

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Comment penser un véritable partenariat de soins dans le parcours de procréation médicalement assistée ? Une étude qualitative en Wallonie auprès de gynécologues et de futurs parents

Auteur : Dambrain, Axelle

Promoteur(s) : 28414; Crützen, Céline

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24073>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Comment penser un véritable partenariat de soins dans le parcours de procréation médicalement assistée ? Une étude qualitative en Wallonie auprès de gynécologues et de futurs parents.

Mémoire présenté par **Axelle DAMBRAIN**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en expert de la santé publique

Année académique 2024-2025

Comment penser un véritable partenariat de soins dans le parcours de procréation médicalement assistée ? Une étude qualitative en Wallonie auprès de gynécologues et de futurs parents.

Étudiante : Axelle DAMBRAIN

Master en Sciences de la Santé Publique

Année académique : 2024-2025

Promotrice : Dr Carole Minker (PharmD, PhD)

Co-promotrice : Crützen Céline

Table des matières

Préambule	1
1. Introduction	2
1.1 La problématique : la relation de soin entre les patients et le corps médical dans un parcours d'une procréation médicalement assistée.	3
1.2 L'angle problématique : le manque de données concernant l'approche partenariale en procréation médicalement assistée.	4
1.3 Modèle d'analyse	6
2. Matériel et méthode	8
2.1 Type d'étude	8
2.2 Population, méthode d'échantillonnage et recrutement	8
2.3 Paramètres et dimensions étudiées	9
2.4 Méthodes et outils de collecte de données	9
2.5 Organisation et planification de la collecte des données	10
2.6 Traitement et méthodes d'analyse des données	10
2.7 Critères de validité.....	11
2.7.1 Réflexivité.....	11
2.7.2 Pertinence	11
2.7.3 Transférabilité / Validité.....	12
2.7.4 Pré-test	12
2.8 Aspects réglementaires et législatifs.....	12
2.8.1 Accord du comité d'éthique	12
2.8.2 Financement de l'étude.....	12
2.8.3 Règlement de gestion de protection des données	12
3. Résultats	13
3.1 Présentation de l'échantillon	13
3.2 Analyse	13
3.2.1 Vécu des dimensions émotionnelles de la relation de soin	14
3.2.1.1 Continuité du lien	14
3.2.1.2 Prendre le temps : marqueur d'une attention et d'une reconnaissance.....	15
3.2.1.3 Créer un sentiment de sécurité psychologique	17
3.2.2 Vécu des dimensions techniques de la relation de soin	18
3.2.2.1 L'éducation thérapeutique comme vecteur d'implication active.....	18
3.2.2.2 Renforcer la littératie en santé pour une meilleure compréhension et participation	20
3.2.2.3 Vers une autonomie partagée : soutenir la prise de décision éclairée	22
3.2.3 Vécu des dimensions symboliques de la relation de soin.....	24

3.2.3.1	Une place souvent assignée : entre confiance et hiérarchie médicale	24
3.2.3.2	La place incertaine du co-parent : un rôle secondaire et peu valorisé.....	26
3.2.3.3	Différenciation des rôles du gynécologue	28
4.	Discussion	28
5.	Biais, forces, limites et perspectives de l'étude	34
6.	Conclusion.....	35
7.	Références.....	37
8.	Annexes	43
8.1	Annexe 1 : Distinction du partenariat patient par rapport aux modèles antérieurs.....	43
8.2	Annexe 2 : Modèle de partenariat humaniste en santé	43
8.3	Annexe 3 : Modèle d'analyse de Jonathan Smith : <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> (63)	44
8.4	Annexe 4 : Guide d'entretien pour les futurs parents.....	45
8.5	Annexe 5 : Guide d'entretien pour les gynécologues	50
8.6	Annexe 6 : Accord du comité d'éthique	55
8.7	Annexe 7 : Tableaux de présentation de l'échantillon	60

Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom... DAMBRAIN Axelle
Matricule étudiant : S2300087

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 08-08-2025

Signature



Remerciements

Je tiens d'abord à remercier la Dr. Carole Minker, ma promotrice, qui m'a permis d'aborder le sujet de la PMA et de m'intéresser au vécu complexe de ce parcours. Je la remercie pour son aide, son soutien et son écoute tout au long de mon travail, ainsi que pour sa bienveillance et ses encouragements, particulièrement appréciés dans les moments de désarroi ou de découragement.

Je remercie également Madame Céline Crützen pour son soutien, sa disponibilité, ses réponses rapides et ses conseils précieux. Elle m'a permis, tout au long de mon parcours, de réfléchir aux points importants et de me recentrer sur l'essentiel.

Je remercie tous les futurs parents et parents qui ont accepté de répondre à mes questions, ainsi que les gynécologues pour leur temps et le partage de leur expérience, qui m'ont permis de mener ce projet à bien.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes ami·es du master qui m'ont soutenue pendant ces deux années riches en découvertes : Juliette S., Juliette V., Florence, Théo, Sarah, Tess et Dana. Je tiens aussi à remercier mes parents, mon frère, ma sœur et mon compagnon pour leur soutien inconditionnel.

Listes des abréviations

AMP : Aide Médicale à la Procréation

CADICEE : Confiance, Autonomie, Décision partagée, Information, Contexte personnel, Empathie et Expertise

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIV : Fécondation In Vitro

FP : Futurs Parents

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transsexuel ou Transgenre, Queer, Intersexué et Autres

MPHS : Modèle de Partenariat Humaniste en Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation médicalement assistée

PP : Partenariat Patient

Résumé

Introduction : Le partenariat patient vise à reconnaître le patient comme un acteur à part entière du système de santé. Il repose sur la valorisation de l'expertise vécue du patient, complémentaire à celle des professionnels, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, favoriser l'autonomisation et co-construire les parcours de santé. Ce modèle a été peu développé dans le domaine de la procréation médicalement assistée (PMA). Or, ce parcours pourrait constituer un terrain propice au développement d'un véritable partenariat entre gynécologue et futurs parents (FP). L'analyse des discours de terrain permet ainsi d'explorer la pertinence d'une approche partenariale dans ce contexte spécifique, à travers le regard croisé des gynécologues et des FP. L'objectif principale vise à étudier le vécu de la relation de soins entre les gynécologues et les FP à travers le modèle du partenariat humaniste en santé (MPHS).

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative dont la collecte de données a été réalisée à partir de 15 entretiens semi-directifs, impliquant 18 personnes interrogées. La population étudiée se compose de gynécologues (6) pratiquant en PMA et de FP (12) engagés dans un parcours de PMA, recrutés par un échantillonnage non probabiliste de participants volontaires. Une analyse phénoménologique interprétative (IPA) a été menée manuellement afin d'explorer les vécus et les expériences des participants.

Résultats : L'analyse a fait émerger trois catégories, en restant au plus proche du vécu des participants : le vécu des dimensions émotionnelles de la relation de soin, le vécu des dimensions techniques de la relation de soin, et le vécu des dimensions symboliques de la relation de soin.

Conclusion : Cette recherche révèle la complexité des relations entre gynécologues et FP en PMA, marquées par des tensions et des compromis autour des dimensions : émotionnelle, technique et symbolique. La continuité du lien thérapeutique et la reconnaissance du vécu des patients sont essentielles, mais souvent limitées par une organisation rigide et une hiérarchie des savoirs. Pour un partenariat patient réel, il est nécessaire de transformer structurellement les pratiques afin d'impliquer pleinement les patients, sans leur imposer une charge émotionnelle ou décisionnelle isolée, tout en veillant à créer un sentiment de sécurité psychologique permettant aux FP de s'exprimer.

Mots-clés : patient partenaire ; procréation médicalement assistée (PMA) ; Analyse phénoménologique interprétative ; relation de soin

Abstract

Introduction: Patient partnership aims to recognize the patient as a full-fledged actor within the healthcare system. It is based on the recognition and integration of patients' lived experience, which complements professional expertise, with the goal of improving care quality, promoting patient empowerment, and co-constructing care pathways. This model remains underdeveloped in the field of assisted reproductive technology (ART). Yet, this complex and emotionally charged process could offer fertile ground for establishing a genuine partnership between gynecologists and future parents. Analyzing field-based discourse allows for the exploration of the relevance of a partnership approach in this specific context, through the combined perspectives of gynecologists and future parents. The main objective is to study the lived experience of the care relationship between gynecologists and future parents using the Humanistic Partnership in Health model (HPHM).

Method: This is a qualitative study based on data collected from 15 semi-structured interviews involving 18 participants. The study population consists of six gynecologists practicing in ART and twelve future parents engaged in a ART process, recruited through non-probability sampling of voluntary participants. An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was conducted manually to explore the lived experiences and perceptions of the participants.

Results: The analysis revealed three main categories, staying as close as possible to the participants' lived experiences: the emotional dimensions of the care relationship, the technical dimensions of the care relationship, and the symbolic dimensions of the care relationship.

Conclusion: This research reveals the complexity of the relationships between gynecologists and future parents undergoing ART, marked by tensions, adaptations, and compromises across the emotional, technical, and symbolic dimensions of care. Continuity in the therapeutic relationship and recognition of patients' lived experiences emerge as key factors in building trust yet are often hindered by fragmented care organization and implicit hierarchies of knowledge. To establish a meaningful patient partnership, it is essential to go beyond isolated adjustments and engage in a more structural transformation of practices, one that fully acknowledges patients as active contributors to their care journey, without placing on them

an isolated emotional or decision-making burden while ensuring the creation of a sense of psychological safety that allows future parents to express themselves.

Keywords: patient partnership; assisted reproductive technology (ART); Interpretative Phenomenological Analysis (IPA); care relationship

Préambule

Lorsque j'ai commencé mes études en santé publique, je pensais rester assez éloignée du domaine des soins. Pourtant, au fil des cours et des rencontres, j'ai découvert un aspect qui m'a profondément marquée : l'importance de porter la voix des patients et de défendre leurs intérêts pour améliorer leur santé et la qualité des services qui leur sont proposés.

C'est cette sensibilité qui m'a menée à m'intéresser au partenariat patient, en particulier dans le contexte de la procréation médicalement assistée. Ce domaine m'a touchée par les enjeux humains et émotionnels qu'il soulève, et par la complexité des parcours que traversent les patients. Je me suis demandé comment leur implication pouvait contribuer à rendre ces parcours plus respectueux, plus adaptés et plus efficaces.

À travers ce mémoire, j'ai voulu explorer cette question et montrer en quoi le partenariat entre professionnels de santé et patients peut être un véritable levier pour améliorer la qualité des soins. Ce travail reflète aussi l'orientation que je souhaite donner à mon avenir en santé publique : une pratique tournée vers l'écoute, l'amélioration des systèmes et l'*advocacy* en santé.

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 17.5% de la population adulte souffre d'infertilité, soit environ 1 personne sur 6 dans le monde. Ces chiffres ne montrent pas de différences significatives entre les pays, qu'ils soient à revenus élevés, intermédiaires ou faibles. Ce qui démontre l'importance et l'ampleur du problème. De plus, l'accès à la parentalité demeure difficile pour de nombreuses personnes en exprimant le désir, notamment les personnes issues de la communauté LGBTQIA+ (lesbienne, gay, bisexuel, transsexuel ou transgenre, queer, intersexué et autres) ainsi que les personnes seules (1).

L'OMS définit l'infertilité comme étant : « *une affection du système reproducteur masculin ou féminin identifiée par l'impossibilité d'aboutir à une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés réguliers.* » (2). Les causes de l'infertilité sont multiples : physiques, psychologiques, environnementales, mais aussi sociales. Elles sont observées aussi bien chez les hommes que chez les femmes et peuvent conduire au recours à la procréation médicalement assistée (PMA). La PMA ou aide médicale à la procréation (AMP) est définie par la loi belge comme étant : « *un ensemble de modalités et conditions d'application des nouvelles techniques médicales d'assistance à la reproduction dans lesquelles est réalisée : soit une insémination artificielle, soit une des techniques de fécondation in vitro, c'est-à-dire des techniques dans lesquelles il est, à un moment du processus, donné accès à l'ovocyte et/ou à l'embryon* » (3).

Depuis 1978, année de naissance du premier bébé conçu par fécondation in vitro (FIV), on recense plus de 10 millions d'enfants issus de cette méthode au niveau mondial. La majorité des traitements de procréation médicalement assistée est réalisée en Europe.

Au cours des 40 dernières années, les techniques de PMA se sont considérablement développées en Belgique, un pays pionnier dans ce domaine. En 2020, 33.245 cycles de FIV ont été entrepris, aboutissant à 5.194 naissances, représentant 4,6% du total des naissances dans le pays (4). En Belgique, la PMA est encadrée par la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (3). Cette législation, l'une des moins restrictives d'Europe, se veut inclusive en ne limitant pas l'accès à la PMA selon le modèle familial. Elle est ainsi ouverte tant aux couples hétérosexuels, qu'aux couples homosexuels de femmes et qu'aux femmes seules.

Grâce à cette souplesse législative, la Belgique attire également une patientèle internationale en termes de PMA (5). En 2010, parmi les 10 000 couples ayant recours à la PMA, 3 700 étaient d'origine étrangère (4). Au vu du nombre important de personnes engagé dans un parcours de PMA, il apparaît comme essentiel que le système de soins de santé s'adapte à cette demande croissante afin d'atteindre et de garantir une meilleure qualité des soins et une meilleure satisfaction des patients.

1.1 La problématique : la relation de soin entre les patients et le corps médical dans un parcours d'une procréation médicalement assistée.

Le parcours de PMA est souvent perçu par les futurs parents (FP) comme long et intensément médicalisé, ponctué par des examens et des interventions régulières. Selon Almeida et *al.*, les couples infertiles décrivent cette intervention du corps médical comme intrusive (6). Ces couples traversent trois phases distinctes : l'attente, le diagnostic, et le traitement. Les deux dernières phases impliquent une interaction directe avec le milieu médical, qui devient un vecteur d'espoir pour la réussite du traitement et l'atteinte d'une grossesse, ou, au contraire, un rappel de l'échec potentiel de ce dernier (6,7).

En s'appuyant sur des observations de consultations, l'étude de Leone et *al.*, révèle que la communication est souvent centrée sur le médecin, laissant peu de place à l'expression des émotions ou des attentes du couple. Cette dynamique peut engendrer un déséquilibre relationnel, en particulier lorsque les professionnels partent du principe que tous les couples ont les mêmes besoins. Par exemple, l'article décrit une situation où un couple de femmes se voit poser des questions standardisées sur leur fertilité, sans que le médecin n'aborde les raisons spécifiques de leur recours à la PMA, illustrant un manque de reconnaissance de leur réalité familiale (8).

Ces interactions négatives sont perçues comme des obstacles à une compréhension adéquate de leur situation lors de la PMA. Cependant, cette constatation n'est pas vécue de la même manière du côté des gynécologues. D'après l'étude de Sales et *al.*, sur le partenariat de soins dans un centre de naissance au Québec, les professionnels de santé accordent de l'importance à l'autonomie, aux partages d'informations et de connaissances sur la situation particulière des patients, la prise de décision partagée en fonction du contexte de soin ainsi que l'empathie et la reconnaissance de l'expertise des couples sur leur propre expérience (9).

Concernant la prise de décision dans les traitements de fertilité, Chan et *al.*, ont mis en évidence que 92% des femmes préfèrent partager cette responsabilité avec leur médecin tout en impliquant activement leur partenaire (10). Cette volonté d'un rôle actif dans leur parcours de soins contraste avec les observations de Leone et *al.*, qui ont montré que les médecins spécialisés en PMA tendent à adopter un modèle de communication principalement informatif, centré sur la pathologie. Cette approche, bien qu'informative, complexifie les interactions en raison du caractère triadique des consultations, où le partenaire est également considéré comme un patient (8).

