19 a été perçu positivement pour le papa, qui a pu profiter encore plus de ses enfants, bien qu'il pense que l'école manque à son aîné.

3. Matrice

Le compte rendu narratif d'études de cas est généralement « dispersé, étalé sur de nombreuses pages et difficile à consulter ; il est séquentiel plutôt que simultané et rend délicate la visualisation parallèle de deux ou trois variables » (Miles, M. & Huberman, 2003, p. 174).

La conception d'une matrice permet une représentation visuelle synthétique qui rend l'analyse et l'interprétation des données beaucoup plus efficace et pertinente.

Le lecteur peut donc trouver à la page suivante la matrice construite au regard de nos entretiens en fonction des divers thèmes et questions investigués.

Sujet	Vécu du parcours	SCP actuel	Influence de la PMA sur le SCP	Facteurs influençant le SCP	Besoins pour améliorer le SCP	Aspects émotionnels et psychologiques	Influence du COVID-19
JESSICA MÈRE HÉTÉRO STIM 2 enfants (une grossesse naturelle et une stimulation par injection). 2 fausses-couches dont 1 curetage.	Long, difficultés de supporter les échecs et les tentatives, le côté obsessionnel de la PMA, le rythme du parcours. Impact négatif sur le couple, difficultés à accepter les réflexions externes.	Bon, ne se pose pas trop de questions, car se sent juste et cohérente par rapport à ses valeurs.	Non, pas d'influence de la PMA selon elle. N'a jamais douté que ça fonctionnerait. Ne se sentait pas une mauvaise mère de ne pas tomber enceinte.	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Avoir plusieurs enfants, l'expérience en tant que maman ; ↗ Remarques positives de l'extérieur ; ↗ Ne pas reproduire sa propre éducation ; ↗ Vision de l'éducation similaire avec son mari ; ↗ Comportement positif de l'enfant ; ↘ L'âge de l'enfant (plus jeune) ; ↘ Difficultés d'allaitement ; ↘ Être moins bien psychologiquement ; ↘ Prendre moins de temps pour activités avec ses enfants. 	Plus de temps pour certaines activités avec ses enfants.	Influence de la PMA pendant le parcours et la grossesse. Aujourd'hui est moins stressée et plus cool, même si un peu anxieuse. Devenue hypersensible, mais lié à la parentalité pas à la PMA.	Positif : avoir eu plus de temps, être moins dans la course permanente, a été positif pour son sentiment de compétence parentale.
VALÉRIE MÈRE HÉTÉRO STIM 1 enfant de 3 ans (simulation par injections), séparée du papa depuis la naissance, nouveau compagnon.	Difficultés principalement dues aux contraintes, aux horaires imposés, mais également aux effets secondaires (fatigue et perte de cheveux).	Très bon, a donné du sens aux difficultés rencontrées.	Non, pas d'influence de la PMA selon elle.	<ul style="list-style-type: none"> ↗ L'évolution de son enfant ; ↗ Comportement de l'enfant (câlin, mais indépendant) ; ↗ Le temps de devenir maman, de créer le lien avec son enfant ; ↗ Soutien du corps médical ; ↘ Prématurité ; ↘ Problèmes de santé de l'enfant ; ↘ Séparation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de temps avec son enfant ; - Voir ses objectifs en tant que maman atteints. 	Suite séparation : mode automatique pour ne pas s'écrouler. Maintenant s'assume mieux, plus sûre d'elle. Moins stressée, relativise plus.	Positif : passer plus de temps avec son enfant a renforcé son sentiment de compétence parentale.
MAUD MÈRE HÉTÉRO STIM 2 enfants conçus par stimulation médicamenteuse.	Un peu malade et stressée, mais de manière générale, elle se réjouissait surtout de mettre des choses en place.	Très bon, remet rarement en cause ses choix ou ses idées. Se sent comme la personne de référence.	: cela fait réfléchir encore plus sur le désir d'avoir des enfants, donc, quand ils sont là, « on est encore plus heureux ».	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Famille recomposée, soutien des grands frères ; ↗ Voir que ses enfants sont « bien dans leur peau » ; ↗ Soutien de corps médical ; ↘ Problèmes de santé de l'enfant ; ↘ Séparation à la naissance avec l'enfant. 	Avoir plus de retours positifs de son conjoint	Toujours sentie généralement bien, n'a pas vu de changements à ce niveau sauf période de problèmes de thyroïde.	Positif : la famille a été encore plus ensemble, plus soudée.

Sujet	Vécu du parcours	SCP actuel	Influence de la PMA sur le SCP	Facteurs influençant le SCP	Besoins pour améliorer le SCP	Aspects émotionnels et psychologiques	Influence du COVID-19
AURÉLIE MÈRE HÉTÉRO STIM et FIV 3 enfants (une grossesse naturelle, 1 stimulation médicamenteuse, 1 FIV). 2 grossesses extra-utérines.	Difficile de faire le deuil d'une grossesse naturelle, mais le désir d'une grande famille a été plus fort. La PMA a soudé le couple : « On a fait ça en équipe ».	Bon, se sent bien, se de plus en plus sereine avec chaque nouvel enfant.	: « On a bien fait de s'accrocher, on profite encore plus » : Culpabilité que les problèmes de santé du dernier enfant soient en lien avec la FIV.	↗ Maturité, âge ; ↗ Plusieurs enfants ; ↗ Temps consacré aux enfants ; ↘ Problèmes de santé de l'enfant.	Plus de temps avec ses enfants.	Détérioration de son état pendant le parcours, mais aujourd'hui est beaucoup plus épanouie et moins stressée.	Positif : a permis une autre vision des choses, positif d'être plus avec ses enfants, va réduire son temps de travail.
NADÈGE MÈRE HÉTÉRO FIV Un enfant conçu par FIV, infertilité inexpliquée.	A très mal vécu le parcours : rythme par rapport à son travail, grossesses de l'entourage, gestion différente de son époux, sentiment d'incertitude, infertilité inexpliquée.	Bon, a imaginé tout ce qu'elle ne voulait pas, y a réfléchi pendant longtemps, est en adéquation avec ses principes, ce qui renforce son SCP.	: a permis de penser son futur rôle de maman qui « colle » avec la maman qu'elle est aujourd'hui. Plus « consciente de la chance d'avoir ce qu'elle a ».	↗ Soutien médical ; ↗ Parentalité en adéquation avec le projet éducationnel imaginé en amont ; ↗ Comportement de l'enfant ; ↘ Prématurité	Prendre plus de temps avec son enfant.	A appris à être plus patiente et se sent beaucoup plus positive. Elle se dit plus « consciente de la chance d'avoir ce qu'elle a ».	Positif : a permis de prendre plus le temps sans courir tout le temps et de se poser.
EMILIE MÈRE HOMO A PORTÉ L'ENFANT IAD Un enfant conçu par IAD en Espagne. Grossesse gémellaire avec IMG du deuxième embryon.	Semble avoir été relativement bien vécu grâce au bon encadrement médical reçu. Certains aspects contraignants : organisation/horaires en lien avec le travail. Système français « hypocrite ».	Bon, maman exigeante qui se pose des questions, mais l'évolution de l'enfant et les retours positifs de son entourage renforcent son SCP.	Non, pas d'influence de la PMA selon elle.	↗ Comportement et évolution de l'enfant ; ↗ Éducation (perçue comme positive) reçue par le parent ; ↗ Une bonne communication avec le conjoint ; ↗ ↘ Commentaires de l'entourage / Regard des autres.	- Acceptation de l'imperfection des mamans par la société. - Enfant qui devient un adulte heureux et épanoui.	- Suivi psy en amont, car ne voulait pas que l'enfant ait ses valises. - Plus stressée et anxieuse, lié au fait d'avoir perdu le frère jumeau selon elle.	Négatif : soignante, a dû continuer à travailler/ changer ses horaires, impact sur le comportement de l'enfant (rejet).

