

Les réalités des professionnels exerçant en procréation médicalement assistée : articulation des différentes dimensions du vécu professionnel

Auteur : Andrien, Audrey

Promoteur(s) : Brianda, Maria Elena; Scali, Thérèse

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27670>

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.

**Les réalités des professionnels exerçant en procréation
médicalement assistée : articulation des différentes
dimensions du vécu professionnel**

Mémoire présenté par **Audrey ANDRIEN**

*en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques, à finalité
spécialisée en psychologie clinique*

Promotrices : **Madame Maria Elena BRIANDA et Madame Thérèse SCALI**

Lectrices : **Madame Marion GARDIER et Madame Sylvie ROBERTI**

Année académique 2025-2026

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement mes promotrices, Madame Brianda et Madame Scali, pour leur investissement, leur confiance, leur écoute et leur bienveillance tout au long de ce travail. Je leur suis particulièrement reconnaissante pour leur flexibilité et leur soutien lors du changement de projet, sans lesquels cette recherche n'aurait pu voir le jour. Je remercie également l'ensemble du service de systémique pour la qualité de son enseignement et pour la passion qu'il a su transmettre tout au long de cette formation.

J'adresse également mes plus sincères remerciements à Madame Sylvie Roberti et Madame Julie Bednar pour l'opportunité et pour la confiance qu'elles m'ont accordée en m'accueillant au sein du CPMA de Liège pour mon stage. Les nombreux apprentissages, leur accompagnement attentif et bienveillant ainsi que les échanges que nous avons partagés ont nourri ma réflexion et ont permis la concrétisation de ce mémoire.

Je remercie aussi mes lectrices, Madame Roberti et Madame Gardier, pour l'intérêt qu'elles ont porté à ce mémoire et pour le temps qu'elles lui ont consacré.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes ayant contribué à la diffusion de cette étude, et plus particulièrement Madame Amandine Schreurs, le Dr Frédérique Pire, Madame Sylvie Roberti et Madame Sarah Colman dont l'aide a été précieuse pour le recrutement des participants.

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble des professionnels ayant participé à cette recherche, ainsi qu'aux hôpitaux et aux chefs de service qui m'ont permis de présenter cette étude et qui ont assuré sa diffusion auprès de leurs équipes. Leur collaboration et leur confiance ont été essentielles à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à ma famille pour son soutien et ses encouragements tout au long de mon parcours universitaire. Un merci tout particulier à ma maman, à mon grand-père et à Hélène pour la relecture attentive de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement Gladys et Carine pour leur aide dans la création du flyer.

Enfin, j'adresse une pensée particulière à mes amis dont la présence a contribué à rendre cette aventure plus belle. Je tiens tout particulièrement à remercier Camille pour son soutien indéfectible, sa disponibilité et son aide précieuse qui m'ont accompagnée tout au long de cette dernière année, et plus spécifiquement durant la réalisation de ce travail de recherche.

Résumé

Objectif : Cette étude visait à mieux comprendre les réalités professionnelles des personnes exerçant en procréation médicalement assistée (PMA) et à examiner la manière dont différentes dimensions de leur vécu professionnel s'articulent, notamment l'environnement de travail, la qualité de vie professionnelle, la régulation émotionnelle et la relation avec les patients.

Méthode : Une étude quantitative transversale a été menée auprès de 61 professionnels exerçant en PMA. Des questionnaires standardisés ont permis d'évaluer l'environnement de travail, la qualité de vie professionnelle et les stratégies de régulation émotionnelle. Des questions complémentaires, dont certaines ouvertes, ont également exploré les situations difficiles rencontrées dans la pratique et différents aspects de la relation avec les patients.

Résultats : La charge de travail, les exigences cognitives et les conflits de rôles étaient significativement associés à la qualité de vie professionnelle, contrairement au rythme de travail. Les différentes ressources professionnelles étudiées étaient associées à une meilleure qualité de vie professionnelle. La réévaluation cognitive y était positivement associée, tandis que la suppression expressive présentait une association négative. Enfin, les professionnels en contact direct avec les patients présentaient une qualité de vie professionnelle significativement plus élevée que ceux exerçant principalement en laboratoire.