L'implication des partenaires non gestants est cruciale pour faciliter leur transition vers la parentalité. Turgeon et *al.*, ont souligné que le sentiment d'exclusion des futurs pères dans le processus de PMA peut influencer négativement la représentation qu'ils se font de leur rôle parental (11,12). Plusieurs études montrent que ces partenaires ressentent souvent un sentiment d'impuissance et de détachement, malgré leur désir de participer activement au processus (11). En définitive, ces sentiments d'impuissance semblent découler du fait que les partenaires non gestants ne se sentent pas pleinement intégrés comme acteurs actifs dans le parcours de fertilité (13–16). L'étude de Crozet et Wendland a notamment mis en évidence une corrélation négative entre la satisfaction des relations avec les soignants et les niveaux d'anxiété et de dépression chez les hommes en PMA (15).

La Ligue des familles a récemment mené une étude qualitative sur les difficultés rencontrées en PMA. Ce rapport révèle que les FP éprouvent un manque d'information sur leur parcours de soins, en particulier en ce qui concerne les risques. L'étude souligne également le manque de temps accordé aux patients lors des consultations (17).

Il apparaît donc que les FP, engagés dans un parcours de PMA, cherchent à être davantage impliqués, avec une reconnaissance accrue de leurs besoins spécifiques et de leur singularité par les professionnels de santé.

1.2 L'angle problématique : le manque de données concernant l'approche partenariale en procréation médicalement assistée.

Le paradigme des soins de santé a évolué au fil du temps. Initialement, le modèle paternaliste dominait, où le soignant était perçu comme le détenteur exclusif du savoir. Ce modèle tend

progressivement à changer vers une approche centrée sur le patient, où ce dernier est placé au cœur des soins, entouré d'une équipe pluridisciplinaire (Annexe 1) (18,19).

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de cette approche dans le contexte de la procréation médicalement assistée. Par exemple, l'étude de Gameiro et *al.*, a révélé que les dimensions de cette approche étaient positivement associées à un meilleur bien-être des patients durant leur traitement de PMA (20). Une autre étude, réalisée en 2011 avec une participation significative de patients belges, a souligné la complexité des soins en matière d'infertilité et propose qu'un modèle spécifique, centré sur le patient, soit développé pour ces soins (21). Les conclusions de cette étude indiquent que les patients souhaiteraient que le personnel de santé soit plus réceptif à leurs contributions et à leurs réflexions critiques.

Le rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de 2020, intitulé « *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque* », recommande l'adoption d'un nouveau modèle de soins intégrés pour le suivi prénatal (22) (*p.19* du rapport). Ce modèle accorde une place centrale aux parents dans leur parcours de soins, en valorisant leur participation active à la prise de décisions, le respect de leurs choix, et l'établissement d'une relation de confiance avec les différents professionnels de santé.

Plus récemment, un nouveau modèle de soins a émergé, proposant une relation différente entre les patients et les professionnels de santé. Contrairement à l'approche centrée sur le patient, où celui-ci est placé au cœur des interactions, ce modèle suggère une implication plus active du patient (23).

Dans le « *Montréal Model* », le partenariat patient (PP) est défini comme une coopération étroite entre les patients et les professionnels de santé. Ce partenariat repose sur un dialogue délibératif et vise à une compréhension partagée de la situation de santé, permettant ainsi la co-construction d'un projet commun. Ce modèle met en avant un engagement élevé des patients dans leurs soins, une relation équilibrée où les responsabilités et le pouvoir sont partagés, et une inclusion des proches aidants dans le processus (23). Ce désir croissant des patients de participer activement à leurs soins est également ressenti par les soignants, qui peuvent parfois éprouver une perte de sens dans leur travail. Une perte de sens qui peut s'expliquer par l'exigence du système de santé ainsi que les modèles biomédicaux dans

lesquels toutes les responsabilités des soins reposent sur les épaules des soignants comme l'explique l'article de Delbrouck sur le burn-out des médecins (24).

Lorsqu'un patient acquiert une expertise de sa vie avec la maladie et du système de santé qu'il fréquente régulièrement, il est le seul à avoir une vue d'ensemble de ses soins et du parcours qui lui est proposé. Cette réalité est d'autant plus marquée dans un contexte de santé hyper spécialisée, souvent structuré en silos, rendant la gestion du parcours individuel particulièrement complexe (25). Dans le cadre de la PMA, il est essentiel de reconnaître que non seulement la personne portant la grossesse, mais aussi le couple ou la configuration familiale choisie par les patients, deviennent des acteurs centraux du processus. Les proches jouent donc un rôle crucial dans ce parcours (26). Ce nouveau modèle de soins pourrait cependant aussi questionner la place des soignants dans cette relation. Un rapport d'activité intitulé « *projet de participation des usagers et des proches à la réforme des soins de santé mentale* » a été publié en 2017. Ce document met en avant certains éléments tels que : le partage du pouvoir et le partage de la responsabilité « *entre les professionnels, les usagers et les proches* » (27) (p.8). Il apparaît que la construction d'une relation de partenariat peut susciter des craintes chez les soignants en raison du changement de rôle qu'elle entraîne (27).

L'expression « *partenariat patient* » est de plus en plus courante dans les milieux cliniques, pédagogiques et politiques, mais elle semble être interprétée différemment selon les contextes, nécessitant ainsi une clarification de son sens en fonction des situations spécifiques (25). Bien que le PP soit souvent évoqué dans la littérature concernant les maladies chroniques, où les interactions avec le système de santé sont fréquentes, il a peu été étudié dans le cadre des relations entre gynécologues et FP en PMA.

Pourtant, compte tenu de la similarité entre la chronicité des visites médicales et l'impact physique et psychologique des traitements de fertilité dans un parcours de PMA, l'implémentation d'un PP pourrait s'avérer particulièrement bénéfique (28–30).

1.3 Modèle d'analyse

Le modèle utilisé pour mener cette recherche sera « *le modèle du partenariat humaniste en santé (MPHS)* » (Annexe 2) (30). Cette conception infirmière, publiée en 2017 s'inspire de diverses théories infirmières et transdisciplinaires pour offrir une nouvelle déclinaison des concepts centraux de la discipline infirmière. Bien que ce modèle conceptuel ne soit pas

considéré comme une véritable théorie en raison de son niveau d'abstraction, qui le rend difficile à vérifier par la recherche, il reste une source précieuse de notions philosophiques et de perspectives générales pour étudier les phénomènes de cette recherche (31). Compte tenu de son approche humaniste et centrée sur le partenariat, ce modèle de soins, axé sur la relation soignant-soigné, peut tout à fait être appliqué à la pratique gynécologique (32). En effet, le processus de procréation médicalement assistée est particulièrement singulier et implique peu d'infirmiers, tandis que le rôle du gynécologue, des sage-femmes et des biologistes y est central. Le ou la gynécologue est le professionnel qui va initier la prise en soin¹ ainsi que coordonner l'ensemble du processus, ce professionnel est donc le pivot de la démarche (34).

Le modèle de "partenariat humaniste en santé" propose une méthode d'accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins, en prenant en compte toutes les dimensions qu'ils souhaitent aborder afin de co-construire leur projet de vie. Ce modèle repose sur quatre concepts centraux (30,35):

1. **La personne** : les partenaires sont toutes les personnes impliquées dans la relation de soin. Le patient est considéré comme une personne libre de faire des choix éclairés concernant sa santé et capable de s'autodéterminer (28).
2. **L'environnement** : Les partenaires évoluent dans un écosystème d'interrelations.
3. **La santé** : chaque personne possède des caractéristiques biophysiques, psychologiques, socioculturelles et spirituelles.
4. **Le soin** : le soin est co-construit en collaboration, à partir des savoirs scientifiques des soignants et des savoirs expérimentaux des patients, tous évoluant dans un environnement partagé.

Ce modèle de soins s'opérationnalise en trois étapes, qui peuvent se dérouler simultanément et s'influencer mutuellement (30) :

- **Co-définir la situation de prise en soins** : cette première étape consiste à collecter, co-analyser et co-interpréter des éléments issus de l'expérience des patients et des professionnels de santé.

¹ La formule « prise en soin » est davantage adaptée au langage du partenariat patient. En effet, dans le contexte du partenariat, le patient n'est pas simplement « pris en charge », ce qui le réduirait à un objet de soin, mais il est considéré comme un collaborateur à part entière. (33)

- **Co-planifier les interventions de soins et ainsi permettre une co-action** : durant cette étape, le patient identifie ses besoins en matière de soins ainsi que les personnes-ressources utiles à la réalisation de son projet de vie. Il est crucial de mettre en avant les ressources et les forces à ce stade.
- **Co-évaluer l'expérience de soin** : cette étape consiste à évaluer l'expérience de soins vécue pendant le partenariat entre le patient et l'équipe soignante. Des ajustements peuvent alors être effectués par les partenaires de la démarche.

Même sans validation empirique, ce modèle fournit un cadre qui oriente le but de la recherche, la méthode, les types de questions posées, ainsi que l'interprétation des données. En somme, il servira de guide à chaque phase de la recherche (31).

2. Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Cette recherche adopte une approche qualitative phénoménologique à visée exploratoire, adaptée à l'étude de phénomènes humains complexes comme la relation de soin en PMA (36). Contrairement à l'approche quantitative, elle se concentre sur le vécu subjectif des individus. La méthodologie repose sur une étude de cas, permettant une analyse approfondie des relations entre gynécologues et FP. L'objectif principale n'est pas d'évaluer un partenariat existant, mais d'explorer les modalités actuelles de la relation soignant-soigné et d'interroger la pertinence d'un modèle de PP. L'étude suit une démarche inductive, avec une analyse croisée et itérative des points de vue pour faire émerger les dynamiques relationnelles et les conditions d'un éventuel partenariat en PMA (31).

2.2 Population, méthode d'échantillonnage et recrutement

Pour cette étude qualitative, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de gynécologues-obstétriciens et de FP étant engagés dans un parcours de PMA en région wallonne. Le choix des gynécologues s'explique par leur rôle central dans le parcours de soins, tandis que les FP ont été sélectionnés pour la diversité de leurs trajectoires personnelles et familiales (34). L'étude repose sur un échantillonnage raisonné, basé sur des critères d'inclusion précis, sans viser une taille fixe d'échantillon (37). Les critères d'inclusion étaient : avoir été engagé dans un parcours de PMA il y a moins de deux ans pour les FP, et exercer

depuis plus de cinq ans en tant que gynécologue en PMA pour les professionnels. Le critère d'exclusion était la non-maîtrise du français. Le recrutement s'est fait via les centres de PMA (pour les gynécologues) et par prospectus et échantillonnage boule de neige (pour les FP). L'ensemble de ces stratégies de recrutement a permis de constituer un échantillon riche et varié, tant du point de vue des profils professionnels que des trajectoires de soins vécues (37). La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à atteindre le point de saturation, et ce en respectant les échéances du mémoire, c'est-à-dire lorsque les thèmes émergents étaient suffisamment explorés dans le matériel récolté pour permettre une analyse approfondie (38).

2.3 Paramètres et dimensions étudiées

Encore peu d'études ont mis en évidence le PP, notamment le niveau du micro-partenariat au sein d'un parcours de PMA.

Cette recherche vise donc à explorer la question : **Comment les gynécologues et les futurs parents engagés dans un parcours de PMA perçoivent-ils leur relation de soin, et dans quelle mesure un modèle de partenariat patient pourrait-il répondre à leurs besoins et attentes ?**

Cette étude qualitative explorera de manière inductive les expériences vécues par les FP et les gynécologues le partenariat de soins en PMA à travers le MPHS et ces trois dimensions : Co-définir la situation de prise en soins, co-planifier les interventions de soins et co-évaluer l'expérience de soins.

2.4 Méthodes et outils de collecte de données

Dans cette étude, des entretiens semi-directifs individuels ont été utilisés pour recueillir les vécus et perceptions des gynécologues et des FP concernant le PP en PMA. Cette méthode, adaptée à une approche phénoménologique, repose sur des guides d'entretien différenciés selon les profils, composés de questions ouvertes (Annexes 4 et 5) (31). La collecte des données s'est déroulée de manière itérative entre mars et mai 2025, permettant une analyse progressive. La diversité des profils et des contextes a favorisé une triangulation des points de vue, enrichissant la compréhension des dynamiques relationnelles et du potentiel partenariat en PMA (38).

2.5 Organisation et planification de la collecte des données

La collecte de données s'est déroulée sur une période de trois mois. Le recrutement a été initié par contact avec les centres de PMA wallons via e-mail, complété par la distribution de prospectus dans un centre proche du domicile de la chercheuse. Certains gynécologues ont également transmis les coordonnées de patients volontaires. Les participants (gynécologues et FP) ont ensuite été contactés directement par la chercheuse pour vérifier leur consentement éclairé et fixer un rendez-vous. Les entretiens semi-directifs, d'une durée comprise entre 26 minutes et 1h19, ont été réalisés selon les préférences des participants : en présentiel, en visioconférence ou par téléphone. Un premier échange avait pour objectif d'établir un climat de confiance, de vérifier leur consentement éclairé à participer à l'étude, et de répondre à leurs éventuelles questions.

2.6 Traitement et méthodes d'analyse des données

L'analyse des données a été menée de manière itérative entre mars et août 2025, en parallèle à la collecte, afin d'affiner progressivement le guide d'entretien en fonction des récits recueillis et de rester au plus près de l'expérience vécue des participants. La méthode utilisée relève de la psychologie phénoménologique, s'appuyant spécifiquement sur l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) de Jonathan Smith (Annexe 3) (39). Cette approche idiographique et herméneutique vise à explorer en profondeur les significations que les participants attribuent à leur vécu, en considérant chaque cas comme unique. L'IPA ne cherche pas à quantifier un phénomène, mais à en comprendre la signification subjective, tout en mettant en lumière, dans un second temps, les convergences et divergences entre les cas pour enrichir la compréhension globale.

L'analyse a suivi les cinq étapes clés de l'IPA, selon le schéma de Jonathan Smith (39) :

1. **Lecture et relecture des transcriptions** : Identification des réponses significatives, extraits ou citations dans les transcriptions (codage ouvert). Cette étape s'est effectuée grâce à l'annotation à la marge des retranscriptions.
2. **Identification des thèmes** : Repérage et étiquetage des thèmes majeurs et mineurs.
3. **Structuration de l'analyse** : Organisation des thèmes en clusters thématiques, en les nommant de manière à refléter leur sens profond. La chercheuse les a structurés dans un tableau Excel.

4. **Production d'un tableau synthétique des thèmes** : Sélection de citations illustratives ; élimination des thèmes peu représentés.
5. **Construction d'un récit cohérent** : Rédaction d'un récit fondé sur le tableau thématique ; intégration de citations des participants pour ajouter profondeur et richesse à l'analyse. Ceci constitue la partie « résultats » de la recherche.

2.7 Critères de validité

Pour garantir la validité de l'analyse qualitative menée dans cette étude, celle-ci s'appuiera sur les recommandations méthodologiques formulées par Malterud (40).

2.7.1 Réflexivité

Infirmière de formation, bien que non impliquée directement sur le terrain de la PMA, je porte un vif intérêt à l'approche du partenariat et à la reconnaissance de leur vécu, tout comme à celui des soignants, souvent confrontés à une grande charge émotionnelle dans ce contexte. Mon engagement dans cette recherche s'est construit à travers la participation à des conférences sur le partenariat de soins (41), ainsi que des entretiens exploratoires menés avec un patient partenaire et un responsable de comité de patients partenaires. Ces expériences ont nourri ma réflexion et renforcé ma volonté de donner une voix aux différents acteurs du soin. La question de recherche repose sur un double constat : le manque d'informations et de recherches sur la faisabilité d'un partenariat de soins en PMA et une coordination encore fragile entre patients, partenaires et soignants. Afin de garantir une posture réflexive, un accompagnement méthodologique par la promotrice et la co-promotrice a été prévu après les entretiens. Consciente de mes propres préconceptions, notamment l'idée d'un partenariat encore peu développé, je veillerai à intégrer de manière objective l'ensemble des discours, y compris ceux qui remettent en question ces représentations.