Sujet	Vécu du parcours	SCP actuel	Influence de la PMA sur le SCP	Facteurs influençant le SCP	Besoins pour améliorer le SCP	Aspects émotionnels et psychologiques	Influence du COVID-19
LINDSAY MÈRE HOMO MAMAN D'INTENTION IAD Un enfant conçu par IAD.	Très mal vécu le parcours : déshumanisation, manque de clarté et de cohérence. Le rendez-vous avec la psychologue : intrusif, sentiment d'être jugée, « une épée de Damoclès ».	Bon malgré difficultés par rapport à son boulot et absence. Se sent maman « jouette ». Donne du sens au négatif.	Non, pas d'influence de la PMA selon elle.	↗ Comportement et évolution de l'enfant ; ↗ Son caractère à elle ; ↗ D'être entière et en adéquation avec ses valeurs ; ↘ Problèmes de santé de l'enfant ; ↘ Absence de soutien médical ; ↗ ↘ Travail (ses absences diminuent son SCP, mais la sécurité financière l'augmente).	Plus de temps avec son enfant.	Plus épanouie qu'avant la naissance de sa fille. Elle est suivie par une psychologue suite à un burn-out professionnel.	Positif : obligée de lever le pied, elle a été plus présente et avait plus de temps pour être avec son enfant.
LAURA MÈRE HOMO- A PORTÉ L'ENFANT FIV Un enfant conçu par FIV au Canada. 11 IAD puis FIV (2TEC), 1 fausse couche.	Au départ s'est sentie chanceuse, car légal au Canada. Mais très long, donc pression psychologique et financière. Peur de ne pas pouvoir porter elle-même leur enfant.	Bon, se sent bien d'avoir vécu les premiers mois depuis la naissance toutes les 3 ensemble.	: « Ça faisait tellement longtemps qu'on l'attendait qu'on peut supporter tout, rien n'est grave comparativement à ce parcours, on relativise ».	↗ Le temps et l'expérience afin de voir d'apprendre comment l'enfant fonctionne ; ↗ Comportement de l'enfant (bébé qui dort et semble serein) ; ↘ Remarques négatives entourage ; ↘ Non reconnaissance des 2 mamans au niveau légal (France).	- Plus de temps pour elle seule ; - Légalisation des 2 mamans dans le pays d'origine.	Sa vision des choses a changé, par rapport au travail et aux priorités. Se sent moins stressée et anxieuse, car elle relativise et gère mieux les imprévus.	Positif : La famille est ensemble depuis la naissance.
MARIE MÈRE HOMO MAMAN D'INTENTION FIV DOUBLE DON 3 enfants, 16 tentatives pour avoir le 1 ^{er} .	Parcours très long, a essayé de soutenir sa compagne sans lui montrer sa propre déception. Peur de s'investir pendant la grossesse. Pour les jumelles, plus rapide, plus apaisé malgré grossesse gémellaire à plus de 40 ans.	Très bon. Il a fallu le temps qu'elle trouve sa place. Sa reconnaissance en tant que mère « officielle » est très importante.	: Ce long parcours de PMA a induit une grosse implication, un investissement qui se poursuit et perdure après la naissance et influence la vision d'elle-même comme maman.	↗ Le temps de trouver sa place ; ↗ Reconnaissance en tant que parent pour la maman d'intention ; ↗ Équilibre entre vie de famille et vie professionnelle ; ↘ Fatigue abaisse le seuil de tolérance ; ↗ ↘ Comportement et relation avec l'enfant selon positif ou négatif ; ↗ ↘ Réflexion entourage selon positif ou négatif.	Moins de fatigue, mieux gérer son « self-control ».	Épanouie dans tous les niveaux de sa vie et est heureuse. Pas l'impression que le stress ou l'anxiété ont changé, mais par contre « les émotions positives sont plus fortes ».	Positif : « Avoir cette occasion d'être encore plus avec eux, c'était super ». + Retours positifs de l'institutrice.

Sujet	Vécu du parcours	SCP actuel	Influence de la PMA sur le SCP	Facteurs influençant le SCP	Besoins pour améliorer le SCP	Aspects émotionnels et psychologiques	Influence du COVID-19
CÉLINE MÈRE CÉLIBATAIRE IAD A fait le choix de faire un enfant seule. Un enfant conçu par IAD.	A très bien vécu le parcours qui a été assez rapide, mais surtout, car elle s'est sentie soutenue par la psychologue et l'équipe médicale.	Bon, grosse évolution sur 2 ans. Il lui a fallu le temps de trouver sa place.	: choix PMA pour concevoir son enfant plutôt que d'avoir « fait un enfant dans le dos d'un homme ».	↗ Le temps de trouver sa place ; ↗ Comportement, réactions, évolution enfant ; ↗ Soutien des professionnels ; ↘ Absence d'intimité avec son enfant (vivre chez ses parents) ; ↗↘ Regard des autres.	Reconnaissance des mamans célibataires par choix. Plus de temps avec son enfant.	Beaucoup mieux, moins stressée, parle plus librement, se sent plus légitime, et projets évoluent (maison, travail).	Positif : se retrouver seule avec son enfant lui a permis de renforcer leurs liens et son SCP.
INÈS MÈRE CÉLIBATAIRE FIV 3 enfants conçus par FIV seule. 9 IAD+ 5 FIV, 3 fausses-couches.	Mal vécu le parcours, car très long et survenue de fausses couches. Mal vécu le bilan psychologique.	Bon, bien que se sent fort « mère-louve » et a du mal à déléguer.	Non, pas d'influence de la PMA selon elle.	↗ Remarques positives de l'entourage ; ↗ Avancé en âge des enfants ↘ Gémellité. Modulé par l'éducation reçue par le parent.	Plus de temps avec ses enfants.	Se sent bien, pas stressée / angoissée, bien que sa vie semble tourner autour de ses enfants.	Positif pour elle d'être tout le temps avec les enfants, mais pense que négatif pour les enfants.
THOMAS PÈRE HÉTÉRO STIM 2 enfants (une grossesse naturelle et une stimulation par injections). 2 fausses-couches dont 1 curetage.	Serein : persuadé que cela fonctionnerait, bien qu'impossible de ne pas y penser tout le temps. Très investi malgré sentiment d'impuissance lors des déceptions.	Très bon, constante évolution en fonction de l'expérience.	Non, pas d'influence de la PMA selon lui.	↗ Avoir plusieurs enfants, l'expérience en tant que papa ; ↗ Vision de l'éducation similaire de celle de son épouse ; ↗ Évolution des enfants ; ↗ Accepter d'être imparfait et se remettre en question. Modulé par l'éducation reçue par le parent.	Ne voit pas ce qui l'aiderait à améliorer son SCP : « actuellement tout se passe bien, on n'a pas à signaler de problèmes ».	A décidé « de vivre et d'être heureux ». Évolution positive entre le célibat, le mariage, et la famille. Plus serein, relativise et accepte mieux ses émotions.	Positif : profiter en famille, surtout par rapport à son épouse qui travaille beaucoup.
MARTIN PÈRE HÉTÉRO FIV 1 enfant conçu par FIV et 1 enfant conçu naturellement.	Mal vécu l'annonce de l'infertilité, il s'est senti « impuissant ». « Faire l'amour sur commande » a été difficile pour le couple.	Bon, a évolué avec l'expérience, en essayant de faire de son mieux.	Non, pas d'influence de la PMA selon lui.	↗ L'expérience ; ↗ Comportements, caractères, évolution enfants ; ↘ Absence de soutien des professionnels dans le début du post-partum.	- Réussir sa vie pour être un exemple ; - Voir ses enfants réussir leur vie.	Mieux, plus confiance en lui et a un but (ses enfants). Pas de changement du stress et de l'anxiété.	Positif : a pu profiter encore plus de ses enfants, même si l'école manque à l'ainé.

4. Analyse transversale

Vécu du parcours :

La majorité des parents ont mentionné avoir vécu un parcours difficile. La **longueur** de celui-ci, les **échecs** des tentatives ainsi que le **rythme** imposé par les nombreux rendez-vous sont les principales causes de ce ressenti. Certains parents ont également fait mention de la difficulté de faire le **deuil** « d'un enfant conçu naturellement » et d'un processus perçu parfois comme **déshumanisé**.

Une minorité des parents ont néanmoins bien vécu ce parcours (Maud, Céline, Thomas). Il apparaît que ces parents ont tous eu un parcours relativement assez court et se sont sentis bien encadrés par les professionnels (para)médicaux.

Sentiment de compétence parentale des parents avec un parcours de PMA :

L'ensemble des parents se sentent bien dans leur rôle parental. Malgré certaines difficultés rencontrées par certains (absences liées au travail, difficultés à trouver sa place dans les débuts de la parentalité, difficulté à déléguer ou encore séparation du couple), il semble que le sentiment parental de ces parents ait évolué positivement depuis leurs débuts en tant que parents.

L'influence de la PMA sur leur sentiment de compétence parentale :

Les parents interrogés mentionnent tous soit une absence d'influence de la PMA (7 parents sur 13) sur le sentiment de compétence parentale, soit une influence positive (6 parents /13). Une maman (Aurélie), malgré un effet positif de son parcours sur son sentiment en tant que mère, y voit également un effet négatif modulé par les problèmes de santé de son enfant (« la FIV serait-elle responsable des problèmes de santé de mon enfant ? »).

Les facteurs qui influencent leur sentiment de compétence parentale :

De nombreux facteurs ont joué un rôle dans la création du sentiment de compétence parentale tel qu'il est aujourd'hui chez ces parents. Bien que le sentiment de leur rôle parental soit généralement bon, certains facteurs ont néanmoins influencé négativement celui-ci à certaines périodes de leur parentalité.

Leur sentiment de compétence parentale est très majoritairement influencé par le **comportement et l'évolution de l'enfant** (mentionné par 11 parents sur 13). Ce facteur peut moduler le sentiment de compétence parentale positivement et négativement. Certains comportements, par exemple du rejet envers le parent, diminuent le sentiment de compétence parentale alors que la bonne évolution physique et psychologique de l'enfant augmente le sentiment d'être compétent dans son rôle parental.

L'expérience en tant que parent, modulée par le fait d'**avoir plusieurs enfants** ainsi que la **maturité** et l'avancé en âge du parent, a été mentionnée par de nombreux parents. Il apparaît que plus le parent acquiert de l'expérience dans son rôle, plus il se sent compétent.

D'autres facteurs ressortent également assez souvent (6 parents sur 13) :

- **Les remarques et le regard des autres** qui influencent négativement le sentiment de compétence parentale s'ils sont perçus comme négatifs et à l'inverse l'influencent positivement s'ils sont perçus comme positifs.
- **Les problèmes de santé de l'enfant**, incluant la **prématurité** et les **difficultés d'allaitement**, affaiblissent le sentiment de compétence parentale.
- **Le soutien des professionnels (para)médicaux** semble important dans ce parcours. Il permet de renforcer le sentiment de compétence parentale des parents. Dans l'autre sens, l'absence de soutien de l'équipe professionnelle influence négativement le sentiment de compétence parentale.

L'éducation que le parent a lui-même reçue semble moduler le sentiment de compétence parentale chez certains parents (4/13). Pour ceux-ci, il semble important de ne pas reproduire

l'éducation reçue ou à l'inverse de s'en inspirer. Atteindre cet objectif renforce alors le sentiment de compétence parentale.