Conclusion : Ces résultats mettent en évidence la complexité du vécu professionnel en PMA et soulignent l'importance de l'environnement de travail et des stratégies de régulation émotionnelle dans la qualité de vie professionnelle. Les différences observées selon les fonctions exercées invitent également à mieux prendre en compte leurs spécificités. Malgré le caractère exploratoire de cette étude, ces résultats contribuent à mieux comprendre le vécu des professionnels en PMA et soulignent l'intérêt de soutenir les ressources professionnelles et de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Mots-clés : procréation médicalement assistée ; qualité de vie professionnelle ; environnement de travail ; régulation émotionnelle ; professionnels de santé ; vécu professionnel.

Table des matières

INTRODUCTION	1
I – PARTIE THÉORIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
1. Cadre général de la PMA et définition	2
1.1. Définition et contexte de la PMA.....	2
1.2. Cadre légal en Belgique	2
1.3. Infertilité et évolution du recours à la PMA.....	3
1.4. Taux de réussite de la PMA.....	4
2. Spécificités psychologiques et relationnelles du parcours de PMA	5
2.1. Le vécu psychologique de l'infertilité chez les couples.....	5
2.2. Les répercussions émotionnelles et psychologiques des traitements de PMA.....	5
2.3. L'importance de l'accompagnement psychosocial dans le parcours de PMA	6
2.4. Attentes et besoins des patients envers les professionnels	7
3. La relation entre les professionnels et les patients en PMA	8
3.1. Les spécificités de la relation de soin en PMA	8
3.2. Vécu émotionnel et distance professionnelle	9
3.3. Obstacles à la relation avec les patients	9
4. Le travail en équipe et l'environnement organisationnel en PMA	10
4.1. Une équipe pluridisciplinaire	10
4.2. Dynamiques et enjeux du travail en équipe.....	11
5. Défis professionnels, stress et conséquences psychologiques en PMA.....	11
5.1. L'annonce de mauvaises nouvelles en PMA : un défi relationnel.....	11
5.2. Les facteurs de stress rencontrés par les professionnels de PMA	13
5.3. Conséquences psychologiques du stress professionnel en PMA	15
5.3.1. Burnout.....	15
5.3.2. Stress et croissance post-traumatique.....	16

II – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	17
1. Objectif, question de recherche et hypothèses	17
2. Participants	19
3. Matériel	19
3.1. Section A : Questionnaire sociodémographique	20
3.2. Section B : Situations difficiles rencontrées en PMA	20
3.3. Section C : Relations avec les patients	20
3.4. Section D : Environnement de travail	21
3.4.1. COPSOQ :	21
3.4.2. NWI-EO :	22
3.5. Section E : Qualité de vie professionnelle	23
3.6. Section F : Régulation émotionnelle	24
4. Procédure	24
4.1. Considérations éthiques	24
4.2. Recrutement des sujets	25
5. Traitement des données	25
III – RÉSULTATS	27
1. Description de l'échantillon	27
2. Statistiques descriptives des questionnaires créés ad hoc	28
2.1. Section B : Situations difficiles rencontrées en PMA	28
2.2. Section C : Relations avec les patients	28
2.2.1. Partie 1 : relation perçue	28
2.2.2. Partie 2 : obstacles perçus dans la relation	28
3. Statistiques descriptives des questionnaires standardisés	29
3.1. Section D : Environnement de travail (COPSOQ et NWI-EO)	29
3.2. Section E : Qualité de vie professionnelle (ProQOL)	30
3.3. Section F : Régulation émotionnelle (ERQ)	30

4. Statistiques inférentielles relatives aux hypothèses	31
4.1. Vérification des conditions d'application des analyses corrélationnelles sur les variables utilisées	31
4.2. Hypothèse 1	31
4.2.1. Hypothèse 1a	31
4.2.2. Hypothèse 1b	32
4.3. Hypothèse 2	32
4.4. Hypothèse 3	33
5. Analyses complémentaires.....	34
5.1. Analyses descriptives selon les professions	34
5.1.1. Analyses des situations difficiles	34
5.1.2. Analyses des obstacles perçus	34
5.2. Analyses thématiques des questions ouvertes	34
5.2.1. Situations difficiles complémentaires rencontrées en PMA.....	35
5.2.2. Premières émotions liées à l'annonce d'une perte précoce ou un échec de traitement.....	35
5.2.3. Obstacles complémentaires rencontrés dans la relation avec les patients....	36
5.2.4. Facteurs qui contribuent le plus à la satisfaction dans la relation avec les patients	36
IV – DISCUSSION	37
1. Discussion des résultats et implications cliniques.....	37
1.1. Rappel des objectifs	37
1.2. Interprétation des résultats relatifs aux hypothèses	37
1.2.1. Hypothèse 1	37
1.2.2. Hypothèse 2	39
1.2.3. Hypothèse 3	39
1.3. Interprétation des résultats relatifs aux analyses complémentaires.....	40
2. Limites et perspectives de recherche	44