2.7.2 Pertinence

Ce travail de recherche, mené par une approche phénoménologique visant à comprendre les significations attribuées aux expériences vécues, repose sur une méthodologie d'étude de cas, jugée plus adaptée au contexte spécifique de la PMA. La démarche qualitative adoptée permet d'explorer en profondeur le vécu des futures mères portant la grossesse, de leurs partenaires et des soignants impliqués, en s'appuyant notamment sur l'IPA. Celle-ci vise à donner un sens riche et profond aux discours recueillis, en s'attachant à une lecture quasi mot à mot des propos tenus (39). Cette approche offre ainsi une compréhension nuancée des dynamiques

relationnelles et des enjeux du partenariat de soins, dans un contexte marqué par une forte charge émotionnelle et une complexité relationnelle (42).

2.7.3 Transférabilité / Validité

Cette étude utilise un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné, adapté pour sélectionner des profils variés en lien avec le partenariat de soins en PMA (37). L'analyse approfondie de récits d'un petit groupe permet de mieux comprendre ce vécu spécifique et d'assurer la validité interne. Les résultats ne sont pas généralisables, mais offrent des pistes transférables à d'autres contextes similaires, qui pourront être explorées dans des recherches ultérieures (31).

2.7.4 Pré-test

Les deux guides d'entretien utilisés lors des entrevues ont été préalablement vérifiés et validés par la promotrice et la co-promotrice de l'étude afin de garantir leur pertinence par rapport à la question de recherche (31). Ils ont également été testés auprès d'un comité de patients partenaires ainsi que d'une future maman, pour s'assurer de leur compréhension et de leur facilité d'utilisation. Quelques questions jugées peu précises ont été modifiées afin d'être mieux adaptées, notamment concernant la co-évaluation du partenariat de soins.

2.8 Aspects réglementaires et législatifs

2.8.1 Accord du comité d'éthique

Cette étude entre dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Une demande a été soumise (Annexe 6) et acceptée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire (43). Une assurance a également été sollicitée, validé par le comité d'éthique ainsi que les formulaires d'informations et de consentement. Après l'avis favorable du comité d'éthique, rendu le 28 février, la recherche a pu débuter.

2.8.2 Financement de l'étude

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement. Elle s'inscrit dans le cadre d'un mémoire réalisé en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique.

2.8.3 Règlement de gestion de protection des données

Toutes les données ont été traitées conformément à la loi du 25 mai 2018 relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (44). Avant chaque entretien, les

participants ont signé un consentement éclairé (Annexe 4), incluant l'autorisation d'enregistrement audio, afin d'assurer une retranscription fidèle des échanges. Aucune donnée ne sera conservée au-delà de la durée nécessaire à la rédaction du mémoire. À la fin de ce processus, toutes les informations recueillies seront définitivement supprimées.

3. Résultats

3.1 Présentation de l'échantillon

L'échantillon de l'étude est composé de 15 FP, dont trois entretiens ont été menés avec les deux membres du couple, ainsi que de 6 gynécologues impliqués dans des parcours de PMA. Une certaine diversité des profils a pu être observée : les FP interrogés présentaient des parcours en PMA allant de 2 mois à 5 ans, certains ayant déjà eu des enfants grâce à la PMA, d'autres n'en ayant pas encore. Les gynécologues, quant à eux, présentaient des niveaux d'expérience variés (6 à 27 ans). Cette hétérogénéité a permis de recueillir des témoignages riches et complémentaires. Les tableaux en annexe (Annexe 7) présentent les données sociodémographiques et cliniques des FP ayant participé à l'étude ainsi que la légende explicative. Par souci de confidentialité, les informations relatives aux professionnels de santé, notamment leur lieu de pratique, n'ont pas été détaillées afin de garantir leur anonymat.

3.2 Analyse

Grâce à l'analyse IPA, les expériences et les vécus des différentes personnes interrogées ont pu donner du sens à la recherche, notamment en mettant en lumière les ambivalences et les questionnements profonds ressentis par ces personnes. L'analyse est guidée par les objectifs de recherche suivants :

- Analyser les perceptions des gynécologues et des FP engagés dans un parcours de PMA concernant leur relation de soin, afin d'identifier les dynamiques relationnelles, les attentes mutuelles et les éventuels désajustements.
- Explorer, à travers le modèle MPHS, les besoins relationnels spécifiques exprimés ou perçus dans la relation entre gynécologues et FP en contexte de PMA.

3.2.1 Vécu des dimensions émotionnelles de la relation de soin

3.2.1.1 Continuité du lien

Le parcours de PMA est souvent long et jalonné de rendez-vous réguliers avec le même gynécologue, ce qui favorise l'émergence d'un lien thérapeutique particulier. La continuité des soins apparaît ici comme un élément central du partenariat de soins, permettant de créer une relation de confiance durable entre les FP et leur gynécologue. Cette continuité est également prescrite par le protocole médical lui-même. Contrairement aux consultations ponctuelles, le parcours de PMA implique une succession de rendez-vous rapprochés et strictement organisés en fonction des cycles biologiques. Ce rythme soutenu structure non seulement le temps médical, mais aussi la relation thérapeutique. Comme le souligne une gynécologue :

« Sur les cycles, on les voit tous les deux jours... » (G5) « On va voir les gens trois ou quatre fois par semaine, donc forcément une relation s'installe » (G1)

Ainsi, ce qui crée du lien, c'est la fréquence et l'intensité des contacts. Le suivi rapproché instaure une forme d'intimité professionnelle, où le gynécologue apprend à reconnaître les émotions de ses patientes, parfois sans qu'un mot ne soit échangé :

« Elle s'assied, je sais que ça ne va pas. » (G5)

Cette continuité peut aussi être mise à mal par des contraintes organisationnelles et institutionnelles. Lorsque le même gynécologue ne peut pas assurer la totalité du suivi, l'équipe pluridisciplinaire prend le relais, créant une forme de fragmentation des soins. Le lien se redistribue alors entre plusieurs professionnels, parfois au détriment de la relation personnalisée initialement construite :

« Nos dossiers circulent. [...] Il n'y aura pas une perte des informations. » (G5) « C'est moi qui fais tout, quasiment tout, une patiente PMA va connaître plusieurs membres... mais le référent ce sera toujours moi » (G1) « À chaque fois qu'on avait une étape importante, elle n'était pas là. Elle a fait tous les suivis, mais elle était absente lors des étapes clés. Transbahuté de médecin en médecin, là ça a été vraiment très compliqué. Des médecins qui ne connaissaient pas notre dossier. Le bien-être du patient, il passe où le médecin connaît le dossier. Et on n'y avait pas droit à l'hôpital X avec la succession de médecins. » (E6)

Du côté des FP, cette organisation collective est perçue comme une forme de continuité, de présence rassurante, qui renforce le sentiment d'accompagnement comme l'exprime cette future maman :

« J'ai fait quelques malaises... j'ai directement téléphoné (au secrétariat) ... ils ont toujours bien passé le message. » (P6)

Ainsi, dans le cadre de la PMA, le partenariat prend tout son sens lorsqu'il est soutenu par une organisation collective, dans laquelle chaque membre de l'équipe contribue à porter le soin. Enfin, lorsque le parcours de PMA prend fin, la rupture du lien est vécue comme un vide affectif par les FP, mais aussi par les praticiens. Après des mois, voire des années, de suivi intensif, le passage soudain à une relation beaucoup plus distendue provoque une forme de deuil :

« On les voit pendant un an pour la PMA, neuf mois pour la grossesse, puis plus rien. Elles me disent : "Mais ça va faire trop bizarre..." » (G5) *« On fait vraiment partie de leur quotidien, puis un jour, on leur dit : à la prochaine. Mais la prochaine, c'est peut-être dans un an, deux ans, trois ans... »* (G1) *« Il m'a clairement dit à l'année prochaine, parce qu'il sait que j'en veux d'autres (des enfants) »* (P3)

Ainsi, la chronicité du parcours renforce le lien thérapeutique, mais la fin brutale du suivi rappelle la spécificité de cette relation, à la fois intense, professionnelle et temporaire.

En somme, la continuité des soins en PMA est un véritable catalyseur propice au partenariat thérapeutique, favorisant la confiance, la familiarité et un sentiment d'accompagnement partagé. Mais cette continuité reste fragile, tributaire des organisations et des temporalités institutionnelles, ce qui en fait à la fois une ressource et un enjeu pour les équipes soignantes.

3.2.1.2 Prendre le temps : marqueur d'une attention et d'une reconnaissance

En PMA, le temps devient un outil central du partenariat de soins. Il ne se limite pas à la durée des consultations, mais incarne une qualité relationnelle : la capacité à écouter, reconnaître et ajuster le soin aux besoins des FP. Certains gynécologues tentent de repenser ce temps en allongeant les rendez-vous, même si cela se heurte aux contraintes institutionnelles et économiques.

« C'est nous qui avons dit : ce n'est pas possible de voir des patientes en PMA infertiles en 20 minutes. On a imposé une demi-heure... J'avais demandé trois quarts d'heure... puis on est repassés à une demi-heure, sinon ce n'était pas rentable. » (G4)

Le temps est également un espace de co-compréhension, où FP et gynécologues ajustent ensemble les décisions. Cette présence continue crée un sentiment de reconnaissance :

« Je n'ai pas le temps, je le prends. » (G1) *« S'il y avait d'autres questions, ils étaient disponibles pour répondre par appel ou message. »* (P2)

À l'inverse, des temps d'attente prolongés pour un résultat ou une réponse génèrent solitude et frustration :

« On est un vendredi soir... on ne pourra contacter personne avant lundi, et il faut qu'on reste comme ça jusqu'à lundi. » (P6)

La co-construction du soin repose donc sur un temps partagé qui dépasse la simple technique médicale. Lorsque les gynécologues anticipent les besoins ou personnalisent les annonces, cela renforce la confiance :

« Je n'ai même pas eu le temps de poser des questions... il était déjà là pour répondre. » (P3)
« À X, ils ont pris la peine, ils nous ont tout expliqué. » (E5)

Ce temps permet aussi une co-évaluation du parcours, en intégrant les questionnements des FP et une intégration du co-apprentissage entre gynécologue et FP :

« Les patientes me disent : « J'ai vu sur un blog qu'il y avait d'autres options... pourquoi vous n'avez pas prescrit ceci ? » M'aider, ça m'aide parfois à me remettre en question et aborder d'autres options. » (G6)

Mais cette disponibilité a ses limites. Les FP attendent parfois une hyper-disponibilité, ce qui oblige les praticiens à rappeler leurs propres contraintes :

« Je déteste qu'on m'appelle... mais vous pouvez m'envoyer un mail, je répondrai. » (G6)

Et pour certains pour qui être en retard serait synonyme de prise en compte des FP, synonyme de disponibilité :

« Moi, travailler comme une machine, en regardant ma montre, je ne saurais pas. » (G4)

Ainsi, prendre le temps, même brièvement, est un acte de reconnaissance et un point d'entrée pour la co-construction du soin. Il permet de partager l'expérience, de comprendre le vécu de chacun, et de maintenir un équilibre entre expertise médicale et vécu émotionnel :

« *Ça pourrait aider d'avoir plus de temps pour une relation équilibrée.* » (P1)

En somme, le temps n'est pas seulement une ressource médicale, mais un espace de dialogue où se construit la compréhension mutuelle et la confiance, malgré les contraintes qui pèsent sur les deux parties.

3.2.1.3 Créer un sentiment de sécurité psychologique

En parcours de PMA, la sécurité psychologique est essentielle pour accompagner des futures mères déjà fragilisées par l'échec et l'incertitude. Elle suppose un cadre où les FP se sentent respectés, compris et reconnus dans leur vécu émotionnel. Pourtant, les réalités organisationnelles et médicales imposent un rythme parfois incompatible avec cette approche. Le premier témoignage illustre la dimension institutionnelle et mécanisée de la prise en soin :

« *Donc c'est un peu à la chaîne, puisque de 7h30 à 9h30 pour qu'après elles puissent aller travailler... Ça, elles disent parfois que c'est un peu déshumanisant. Mais on n'a pas trouvé vraiment d'autres stratégies... Parfois je leur dis que c'est pire chez les animaux, comme pour les juments qu'on enferme dans leur box jusqu'à ce qu'elles soient pleines. Alors elles rigolent.* » (G4)

Ici, le soignant reconnaît implicitement la perte de singularité des futures mères, prises dans un processus rythmé par des contraintes horaires et logistiques. L'humour, en comparant la situation à celle d'animaux reproducteurs, est utilisé comme une tentative de dédramatisation, voire de connivence. Cependant, il révèle une normalisation de la déshumanisation, perçue comme inévitable dans ce contexte. Cet échange montre les limites d'un système où la nécessité de l'efficacité prime sur la relation individuelle : notamment, les futures mères portant la grossesse, sont soumises à une succession d'actes médicaux standardisés, ce qui peut éroder leur sentiment d'être considérées comme des personnes uniques. Cependant, dans le second témoignage, le même praticien décrit une attitude opposée : une volonté consciente de réintroduire de l'humanité dans un contexte d'échec répété :

« J'essaie de rester positive, parce que ce sont des gens qui viennent dans un échec. Et plus le temps passe, plus cette salle de consultation est perçue comme un lieu d'angoisse et d'échec, puisque les résultats reviennent souvent négatifs. Alors j'essaie toujours de dire « bonjour », de voir comment elles vont, de demander si elles ont encore des questions. » (G4)

Ici, on voit une tentative de restaurer un sentiment de sécurité psychologique par de petits gestes simples : l'accueil personnalisé, la reconnaissance de l'état émotionnel des FP, l'ouverture au dialogue. Le praticien est conscient que la répétition des échecs alourdit chaque venue en consultation, transformant potentiellement le lieu de soin en un espace anxiogène. En humanisant l'interaction, même brièvement, il cherche à alléger cette charge émotionnelle. Pour certains FP, toutefois, la quête du résultat, c'est-à-dire obtenir un enfant, prime sur la relation thérapeutique. Leur désir est si fort qu'ils peuvent accepter des protocoles éprouvants, voire déshumanisants, sans les remettre en question :

« Ils sont prêts à accepter à peu près n'importe quoi. » (G2) « Je serais capable de lui dire de rester deux heures la tête en bas... parce qu'ils sont tellement en demande et en attente de résultats... Ils disent : ce n'est pas un problème, je paierai tout ce qu'il faut. » (G5)

Les gynécologues oscillent donc entre des tentatives de réhumanisation individuelle et la nécessité de fonctionner dans une logique collective, parfois impersonnelle.