D'autres facteurs influencent positivement le sentiment de compétence parentale chez une minorité des parents : avoir la **même vision de la parentalité** que son conjoint, le **soutien intrafamilial** et être en **adéquation avec ses valeurs** et le **projet parental imaginé en amont**. D'autres facteurs modulent encore le sentiment de compétence parentale : **l'âge de l'enfant** (le sentiment de compétence parentale serait moins bon lorsque l'enfant est plus jeune) ainsi que **l'équilibre vie familiale / vie professionnelle** (si cet équilibre est bon, le sentiment de compétence parentale augmente ; s'il y a un déséquilibre, le sentiment de compétence parentale diminue).

Certains parents ont également mentionné qu'une **séparation avec l'enfant** ou un **manque d'intimité** avec celui-ci diminue le sentiment de compétence parentale.

Certains parents ont également discuté de la **séparation du couple** et de la **gémellité**, mais les avis divergent sur ces sujets : dans certains cas, cela influence négativement le sentiment de compétence parentale, et dans d'autres, cela ne l'impacte pas.

Chez les femmes homosexuelles, 2 mamans sur 4 ont mentionné l'importance de la **reconnaissance** des deux mamans sur un même pied d'égalité, que cela soit au niveau relationnel, légal ou sociétal.

On retrouve également ce besoin de reconnaissance chez une des mamans célibataires.

Besoins afin d'améliorer leur sentiment de compétence parentale :

Plus de la moitié des parents a mentionné souhaiter avoir **plus de temps pour être avec leurs enfants** (7 parents/13). Une seule maman a mentionné souhaiter plus de temps pour elle-même.

D'autres besoins sont revenus chez plusieurs parents : le besoin de **reconnaissance** par la société, l'entourage et/ou le conjoint ainsi que celui de voir son **enfant continuer d'évoluer**

positivement jusqu'à l'âge adulte. Une maman a également mentionné le besoin d'être **moins fatiguée** afin de mieux « gérer son self-control ».

Aspects émotionnels et psychologiques :

De manière générale, les parents interrogés estiment être moins stressés, moins anxieux, mieux dans leur peau, plus positifs et plus épanouis. Ils ont également plus confiance en eux, relativisent plus et voient leurs priorités changer. Seule Emilie exprime se sentir plus stressée et anxieuse, attribuant cela à la perte *in utero* du jumeau de son enfant.

Influence du covid-19 :

Majoritairement, le confinement lié à la pandémie mondiale de covid-19 a été perçu **positivement** chez les parents interrogés, **améliorant également leur sentiment de compétence parentale**.

La raison invoquée est l'augmentation du temps disponible à consacrer à la famille et la qualité de celui-ci face au ralentissement du rythme habituel. Il semble en effet important de mentionner que ces parents ont tous stoppé leurs activités professionnelles, à l'exception d'Emilie qui est dans le milieu médical. Elle est d'ailleurs la seule à avoir vécu cette période de manière très négative : l'augmentation de son temps de travail et ses changements d'horaires l'ont amenée à être moins présente auprès de sa famille. Son enfant a exprimé une forme de rejet envers elle, ce qui a affaibli son sentiment de compétence parentale.

Conclusions de l'analyse qualitative

- ✓ **Le vécu d'un parcours de PMA est souvent difficile** pour les parents en raison de la longueur du parcours, des échecs, du rythme mais aussi, pour certains, de la difficulté d'accepter une conception non naturelle et un parcours vécu comme déshumanisé. Un parcours relativement court et le sentiment d'être bien encadré par les professionnels amènent un meilleur vécu du parcours.
- ✓ **Le sentiment de compétence parentale de ces parents est relativement élevé.** Le parcours de PMA n'impacte négativement le SCP de ces parents que dans de rares cas. Généralement, **soit la PMA n'influence pas le SCP, soit elle l'influence positivement.**
- ✓ Le sentiment de compétence parentale est influencé par d'autres facteurs : **le comportement et l'évolution de l'enfant, l'expérience parentale mais également les remarques et regards des autres, la santé de l'enfant, et la relation avec les professionnels.** Chez une minorité de parents, d'autres facteurs s'imbriquent : l'éducation reçue par le parent, la vision de l'éducation au sein du couple, les relations familiales, les valeurs, le projet parental imaginé, l'âge de l'enfant, la vie professionnelle, les liens relationnels avec l'enfant ainsi que le besoin de reconnaissance des parents.
- ✓ Afin de se sentir encore mieux dans leur rôle parental, les parents auraient besoin de **plus de temps avec leurs enfants**, de satisfaire leur **besoin de reconnaissance** et de voir leur enfant **continuer d'évoluer positivement.**
- ✓ Majoritairement, ces parents se sentent **bien au niveau émotionnel et psychologique.**
- ✓ Le **confinement** dû au covid-19 a influencé **positivement** le sentiment de compétence parentale des parents qui ont pu passer plus de temps en famille, car ils ne travaillaient plus.

V. DISCUSSION

1. Introduction

Dans cette partie , nous allons discuter et interpréter les résultats obtenus.

Nous reviendrons sur nos hypothèses de recherche et nous tenterons de proposer des pistes de réflexion. Nous discuterons ensuite des limites de notre étude, des applications cliniques de cette recherche ainsi que des pistes de réflexion pour d'éventuelles futures études.

2. Discussion

2.1 Hypothèses principales

L'influence de la procréation médicalement assistée

Selon nos résultats statistiques, les parents avec un historique de PMA ont tendance à avoir un meilleur sentiment de compétence parentale global que les parents qui ont conçu naturellement. La différence est nettement marquée en ce qui concerne le sentiment de satisfaction mais pas en ce qui concerne le sentiment d'efficacité. En effet, nos résultats montrent que les parents avec un parcours de PMA sont plus satisfaits de leur rôle parental mais ils ne se sentent pas spécialement plus efficaces que les parents ayant conçu naturellement.

Notre analyse qualitative des parents avec un parcours de PMA a montré majoritairement qu'il avait été vécu difficilement. Pourtant, ces parents ont tous un sentiment positif de leur rôle parental. Pour rappel, nos entretiens ont montré que le sentiment de compétence parentale de ces parents est influencé par le comportement et l'évolution de l'enfant, l'expérience acquise, les remarques et regards des autres, la santé de l'enfant, la relation avec les professionnels de santé, mais également pour certains par l'éducation reçue, la vision de l'éducation au sein du couple, les relations familiales, les valeurs, le projet parental imaginé,

l'âge de l'enfant, la vie professionnelle, les liens relationnels avec l'enfant ainsi que le besoin de reconnaissance des parents.

Lemay et Prebinski (2016) ont mentionné que le sentiment d'efficacité est influencé par le regard et les commentaires extérieurs, mais également qu'il se rapporte aux idéaux, aux références et aux modèles intériorisés du parent. En croisant cette approche avec les facteurs influençant le sentiment de compétence parentale dans notre analyse qualitative, il peut, de prime abord, apparaître surprenant de ne pas avoir retrouvé de différences significatives concernant le sentiment d'efficacité. Néanmoins, il est probable que ces facteurs influençant le sentiment d'efficacité impactent de manière similaire aussi bien les parents PMA que les parents ayant conçu naturellement.

Par contre, le sentiment de satisfaction entre les parents PMA et les autres parents diffère selon nos résultats statistiques. Selon Lemay et Prebinski (2016), le sentiment de satisfaction renvoie plutôt à la dimension affective, à la satisfaction procurée par le rôle de parents, au degré d'aisance dans ce rôle, à l'importance accordée à ce rôle, mais aussi au plaisir et à la fierté apportée par la relation avec l'enfant. Au regard de notre étude qualitative, il semble que ces facteurs contribuent à la vision que les parents du groupe PMA ont de leur rôle parental. En effet, près de la moitié des parents interrogés ont dit ressentir un effet positif de la PMA sur leur ressenti actuel en tant que parents. Selon eux, cet effet est corrélé à une dimension affective forte en lien avec l'attente et le désir de devenir parents : « Cela fait réfléchir encore plus sur le désir d'avoir des enfants. Donc, quand ils sont là, on est encore plus heureux », « On a bien fait de s'accrocher, on profite encore plus », « Je suis plus consciente de la chance d'avoir ce que j'ai », « Ça faisait tellement longtemps qu'on l'attendait qu'on peut tout supporter, rien n'est grave comparativement à ce parcours, on relativise », « Je me suis tellement impliquée pendant la conception que cet investissement continue après la naissance », etc.

De plus, selon Trudelle & Montambault (1994), le sentiment de satisfaction englobe notamment le niveau de motivation du parent quant à son rôle. Les parents ici interrogés, malgré les difficultés de leur parcours, ont été jusqu'au bout. La difficulté des tentatives et les échecs ont mis leur motivation à rude épreuve. Il apparaît donc que ces parents ont démontré une grande motivation envers leur rôle parental rêvé, imaginé.

Il nous semble que les modèles connus concernant le sentiment de compétence parentale soit incomplets ou du moins trop peu spécifiques en ce qui concerne les parents ayant eu recours à la procréation médicalement assistée. En effet il est probable que les facteurs d'ordre affectifs aient un impact supérieur aux autres facteurs. Ceci se retrouve également dans la relation avec les professionnels qui entourent les parents pendant un parcours de PMA. Plusieurs parents ont en effet mentionné l'importance d'une bonne relation avec les professionnels pendant ce parcours.