V – CONCLUSION	45
VI – BIBLIOGRAPHIE.....	46
VII – ANNEXES	54
Annexes méthodologiques :	54
Annexe 1 : Questionnaire sociodémographique (créé ad hoc).....	54
Annexe 2 : Questionnaire sur les situations difficiles rencontrées en PMA (créé ad hoc)	56
Annexe 3 : questionnaire sur la relation avec les patients (créé ad hoc).....	57
Annexe 4 : Particularités du COPSOQ	59
Annexe 4A : Modalités des sous-échelles.....	59
Annexe 4B : Sens de l'interprétation des sous-échelles.....	59
Annexe 4C : Cohérence interne des sous-échelles	60
Annexe 5 : Cohérence interne des dimensions du NWI-EO	60
Annexe 6 : Cohérence interne du PROQOL	60
Annexe 7 : Cohérence interne de l'ERQ	61
Annexe 8 : Page d'information et consentement éclairé pour une étude menée en ligne	62
Annexe 9 : Flyer de recrutement	65
Annexes des résultats :	66
Annexe 10 : Vérification de la normalité des variables standardisées	66
Annexe 11 : Statistiques descriptives des scores de qualité de vie professionnelle selon le type de contact avec les patients	66
Annexe 12 : Vérification des conditions pour un test <i>t</i>	67
Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives.....	68

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	27
Tableau 2. Statistiques descriptives des obstacles perçus dans la relation avec les patients...	29
Tableau 3. Statistiques descriptives des questionnaires relatifs à l'environnement de travail (COPSOQ et NWI-EO).....	29
Tableau 4. Statistiques descriptives du questionnaire relatif à la qualité de vie professionnelle (ProQOL)	30
Tableau 5. Statistiques descriptives du questionnaire relatif à la régulation émotionnelle (ERQ)	31
Tableau 6. Corrélations entre la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et les exigences professionnelles.....	31
Tableau 7. Corrélations entre la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et les ressources professionnelles.....	32
Tableau 8. Corrélations entre la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et les stratégies de régulation émotionnelle (ERQ).	32
Tableau 9. Comparaison de la qualité de vie professionnelle (ProQOL) selon le contact avec les patients (test t pour échantillons indépendants).....	33
Tableau 10. Modalités de réponses selon les sous-échelles du COPSOQ.....	59
Tableau 11. Normalité des scores totaux des variables standardisées (test de Shapiro-Wilk).66	
Tableau 12. Statistiques descriptives des scores de qualité de vie professionnelle (ProQOL) selon le type de contact avec les patients.	66
Tableau 13. Test d'homogénéité des variances (test de Levene) pour la qualité de vie professionnelle (ProQOL) selon le contact avec les patients.	67
Tableau 14. Test de normalité de Shapiro-Wilk pour le score total de qualité de vie professionnelle (ProQOL).	67

Afin de préserver la lisibilité du texte, l'écriture inclusive n'est pas systématiquement utilisée dans ce travail. Les formes masculines employées ont une valeur générique et désignent l'ensemble des personnes concernées, indépendamment de leur genre.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les avancées de la procréation médicalement assistée (PMA) ont diversifié les parcours vers la parentalité et offrent une possibilité de prise en charge à de nombreux couples confrontés à des difficultés de conception. Aujourd'hui, un peu plus de 3 % des enfants naissent à la suite d'une PMA (Chamouard, 2022).

La littérature met largement en évidence que le parcours de PMA constitue une expérience éprouvante pour les personnes qui le traversent, comme l'illustrent, entre autres, les travaux d'Allard et al. (2007), Collins et al. (1992) et Molgora et al. (2020). En revanche, la réalité vécue par les professionnels qui les accompagnent demeure relativement peu documentée (Fedele et al., 2020 ; Urteaga & Díaz, 2024). Or, notamment les travaux de Klitzman (2018), Facchin et al. (2020) et Mijalevich-Soker et al. (2026) montrent que l'exercice en PMA confronte ces professionnels à d'importantes exigences techniques, relationnelles et émotionnelles, susceptibles d'influencer leur vécu professionnel.