3.2.2 Vécu des dimensions techniques de la relation de soin

3.2.2.1 L'éducation thérapeutique comme vecteur d'implication active

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) apparaît aussi comme un levier essentiel dans la construction du partenariat de soins. Elle permet aux FP de comprendre les modalités du traitement et de devenir acteur ou actrices de leur prise en soin. Dans le cadre de la PMA, les outils éducatifs mobilisés sont souvent concrets et pratiques comme les schémas, les vidéos explicatives ou les PowerPoint et visent en priorité à transmettre les compétences techniques nécessaires à la bonne observance du protocole :

« L'essentiel de la relation au départ est pédagogique » « On explique par étapes, Ils sont perdus si on les inonde » (G1) « C'est plus compliqué d'expliquer aux gens la fertilité, comment ça fonctionne, expliquer pourquoi ça ne va pas, qu'un suivi gynécologique classique de routine, quoi. » (G4) « Ce qui est bien, c'est que tout était bien expliqué... un schéma avec jour 1, jour

2... Ça paraît un peu stressant... il y a une espèce de ligne du temps... à ce moment-là, vous devez faire ça... Ne pas oublier... faire ça à temps et à heure... » (P9)

L'exemple des injections illustre bien cette dynamique : perçues à la fois comme un acte technique et un geste d'engagement personnel ou conjugal, elles symbolisent l'implication des FP dans leur parcours. Pour les gynécologues, c'est souvent à travers la bonne exécution de ces actes que se mesure l'adhésion au traitement, et donc une forme de « bonne » participation. Chez certains couples, les injections prennent également une valeur affective marquant une avancée concrète dans le processus :

« C'est souvent eux qui vont le faire eux-mêmes les injections. Donc il y a un auto-apprentissage à faire. Donc voilà, maintenant c'est sûr qu'ils sont fort encadrés, fort médicalisés. » (G4) « Oui, j'ai envie de dire, on est presque content d'arriver au stade où on peut faire les piqûres. » (P9)
« Il a été là tout le temps. [...] Il me faisait les piqûres (en parlant de son mari). » (P7)

Cependant, cette éducation thérapeutique reste parfois descendante, centrée sur la transmission d'informations techniques sans réelle prise en compte du vécu subjectif ou des besoins émotionnels. Des FP rapportent ainsi un accompagnement insuffisant pour comprendre certains gestes ce qui a été perçu comme un manque d'implication du gynécologue par les FP. Ce type d'expérience illustre les limites d'un modèle encore centré sur l'information plutôt que sur la co-construction de savoirs, pourtant au cœur du partenariat de soins :

« C'était plutôt faites ça et il faut le faire. On m'a dit d'aller sur YouTube voir une vidéo comment on fait les injections... Je ne savais pas si on faisait bien, quelle était la prochaine étape. » (P5)

Pourtant un gynécologue affirme :

« La collaboration est fondamentale sinon le succès du traitement ne va pas aboutir » (G1) « Je suis beaucoup plus riche dans la collaboration [...] beaucoup plus efficace. » (G1)

L'ETP est également mobilisée comme outil de responsabilisation du patient, dans une logique où les gynécologues insistent sur la nécessité pour les FP de prendre en charge leur propre comportement de santé. Plusieurs entretiens illustrent cette attente, avec des injonctions telles que « passez chez le tabacologue » ou « perdez du poids » avant de commencer votre parcours de PMA. Toutefois, ces recommandations sont parfois formulées sans réelle prise en

compte des besoins, du vécu ou de la capacité d'engagement des FP, ce qui peut générer un sentiment de jugement ou de mise à distance :

« Il m'a aussi conseillé de perdre 5 kilos, que ça m'aiderait à tomber enceinte (rire). » (P4) « J'avais pris 10 kilos... elle râlait un petit peu... » (P9)

Ces comportements jugés problématiques par les gynécologues influencent leur manière d'engager ou non un partenariat dans le soin. Comme l'exprime deux gynécologue, l'adhésion des FP à ces normes comportementales devient une condition implicite d'un bon accompagnement :

« On va dire écoutez-vous allez d'abord à la clinique du poids vous allez d'abord chez le tabacologue et puis vous revenez parce que sinon ça ne va pas le faire voilà ça c'est plus notre quotidien » (G1) « S'il y a des consommations, cannabis, cocaïne, ben, ça, on dirait, les gars, il va falloir quand même un peu trouver d'autres moyens pour vous détendre que ça. » (G4)

3.2.2.2 Renforcer la littératie en santé pour une meilleure compréhension et participation

La littératie en santé (45), c'est-à-dire la capacité à comprendre, évaluer et utiliser l'information médicale, joue un rôle central dans la dynamique de partenariat. Plusieurs gynécologues soulignent que le niveau de connaissance des FP influence directement leur compréhension du parcours de PMA. Un futur parent est perçu comme plus impliqué, capable de poser des questions pertinentes, de suivre le protocole de manière autonome, et donc de participer activement à la prise en soin :

« Moi, je pense quand même que ça a quand même une notion de bagage derrière soi et de certaines connaissances médicales qui font qu'ils peuvent argumenter et dire, moi, je pense que j'aimerais mieux faire ça ou ça ou ça. J'ai lu que potentiellement, ça pouvait être moins bien. Alors que si on ne s'est pas un tout petit peu intéressé à ce qu'on allait proposer comme traitement avant, on peut faire qu'écouter la personne qui est devant lui et poser. Donc, je pense quand même que c'est une notion, c'est quand même ceux qui sont dans un milieu socio-économique plus favorisé avec une meilleure éducation, qui ont fait des études supérieures et plus avancées, qui peuvent un petit peu plus discuter et proposer d'autres idées. En tout cas, en majorité. » (G3)

À l'inverse, une posture plus passive, parfois liée à un faible niveau de littératie est parfois perçue comme plus confortable pour les gynécologues, car elle limite les discussions et les remises en question du cadre médical :

« Franchement, parfois je me demande si ce n'est pas mieux de ne pas bien comprendre et comme ça, ils nous font confiance. » (G4)

Pourtant, de nombreux FP expriment une volonté claire de comprendre leur traitement et de pouvoir poser des questions. Cette volonté d'implication est un indicateur fort d'une demande de partenariat :

« J'ai besoin de tout comprendre [...] pas maîtriser, mais de tout savoir. » (P6)

En parallèle, l'accès à l'information ne se fait pas uniquement dans le cadre médical. Beaucoup de FP puisent des connaissances dans d'autres sources : discussions avec des proches ayant vécu un parcours similaire, échanges en salle d'attente, lectures en ligne, groupes de pairs, ou encore réseaux sociaux. Ces savoirs expérientiels jouent un rôle d'étayage, parfois plus rassurant que les discours médicaux. Mais ils sont aussi source de tension : les gynécologues dénoncent régulièrement le risque de désinformation, notamment via les réseaux sociaux, ce qui les conduit à disqualifier certains savoirs profanes. Ainsi, la hiérarchie entre savoir médical et savoir expérientiel reste marquée :

« Malheureusement ce qui court sur les réseaux sociaux TikTok et autres c'est tout et n'importe quoi... "le n'importe quoi, c'est qu'une femme... peut-être enceinte n'importe quand » (G1) « Peut-être qu'un jour je serai dépassé... C'est vrai que parfois les patients en savent plus que moi sur un détail précis. » (G1)

Reconnaître ces formes d'apprentissage informelles, sans les discréditer d'emblée, est une condition essentielle pour faire de la littératie un véritable levier d'empowerment. Lorsqu'elle est valorisée, elle ouvre la voie à une participation active et à une meilleure autonomie. Lorsqu'elle est rejetée, elle devient un point de friction qui fragilise la relation de soin :

« Si je n'avais pas parlé avec mon amie qui a fait ce double don, je n'aurais jamais d'enfant, parce que je n'aurais même pas été au courant. Pour quelqu'un qui est spécialisé PMA, ne pas être capable de dire quelles sont les possibilités, c'est grave. C'est comme si on avait un cancer et on ne disait pas les traitements possibles. » (P8)

L'anamnèse est largement valorisée par les gynécologues comme un outil informationnel central dans la relation de soin. Elle leur permet de mieux comprendre l'histoire personnelle des FP et d'adapter le traitement en fonction de leurs besoins spécifiques. Cette étape du parcours est perçue comme un moment privilégié, fondamental dans l'instauration d'un lien de qualité :

« *L'anamnèse est un outil très puissant.* » (G1) « *Pour moi, l'anamnèse, c'est le moment le plus important, et c'est celui que je préfère. Donc, c'est de décortiquer l'histoire.* » (G4)

3.2.2.3 Vers une autonomie partagée : soutenir la prise de décision éclairée

La logique du partenariat implique de soutenir l'autonomie des patients, notamment dans les choix thérapeutiques. Toutefois, les entretiens révèlent que la décision partagée reste souvent inaboutie. Il s'agit moins d'un processus de co-construction que d'un assentiment donné à une décision principalement portée par le ou la médecin. Certains gynécologues évoquent d'ailleurs leur droit à la clause de conscience pour justifier un refus de poursuivre un projet avec lequel ils ou elles ne sont pas à l'aise :

« *On a cette clause de conscience alors on leur dit qu'on n'est pas à l'aise avec votre projet* » (G4).

Ce type de déclaration illustre les limites concrètes d'une autonomie dite « partagée », qui reste conditionnée par le cadre institutionnel, les valeurs des professionnels et les contraintes du protocole. Ce protocole, justement, bien qu'indispensable pour garantir l'efficacité des traitements, introduit une charge mentale et émotionnelle importante. Les FP doivent suivre un calendrier précis, prendre des médicaments à heure fixe, effectuer des examens à intervalles réguliers, autant d'exigences qui peuvent générer un stress important : l'autonomie est donc déléguée, les FP ne savent pas pour autant s'auto-gouverner :

« *C'est vraiment toujours ne pas oublier, puis faire ça à temps et à heure... tous les jours.* » (P9)

La décision partagée est souvent faite pour réajuster le traitement comme le montre ce discours mais tout en restant dans une explication ascendante :

« *Moi, je leur dis, vous les patients, et j'essaie d'être toujours dans la décision partagée parce qu'en fait, en PMA, il y a rarement, enfin en PMA et en médecine en général, mais il y a rarement du blanc et du noir. Donc, il y a parfois des situations où il faut choisir ensemble le*

traitement qui leur semble le plus adéquat. Est-ce qu'on prend le traitement le plus lourd et le plus efficace en sachant qu'il y a des effets secondaires et qu'il y aura des répercussions sur la grossesse ou est-ce qu'on prend le traitement le moins lourd, mais qui est un peu moins efficace, mais qui va amener une grossesse plus facile ? Est-ce qu'ils sont plutôt pressés, prêts à aller vers un traitement agressif ou est-ce qu'ils sont plutôt dans la résistance d'aller vers des traitements ? Et donc là, je pense que le dialogue est très important et la décision partagée est capitale pour l'adhérence au traitement d'abord. Et parce que parfois, pour les gens, c'est nécessaire de passer par un traitement plus efficace pour comprendre qu'ils ont besoin du traitement le plus lourd. » (G2)

Cependant, ce cadre est souvent vécu différemment par les FP. S'il permet une certaine régularité, il est aussi perçu comme rigide et peu adaptable. Les FP évoquent un manque de souplesse face à leur histoire clinique individuelle ou à leurs préférences personnelles ce qui ne permet pas une totale autonomie du côté des FP. Ces protocoles ont une influence sur les suggestions des besoins des FP :

« J'ai demandé pourquoi je ne pouvais pas avoir 10 mg comme la fois précédente puisque ça avait bien fonctionné, mais on m'a dit : « Le protocole, c'est 5 mg, madame, point. » Refus catégorique car la politique de l'hôpital ici, c'est un seul embryon. » (P6)

D'autres FP expriment une attente de guidance, regrettant un certain retrait médical dans les décisions complexes :

« J'avais le choix, mais j'aurais aimé être davantage orientée. » (P1) *« Alors, l'autonomie de chacun doit être respectée, tant l'autonomie des patients dans le cadre de leur projet que l'autonomie du médecin. Et donc, c'est un difficile équilibre entre les deux »* (G6)

Ces positionnements variés ne dépendent pas uniquement du statut social ou du niveau d'étude, mais bien du degré de littératie, de la confiance dans la relation, et de la façon dont les gynécologues reconnaissent ou non la capacité des FP à participer aux décisions tout en respectant l'autonomie de chacun.

3.2.3 Vécu des dimensions symboliques de la relation de soin

3.2.3.1 Une place souvent assignée : entre confiance et hiérarchie médicale

Le partenariat de soins en PMA est fortement influencé par les rôles sociaux attribués aux différents acteurs de la relation. Un rôle social fait référence à l'ensemble des comportements attendus d'une personne en fonction de son statut social, de sa position dans un groupe ou de la situation dans laquelle elle se trouve (46). Les FP arrivent avec leur histoire, leurs attentes, leur rapport à l'autorité médicale, et leur propre représentation de la place qu'ils doivent ou peuvent occuper. Cette notion de « garder sa place », exprimée à plusieurs reprises dans les entretiens, apparaît comme une tension centrale. Certains FP expriment un rapport de confiance qui justifie une forme de mise à distance volontaire, perçue comme une protection émotionnelle ou un confort psychologique. Cette confiance est parfois totale, au point d'éclipser toute envie ou possibilité d'implication active dans les décisions :

« Vous êtes là en tant que patiente et elle en tant que professionnelle. Je pense qu'elle aime bien qu'il y ait la barrière patient-médecin. » (P9) « J'ai juste super confiance. S'il me prescrit ça, je n'ai pas besoin d'aller vérifier. » (P3) « Moi, on me dit que je dois faire ça. Je fais ça. Je ne me pose pas de questions. » (P8) « Et c'est faire confiance, quelque part, à son médecin. Quand ils nous disent « on fait ça » ou « on fait tel médicament » ou « on ne fait pas ça ». Mais arriver à lâcher prise, ce n'est pas simple. Et prendre... Je pense que mon comportement pourrait faire en sorte, parfois, que le médecin prendrait comme un patient qui essaye de prendre la place du médecin. Or, ce n'est pas notre rôle non plus. » (P6)

Du côté des gynécologues, cette répartition des rôles est encore souvent validée, voire revendiquée. Elle repose sur une hiérarchie structurelle dans laquelle le médecin conserve la décision finale :

« Le patient doit quand même garder sa place. » (G5) « Ça reste aux médecins à décider. Chacun doit avoir sa place. » (G2) « J'ai plein d'arguments... donc je gagne quand même » (G4)

Dans le cadre de la PMA, la relation de soin ne débute pas simplement avec l'acte médical. Elle s'amorce en amont du protocole, dès les premiers échanges entre les FP et leur gynécologue. Comme le souligne un gynécologue :

« Je veux dire, on nous demande d'utiliser notre technique pour répondre à une attente d'un couple qui n'a pas de relation affective mais qui est prête à élever un enfant ensemble. Pourquoi

pas ? Mais ça doit se discuter, ça doit se réfléchir. Et alors, la difficulté qu'on a parfois, c'est l'urgence des gens. Leur urgence n'est pas la nôtre. Je veux dire, nous, on a besoin de réfléchir et de voir si on est à l'aise et voir d'intégrer. Donc, quand on a reçu cette demande de mère porteuse il y a très, très longtemps, il a fallu un an pour qu'on construise la volonté de ce couple avec la mère porteuse. Et voilà, et pour finir, ils ont eu un enfant, ils étaient très heureux et nous, on était convaincus qu'on avait fait les choses correctement. C'est comme ça que ça doit se terminer, c'est-à-dire avec aucun regret des deux côtés. » (G2)

Cette déclaration met en lumière le fait que l'entrée dans un parcours de PMA est conditionnée par une évaluation préalable, à la fois médicale, éthique et subjective. Le médecin ne se contente pas d'appliquer un protocole : il ou elle décide d'autoriser ou non le début du processus. À ce titre, il ou elle détient un pouvoir symbolique fort, celui d'ouvrir ou de fermer l'accès à un projet de vie. Il ou elle devient, en quelque sorte, le gardien de l'espoir. Comme le souligne la gynécologue, les professionnels sont aussi instrumentalisés par les demandes des FP. Une gynécologue reconnaît ponctuellement les apports des FP, sans abandonner leur autorité. Ce glissement vers un soin plus partagé reste partiel, mais témoigne d'une ouverture :

« Ce n'est pas elles qui m'apprennent des choses, mais voilà, elles me disent : "il y en a une qui a pris ces vitamines-là" je vérifie et je dis : « bah oui, vous pouvez prendre ces vitamines-là, ça me va. » (G5)

Cette responsabilité est loin d'être neutre. Elle peut susciter des tensions morales et identitaires chez les gynécologues, qui doivent trancher entre critères médicaux, valeurs personnelles, et demandes parfois complexes. Un gynécologue exprime ce dilemme avec intensité :

« On dit non... et on met ce couple en difficulté. Merde, je n'ai pas fait médecine pour ça. De quel droit est-ce qu'on dit non ? » (G6)

Ce verbatim traduit une remise en question éthique de l'autorité médicale. Le médecin ne veut plus être simplement un filtre, un arbitre silencieux ; il interroge la légitimité même de sa position décisionnaire, conscient des conséquences émotionnelles et existentielles de ce « non » pour les FP. Cette posture marque une volonté de rompre avec un modèle vertical et de créer un espace d'ouverture au dialogue, condition du partenariat. Pour autant, ce pouvoir

décisionnaire reste structurellement présent. Le médecin incarne une autorité qui peut confirmer ou invalider un projet parental. Cette asymétrie, même tempérée par une posture empathique, rend la relation de soin en PMA fondamentalement inégale à son point d'entrée. Le partenariat, dans ce contexte, ne commence pas sur un pied d'égalité, mais dans un cadre où le soignant détient la clé d'un parcours espéré. Ce déséquilibre est parfois accepté voire recherché par certains FP, comme l'exprime :