Il nous apparaît également important de parler de la notion de résilience. La résilience est « la capacité à évoluer favorablement malgré la souffrance » (Delage, 2008). Selon Delage, la résilience implique des compétences individuelles, mais elle ne peut naître que dans la relation à autrui ; sans une main tendue (dans notre cas des professionnels, de la famille, du conjoint ou même dans la relation à l'enfant), la résilience ne peut se développer. Ceci nous semble important puisque diverses études (Baiverlin, 2017 ; Blavier *et al.*, 2020) ont fait état de l'effet positif de la résilience sur le sentiment de compétence parentale chez des parents ayant vécu des périodes difficiles et/ou des traumatismes.

Cette dimension affective se retrouve également dans le besoin largement éprouvé par ces parents de passer plus de temps avec leurs enfants.

Le don de sperme et les mères homosexuelles

Nous ne retrouvons pas, dans nos résultats statistiques, cette différence du sentiment de satisfaction dans le cas d'un don de sperme et chez les femmes homosexuelles.

Parmi les parents hétérosexuels ayant accepté de participer à l'étude qualitative, aucun n'a eu recours au don de sperme. Seules les mères célibataires et homosexuelles interrogées ont eu recours à un donneur. Chez ces femmes, il apparaît qu'au-delà des différents facteurs retrouvés de manière générale chez la majorité des parents PMA, d'autres facteurs semblent influencer leur sentiment de compétence parentale. Tout d'abord, il apparaît que la reconnaissance de leur statut parental soit très importante pour elles. Chez les mères homosexuelles, la reconnaissance des deux mamans, peu importe qu'elle ait porté l'enfant ou non, semble déterminante pour la création d'un sentiment de compétence parentale positif.

Comme l'a également mentionné l'une des mamans célibataires, au-delà de la reconnaissance légale ou de celle de l'entourage proche, le besoin de reconnaissance à un niveau sociétal se fait ressentir.

Chez ces mamans, il a également été fait mention du rôle du travail comme modulateur de leur sentiment de compétence parentale.

Lemay et Prebinski (2016) avaient défini les déterminants influençant le sentiment de compétence parentale. On y retrouve la monoparentalité et la biparentalité, mais également la position professionnelle du parents et le temps à passer avec son enfant dont il dispose. Dans nos résultats, nous retrouvons en effet cette influence du travail. Par contre, nos résultats ne confirment pas l'effet de la monoparentalité/biparentalité. Nous pensons que ce déterminant, comme mentionné par Lemay et Prebinski, ne peut pas être corrélé de manière linéaire ou du moins pas pris en compte de manière isolée.

Au vu de nos résultats, que ce soit de manière générale sur l'ensemble des parents ayant eu recours à la PMA, ou sur certaines catégories plus « spécifiques », comme les mères homosexuelles ou célibataires, il nous apparaît que le sentiment de compétence parentale semble modulé de manière complexe par les interactions de différents facteurs et qu'une « liste » de déterminants serait certes non-exhaustive, mais qu'elle en oublierait l'essence même de chaque être humain : son unicité.

2.2 Hypothèses secondaires

L'influence du sentiment de compétence parentale selon le mode de conception

Nous faisons l'hypothèse d'un sentiment de compétence parentale plus faible lors d'une FIV par rapport aux IAC et d'un sentiment de compétence parentale plus faible lors d'IAC par rapport aux stimulations médicamenteuses.

Nos analyses statistiques n'ont montré aucune différence entre ces groupes.

Nous pensions retrouver une différence significative entre ces groupes, surtout entre le groupe FIV et le groupe IAC, comparativement aux différences retrouvées dans la littérature

entre les FIV et les IAD (Golombok et Owen, 2009). Nous pensons qu'un parcours de FIV serait nécessairement plus lourd et donc impacterait plus négativement le sentiment de compétence parentale.

L'analyse qualitative nous montre encore une fois la complexité et l'intrication de différents processus.

Tout d'abord, il nous apparaît maintenant erroné de lier d'emblée les fécondations *in vitro* à un moins bon vécu, et inversement d'associer des inséminations ou des stimulations à un meilleur vécu. Nous l'avons vu, il s'agit plutôt de la longueur, du rythme et de la relation avec les professionnels qui entrent en jeu. Il apparaît clairement que peu importe le « type » de PMA, les parents sont tous susceptibles de se retrouver impactés par ces facteurs.

De plus, l'analyse qualitative n'a elle non plus pas permis de différencier les parents qui mentionnent un effet de la PMA sur leur sentiment de compétence parentale et ceux qui n'y attribuent pas d'effet selon le « type » de PMA effectuée.

Les différences entre les pères et les mères

Nos résultats ne montrent aucune différence entre les pères et les mères ayant eu recours à la PMA concernant leur sentiment de compétence, de satisfaction et d'efficacité. Par contre, nous avons remarqué que chez les parents ayant conçu naturellement, les pères présentent une tendance à avoir un sentiment d'efficacité et de compétence globale plus élevés que les mères.

Ces résultats vont dans le sens des théories sur lesquelles se base notre postulat (Bachand, 2013 ; Mc Mahon *et al.*, 1997 ; Gibson *et al.*, 1997 ; Mc Mahon *et al.*, 2003), à savoir qu'il existe des différences dans la population générale, principalement sur le plan du sentiment d'efficacité pour les pères, mais qu'on ne retrouve pas ces différences chez les parents PMA.

Il est probable que le parcours PMA donne accès à une dimension affective plus importante chez les pères que chez ceux qui ont un parcours de conception « classique ». Les pères interrogés ont notamment mentionné se sentir plus « hypersensibles », plus heureux et épanouis, ce qui aurait hypothétiquement tendance à diminuer l'importance du sentiment d'efficacité que l'on retrouve habituellement chez les pères de la population générale.

L'évolution de sentiment de compétence parentale selon l'âge de l'enfant

A l'inverse de notre hypothèse, Trudelle et Montambault (1994) avaient démontré que plus l'âge de l'enfant augmente, moins les parents, pères et mères, se sentent compétents (dans la population générale). Nous avons retrouvé en effet une tendance similaire dans l'échantillon global.

Par contre, nous n'avons pas retrouvé ce phénomène dans le groupe PMA. Notre analyse statistique montre que le sentiment de compétence parentale ne diffère pas en fonction de l'âge de l'enfant chez les parents ayant eu recours à la PMA.

Il faut pourtant nuancer cela au regard de l'analyse qualitative, puisqu'en effet certains parents ont mentionné que leur sentiment de compétence parentale était corrélé à l'âge de l'enfant : plus l'enfant grandit, plus le sentiment est positif. Ceci irait donc à contre-courant de l'idée de Trudelle et Montambault, mais confirmerait l'étude follow-up de Mc Mahon, Gibson *et al.* (1997 ; 1997 ; 2003). Pour rappel, ils avaient étudié le sentiment de compétence parentale des mères FIV en fonction de l'âge de l'enfant.

Plusieurs parents ont exprimé « relativiser plus », ou encore comme l'a mentionné une maman, que « plus rien n'est grave à côté du parcours PMA ». Nous pensons donc que cette manière d'appréhender les éventuelles difficultés liées à l'avancée en âge de l'enfant (comme le mentionne Trudelle et Montambault) permet au sentiment de compétence parentale des parents ayant conçu par PMA d'être moins impacté.

La dépression et l'anxiété chez les parents ayant eu recours à la PMA

Selon nos résultats statistiques, les parents avec un parcours de PMA ont des scores de dépression plus faibles que ceux qui ont conçu naturellement. Nous n'avons pas retrouvé ces mêmes résultats concernant l'anxiété.

Pourtant, lors des entretiens, les parents interrogés estiment être moins stressés, moins anxieux, mieux dans leur peau, plus positifs et plus épanouis.

Tout d'abord, ceci confirme que bien que la prévalence des troubles anxio-dépressifs est élevée pendant le parcours de PMA (Chen *et al.*, 2004). Il semble se réguler pendant la grossesse, à l'exception de l'anxiété spécifique à la grossesse (Hammarberg *et al.*, 2008 ; Vilska *et al.*, 2009 ; McMahon *et al.*, 2011; cités par Gameiro *et al.*, 2015). Ceci a d'ailleurs été

mentionné par certains parents. Néanmoins, en cas de réussite, cette amélioration de l'état anxio-dépressif semble continuer de progresser après la naissance.

De plus, l'anxiété semble plutôt associée à l'inquiétude (Newman *et al.*, 2013). L'inquiétude liée à la PMA semble s'être dissipée, mais l'inquiétude liée à la parentalité a été mentionnée par différents parents. Il est probable que ce ressenti soit donc similaire chez les parents ayant conçu naturellement, ce qui explique l'absence de différences.

Par contre, la dépression parentale est très souvent liée à des événements autour de la reproduction, comme la mentionné Burke (2003). Nous pensons que les parents PMA qui ont réussi à concevoir après des difficultés liées à la reproduction sont d'autant plus satisfaits suite à la naissance de leur enfant.

Enfin, n'oublions pas également que ces parents semblent plus « relativiser », « se concentrent plus sur le positif ». Héron *et al.* (2004) expliquaient que la dépression est possiblement la résultante d'une anxiété mal gérée. L'un dans l'autre, ceci expliquerait également pourquoi malgré des niveaux d'anxiété similaires aux autres parents, leur niveau de dépression est plus faible.

Cette idée semble également se confirmer par nos résultats montrant que l'influence des scores de dépression et d'anxiété sur le sentiment de compétence parentale, de satisfaction et d'efficacité est moindre chez les parents PMA que chez les autres parents.