L'intérêt porté à cette thématique a émergé suite à une expérience de stage réalisée au sein d'un centre de PMA. Cette expérience a mis en évidence le décalage qui peut exister entre les avancées de la médecine reproductive et l'incertitude qui demeure dans la pratique clinique. En effet, si la PMA peut donner l'impression que la science permet aujourd'hui de tout maîtriser, certains traitements échouent encore sans que leurs causes puissent être clairement identifiées. Cette réalité peut renforcer le sentiment d'injustice vécu par les couples, tout en confrontant les professionnels à un sentiment d'impuissance face aux limites de leurs interventions. Ces observations ont conduit à s'interroger sur la manière dont les professionnels vivent ces exigences et composent avec les incertitudes inhérentes à leur pratique. Mieux comprendre leur vécu apparaît essentiel pour identifier les difficultés et les ressources propres à cette pratique et développer des dispositifs de prévention et d'accompagnement adaptés. Dans ce mémoire, le terme « professionnels » désigne l'ensemble des personnes exerçant au sein d'un centre de PMA, quelles que soient leurs fonctions (médecins, psychologues, embryologistes, secrétaires, etc.).

Afin d'atteindre notre objectif, ce travail de recherche débutera par une revue de la littérature permettant de contextualiser la problématique. La méthodologie sera ensuite présentée, suivie des résultats, qui seront discutés à la lumière de la littérature et des hypothèses formulées. Enfin, la conclusion synthétisera les principaux enseignements de cette étude et ouvrira la réflexion sur ses implications cliniques et les perspectives de recherche qu'elle suscite.

I – PARTIE THÉORIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Cadre général de la PMA et définition

1.1. Définition et contexte de la PMA

La procréation médicalement assistée (PMA) regroupe l'ensemble des techniques et traitements médicaux destinés à favoriser la conception lorsqu'une grossesse ne peut être obtenue naturellement en raison de difficultés liées à la fertilité (Paraiso et al., 2020). Depuis la naissance de Louise Brown, premier enfant conçu par fécondation in vitro (FIV) en 1978, ces techniques n'ont cessé de se développer.

Au cours des quatre dernières décennies, la Belgique s'est imposée comme l'un des pays pionniers dans ce domaine. À l'heure actuelle, on y recense 18 centres de PMA et 16 banques d'ovocytes et de sperme (Institut Européen de Bioéthique [IEB], 2025). Plus largement, la PMA est aujourd'hui largement pratiquée en Europe, bien que son organisation et son accessibilité varient selon les pays en raison de facteurs législatifs, économiques, sociaux, culturels, religieux et politiques (Calhaz-Jorge et al., 2024).

1.2. Cadre légal en Belgique

En Belgique, les conditions d'accès à la PMA sont encadrées par la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (IEB, 2025).

La PMA s'adresse à une population diversifiée, comprenant les couples hétérosexuels, les couples homosexuels ainsi que les femmes seules souhaitant devenir parents (Tertrais, 2020). La législation prévoit néanmoins certaines limites d'âge : le prélèvement de gamètes ainsi que la demande d'implantation d'embryons ou d'insémination sont autorisés jusqu'à 45 ans inclus, tandis que le transfert d'embryons ou l'insémination peut être réalisé jusqu'à l'âge de 47 ans (Loi du 6 juillet 2007, art. 4).

La législation belge adopte par ailleurs une approche relativement permissive, tout en laissant aux centres de PMA une marge de décision quant aux traitements qu'ils acceptent de réaliser. Ceux-ci peuvent notamment invoquer une clause de conscience lorsque certaines demandes sont incompatibles avec leurs principes éthiques, à condition d'en informer les demandeurs et, si nécessaire, de les orienter vers un autre centre (Loi du 6 juillet 2007, art. 5).

Concernant le don de gamètes, la législation belge repose actuellement sur le principe de l'anonymat du donneur (Loi du 6 juillet 2007, art. 2(i), 22, 28 et 57). Toutefois, ce principe est aujourd'hui remis en question, notamment en raison du développement des bases de données ADN et de la reconnaissance croissante du droit des personnes à connaître leurs origines (IEB, 2025).

À la suite d'un arrêt rendu par la Cour constitutionnelle en septembre 2024, le législateur a été invité à adapter la législation afin de mieux prendre en compte le droit des personnes conçues par don à connaître leurs origines (IEB, 2025). Dans cette perspective, l'accord de coalition fédérale 2025-2029 prévoit la suppression de l'anonymat pour les futurs dons de spermatozoïdes et d'ovocytes. À terme, cette réforme permettra à l'enfant de demander la levée de l'anonymat de son donneur à partir de sa majorité, soit à l'âge de 18 ans.