« *C'est une protection de se dire stop. Voilà, c'est le médecin. Je n'ai pas envie de savoir. Ils font leur popote.* » (P6)

Derrière ce retrait volontaire se cache une réalité émotionnelle : faire confiance, c'est parfois lâcher prise, se reposer sur l'expertise médicale pour ne pas affronter seul la complexité du parcours. Mais ce retrait souligne aussi l'ambivalence du partenariat : il suppose une co-construction, mais ne peut être imposé. La relation soignant-FP peut également revêtir une forte charge affective, allant jusqu'à créer un lien quasi familial avec le gynécologue :

« *C'est le gynécologue de famille, en fait. Tout le monde y est. Mes deux sœurs, maman...* » (P3) « *Ça va faire un peu bizarre de dire que c'est comme un membre de la famille (rire), mais bon, presque.* » (P5) « *On dirait limite une grande sœur... elle rigole avec nous.* » (P4)

3.2.3.2 La place incertaine du co-parent : un rôle secondaire et peu valorisé

La position du co-parent, souvent masculin, apparaît particulièrement marginalisée. Peu directement impliqué sur le plan médical, il est fréquemment réduit à une fonction biologique ponctuelle. Cette mise à l'écart est parfois perçue comme normale, parfois comme une injustice silencieuse comme l'exprime ces FP :

« *Il était là au début, mais après c'était plus obligé.* » (P3) « *On dit juste qu'il doit venir tel jour à telle heure avec des étiquettes. Tu n'as pas été pris par la main.* » Non. » *On nous prend, nous les femmes en compte parce que c'est notre corps qui est important et puis notre émotionnel et nos hormones. Et puis on prend le couple en compte parce que le couple est important, mais le papa tout seul... Jamais vu le gynécologue s'adresser juste à toi ou te demander si tu avais des questions par rapport à tes dons ou des choses comme ça, quoi.* » (P6) « *Ils faisaient comme si je n'existaient pas. Comme si j'étais juste une accompagnante. Il ne m'a même pas regardée... limite, je devais rester de l'autre côté.* » (E1) « *Parce que, entre guillemets, la principale concernée, c'est celle qui va être enceinte, donc c'est la patiente.* » (P3)

Cependant, le co-parent est perçu comme un allié dans le parcours de PMA comme en témoigne cette gynécologue :

« Je trouve que souvent, elle est fort impliquée, fort soutenante et elle comprend beaucoup ce que l'autre vit (à propos des couples de femmes) » (G5) « La femme voulait absolument la FIV, et donc, je vois qu'elle a déjà coaché son homme pour dire qu'il fallait dire qu'on n'était pas d'accord pour faire du deux contre un, quoi. » (G4)

L'implication du co-parent peut même devenir source de tension, notamment lorsqu'elle vient heurter des représentations genrées de la parentalité et de la virilité. L'intervention médicale masculine sur un corps féminin, dans le contexte de l'infertilité, peut raviver un sentiment d'impuissance :

« C'est inenvisageable que ce soit un homme qui fasse le transfert. C'est un autre homme qui me met enceinte... Ça relève l'impuissance de mon compagnon. Je ne pourrais pas me réjouir pleinement si ça venait de lui. » (P6)

Si l'entrée dans le parcours de PMA reste marquée par une asymétrie structurelle entre gynécologue et FP, certains gestes cliniques prennent une dimension symbolique forte, en particulier lorsqu'ils incluent les FP dans des moments clés du processus :

« Il y a des gynécologues qui ont dit "Voilà, vous pouvez appuyer sur la seringue pour l'insémination". Donc ça, franchement, elle n'était pas mise à l'écart. » (P3)

Un acte apparemment mineur, mais vécu comme hautement significatif : il marque une forme de reconnaissance de la future mère en tant qu'actrice de sa parentalité, légitimée dans son rôle au sein du soin. Ce type d'inclusion peut devenir un moment fondateur dans la construction du lien thérapeutique. De leur côté, certains gynécologues expriment une volonté claire d'impliquer le couple dans son ensemble, en intégrant aussi le co-parent dans la dynamique de soin. L'objectif est souvent de mieux comprendre la situation dans sa globalité, mais aussi de donner une place symbolique à chacun et chacune :

« Je trouve que c'est toujours intéressant d'avoir le partenaire en consultation. Je le fais participer avec des blagues sexistes à 5 balles [...] ou en l'interrogeant sur l'état de santé de sa compagne. Le mari prend à témoin sa femme [...] il y a une autre version qui est donnée. » (G6)

Ces récits soulignent que la reconnaissance du couple dans son ensemble et non uniquement de la future mère portant la grossesse, contribue à renforcer la qualité du partenariat de soins. Le fait de se sentir inclus, écoutés, voire acteurs du parcours, participe à une dynamique où la confiance peut s'installer, et où la parentalité commence à être co-construite dès la relation médicale.

3.2.3.3 Différenciation des rôles du gynécologue

Une scission entre le rôle médical et technique du gynécologue et le rôle d'accompagnement psychologique est fréquemment exprimée dans les entretiens. Cette séparation est notamment expliquée par le manque de temps et de formation des gynécologues, identifiés ici comme des freins au développement d'un véritable partenariat de soins. Il ne peut y avoir de séparation nette entre la dimension technique du soin et le rôle relationnel du médecin, car le parcours de PMA est profondément marqué par une charge émotionnelle intense. Dans cette perspective, le modèle du MPHS insiste sur la nécessité de prendre en compte le patient dans toutes ses dimensions pour permettre l'émergence d'un véritable partenariat de soins.

« Une dame s'est effondrée en larmes parce qu'elle n'est pas encore enceinte et que le parcours est un peu lent et long. J'ai alors recours à un autre psychologue ; on est une équipe : psychologue, "maman" au sens très large du terme, donc attachée à la maternité. J'ai donc envoyé la dame chez elle, parce qu'évidemment, la gestion de ces émotions-là sort un petit peu de notre cadre. Même si on doit accompagner les gens, ça sort un petit peu de notre cadre strictement professionnel. Donc, ça déborde très fort. Il faut pouvoir avoir le relais. Alors, quand c'est simplement une petite discussion, ça, je gère bien. Mais quand ça devient difficile, là c'est compliqué. » (G3)

4. Discussion

Cette étude met en évidence les ambivalences et la complexité de la relation de soin dans le parcours de PMA, tel qu'il est vécu par les FP et les gynécologues. L'IPA a permis de dégager trois grands axes : la dimension émotionnelle du lien thérapeutique, la dimension technique et éducative du partenariat, et la dimension symbolique marquée par une hiérarchie médicale persistante.

La comparaison aux données de la littérature demeure difficile car peu d'études se sont penchées conjointement sur le PP dans le parcours de PMA et ce, entre les gynécologues et les FP. Néanmoins, les résultats permettent une mise en perspective avec des travaux antérieurs sur l'expérience patient en PMA aux Etats-Unis de Li et *al.*, une étude qualitative publiée en 2025 (47), ainsi qu'avec les dimensions du PP proposés par l'outil quantitatif CADICEE (Confiance, Autonomie, Décision partagée, Information, Contexte personnel, Empathie et Expertise) de Pomey et *al.*, publié en 2021 (48).

Premièrement, la continuité du lien apparaît comme un catalyseur de confiance et un facteur essentiel du partenariat. Les entretiens montrent que la fréquence des consultations et le suivi rapproché permettent de créer une intimité professionnelle où les émotions sont perçues et reconnues même parfois sans verbalisation. Ce constat rejoue les résultats de Li et *al.*, qui soulignent que des contacts réguliers et une disponibilité accrue favorisent la co-construction du soin (45). Toutefois, cette présente étude nuance cette vision en montrant que cette continuité est parfois mise à mal par une organisation collective qui fragmente le suivi. Là où l'article précédent décrit une expérience majoritairement négative d'un système déshumanisé, nos participants évoquent une double facette : une perte de personnalisation lorsqu'ils sont « transbahutés » de médecin en médecin et lorsque le suivi se fait à la chaîne mais aussi un sentiment rassurant d'être soutenus par une équipe entière allant de la secrétaire médicale au biologiste de PMA.

Les résultats confirment que cette continuité est valorisée, mais montrent donc qu'elle peut être assurée à l'échelle collective et non uniquement individuelle. En ce sens, la pluridisciplinarité peut devenir une ressource, à condition que la circulation d'information et la reconnaissance du vécu des patients soient préservées. Ce suivi, comme mentionné dans les résultats par plusieurs gynécologues, est rendu possible grâce aux réunions d'équipe, qui permettent la transmission des informations et la discussion des situations des FP (49). D'après le MPHS, les résultats dépassent alors le cadre du micro-partenariat. Il serait donc plus approprié de parler de méso-partenariat, c'est-à-dire des interactions partenariales que le patient entretient avec l'organisation ou le système de soins qui l'accompagne (50). La richesse de l'équipe pluridisciplinaire permettrait de compenser les limites individuelles dans l'accompagnement des FP (49). Ce déplacement du cadre relationnel permet de soutenir le

patient de manière plus globale, tout en déchargeant le gynécologue d'une responsabilité émotionnelle parfois lourde à porter seul (51–53).

Cette tension peut également être analysée à travers le prisme de l'outil CADICEE (48). Bien que la continuité ne soit pas explicitement identifiée comme une dimension de l'outil, elle peut être rapprochée à la première dimension, la confiance. En effet, d'après les résultats, cette confiance repose en grande partie sur la continuité du suivi, notamment grâce à la chronicité des consultations et donc la création d'une relation de confiance et d'un lien thérapeutique. Dans l'outil, la confiance est considérée comme réciproque. Or, les données de cette étude montrent que les FP expriment majoritairement une forte confiance envers leur gynécologue, mais la confiance des gynécologues envers leurs patientes n'a pas été évoquée. Elle apparaît pourtant comme un élément essentiel pour établir un véritable partenariat de soins (48).

Deuxièmement, la sécurité psychologique apparaît comme étant un levier au PP. Certains gynécologues s'efforcent de réintroduire de l'humanité dans un cadre institutionnel rigide, tandis que d'autres reconnaissent que le rythme soutenu des soins entraîne inévitablement une certaine déshumanisation. Ce manque de temps et d'espace ne permet pas toujours aux patients de poser leurs questions ou d'exprimer leurs préférences tout au long de leur parcours afin de co-construire leur parcours avec leur gynécologue (50). Toutefois, cette réalité n'est pas généralisée dans les résultats : certains gynécologues affirment accorder une place aux questionnements, mais dans un cadre défini. Cette ambivalence rejoint les observations de Li et al., qui décrit une expérience patient oscillant entre la gratitude pour l'accompagnement reçu et un sentiment de standardisation (47).

Toutefois, un point d'attention important à noter dans les résultats est la capacité des FP à relativiser cette déshumanisation lorsqu'ils estiment que l'objectif final (avoir un enfant) justifie le protocole, acceptant une relation plus verticale tant que l'efficacité est au rendez-vous. Ce constat rejoint la synthèse thématique de Nielsen et al., portant sur l'humanisation et la déshumanisation des soins intensifs. « *Si la déshumanisation liée à un traitement vital était vraiment nécessaire, les proches l'acceptaient, car elle répondait à un objectif plus important : sauver la vie du patient.* »(traduction que nous faisons) (54). Selon le modèle MPHS, le PP repose sur une humanisation des soins grâce à une relation équilibrée et une reconnaissance mutuelle entre le patient et le médecin. Cette approche permet de réduire la

déshumanisation. Toutefois, même face à un désir profond d'avoir un enfant, l'acceptation d'une forme de déshumanisation ne devrait pas être considérée comme inévitable.(50,53).

Au regard du CADICEE, cette dimension renvoie à l' « expertise et le contexte personnel ». Les données montrent que la reconnaissance émotionnelle des patients est encore partielle, souvent compensée par des relais extérieurs comme le soutien par les pairs et les proches. La sécurité psychologique en PMA se réfère donc à l'importance de soutenir le bien-être émotionnel et psychologique des patients tout au long de leur parcours de traitement (20). Cela suggère que, dans la PMA, la sécurité psychologique devrait être institutionnalisée et ne pas reposer uniquement sur la bonne volonté individuelle des gynécologues.

Cependant, la formation médicale consacre encore très peu d'espace à l'apprentissage de la gestion émotionnelle des patients, comme l'a révélé une enquête en 2022 : seuls 10 % des médecins ont reçu une formation sur la gestion des émotions, bien que cette compétence soit essentielle pour le bien-être des patients et celui des soignants (55,56). Ce manque est aussi relaté dans les résultats : les cursus traditionnels privilégient davantage les compétences biomédicales et techniques, au détriment des dimensions relationnelles et émotionnelles comme évoqué dans les résultats par une gynécologue qui estime cependant, apprendre par essais-erreur, grâce à leur expérience de terrain et ainsi se construire une intelligence émotionnelle.

Troisièmement, l'ETP, constituant par essence une forme de partenariat, est un autre levier identifié à travers lequel les FP sont impliqués dans leur parcours. Elle est bien présente dans cette étude, notamment à travers des outils pratiques et des postures pédagogiques et éducatives des gynécologues pour accompagner les FP dans leur parcours. Cela corrobore avec l'étude de Li et al., qui insiste sur la nécessité d'outils pédagogiques clairs pour réduire l'anxiété et améliorer l'adhésion au protocole (47). Cependant, nos résultats mettent en lumière les limites d'une éducation encore descendante, s'alignant sur un modèle de soin paternaliste (50), qui transmet de l'information technique sans toujours tenir compte du vécu du patient, ainsi que ses préférences. Certains FP ont ressenti un manque d'accompagnement personnalisé, allant jusqu'à percevoir une sur-autonomisation des actes techniques.

L'outil CADICEE évoque ici les dimensions « information et expertise ». Si cette dimension est présente, elle reste insuffisamment co-construite : les FP ne sont pas toujours encouragés à

partager leur savoir expérientiel, et les gynécologues continuent de hiérarchiser les savoirs, disqualifiant parfois les sources profanes (48). Le PP a déjà été largement étudié sous l'angle de l'ETP, notamment dans l'étude de Pétré et *al.*, qui met en évidence que, selon les répondants, les leviers prioritaires pour développer le PP sont la création et la co-construction de programmes d'ETP avec les patients (65 %), la mise en place de formations destinées aux professionnels afin de les sensibiliser à l'importance des savoirs expérientiels des patients (48,7 %), ainsi que les échanges avec les patients lors des consultations ou des séances (48,7 %). Cette tension entre expertise médicale et savoirs expérientiels constitue un frein à un véritable partenariat égalitaire (57).

Quatrièmement, les résultats révèlent une autonomie partagée encore incomplète. Bien que les gynécologues évoquent la décision partagée comme un idéal, les entretiens montrent qu'en pratique, les FP donnent surtout leur assentiment à des décisions déjà cadrées par les protocoles. Là encore, Li et *al.*, confirment cette difficulté : les patients sont rarement en mesure de contester ou d'influencer réellement les choix thérapeutiques. L'autonomie est davantage perçue comme une délégation sous contrainte qu'une réelle codécision (47).