L'influence du covid-19

Les parents interrogés ont presque tous vécu le confinement positivement et ressenti un effet positif sur leur sentiment de compétence parentale. Ceci n'est pas étonnant puisque cette période particulière a permis à la majorité de satisfaire leur besoin exprimé d'avoir plus de temps avec leurs enfants. À l'inverse, la seule maman qui a dû continuer à travailler et a donc dû s'absenter plus à mal vécu cette période. Cela s'est répercuté sur son sentiment de compétence parentale et sur les comportements de son enfant. Ce point irait d'ailleurs dans les sens des recherches montrant l'influence du sentiment de compétence parentale sur le comportement de l'enfant (Albanese, 2019).

3. Limites et perspectives

La première limite de cette étude concerne l'échantillonnage. Le questionnaire ayant été diffusé via les réseaux sociaux, seules les personnes ayant accès à une connexion internet et aux réseaux ont pu y répondre. De plus, la méthode de recrutement a impliqué que seules des personnes intéressées par le sujet de notre étude ont répondu au questionnaire.

Bien que les groupes PMA et NAT furent bien représentés, certaines « catégories » présentent un nombre de sujets assez restreint, comme les pères par exemple. Il semble en effet que ceux-ci soient moins présents sur les réseaux et forums dédiés à ces sujets. Même en élargissant notre champ de recherche, il semble également qu'ils soient moins enclins à exprimer leur vécu face à ce parcours.

Deuxièmement, cette grande variabilité du nombre de sujets dans certaines catégories a généralement entraîné une variance tout aussi grande dans les résultats des questionnaires. Une grande variance sur des échantillons avec un nombre de sujets variant fortement également a inévitablement amené des données non-normalisées. De ce fait, nous avons majoritairement dû utiliser des tests non-paramétriques, qui sont généralement moins puissants que les tests standards.

Enfin, nos questionnaires ainsi que l'analyse qualitative se basent sur le ressenti autorapporté du sujet, ce qui peut entraîner des biais de désirabilité sociale. Nous souhaitons d'ailleurs relater une discussion avec une maman homosexuelle qui souhaitait obtenir plus d'informations avant de passer le questionnaire. Elle expliquait souhaiter vivement que notre étude ne retrouve pas de différences concernant les femmes homosexuelles. Bien que discutant avec elle de la possibilité que la différence soit plutôt positive, elle a mentionné l'importance pour les femmes homosexuelles « d'être comme tout le monde, de ne pas faire de vagues, dans un sens comme dans l'autre » et de « se conformer aux autres parents ».

Au regard de ces limitations, il convient donc de rester prudents quant à la représentativité de l'échantillon et à la généralisation des résultats à l'ensemble de la population.

À l'avenir, il serait intéressant de pouvoir dupliquer cette étude avec de plus gros échantillons et de pouvoir faire une étude qualitative avec chacun des participants. De plus, une étude en temps réel dans une pratique clinique et de manière longitudinale serait optimale. Rappelons également que les entretiens ont eu lieu en visioconférence ou via contacts téléphoniques, ce qui enlève l'apport non négligeable des informations non-verbales.

L'influence du covid-19 semble avoir été positive chez les parents PMA, mais nous ne savons pas s'il en est de même chez les parents qui ont conçu naturellement. Il serait alors intéressant d'effectuer à nouveau l'étude en dehors de la période particulière qu'est celle d'une pandémie mondiale.

Nous pensons que les résultats de cette étude pourront être utiles à la clinique de demain.

Tout d'abord, lors de l'accompagnement de ces parents pendant leur parcours. Nous l'avons vu, l'encadrement médical et psychologique influence le sentiment de compétence parentale. Pouvoir diffuser cette information auprès des professionnels seraient déjà un grand pas. Afin de faire un pas de plus, nous pourrions imaginer des modules de formation afin de sensibiliser les professionnels de terrain.

L'apport pour ces parents semble également important. Ils sont certainement nombreux à se poser des questions sur leur future parentalité, ou sur leur parentalité récente. L'apport de ce type de recherches sous forme psycho-éducative permettrait au minimum d'ouvrir le dialogue, voire la relation thérapeutique, et au mieux de pouvoir rassurer ces (futurs) parents quant à leur sentiment de compétence parentale. D'autant plus, lorsque l'on sait les liens qu'entretient ce sentiment avec les compétences parentales réelles, mais également l'influence sur le comportement et le bien-être de l'enfant.

Nous pensons également, peut-être de manière utopique, que les résultats de cette étude, pourront peut-être également ouvrir les portes des débats sociétaux et politiques autour de la PMA.

VI. CONCLUSION

Des millions de personnes à travers le monde sont devenus parents grâce aux nouvelles techniques de reproduction.

Pourtant, jusqu'à lors, très peu d'études se sont intéressées sur comment ces personnes se sentent dans leur rôle parental.

Ce parcours, souvent perçus comme long et difficile, a-t-il influencé leur ressenti d'eux-mêmes en tant que parents?

L'objectif de cette étude était de répondre à cette question dans une approche multidimensionnelle incluant des hommes, des femmes, différents types de familles (hétéroparentales, homoparentales, monoparentales) mais également d'approcher les processus et facteurs en jeu dans la construction de leur sentiment de compétence parentale actuel, notamment au travers des liens avec l'anxiété et la dépression.

130 parents qui ont vécu un parcours de PMA ainsi que 519 parents ayant conçu naturellement ont participé à notre enquête en ligne composée d'un questionnaire sociodémographique, d'un questionnaire sur leur sentiment de compétence parentale et d'un questionnaire évaluant leur dimension anxio-dépressive.

Les résultats obtenus montrent que les parents avec un historique de PMA ont une tendance à avoir un meilleur sentiment de compétence parentale que ceux qui ont conçus naturellement mais c'est surtout leur sentiment de satisfaction qui est plus élevé et pas leur sentiment d'efficacité.

Au cours de nos analyse statistiques, nous n'avons pas retrouvé cette différence significative en étudiant séparément le cas du don de sperme ou de l'homoparentalité ou encore le type de PMA (FIV-IAC-stimulation). Il n'apparaît également pas de différence significative chez ces parents en fonction du genre du parent ou de l'âge de l'enfant.

Dans la seconde partie de notre recherche, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 13 parents du groupe PMA.

Notre analyse qualitative montre que leur sentiment de compétence parentale est influencé positivement par le parcours PMA pour environ la moitié des parents interrogés alors que l'autre moitié estime que ce parcours ne les a pas influencés. D'autres facteurs modulent leur sentiment de compétence parentale : le comportement et l'évolution de l'enfant, l'expérience acquise, les remarques et regards des autres, la santé de l'enfant, la relation avec les professionnels de santé, mais également pour certains l'éducation reçue, la vision de l'éducation au sein du couple, les relations familiales, les valeurs, le projet parental imaginé, l'âge de l'enfant, la vie professionnelle, les liens relationnels avec l'enfant ainsi que le besoin de reconnaissance de leur rôle parental.

En outre, nos résultats statistiques montrent que ces parents présentent des niveaux de dépression plus faibles que les autres parents. Il n'y a pas de différence par contre concernant l'anxiété. Les parents interrogés estiment néanmoins être moins stressés, moins anxieux, mieux dans leur peau, plus positifs et plus épanouis. Notre enquête en ligne a également montré que, chez les parents du groupe PMA, les niveaux d'anxiété et de dépression impactent moins fortement leur sentiment de compétence parentale que les autres parents.

L'ensemble de nos analyses nous ont surtout permis d'entrevoir que les modèles explicatifs connus du sentiment de compétence parentales n'englobent pas la complexité des processus et de leurs intrications par rapport à l'évolution du sentiment de compétence parentale chez les parents avec un parcours de PMA.

En effet, il existe une dimension affective forte en lien avec l'attente et le désir de devenir parents ainsi qu'une grande motivation envers leur rôle parental rêvé, imaginé. Enfin, il semble également qu'un processus de résilience influencé par leurs capacités individuelles mais aussi le soutien relationnel des professionnels de santé, de la famille, du conjoint et des enfants eux-mêmes soit central à la concrétisation d'un bon sentiment de compétence parental.

Cette recherche a été effectuée pendant la pandémie mondiale du covid-19 principalement pendant la période de confinement. Les parents qui ont pu rester confinés avec leur famille et ne plus travailler ont vécu cette période très positivement renforçant même leur sentiment de compétence parental. A l'inverse, le seul parent travaillant dans le domaine médical, travaillant encore plus, a ressenti une répercussion négative sur sa vision de son rôle parental. Ceci semble donc conforter le besoin exprimé par beaucoup des parents : pouvoir bénéficier de plus de temps familial.