Cette évolution s'inscrit dans une tendance observée dans plusieurs pays, où l'anonymat des donneurs est progressivement remis en question au profit d'un meilleur accès aux origines génétiques (Guérin, 2025 ; Pennings, 2025).

Ainsi, les professionnels de la PMA exercent dans un cadre légal en évolution. Au-delà de l'augmentation des demandes de prise en charge (de La Rochebrochard, 2022), ces évolutions législatives sont susceptibles d'influencer leurs pratiques d'accompagnement des patients.

1.3. Infertilité et évolution du recours à la PMA

Selon la littérature médicale, l'infertilité est définie comme une maladie du système reproducteur caractérisée par l'absence de grossesse clinique après au moins douze mois de rapports sexuels réguliers non protégés (Agenor & Bhattacharya, 2015). Cette définition, retenue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Comité international de surveillance des technologies de procréation assistée, distingue l'infertilité primaire, correspondant à l'impossibilité de concevoir un premier enfant, de l'infertilité secondaire, qui désigne les difficultés à obtenir une nouvelle grossesse après la naissance d'un premier enfant (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2026).

L'infertilité constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique et une source importante de souffrance pour les personnes et les couples qui nourrissent un désir d'enfant. En Europe, elle concerne environ un couple sur six (IEB, 2025 ; OMS, 2026). Les connaissances relatives à ses causes ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. L'infertilité est désormais reconnue comme une affection multifactorielle, pouvant être d'origine féminine,

masculine, mixte ou demeurer inexpliquée malgré les progrès diagnostiques (de La Rochebrochard, 2001 ; Girard et al., 2017 ; Rossin, 2020).

Parmi les facteurs influençant la fertilité, l'âge occupe une place prépondérante. En Europe, l'âge moyen à la première grossesse est désormais d'environ 29,5 ans, soit un recul d'environ 2,5 ans en l'espace de deux à trois décennies (Poncelet & Sifer, 2011). Ce recul peut notamment s'expliquer par l'allongement des études, l'évolution des parcours professionnels, la précarité du marché de l'emploi ainsi que l'accès généralisé à la contraception. Cette évolution contribue en partie à une augmentation du recours à la PMA (Poncelet & Sifer, 2011). Si cette dernière représente un véritable espoir pour les couples confrontés à l'infertilité, son efficacité demeure néanmoins étroitement liée à l'âge de la femme, les probabilités de grossesse diminuant progressivement avec l'avancée en âge (IEB, 2025 ; Poncelet & Sifer, 2011 ; Rossin, 2020).

Au-delà de l'âge, l'évolution du recours à la PMA s'explique également par d'autres facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux. Les habitudes de vie, telles que le tabagisme, la consommation d'alcool, une alimentation déséquilibrée, le surpoids ou la sédentarité, peuvent altérer la fertilité (OMS, 2026 ; Rossin, 2020). Par ailleurs, plusieurs travaux mettent en évidence une diminution progressive de la qualité spermatique au cours des dernières décennies, susceptible de contribuer à l'augmentation des difficultés de conception dans les pays occidentaux (Auger et al., 1995 ; Carlsen et al., 1992 ; IEB, 2025).

Ainsi, la fertilité résulte de l'interaction de multiples facteurs, ce qui contribue à l'augmentation du recours aux techniques de PMA.

1.4. Taux de réussite de la PMA

Les taux de réussite des techniques d'assistance médicale à la procréation varient en fonction de plusieurs paramètres, notamment la méthode utilisée, l'âge de la femme et l'origine des gamètes (Paraiso et al., 2020). Globalement, la fécondation in vitro présente des taux de réussite supérieurs à ceux de l'insémination artificielle, mais, dans les deux cas, les probabilités de succès demeurent fortement influencées par l'âge maternel (Paraiso et al., 2020).

Les données belges confirment que les chances d'obtenir une naissance vivante après un cycle de FIV restent limitées : 83 % des cycles réalisés avec les ovocytes frais de la patiente n'aboutissent pas à une naissance vivante (IEB, 2025). Toutefois, les probabilités de succès augmentent avec la répétition des tentatives et atteignent près de 50 % après trois cycles, lorsque les transferts d'embryons cryoconservés sont également pris en compte (IEB, 2025).

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la PMA, les chances de succès demeurent limitées et plusieurs cycles sont souvent nécessaires avant l'obtention d'une naissance vivante. Cette réalité contribue à faire de la PMA un parcours long et exigeant pour les patients, fréquemment décrit comme un véritable « parcours du combattant » (IEB, 2025).