Dans l'outil CADICEE, la « décision partagée » est une dimension clé du partenariat (48). Les résultats montrent qu'elle est partiellement atteinte : elle émerge dans certaines situations (choix d'un protocole plus léger ou plus agressif), mais reste limitée par des normes institutionnelles rigides et par la position dominante du médecin. De plus, la reconnaissance de l'autonomie des FP est inégale selon leur niveau de littératie en santé, renforçant les inégalités d'expériences. Les études de Daly et *al.*, ainsi que de Chan et *al.*, montrent que la décision partagée en PMA est influencée par des facteurs psychosociaux, cliniques et structurels. Daly et *al.*, soulignent le manque d'informations et de ressources, tandis que Chan et *al.*, observe que 92 % des participantes préfèrent partager la décision avec leur médecin, mais que les dynamiques conjugales modulent ce choix : certaines délèguent la décision à leur mari, notamment en lien avec la satisfaction maritale, la religion ou l'anxiété. Ce phénomène n'a pas été relevé dans cette étude, sans doute en raison de différences culturelles entre la Chine et la Wallonie. En revanche, deux futurs mères se sentaient plus à l'aise pour exprimer leur choix en présence de leur compagne ou compagnon, et seuls quelques FP souhaitaient réellement une décision partagée (10,58).

Cette perspective rejoint la question de la co-évaluation du parcours de soins dans le MPHS. Toutefois, les entretiens menés révèlent que très peu de données émergent sur ce sujet : rares sont les gynécologues ou les FP qui mentionnent avoir procédé à une évaluation de leur parcours en PMA, qu'il s'agisse de la dimension relationnelle ou de la qualité technique des soins. Ce constat fait écho aux travaux antérieurs, qui ont mis en évidence des divergences persistantes entre la perception des professionnels de la fertilité et celle des patients quant à la qualité des soins. De plus, les méthodes classiques d'évaluation, telles que les questionnaires standardisés et les feedbacks, apparaissent souvent insuffisantes pour générer de réelles améliorations dans la prise en soin (59).

Enfin, la dimension symbolique de la relation de soin révèle une hiérarchie médicale persistante. Ce point semble guider transversalement les constats précédent analysés dans les résultats. Les FP oscillent entre confiance totale, retrait volontaire et sentiment d'être infantilisés. Les gynécologues eux-mêmes revendiquent parfois la nécessité que « le patient garde sa place », confirmant que le partenariat reste asymétrique. Ce point est moins développé dans l'étude de Li et *al.*, qui s'attarde davantage sur les aspects pratiques que sur les rapports de pouvoir implicites (47).

L'outil CADICEE, en revanche, insiste sur la nécessité de reconnaître l'égalité symbolique des acteurs, même si leurs expertises diffèrent (48). Les résultats montrent qu'en PMA, cette égalité est difficile à atteindre, car le médecin détient symboliquement la « clé » du projet parental. Toutefois, certains gestes (proposer au couple d'appuyer sur la seringue lors d'une FIV, impliquer les co-parents dans les échanges) apparaissent comme des moments de rupture de cette hiérarchie, ouvrant la voie à une parentalité co-construite dès la relation médicale (13).

De plus, les résultats montrent que le gynécologue occupe une place centrale dans la décision du projet parental, les professionnels de santé étant souvent confrontés à des dilemmes éthiques concernant la capacité des patients à assumer pleinement leur rôle de parents. Comme le souligne Klitzman, l'évaluation des compétences parentales potentielles peut influencer l'accès aux traitements, révélant une tension entre le droit fondamental de procréer et la préoccupation du bien-être des enfants à naître (60). Ce qui serait alors le point de départ du partenariat de soins.

Pour aller plus loin, l'étude de Voyen et *al.*, souligne que les professionnels ne sont pas encore prêts à céder leur leadership aux patients et qu'ils rencontrent des difficultés à reconnaître pleinement leur degré d'implication, pourtant essentiel pour qu'ils deviennent de véritables partenaires de leurs soins (57). Cette observation fait écho aux résultats de la présente étude, où plusieurs gynécologues interrogés insistent sur la nécessité de « garder leur place » en tant que décisionnaires et maître du parcours. Même lorsque des discussions sont engagées avec les futures mères, la majorité affirme qu'en cas de désaccord, c'est le médecin qui conserve le dernier mot.

5. Biais, forces, limites et perspectives de l'étude

Cette étude se distingue par l'utilisation d'entretiens semi-directifs, une méthode reconnue pour recueillir le vécu subjectif des participants dans un cadre flexible et interactif (31). L'approche IPA adoptée ici permet d'explorer en profondeur le sens attribué par les individus à leur expérience, en tenant compte de leur contexte personnel (39). Cette méthode s'est révélée pertinente pour étudier la perception du partenariat de soins en PMA, tant du point de vue des FP que des gynécologues. L'hétérogénéité de l'échantillon, comprenant des profils variés (couples hétérosexuels, couples lesbiens, femmes seules) et des parcours de PMA allant de 2 mois à 5 ans, constitue un atout majeur, favorisant une richesse de perspectives. La diversité professionnelle des gynécologues interrogés a également permis d'élargir les angles d'analyse.

Cependant, la recherche présente certaines limites. Elle repose sur un échantillon restreint, volontaire et non représentatif, ce qui limite la généralisation des résultats (31). Des biais de sélection et de désirabilité sociale sont possibles, les participants étant potentiellement plus sensibilisés ou positifs à l'égard du partenariat de soins. Pour éviter ce biais, la chercheuse n'a pas aborder le sujet du partenariat de manière frontale dans les entretiens, notamment avec les gynécologues. Le fait que l'analyse ait été menée par une seule chercheuse, sans validation croisée, peut aussi introduire un biais d'interprétation. Néanmoins, cette recherche exploratoire apporte un éclairage inédit sur la faisabilité et les représentations du partenariat de soins en PMA, un sujet encore peu documenté à ce jour.

Ces résultats ouvrent la voie à plusieurs pistes d'action en santé publique. En premier lieu, la réalisation d'une enquête quantitative à l'échelle nationale, s'appuyant sur l'outil CADICEE,

permettrait de mieux cerner l'étendue des dynamiques mises en lumière (48). Par ailleurs, une institutionnalisation du micro-partenariat, tel que conceptualisé par Lecocq et *al.*, offrirait une opportunité de renforcer la coordination interprofessionnelle et l'accompagnement psychosocial des patients (50). De plus, le développement de formations dédiées aux compétences relationnelles, notamment la gestion des émotions et la prise de décision partagée, encore insuffisamment intégrées aux cursus actuels, constitue un levier essentiel (61). Enfin, l'approche du « patient partenaire », promue notamment par la Sorbonne, qui organise une formation de patient partenaire en PMA, propose un cadre structurant pour intégrer les savoirs expérientiels des patients et faire évoluer les pratiques cliniques (62). Cette formation valorise le patient dans son positionnement d'acteur.

6. Conclusion

Cette recherche met en évidence la complexité des dynamiques relationnelles entre gynécologues et futurs parents engagés dans un parcours de PMA. Loin d'une vision idéalisée du partenariat, les données recueillies révèlent une réalité faite de tensions, d'adaptations et de compromis. Trois dimensions structurent cette relation : émotionnelle, technique et symbolique, illustrant à la fois les avancées possibles et les freins persistants à une réelle co-construction du soin. La continuité du lien thérapeutique, facteur clé de confiance, se heurte parfois à l'organisation fragmentée des soins, bien qu'elle puisse être assurée par une coordination pluridisciplinaire efficace. Cette approche de « méso-partenariat » est pertinente si l'information circule et si le vécu des FP est pleinement reconnu. La sécurité psychologique, essentielle, reste inégalement prise en compte. Les FP doivent souvent composer avec un cadre rigide et une temporalité contrainte, peu propices à l'expression de leurs émotions ou préférences. Si certains professionnels y sont attentifs, cette reconnaissance devrait être intégrée aux pratiques et aux formations. L'éducation thérapeutique en PMA vise à mieux impliquer les FP, mais reste souvent descendante. Le partage d'expertise, pourtant central, se heurte à la hiérarchie implicite des savoirs, les connaissances biomédicales dominant encore largement les savoirs expérientiels. Enfin, si la décision partagée est évoquée comme un objectif, elle reste difficile à concrétiser dans des protocoles standardisés et des relations asymétriques. L'autonomie des FP est donc relative, parfois vécue comme une délégation contrainte. Cette asymétrie apparaît aussi dans la dimension symbolique du lien, où le médecin conserve une position centrale, perçue tantôt comme rassurante, tantôt comme infantilisante.

En somme, les résultats montrent que si les bases d'un PP existent en PMA, sa mise en œuvre reste inégale. Une transformation plus structurelle des pratiques semble nécessaire pour reconnaître pleinement les FP comme acteurs de leur parcours, sans leur faire porter seuls la charge émotionnelle ainsi que la charge décisionnelle sur les épaules du gynécologue. C'est à cette condition que le partenariat pourra réellement prendre sens dans ce contexte spécifique et exigeant.

7. Références

1. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, Dyer S, Mburu G, Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Hum Reprod Open* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Jul 10];2023(2):hoad007. Available from: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>
2. Infertilité [Internet]. [cited 2024 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
3. Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. M.B Jul 17, 2007.
4. La Procréation Médicalement Assistée en Belgique - Institut Européen de Bioéthique [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 18]. Available from: <https://www.ieb-eib.org/fr/dossier/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/la-procreation-medicalement-assistee-en-belgique-513.html>
5. Banque de données Justel [Internet]. [cited 2024 Aug 1]. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007070632&table_name=loi#LNK0004
6. Almeida A, Müller Nix C, Germond M, Ansermet F. Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée: Autologue. *Psychiatr Enfant* [Internet]. 2002 [cited 2024 Aug 9];45(1):45. Available from: <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2002-1-page-45.htm>
7. Read SC, Carrier ME, Boucher ME, Whitley R, Bond S, Zelkowitz P. Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2024 Jul 3];94(3):390–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113004667>
8. Leone D, Borghi L, Del Negro S, Becattini C, Chelo E, Costa M, et al. Doctor-couple communication during assisted reproductive technology visits. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2018 May 1;33(5):877–86.
9. Sales J, Normandin L, Pomey MP. Care and services partnership in Quebec birthing centres: myth or reality? *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024 Mar 7 [cited 2024 Aug 11];24(1):177. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06362-w>
10. Chan CHY, Lau BHP, Tam MYJ, Ng EHY. Preferred problem solving and decision-making role in fertility treatment among women following an unsuccessful in vitro fertilization cycle. *BMC Womens Health*. 2019 Dec 5;19(1):153.
11. Turgeon M, Noël R, Bouche-Florin A. Transition à la paternité et procréation assistée : une recherche qualitative exploratoire de type étude de cas. *Devenir* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 24];30(4):331–56. Available from: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2018-4-page-331.htm>
12. Chevret-Méasson M. Le vécu de l'homme infertile. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2007 Dec 1 [cited 2024 Jul 1];36:89–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231507787379>

13. Achim J, Noël R, Lebel A. Chapitre 8. Devenir parent grâce à la PMA : de la diversité des expériences à une nouvelle culture de la parentalité. In: Les défis des familles d'aujourd'hui [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2020 [cited 2024 Aug 12]. p. 159–78. (Carrefour des psychothérapies). Available from: <https://www.cairn.info/les-defis-des-familles-d-aujourd-hui--9782807330849-p-159.htm>
14. Frydman R. Les pères face à la procréation médicalement assistée. In: Accueillir les pères en périnatalité [Internet]. Toulouse: Érès; 2017 [cited 2024 Aug 12]. p. 63–8. (La vie de l'enfant). Available from: <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-p-63.htm>
15. Crozet A, Wendland J. Hommes en parcours d'assistance médicale à la procréation : relation aux professionnels de santé et vécu psychologique. Devenir [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 24];31(4):339–57. Available from: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2019-4-page-339.htm>
16. Den Breejen EME, Hermens RPMG, Galama WH, Willemsen WNP, Kremer JAM, Nelen WLDM. Added value of involving patients in the first step of multidisciplinary guideline development: a qualitative interview study among infertile patients. Int J Qual Health Care [Internet]. 2016 Jun [cited 2025 Jan 9];28(3):299–305. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzw020>
17. La ligue des familles [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Les difficultés du parcours PMA. Available from: <https://liguedesfamilles.be/article/les-difficultes-du-parcours-pma>
18. Alain M. L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature). Exercer [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 12];(176):368–74. Available from: <https://hal.science/hal-04134066>
19. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc. 2019 Nov;30(6):540–57.
20. Gameiro S, Van Den Belt-Dusebout AW, Smeenk JMJ, Braat DDM, Van Leeuwen FE, Verhaak CM. Women's adjustment trajectories during IVF and impact on mental health 11–17 years later. Hum Reprod [Internet]. 2016 Aug [cited 2025 Jul 19];31(8):1788–98. Available from: <https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/dew131>
21. Dancet E a. F, Van Empel IWH, Rober P, Nelen WLDM, Kremer J a. M, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. Hum Reprod Oxf Engl. 2011 Apr;26(4):827–33.
22. TY - TI - Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque AU - Benahmed Nadia AU - Lefèvre Mélanie AU - Christiaens Wendy AU - Devos Carl AU - Stordeur Sabine AB - KCE Reports 326B (2019) Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) propose de structurer le suivi de la grossesse par un « parcours de soins prénatals » tissé autour de chaque femme enceinte et adapté à ses besoins spécifiques. En effet, on observe que les futurs parents ne trouvent pas toujours facilement leur chemin dans l'offre de soins existante, et que certaines femmes enceintes passent encore entre les mailles du filet de sécurité que constitue la prise en charge professionnelle. D'autres, par contre, sont sur-suivies. T2 - KCE Reports CY - Bruxelles PY - 2019 LA - Français M3 - Health Services Research (HSR) PB - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) SN - 326B VO - D/2020/10.273/77 DO - <https://doi.org/10.57598/R326BS> ER -.

23. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 2];S1(HS):41–50. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
24. Delbrouck M. Le burn-out du médecin soignant. *Sens-Dessous* [Internet]. 2017 [cited 2024 Aug 12];19(1):5–18. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sens-dessous-2017-1-page-5.htm>
25. Pétré B, Louis G, Voz B, Berkesse A, Flora L. Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Santé Publique* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 11];32(4):371–4. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-4-page-371.htm>
26. Salcuni S, Mancinelli E, Muneratti A, Grillo A, Alessi C, Guglielmino A, et al. Couples undergoing Assisted Reproductive Techniques: An Actor-Partner Interdependence Model of dyadic adjustment, attachment, and body-image avoidance. *Health Psychol Open* [Internet]. 2021 Oct 15 [cited 2024 Aug 12];8(2):20551029211039923. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8521762/>
27. Projet participation des usagers et des proches à la réforme des soins de santé mentale. SFP Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2017 p. 146.
28. Lefebvre H, Proulx M, Levert MJ, Néron A, Lecocq D. Un accompagnement partenarial pour favoriser l'autodétermination des patients en cancérologie. *Soins* [Internet]. 2019 May [cited 2024 Aug 12];64(835):56–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0038081419301057>
29. Flora L, Berkesse A, Payot A, Dumez V, Karazivan P. Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *J Int Bioéthique Déthique Sci* [Internet]. 2016 [cited 2024 Aug 10];27(1–2):59–72. Available from: <https://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2016-1-2-page-59.htm>
30. Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Van Cutsem C, Bustillo A, Laloux M. [The humanistic partnership model in health care]. *Soins Rev Ref Infirm.* 2017 Jun;62(816):17–23.
31. Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 6e éd. Malakoff: Armand Colin; 2022. (Collection U).
32. Masson E. EM-Consulte. [cited 2024 Aug 12]. Humaniser le soin en procréation médicalement assistée. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1557543/alertePM>
33. Vigil-Ripoche MA. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2011 [cited 2025 Aug 4];107(4):6–6. Available from: <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-6>
34. Les acteurs de votre parcours PMA • Fiv.fr [Internet]. [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://www.fiv.fr/acteurs-parcours-pma-fiv-france/>