Evidemment, cette recherche comporte des limitations et des recherches ultérieures seront nécessaires pour confirmer ces résultats dans des études de terrain longitudinales.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Adamson, D. (2020). *36th Annual Meeting of the ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology)*", [Virtual Meeting] (du 05/07/2020 au 08/07/2020). Retrieved from <https://www.focusonreproduction.eu/article/ESHRE-News-Annual-Meeting-2020-Adamson>
- Akhter, S., Marcus, M., Kerber, R., Kong, M., & Taylor, K. (2016). The impact of periconceptional maternal stress on fecundability. *Annals of Epidemiology*, 26(10), 710–716.e7. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.07.015>
- Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being : A systematic review of associated outcomes. *Child : care, health and development*, 45(3), 333-363.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bachand, Y. (2013). *Sentiment de compétence parentale, qualité de la relation d'attachement et la fonction paternelle d'ouverture sur le monde chez des pères d'enfant d'âge scolaire*. Mémoire. Université de Montréal. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1866/9975>
- Badger, S., & Golombok, S. (2010). Children raised in mother-headed families from infancy : a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Hum Reprod* 2010;25:150–7. DOI : doi:10.1093/humrep/dep345
- Baiverlin, A. (2017). *Comment le sentiment de compétence parentale des parents ayant été victimes de maltraitance et/ou d'abus sexuel durant l'enfance est-il modulé par le soutien à l'autonomie, la satisfaction conjugale et le soutien social?* (Doctoral dissertation, Université de Liège, Liège, Belgique).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi:10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Barnett, M. A., de Baca, T. C., Jordan, A., Tilley, E., & Ellis, B. J. (2015). Associations among child perceptions of parenting support, maternal parenting efficacy and maternal depressive symptoms. *Child & Youth Care Forum*, 44(1), 17–32. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9267-9>
- Becker, M., Chandy, A., Mayer, J., Sachdeva, J., Albertini, E., Sham, C., & Worley, L. (2019). Psychiatric Aspects of Infertility. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 765–766. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.176702>
- Bégaudeau, F. (2018). *Au début*. Alma éditeur.
- Belaisch-Allart, J., & Buxeraud, J. (2017). Assistance médicale à la procréation, techniques et protocoles. *Actualités pharmaceutiques*, 56(570), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2017.09.007>
- Belgian Register For Assisted Procreation. (2016), (Page consultée le 21 juin 2020). *Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.belrap.be>

- Blavier, A., Fivet, M., Gallo, A., & Wertz, C. (2020). L'influence de l'abus sexuel dans l'enfance sur le sentiment de compétence parentale des mères: analyse qualitative et quantitative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.
- Boini, S., & Langevin, M. F. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Inrs-Réf En Santé Au Trav*, issue.161, pp.123-127.
- Bos, H., & van Balen, F. (2010). Children of the new reproductive technologies : Social and genetic parenthood. *Patient Educ Couns*. 2010;81:429–435. DOI : 10.1016/j.pec.2010.09.012
- Brochier, C. (2017). *La procréation médicalement assistée en Belgique*. Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique. Retrieved from <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20171011-dossier-pma.pdf>
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 243–255. <https://doi.org/10.1080/0954026031000136866>
- Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(3), 246–251. [https://doi.org/10.1016/S1297-9589\(03\)00038-9](https://doi.org/10.1016/S1297-9589(03)00038-9)
- Bydlowski M., Dayan-Lintzer M., Cahen, F., Fonty, B. & Le Vaguerese, L. (1983). Approche psycho-médicale de l'infertilité. « Souffrir de stérilité », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 12 (3), pp.269-276.
- Camborieux, L. (2014). *L'infertilité, c'est dans la tête ? Non... mais oui ! Prise en charge TCC des conséquences psychologiques de l'infertilité*, communication présentée au 42ème Congrès de l'Association Française de Thérapie Cognitive et Comportementale, résumé repéré à http://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/camborieux_prise_en_charge_infertilite_aftcc.pdf
- Chen, T., Chang, S., Tsai, C., & Juang, K. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313–2318. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh414>
- Chin, T., Lin, C., Chang, S., Wang, H., Huang, H., Soong, Y., Wu, H., & Chu, P. (2019). Application of non-invasive detection of peripheral vascular dysfunction in ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): A pilot study of clinical relevance. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 58(3), 354–358. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2019.03.012>
- Colpin, H., & Soenen, S. (2002). Parenting and psychosocial development of IVF children : a follow-up study. *Human Reproduction*, 17(4), 1116-1123. DOI : 10.1093/humrep/17.4.1116
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualisation, measurement and correlates. *Family Relations*, 49, 13–24.
- Cousineau, T., & Domar, A. (2006). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Cutrona, C., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy : a mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518. Doi : 10.2307/1130428.

- Delage, M. (2008). *La résilience familiale*. Odile Jacob.
- Delvigne, A., Demoulin, A., Smitz, J., Donnez, J., Koninckx, P., Dhont, M., Englert, Y., Delbeke, L., Darcis, L., & Gordts, S. (1993). The ovarian hyperstimulation syndrome in in-vitro fertilisation: a Belgian multicentric study. I. Clinical and biological features. *Human reproduction* (Oxford, England), 8(9), 1353–1360. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a138260>
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy : concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, 387–396. DOI : 10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x
- Don, B. P., Chong, A., Biehle, S. N., Gordon, A., & Mickelson, K. D. (2014). Anxiety across the transition to parenthood: Change trajectories among low-risk parents. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 27(6), 633-649. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.903473>
- Flis-Treves, M., & Gellman, S. (2003). Sexualité et aide médicale à la procréation. *Spirale*, 2 no 26 (p. 65-70). Doi : 10.3917/spi.026.0065.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction- a guide for fertility staff. *Human Reproduction* (Oxford), 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Gavita, O. A., David, D., & DiGiuseppe, R. (2014). You are such a bad child! Appraisals as mechanisms of parental negative and positive affect. *Journal of General Psychology*, 141(2), 113–129. <https://doi.org/10.1080/00221309.2013.874971>
- Giallo, R., Cooklin, A., & Nicholson, J. M. (2014). Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: An Australian population-based longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 17(2), 115–125. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0411-1>
- Gibaud-Wallston, J. (1977). *Self-Esteem and Situational Stress: Factors Related to Sense of Competence in New Parents*, thèse de doctorat non publiée, département de psychologie clinique, New-York, N.Y.: George Peabody College for Teachers
- Gibson, F. L., Ungerer, J., Leslie, G., Saunders, D., & Tennant, C. (1997) *Psychosocial adjustment, child behaviour and the quality of the attachment relationship at 1 year post partum formothers conceiving through IVF*. Paper presented at 52nd Annual Scientific Meeting of the American Society for Reproductive Medicine, Boston, MA.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. Retrieved from <https://ourworldindata.org/mental-health#:~:text=The%20prevalence%20of%20anxiety%20disorders,mental%20health%20or%20neurodevelopmental%20disorder.>
- Golombok, S., Murray, C., Brinsden, P., & Abdalla, H. (1999). Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40 4, 519-27. DOI : 10.1111/1469-7610.00470

- Golombok S., Murray C., Jadvá V., Lycett E., MacCallum F., & Rust J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent–child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3, *Human Reproduction*, Volume 21, Issue 7, Jul 2006, Pages 1918–1924, <https://doi.org/10.1093/humrep/del039>
- Golombok S., & Owen L. (2009). Families created by assisted reproduction : Parent-child relationships in late adolescence. *Journal of adolescence*. 32. 835-48. DOI :10.1016/j.adolescence.2008.10.008.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health*, 17(3), 207–215. doi:10.1002/nur.4770170308
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). L'évolution de l'anxiété et de la dépression pendant la grossesse et le post-partum dans un échantillon communautaire. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Hjelmstedt, A., Widström, A. M., Wramsby, H., & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful *in vitro* fertilisation. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254-1264. DOI : 10.1016/j.fertnstert.2003.09.061
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T., & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancers patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30(1), 37-40.
- Institut européen de bioéthique. (2017). *Chiffres et pratique de la Procréation Médicalement assistée en Belgique*. Retrieved from <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/chiffres-et-pratique-de-la-procreation-medicalement-assistee-en-belgique-1276.html?backto=bulletin>
- Janevic, T., Kahn, L., Landsbergis, P., Cirillo, P., Cohn, B., Liu, X., & Factor-Litvak, P. (2014). Effects of work and life stress on semen quality. *Fertility and Sterility*, 102(2), 530–538. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.04.021>
- Kunseler, F. C., Willemen, A. M., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2014). Changes in parenting self-efficacy and mood symptoms in the transition to parenthood: A bidirectional association. *Parenting: Science and Practice*, 14(3–4), 215–234.
- Lavergne, L. (2019). *Etude du sentiment de compétence parentale et de ses liens avec l'anxiété et la dépression chez le parent : comparaison entre l'EGSCP et le QAECEP*. Mémoire. Université de Liège. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2268.2/8357>
- Lemay, J.-F., & Prebinski, C. (2016). *Cadre de référence sur le sentiment de compétence parentale*. Retrieved from <https://calenbourg.com/wp-content/uploads/2015/10/Sentiment-de-competence-parents.pdf>
- Loi 2007023090 du 06 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. (2007). Retrieved from <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2007/07/06/2007023090/justel>
- Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. (2011). *JO n° 0157 du 08/07/2011*. Retrieved from <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000024323102&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>