35. Lecocq, Lefebvre, Néron, Laloux. Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé [Internet]. Zenodo; 2022 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://zenodo.org/record/5835570>
36. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. Rech Soins Infirm [Internet]. 2005 [cited 2024 Aug 3];81(2):21–7. Available from: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-21.htm>
37. Careau E, Vallée C. Recherche qualitative et scientificité (Trustworthiness). In: Guide pratique de recherche en réadaptation [Internet]. De Boeck Supérieur; 2014 [cited 2025 Aug 7]. p. 489–507. Available from: https://shs.cairn.info/article/DBU_GUIL_2014_01_0489
38. Sawadogo HP. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. [cited 2025 Aug 7]; Available from: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
39. Smith JA, Larkin M, Flowers P. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. London: SAGE; 2008.
40. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* [Internet]. 2001 Aug 11 [cited 2025 Aug 7];358(9280):483–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601056276>
41. HAS. 4e Colloque international sur le partenariat de soin avec les patients. In 2024.
42. Lazaratou H, Golse B. Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *Psychiatr Enfant* [Internet]. 2006 [cited 2024 Aug 12];49(2):573–99. Available from: <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2006-2-page-573.htm>
43. Belgique. Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. May 7, 2004.
44. Protection des données personnelles | Belgium.be [Internet]. [cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.belgium.be/fr/justice/respect_de_la_vie_privee/protection_des_donnees_personnelles
45. 848. Vers une Belgique en bonne santé. 2020 [cited 2025 Aug 7]. Littératie en santé. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/litteratie-en-sante>
46. Linton. Rôles sociaux. 1936.
47. Li A, Scalise AL, Mayette E, McGeorge N, James K, Mahalingaiah S. Considerations on optimizing the patient experience during assisted reproductive technology treatment: a qualitative analysis. *FS Rep* [Internet]. 2025 Mar [cited 2025 Jul 17];6(1):25–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666334125000029>
48. Pomey MP, Clavel N, Normandin L, Del Grande C, Philip Ghadiri D, Fernandez-McAuley I, et al. Assessing and promoting partnership between patients and health-care professionals:

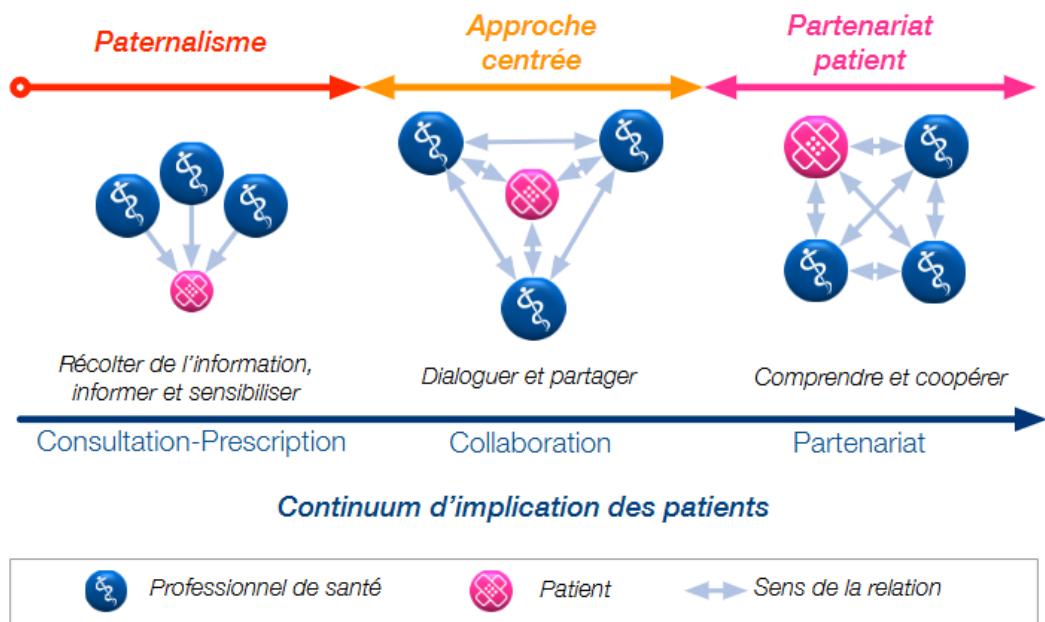
Co-construction of the CADICEE tool for patients and their relatives. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2021 Aug;24(4):1230–41.

49. Cruz C, Querido A, Pedrosa VV. Perceptions and Practices of Interdisciplinary Action in an Intra-Hospital Support Team for Palliative Care: A Qualitative Study. *Healthcare [Internet]*. 2025 May 19 [cited 2025 Jul 19];13(10):1179. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/10/1179>
50. Lecocq D. Le modèle de partenariat humaniste en santé: pour cheminer ensemble avec le patient et ses proches tout au long de sa vie. In 2024 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/61731>
51. Taffs L, Kerridge I, Lipworth W. The silent world of assisted reproduction: A qualitative account of communication between doctors and patients undergoing in vitro fertilisation in Australia. *Health Expect [Internet]*. 2023 Dec [cited 2025 Jul 19];26(6):2340–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13839>
52. Klitzman R. Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC Womens Health [Internet]*. 2018 Dec [cited 2025 Jul 19];18(1). Available from: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0572-6>
53. Vaes J, Muratore M. Defensive dehumanization in the medical practice: a cross-sectional study from a health care worker's perspective. *Br J Soc Psychol*. 2013 Mar;52(1):180–90.
54. Nielsen AH, Kvande ME, Angel S. Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). *J Adv Nurs [Internet]*. 2023 [cited 2025 Jul 18];79(1):385–401. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.15477>
55. Schumann M, Ghorab HM, Baraka A. Emotional Intelligence, Perceived Stress, and Burnout in Undergraduate Medical Students: A Cross-Sectional Correlational Study. *Int Med Educ [Internet]*. 2025 Jun 19 [cited 2025 Jul 19];4(2):23. Available from: <https://www.mdpi.com/2813-141X/4/2/23>
56. Tolentino-Ricoy KO, Salomón-Cruz J, Puig-Lagunes ÁA. Emotional intelligence and burnout in medical students. *Educ Médica [Internet]*. 2024 Jul [cited 2025 Jul 19];25(4):100920. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181324000354>
57. Voyen M, Nguyen-Thi PL, Germain L, Pétré B, Younsi MO, Mathieu J, et al. Connaissance, perception et définition du concept “ Patient Partenaire de Soins ” : qu'en pensent les professionnels de santé impliqués en éducation thérapeutique ? *Parten Soin Avec Patient Anal [Internet]*. 2020 Apr [cited 2025 Jul 20];1:73–85. Available from: <https://hal.science/hal-03075936>
58. Daly C, Micic S, Facey M, Speller B, Yee S, Kennedy ED, et al. A review of factors affecting patient fertility preservation discussions & decision-making from the perspectives of patients and providers. *Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]*. 2019 [cited 2025 Jul 7];28(1):e12945. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12945>
59. Huppelschoten AG, Aarts JWM, Van Empel IWH, Cohlen BJ, Kremer JAM, Nelen WLDM. Feedback to professionals on patient-centered fertility care is insufficient for improvement: a

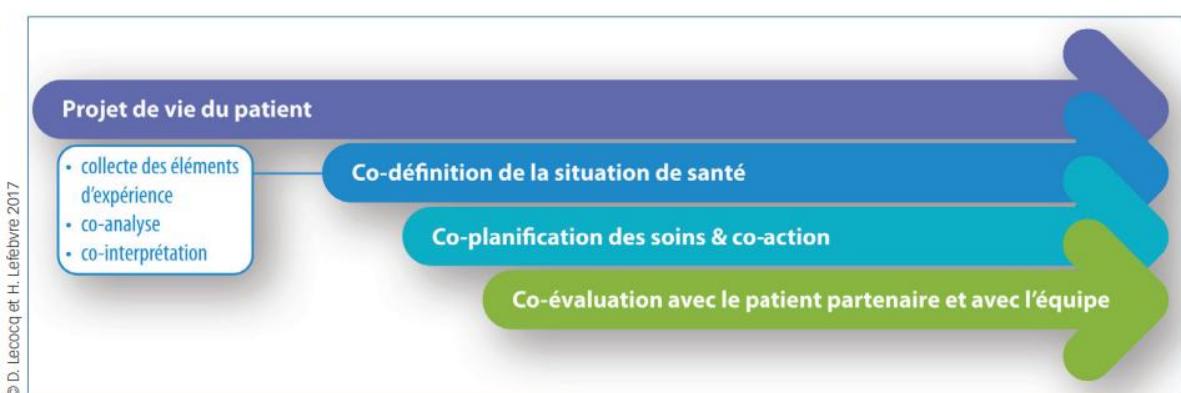
- mixed-method study. *Fertil Steril* [Internet]. 2013 Apr [cited 2025 Jul 20];99(5):1419–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028212025332>
60. Klitzman R. “Will they be good enough parents?”: Ethical dilemmas, views, and decisions among assisted reproductive technology (ART) providers. *AJOB Empir Bioeth* [Internet]. 2017 Oct 2 [cited 2025 Jul 19];8(4):253–65. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23294515.2017.1394927>
61. Lange AA, Bonvin R, Guttormsen S, Zambrano Ramos SC. Physicians’ emotion awareness and emotion regulation training during medical education: a systematic scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024 May 15;14(5):e080643.
62. Formation au partenariat patient·e dans les parcours d’accompagnement médical à la procréation (AMP) [Internet]. Université des Patient·es -Sorbonne. [cited 2025 Aug 8]. Available from: <https://www.udp-sorbonne.fr/enseignements/master-class/formation-partenariat-patient-e-parcours-accompagnement-medical-procreation-amp/>
63. Crawford R. Using Interpretative Phenomenological Analysis in music education research: An authentic analysis system for investigating authentic learning and teaching practice. *Int J Music Educ* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2025 Aug 8];37(3):454–75. Available from: <https://doi.org/10.1177/0255761419830151>

8. Annexes

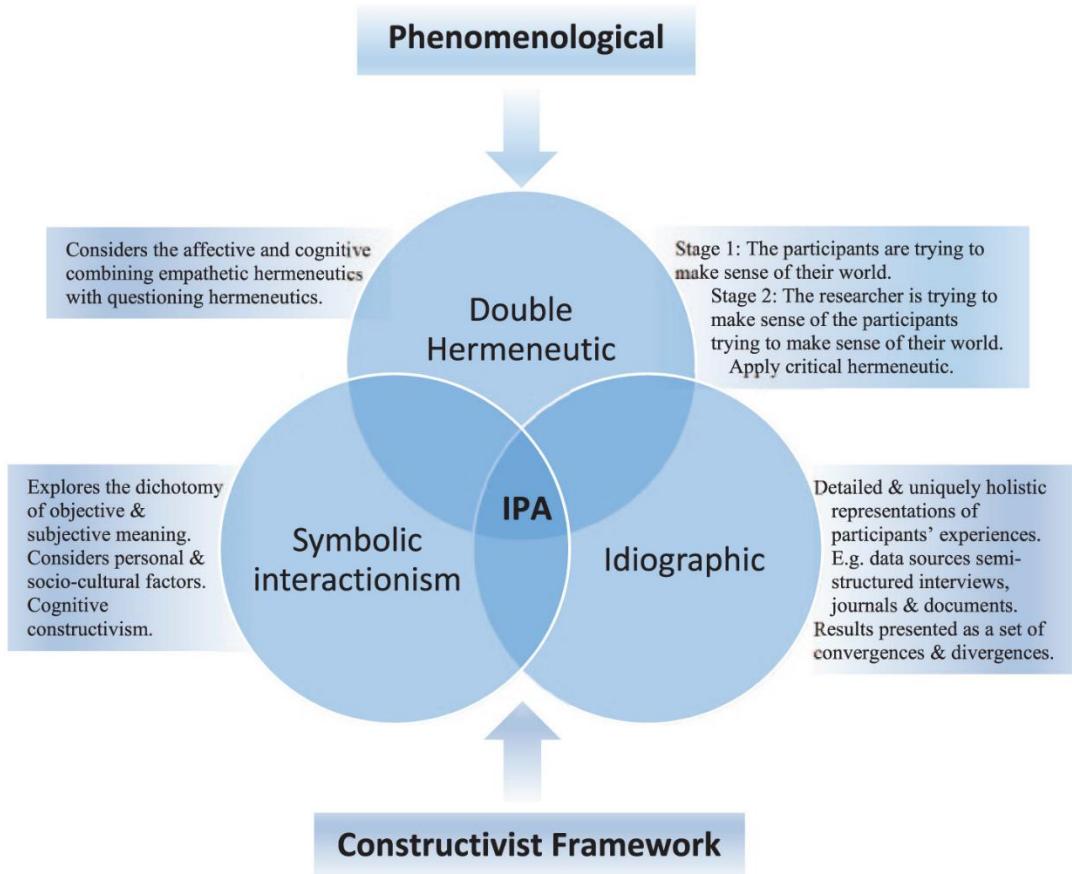
8.1 Annexe 1 : Distinction du partenariat patient par rapport aux modèles antérieurs



8.2 Annexe 2 : Modèle de partenariat humaniste en santé



8.3 Annexe 3 : Modèle d'analyse de Jonathan Smith : *Interpretative Phenomenological Analysis*(63)



8.4 Annexe 4 : Guide d'entretien pour les futurs parents

Présentation de l'enquêteur Objectif de la recherche et remerciements	<p>« Bonjour, je m'appelle Axelle Dambrain, je suis étudiante en master de Santé Publique. Merci de prendre le temps de répondre à cet entretien. Je réalise une étude concernant la relation de soin entre les parents inscrits dans un parcours de procréation médicalement assistée et leur gynécologue. Il s'agira ici de comprendre comment la relation de soin est établie et comment les patients et les professionnels sont investis dans cette relation. Tout ceci afin de comprendre comment cette relation est vécue du côté des professionnels de santé et des patients. J'aimerais comprendre les aspects de la relation soignant/ soigné avec vous et votre partenaire, pendant ou en dehors des consultations »</p>
Explication de l'entretien	<p>« Pendant cet entretien de plus ou moins 1h, nous allons parler de différents thèmes autour du sujet principal. Pour moi le plus important est de bien comprendre votre point de vue et que vous me racontiez vos différentes expériences de soin. (Lorsque l'entretien se fera avec les deux futurs parents) Vous pouvez parler tous les deux quand vous le souhaitez, pour vous compléter par exemple. Vous êtes libre de me dire ce que vous pensez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je suis là pour apprendre de vous. »</p>
Confidentialité/ signature du formulaire de consentement + RGPD	<p>« Cet entretien sera enregistré et anonymisé, c'est-à-dire que vos réponses ne pourront pas être rattachées à votre nom et votre prénom. Les données récoltées seront uniquement utilisées et analysées dans cette étude. »</p>
Question et rappel des droits des participants	<p>« Vous avez la possibilité de refuser de répondre à une question, faire une pause, de me</p>

Guide d'entretien des futurs parents

Version du 27 février 2025

demander de clarifier mes questions. Vous avez aussi la possibilité d'arrêter l'entretien quand vous le souhaitez. Si vous désirez connaître les résultats de cette étude, je vous les enverrai une fois mon mémoire terminé »

Début de l'entretien :

Question d'ouverture : Pouvez-vous me parler de votre parcours jusqu'à présent dans le cadre de la PMA ?

Questions générales	Questions complémentaires	Questions de relance	Notes pour l'enquêteur : lien avec le modèle théorique
Comment décririez-vous votre relation avec votre gynécologue, ou les gynécologues que vous avez déjà rencontré dans le cadre de la PMA ?	Qu'attendez-vous de cette relation de soin ? Comment décririez-vous votre satisfaction concernant cette relation ?	Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ? Sauriez-vous m'expliquer plus en détails ?	Introduction au concept de relation de soin
Pouvez-vous partager une expérience où vous vous êtes sentie particulièrement à l'aise avec votre gynécologue ? Et une autre où cela a été plus difficile ?			
Comment décririez-vous votre position dans votre relation de soin avec votre gynécologue ? Quel rôle aimeriez-vous jouer dans votre suivi médical ? En tant que partenaire (conjoint(e)), comment vous impliquez-vous dans ce parcours ?	Comment définiriez-vous votre rôle dans votre parcours ? Avez-vous le sentiment que cette relation repose sur une collaboration équilibrée ?		Relation de dyade. Relations bidirectionnelles et réciproques.