- Maatoug R., & Gorwood, P. (2019). The psychometrics of the Hospital Anxiety and Depression Scale supports a shorter -12 item- version. *Psychiatry Res.*; 274 : 372-76.
- Majdandžić, M., de Vente, W., Feinberg, M. E., Aktar, E., & Bögels, S. M. (2012). Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety : a review and conceptual model. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 28– 42. doi:10.1007/s10567-011-0103-6
- Matthiesen, S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H., & Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART) : a meta-analysis. *Human Reproduction*, 26(10), 2763–2776. <https://doi.org/10.1093/humrep/der246>
- McMahon, C., Gibson, F., Leslie, G., Cohen, J., & Tennant, C. (2003). Parents of 5-year-old *in vitro* fertilisation children: Psychological adjustment, parenting stress and the influence of subsequent *in vitro* fertilisation treatment. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 361-369. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.361>
- McMahon, C., Ungerer, J., Beaurepaire, J., Tennant, C., & Saunders, D. (1996). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilisation conception., *Human Reproduction*, Volume 12, Issue 1, Jan 1997, Pages 176–182. DOI : 10.1093/humrep/12.1.176
- McMahon, C., Ungerer, J., Tennant, C. and Saunders, D. (1997). Psychosocial adjustment and the quality of the mother–child relationship at four months postpartum after conception by *in vitro* fertilisation. *Fertility and Sterility*, 68, 492–500. DOI : 10.1016/S0015-0282(97)00230-6
- Ménard, S. (2011). *La parentalité en contexte social : le sentiment de compétence parentale, la demande d'aide et le don chez des parents d'enfant de quatre à six ans*. Thèse. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Moulart, E. (2015). Les impacts d'un processus de procréation médicalement assistée sur la vie conjugale et sexuelle du couple hétérosexuel. Mémoire. Université de Louvain.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M., & Soares, I. (2012). Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*, 27(2), 496–505. <https://doi.org/10.1093/humrep/der388>
- National Institute for Mental Health, 2018. (Page consultée le 25 juillet 2020). [En ligne]. Adresse URL : https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part_145335
- Nelson, A. M. (2008), « Addressing the threat of evidence-based medicine practice to qualitative inquiry through increasing attention to quality: a discussion paper », *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 6
- Newberger, C. M. (1980). «The cognitive structure of parenthood: designing descriptive measure», *New directions for child development* , vol. 7, no 1: 45-67.
- Newman, M., Llera, S., Erickson, T., Przeworski, A., & Castonguay, L. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275–297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>

- Nomaguchi, K.-M. (2012). Parenthood and psychological well-being: Clarifying the role of child age and parent–child relationship quality. *Social Science Research*, 41 (2012), pp. 489-498
- Organisation Mondiale De La Santé (2020), (Page consultée le 21 juin 2020).
[En ligne]. Adresse URL : <http://www.who.int/fr/>
- Page, M., & Wilhelm, M. S. (2007). Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms. *Contemporary Family Therapy*, 29, 237–251.
doi:10.1007/s10591-007-9043-1.
- Pinheiro, R. T., Magalhães, P. V. S., Horta, B. L., Pinheiro, K. A. T., Da Silva, R. A., & Pinto, R. H. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression ? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 230-232.
- Pope, C., & Mays, N. (1995), « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research », *BMJ*, 311(6996), pp. 42-45
- Roskam, I. & Mikolajczak, M. (2015). *Stress et défis de la parentalité: Thématiques contemporaines*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
doi:10.3917/dbu.rokam.2015.01.
- Ruddy, L. A. (2020). *La PMA pour toutes : comment l'histoire et la société façonnent la médecine et la bioéthique en France*. Honor these. Colby College
- Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). Le questionnaire d'autoévaluation de la compétence éducative parentale. Montréal, Canada : *Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale (GREASS)*. Retrieved from : <https://unites.uqam.ca/terrresse/pdf/G29.pdf>
- Trudelle, D., & Montambault, E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43(2), 47-6.
- Wagener, A., Baeyens, C., & Blairy, S. (2016). Depressive symptomatology and the influence of the behavioural avoidance and activation: A gender-specific investigation. *Journal of affective disorders*, 193, 123-129.
- Wernand, J. J., Kunseler, F. C., Oosterman, M., Beekman, A. T., & Schuengel, C. (2014). Prenatal changes in parenting self-efficacy: Linkages with anxiety and depressive symptoms in primiparous women. *Infant mental health journal*, 35(1), 42-50.
- Wischmann, T. (2003). Psychogenic Infertility—Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485–494.
<https://doi.org/10.1023/B:JARG.0000013648.74404.9d>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.

ANNEXES

ANNEXE A.

La Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE) a effectué une importante revue de littérature afin d'informer les praticiens PMA sur les effets d'un tel parcours. (Gameiro S et al, 2015).

Leur constatations sont très nombreuses, nous présentons ici celles qui nous semblent les plus pertinentes.

Les effets spécifiques en lien avec l'anxiété et la dépression seront discutés au chapitre 3.

Il apparaît donc que :

- Les femmes éprouvent une satisfaction sexuelle plus faible après le test de grossesse qu'avant le début d'un cycle de FIV. (Verhaak et al., 2001 ; cited in Gameiro S et al, 2015)
- Le stress émotionnel fluctue au cours d'un cycle de FIV, avec des pics au moment du prélèvement des ovocytes, du transfert d'embryon et de la période d'attente avant le test de grossesse (Boivin and Takefman, 1996; Boivin et al., 1998; Knoll et al., 2009; Turner et al., 2013; cited in Gameiro S et al, 2015).
- Les émotions positives des femmes diminuent au cours d'un cycle de FIV (Knoll et al., 2009; Boivin and Lancaster, 2010; cited in Gameiro S et al, 2015).
- Pendant un cycle de FIV, 6 patientes sur 10 déclarent des absences du travail liées au traitement et, en moyenne, les patientes s'absentent du travail pendant 23 heures (Bouwman et al., 2008; cited in Gameiro S et al, 2015).
- Les patients qui restent sans enfant 5 ans après l'échec du traitement de FIV peuvent utiliser plus de somnifères, fumer plus souvent et consommer plus d'alcool que les anciens patients qui deviennent parents par adoption ou spontanément et ont trois fois plus de chances de se séparer que les anciens patients qui deviennent parents par adoption ou spontanément (Johansson et al., 2009, ; cited in Gameiro S et al, 2015).

ANNEXE B.

Bonjour,

Suite à votre participation au questionnaire en ligne sur le mode de conception et le sentiment de compétence parentale, je souhaite d'avance vous remercier.

Comme mentionné lors de l'étude, certains participants sont recontactés en vue d'un entretien individuel d'environ 40 minutes à 1h.

Cet entretien pourra avoir lieu à votre meilleure convenance soit par vidéo-conférence, soit par téléphone (en raison des restrictions dues au Covid 19, les entretiens de visu ne sont plus possibles).

Suite à vos réponses au questionnaire en ligne, votre profil a été sélectionné et je serais très intéressée de pouvoir donc échanger avec vous sur votre parcours et votre sentiment en tant que parent.

Voici les dates disponibles pour l'entretien :

14, 15, 16, 17, 27, 28, 29, 30 et 31 juillet 2020

Je suis disponible pour vous appeler entre 09 et 23h.

Je vous rappelle également que cet entretien sera confidentiel et les données utilisées seront anonymisées.

Je vous invite donc à répondre à ce mail en m'indiquant :

- 1) Soit votre numéro de téléphone (je peux également vous donner le mien si vous préférez m'appeler vous-même), soit une adresse de contact SKYPE, soit un lien vers une plateforme de conférence en ligne de votre choix
- 2) 2 ou 3 dates et créneaux horaire par ordre de préférence.

Je vous confirmerai alors les modalités de notre entretien.

Je vous remercie d'avance, votre participation m'est très précieuse.

Bien à vous

Julie Bednar

ANNEXE C.

Dans le cas où vous avez plusieurs enfants, merci de répondre en ne prenant en compte qu'un seul de vos enfants âgé de maximum 5 ans et 11 mois.

Veuillez ne répondre qu'une seule fois à ce questionnaire.

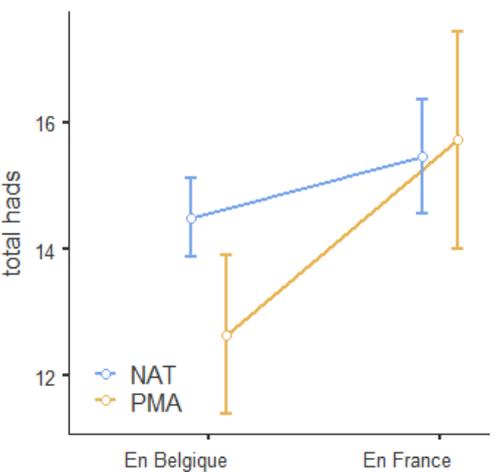
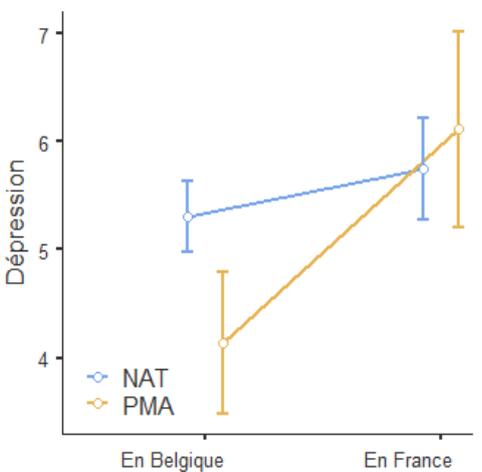
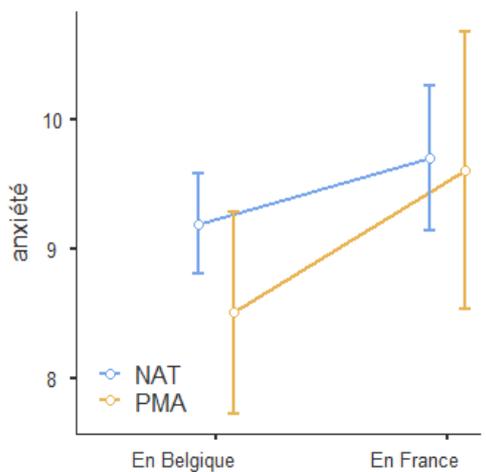
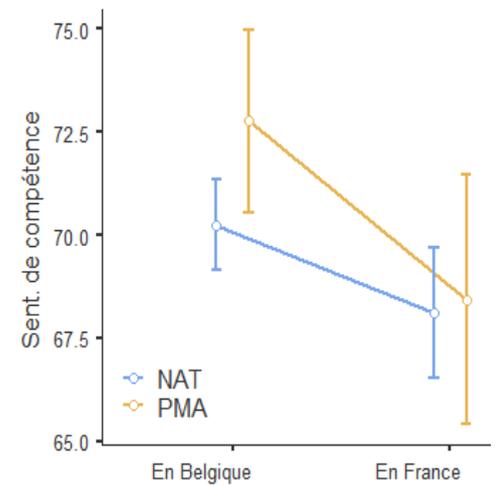
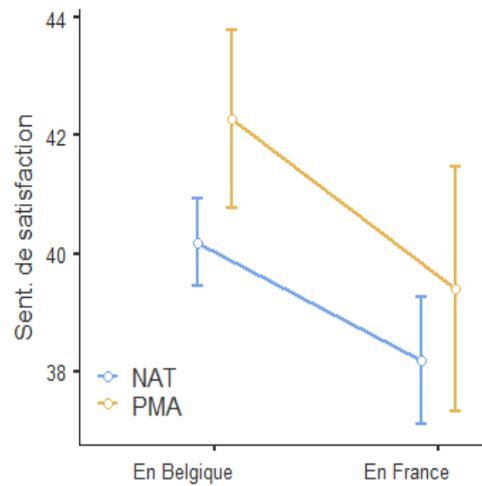
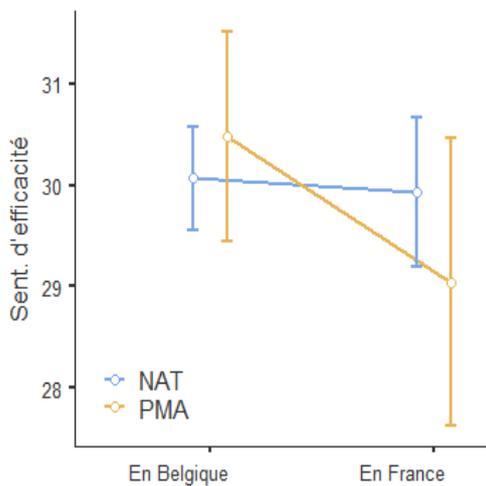
•	Vous êtes :	<input type="radio"/> Un père								
		<input type="radio"/> Une mère								
•	Votre situation sociale au moment de la conception de votre enfant:	<input type="radio"/> En couple avec une femme								
		<input type="radio"/> En couple avec un homme								
		<input type="radio"/> Célibataire								
•	Par rapport à votre situation relationnelle actuelle, vous:	<input type="radio"/> Etes toujours en couple avec le même partenaire qu'au moment de la conception								
		<input type="radio"/> Avez changé de partenaire								
		<input type="radio"/> Êtes toujours célibataire								
		<input type="radio"/> Êtes séparé(e) et êtes maintenant célibataire								
•	Vous vivez actuellement:	<input type="radio"/> En Belgique	<input type="radio"/> En France	<input type="radio"/> Dans les DOM-TOM	<input type="radio"/> Au Canada	<input checked="" type="radio"/> Autres : Précisez				
•	A quel âge avez-vous eu votre enfant ?	<input type="radio"/> Avant 18 ans	<input type="radio"/> Entre 18 et 24 ans	<input type="radio"/> Entre 25 et 29 ans	<input type="radio"/> Entre 30 et 34 ans	<input type="radio"/> Entre 35 et 39 ans	<input type="radio"/> Après 40 ans			
•	Quel âge à votre enfant actuellement ?	<input type="radio"/> Moins de 6 mois	<input type="radio"/> Entre 6 mois et 1 an	<input type="radio"/> Entre 1 et 2 ans	<input type="radio"/> Entre 2 et 3 ans	<input type="radio"/> Entre 3 et 4 ans	<input type="radio"/> Entre 4 et 5 ans	<input type="radio"/> Entre 5 ans et 5 ans 11 mois		
•	Dans votre ménage actuel, combien avez-vous d'enfant(s) ?						<input type="radio"/> 1 seul	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 ou plus
•	Comment a été conçu votre enfant ?	<input type="radio"/> Conception naturelle programmée	<input type="radio"/> Conception naturelle non programmée (= accident =>)	<input type="radio"/> Stimulation médicamenteuse	<input type="radio"/> Insémination artificielle	<input checked="" type="radio"/> Fécondation in vitro	<input type="radio"/> Adoption ou gestation pour autrui (GPA)			
•	Avez-vous bénéficié:	<input type="radio"/> D'un don de sperme	<input type="radio"/> D'un don d'ovocytes	<input type="radio"/> D'un double don	<input type="radio"/> Aucune des propositions précédentes					
•	Pour les couples de femmes, êtes-vous			<input type="radio"/> La maman qui a porté l'enfant	<input type="radio"/> La maman d'intention	<input type="radio"/> Pas d'application				
•	Dans le cas où vous avez eu recours à la procréation médicalement assistée, quelle en était la cause ?	<input type="radio"/> Femme seule	<input type="radio"/> Couple de femmes	<input type="radio"/> Infertilité féminine	<input type="radio"/> Infertilité masculine	<input type="radio"/> Infertilité mixte	<input type="radio"/> Infertilité d'origine inconnue	<input type="radio"/> Je ne sais pas	<input type="radio"/> Pas d'application	

ANNEXE D.

Différence entre belges et français

Independent Samples T-Test (différence entre belges et français dans l'échantillon total)

		statistic	p
Sent. d'efficacité	Mann-Whitney U	39973	0.349
Sent. de satisfaction	Mann-Whitney U	35690	0.003
Sent. de compétence	Mann-Whitney U	36389	0.008
anxiété	Mann-Whitney U	37091	0.020
Dépression	Mann-Whitney U	37012	0.018
total hads	Mann-Whitney U	36172	0.006



RESUME

OBJECTIF : L'objectif de ce mémoire est d'étudier l'influence de la procréation médicalement assistée sur le sentiment de compétence parentale (SCP) dans une approche multidimensionnelle incluant des hommes, des femmes, différents types de familles (hétéroparentales, homoparentales, monoparentales) mais également d'approcher les processus et facteurs en jeu dans la construction de leur SCP actuel, notamment au travers des liens avec l'anxiété et la dépression.

METHODOLOGIE : Nous avons diffusé une enquête en ligne composée d'un questionnaire sociodémographique, d'un questionnaire sur leur SCP (Questionnaire d'Auto-Evaluation de la Compétence Educative Parentale - QAECEP) et d'un questionnaire évaluant la dimension anxio-dépressive (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS). Ensuite, une partie des parents avec un historique de parcours de procréation médicalement assistée ont participé à un entretien semi-dirigé.

RESULTATS : Les résultats obtenus montrent que les parents avec un historique de PMA ont une tendance à avoir un meilleur SCP que ceux qui ont conçus naturellement mais c'est surtout leur sentiment de satisfaction qui est plus élevé et pas leur sentiment d'efficacité.

Au cours de nos analyse statistiques, nous n'avons pas retrouvé cette différence significative en étudiant séparément le cas du don de sperme ou de l'homoparentalité ou encore le type de PMA (FIV-IAC-stimulation). Il n'apparaît également pas de différence significative chez ces parents en fonction du genre du parent ou de l'âge de l'enfant.

Notre analyse qualitative montre que le SCP est influencé positivement par le parcours PMA pour environ la moitié des parents interrogés alors que l'autre moitié estime que ce parcours ne les a pas influencés. D'autres facteurs modulent leur SCP: le comportement et l'évolution de l'enfant, l'expérience acquise, les remarques et regards des autres, la santé de l'enfant, la relation avec les professionnels de santé, mais également pour certains l'éducation reçue, la vision de l'éducation au sein du couple, les relations familiales, les valeurs, le projet parental imaginé, l'âge de l'enfant, la vie professionnelle, les liens relationnels avec l'enfant ainsi que le besoin de reconnaissance de leur rôle parental.

En outre, nos résultats statistiques montrent que ces parents présentent des niveaux de dépression plus faibles que les autres parents. Il n'y a pas de différence par contre concernant l'anxiété. Les parents interrogés estiment néanmoins être moins stressés, moins anxieux, mieux dans leur peau, plus positifs et plus épanouis. Notre enquête en ligne a également montré que, chez les parents du groupe PMA, les niveaux d'anxiété et de dépression impactent moins fortement leur SCP que les autres parents.

CONCLUSION : L'ensemble de nos analyses nous ont surtout permis d'entrevoir que les modèles explicatifs connus du sentiment de compétence parentales n'englobent pas la complexité des processus et de leurs intrications par rapport à l'évolution du SCP chez les parents avec un parcours de PMA. En effet, il existe une dimension affective forte en lien avec l'attente et le désir de devenir parents ainsi qu'une grande motivation envers leur rôle parental rêvé, imaginé. Enfin, il semble également qu'un processus de résilience influencé par leurs capacités individuelles mais aussi le soutien relationnel des professionnels de santé, de la famille, du conjoint et des enfants eux-mêmes soit central à la concrétisation d'un bon sentiment de compétence parental.

Cette recherche a été effectuée pendant la pandémie mondial du covid-19 principalement pendant la période de confinement. Les parents qui ont pu rester confinés avec leur famille et ne plus travailler ont vécu cette période très positivement renforçant même leur sentiment de compétence parental. A l'inverse, le seul parent travaillant dans le domaine médical, travaillant encore plus, a ressenti une répercussion négative sur sa vision de son rôle parental.

Ceci semble donc conforter le besoin exprimé par beaucoup des parents : pouvoir bénéficier de plus de temps familial.

Evidemment, cette recherche comporte des limitations et des recherches ultérieures seront nécessaires pour confirmer ces résultats dans des études de terrain longitudinales.