Guide d'entretien des futurs parents

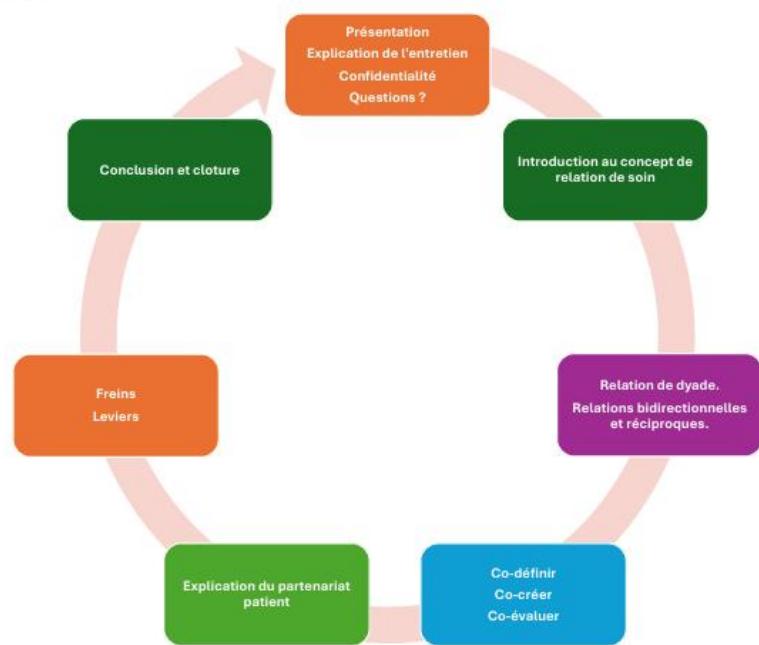
Version du 27 février 2025

Avez-vous eu l'occasion d'exprimer vos attentes et préoccupations dès le début de votre prise en charge ? Votre gynécologue vous a-t-il/elle demandé votre point de vue sur votre prise en charge ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?	Les informations vous semblent-elles claires et complètes ?		Co-définir la situation de prise en soins : cette première étape consiste à collecter, co-analyser et co-interpréter des éléments issus de l'expérience des patients et des professionnels de santé.
Comment votre gynécologue prend-il en compte vos besoins, vos valeurs et vos préférences personnelles ? Dans quelle mesure sentez-vous que votre avis et votre expérience sont valorisés dans votre suivi médical ?	Avez-vous déjà eu des échanges avec votre gynécologue où vous avez pu analyser ensemble votre parcours et discuter des ajustements possibles ? Auriez-vous souhaité être davantage impliqué(e) dans l'élaboration de votre parcours de soin ? Si oui, comment ?		Co-planifier les interventions de soins et ainsi permettre une co-action : durant cette étape, le patient identifie ses besoins en matière de soins ainsi que les personnes-ressources utiles à la réalisation de son projet de vie. Il est crucial de mettre en avant les ressources et les forces à ce stade.
Avez-vous déjà eu le temps de faire un feedback avec vos gynécologues sur la relation de soin que vous avez avec eux, sur l'expérience de soin mutuelle ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?	Comment évaluez-vous la qualité de votre collaboration avec lui/elle ? Comment abordez-vous les ajustements possibles ? Est-ce qu'on vous implique en tant que patient ?		Co-évaluer l'expérience de soins : cette étape consiste à évaluer l'expérience de soins vécue pendant le partenariat entre le patient et l'équipe soignante. Des ajustements peuvent alors être effectués par les partenaires de la démarche.
Connaissez-vous le principe du partenariat patient-soignant ? Savez-vous me dire ce que vous en connaissez ?	Ressentez-vous le besoin d'entretenir une relation de partenariat avec vos gynécologues ? Serait-il bénéfique		Partenariat patient : Éveil de curiosité Aide à répondre aux autres questions

	<p>pour vous ? Pourquoi ? Pensez-vous que cela serait bénéfiques pour votre gynécologue ?</p>		
En quoi le partenariat ne pourrait pas être appliqué dans votre situation ?	<p>Quelles devraient être les ressources/ soutiens pour permettre une relation de partenariat avec les patients ? Pensez-vous qu'il y ait des limites à la participation des patients ? si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?</p>		Freins
En quoi le partenariat pourrait être appliquée dans votre situation/ expérience ?			Leviers

Clôture / synthèse de l'entretien

Conclusion	<i>« Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez ajouter concernant votre expérience ? Des choses à rajouter après réflexion ? »</i>
Remerciements	<i>« Je n'ai plus de question à vous poser, notre entretien peut s'arrêter ici, merci pour le temps que vous avez consacré à ma recherche »</i>



8.5 Annexe 5 : Guide d'entretien pour les gynécologues

Présentation de l'enquêteur Objectif de la recherche et remerciements	<p><i>« Bonjour, je m'appelle Axelle Dambrain, je suis étudiante en master de Santé Publique. Merci de prendre le temps de répondre à cet entretien. Je réalise une étude qualitative concernant la relation de soin entre les parents inscrit dans un parcours de procréation médicalement assistée et leur gynécologue. Comme vous le savez, la relation de soins entre les patients et les professionnels de santé sont de plus en plus investiguées afin d'améliorer les prises en charge de ces derniers. Il s'agira ici de comprendre comment la relation de soin est établie et comment les patient et les professionnels sont investis dans cette relation. Tout ceci afin de comprendre comment cette relation est vécue du côté des professionnels de santé et des patients. »</i></p>
Explication de l'entretien	<p><i>« Pendant cet entretien de plus ou moins 1h, nous allons parlez de différents thèmes au tour du sujet principal, Pour moi le plus important est de bien comprendre votre point de vue et que vous me racontiez vos différentes expériences de soin. Vous êtes libre de me dire ce que vous pensez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je suis là pour apprendre de vous. »</i></p>
Confidentialité/ signature du formulaire de consentement + RGPD	<p><i>« Cet entretien sera enregistré et anonymisé, c'est-à-dire que vos réponses ne pourront pas être rattachées à votre nom et votre prénom. Les données récoltées seront uniquement utilisées et analysées dans cette étude. »</i></p>

Question et rappel des droits des participants	<i>« Vous avez la possibilité de refuser de répondre à une question, faire une pause, de me demander de clarifier mes questions. Vous avez aussi la possibilité d'arrêter l'entretien quand vous le souhaitez. »</i>
--	--

Début de l'entretien :

Question d'ouverture : Pouvez-vous décrire brièvement votre parcours professionnel et votre expérience en tant que gynécologue, notamment dans le domaine de la PMA ?

Quelle est la proportion de votre pratique dédiée à la PMA ?

Avez-vous suivi des formations spécifiques pour accompagner les familles dans ce contexte ?

Questions générales	Questions complémentaires	Questions de relance	Notes pour l'enquêteur : lien avec le modèle théorique
Selon vous, quelles sont les particularités de la relation de soin dans le cadre de la PMA par rapport à d'autres contextes gynécologiques ?	Quelles sont vos attentes concernant votre relation de soin avec les futurs parents ? Quelles sont les attentes principales que vous percevez chez les familles venant consulter pour une PMA ? Qu'appréciez-vous dans la relation de soin ?	Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ? Sauriez-vous m'expliquer plus en détails ?	Introduction au concept de relation de soin
Pouvez-vous partager une expérience marquante où la relation de soin a été particulièrement facile ?			
Pouvez-vous partager une expérience marquante où la relation de soin a été particulièrement complexe ?			

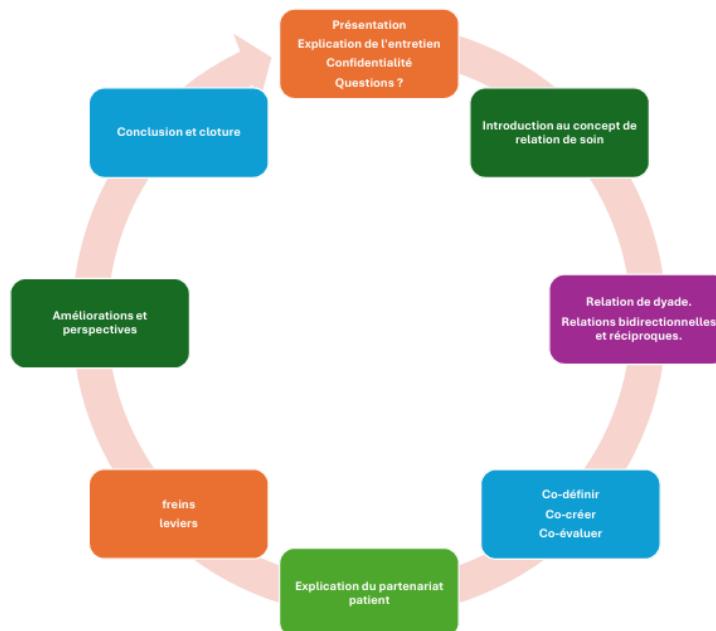
Sauriez-vous m'expliquer quelle place prenez-vous dans votre relation de soins avec vos patients ? Quelle place donnez-vous à vos patients et à leurs partenaires lors de leur consultation ?	Et avec les partenaires de vos patients ? Comment définiriez-vous votre rôle dans l'accompagnement des familles au-delà des aspects médicaux ?	Avez-vous des exemples ?	Relation de dyade. Relations bidirectionnelles et réciproques.
Quels éléments mettez-vous en avant pour instaurer une relation de confiance ? Apprenez-vous de vos patients ? à travers leurs expériences de vie et de soin ? Comment vous adaptez-vous aux divers modèles familiaux et contextes socioculturels des patients en PMA ?	Comment décririez-vous la manière dont les informations sont partagées (ex. : clarté, transparence, détails techniques) ? Existe-t-il des moments où vous avez ressenti un manque ou un excès d'informations ? Si oui, comment cela vous a-t-il affecté ?		Co-définir la situation de prise en soins : cette première étape consiste à collecter, co-analyser et co-interpréter des éléments issus de l'expérience des patients et des professionnels de santé.
Comment le patient est-il impliqué dans les décisions médicales ? Est-ce que vous sentez que vous travaillez « ensemble » ? Comment reniez-vous vos patientes autonomie ?	Comment décidez-vous quel traitement va être utilisé ?		Co-planifier les interventions de soins et ainsi permettre une co-action : durant cette étape, le patient identifie ses besoins en matière de soins ainsi que les personnes-ressources utiles à la réalisation de son projet de vie. Il est crucial de mettre en avant les ressources et les forces à ce stade.
Comment faites vous des feedback avec vos patients sur la relation de soin que vous avez avec eux, sur l'expérience de soin mutuelle ?			Co-évaluer l'expérience de soins : cette étape consiste à évaluer l'expérience de soins vécue pendant le partenariat entre le

Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?			patient et l'équipe soignante. Des ajustements peuvent alors être effectués par les partenaires de la démarche.
Connaissez-vous le principe du partenariat patient-soignant ? Savez-vous me dire ce que vous en connaissez ?	Ressentez-vous le besoin d'entretenir une relation de partenariat avec vos patients ? Serait-il bénéfique pour vous ? Pourquoi ? Pensez-vous que cela serait bénéfiques pour vos patients ? Pensez-vous qu'ils en ressentent le besoin ?		Partenariat patient.
En quoi le partenariat est appliqué dans votre pratique ?	Quelles devraient être les ressources/soutiens pour permettre une relation de partenariat avec les patients ? Pensez-vous qu'il y ait des limites à la participation des patients ? si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?	Quels types de supports (visuels, écrits, numériques) ont été utiles pour faciliter la compréhension ?	Freins
En quoi le partenariat n'est-il pas appliqué dans votre pratique ?	Quelles sont les ressources/soutiens qui vous permettent une relation de partenariat avec les patients ? Pensez-vous qu'il y ait des limites à la participation des patients ? si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ? Comment pensez-vous que cette relation peut durer sur un long terme ? (PMA= processus long)		Leviers

Clôture / synthèse de l'entretien

Conclusion	« Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez ajouter concernant votre expérience ? Des choses à rajouter après réflexion ? »
Remerciement	« Je n'ai plus de question à vous poser, notre entretien peut s'arrêter ici, merci pour le temps que vous avez consacré à ma recherche. Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats de l'étude, je serai heureux de vous le transmettre à la fin de ma recherche »

Schéma / aide-mémoire



8.6 Annexe 6 : Accord du comité d'éthique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 27 février 2025

Madame Carole MINKER
Madame Axelle DAMBRAIN
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
ULG

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072024000153 ; Notre réf: 2024/426

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"Les enjeux de l'implémentation du partenariat de soins entre les futurs parents inscrits dans un parcours de PMA et les gynécologues."
Protocole : Version 2.0

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agrérer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: L'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 27 février 2025

Madame Carole MINKER
Madame Axelle DAMBRAIN
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
ULG

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

"Les enjeux de l'implémentation du partenariat de soins entre les futurs parents inscrits dans un parcours de PMA et les gynécologues."

Protocole : Version 2.0

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1^{er} patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
 - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
 - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
 - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
 - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
 - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
 - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettrez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : ethique@chuliege.be

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr :* 2024 / 426
Nr EudraCT : B7072024000153

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE
(707)**

Approbation d'une demande d'étude clinique
Approval form for a clinical trial

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data :*

Protocole, Titre, *Title*

Les enjeux de l'implémentation du partenariat de soins entre les futurs parents inscrits dans un parcours de PMA et les gynécologues.

Numéro d'étude, *Study Number :* Version 2.0

Nr EudraCT ou Nr belge: B7072024000153

Promoteur, *Promoter:*

ULIEGE

Date du protocole, *Protocol date :* 15/01/2025

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et consentement (en Français) <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>	19/02/2025	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	13/02/2025	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre Dossier nr : *Our File nr : 2024 / 426*

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)
Approval form for a clinical trial (following page)

Protocole

Les enjeux de l'implémentation du partenariat de soins entre les futurs parents inscrits dans un parcours de PMA et les gynécologues.

Service de : **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
Clinical unit

Chef de Service : **Carole MINKER**
Director of the clinical unit

Expérimentateur principal : **Axelle DAMBRAIN**
Principal investigator

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

Oui/Yes Non/No

estime que l'étude peut être réalisée
has accepted the performance of the study

Signature _____ Nom : **Prof. D. LEDOUX** Président
Signature *Printed name :*

Date, Date : 27/02/2025

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

27/02/2025

- 4 -

8.7 Annexe 7 : Tableaux de présentation de l'échantillon

Codage des futurs parents	Situation familiale	Durée du parcours de PMA	Nombre d'enfant issus de la PMA	Modalité d'entretien	Date d'entretien
P1 ² et E ³ 1 (Femme)	Couple homosexuel	2 mois	Enceinte	Par viso-conférence (Teams)	12/03/25
P2	Couple hétérosexuel	1 an	Enceinte	Par téléphone	25/03/25
P3	Couple homosexuel	2 mois et 6 mois	2	Par viso-conférence (Teams)	31/03/25
P4	Couple hétérosexuel	2 ans	Enceinte	Par téléphone	09/04/25
P5 et E5 (Homme)	Couple hétérosexuel	5 ans	0	Par viso-conférence (Teams)	09/03/25
P6 et E6 (Homme)	Couple hétérosexuel	6 mois et 3 ans	1	Par viso-conférence (Teams)	16/04/25
P7	Couple hétérosexuel	1 an	1	Par viso-conférence (Teams)	12/05/25
P8	Femme seule	3 ans	1	Par viso-conférence (Teams)	13/05/25
P9	Femme seule	4 mois	Enceinte	Au domicile	13/05/25

² Parent portant la grossesse

³ E : Parent ne portant pas la grossesse

Codage des gynécologues	Années d'ancienneté en PMA	Modalité d'entretien	Date d'entretien
G1	23 ans	Dans son cabinet	16/04/25
G2	9 ans	Par visio-conférence (Teams)	06/05/25
G3	27 ans	Par visio-conférence (Teams)	13/05/25
G4	6 ans	Par visio-conférence (Teams)	16/05/25
G5	15 ans	Dans son cabinet	16/05/25
G6	25 ans	Dans son cabinet	20/05/25