2. Spécificités psychologiques et relationnelles du parcours de PMA

2.1. Le vécu psychologique de l'infertilité chez les couples

Le parcours de procréation médicalement assistée (PMA) constitue une expérience complexe qui dépasse les seuls aspects médicaux et techniques. Malgré les avancées de la PMA, qui ont permis à de nombreux couples d'accéder à la parentalité, ce parcours demeure souvent long, incertain et éprouvant (Allard et al., 2007). La littérature montre que l'infertilité et ses traitements entraînent d'importantes répercussions psychologiques chez les deux membres du couple (Collins et al., 1992 ; Molgora et al., 2020).

L'annonce du diagnostic d'infertilité représente généralement un choc émotionnel majeur, suscitant des sentiments de déception, de colère, d'injustice, d'impuissance, de culpabilité, de frustration et d'angoisse (Allard et al., 2007 ; Girard et al., 2017 ; Péloquin & Brassard, 2013). Au-delà de sa dimension médicale, l'infertilité remet en question la transition attendue vers la parentalité et vient perturber le cycle de vie familial (Chamouard, 2022). En prolongeant la phase de vie conjugale et en suspendant temporairement l'accès à la parentalité (Chamouard, 2022), elle confronte également les couples à un véritable travail de deuil : celui de leur fertilité, de la parentalité biologique, parfois de la grossesse, voire, dans certaines situations, du projet d'enfant lui-même lorsque les traitements sont interrompus (Girard et al., 2017).

2.2. Les répercussions émotionnelles et psychologiques des traitements de PMA

Au-delà de l'impact initial du diagnostic, les traitements eux-mêmes constituent une source importante de stress et peuvent amplifier la vulnérabilité psychologique des couples. La littérature décrit la fécondation in vitro (FIV) comme l'une des expériences médicales les plus éprouvantes pour les couples infertiles, en raison notamment de la faible maîtrise de la situation, de l'imprévisibilité des résultats, des contraintes des traitements, de la répétition des échecs et de l'incertitude qui caractérise ce parcours (Allard et al., 2007 ; Péloquin & Brassard, 2013).

Bien que les hommes et les femmes soient tous deux fortement affectés par cette expérience, certaines différences apparaissent dans l'expression de leur détresse. Les femmes

présentent généralement des niveaux plus élevés de symptômes anxieux et dépressifs, un sentiment d'impuissance plus marqué et une plus grande anticipation du stress, notamment en raison du caractère plus invasif des traitements qu'elles subissent (Collins et al., 1992 ; Molgora et al., 2020). Elles doivent également faire face aux injections hormonales, à leurs effets secondaires, aux examens répétés et à certaines interventions douloureuses, ce qui les rend plus vulnérables aux répercussions psychologiques, notamment lors des échecs successifs (Allard et al., 2007 ; Girard et al., 2017). Les hommes apparaissent eux aussi profondément touchés, leur souffrance étant davantage liée à une atteinte de l'estime de soi et à un sentiment d'échec dans leur rôle masculin et conjugal (Collins et al., 1992).

Le parcours est par ailleurs rythmé par de nombreuses périodes d'attente, avant le diagnostic, entre les cycles de traitement et les résultats, qui entretiennent une alternance constante entre espoir et déception (Allard et al., 2007 ; Péloquin & Brassard, 2013). En cas d'échec, les espoirs et les projets parentaux sont brutalement interrompus, laissant place à un profond sentiment d'impuissance, de culpabilité et parfois à des manifestations proches de la dépression (Allard et al., 2007 ; Harris & Daniluk, 2010). À l'inverse, lorsqu'une grossesse est obtenue, la joie s'accompagne fréquemment d'une peur persistante de perdre l'enfant à venir, rendant difficile un investissement serein dans la grossesse (Allard et al., 2007 ; Smorti & Smorti, 2012). Les répercussions émotionnelles de l'infertilité peuvent ainsi perdurer au-delà de l'obtention d'une grossesse, les symptômes dépressifs demeurant fréquents pendant et après les grossesses issues de la PMA (Monti et al., 2009).

2.3. L'importance de l'accompagnement psychosocial dans le parcours de PMA

Le soutien social constitue un facteur important d'adaptation psychologique à l'infertilité, bien que son influence diffère selon le genre. Un faible soutien social est davantage associé à des symptômes anxieux chez les hommes, tandis qu'il est plus fortement lié aux symptômes dépressifs chez les femmes (Molgora et al., 2020).

Face à la charge émotionnelle importante associée au parcours de PMA, de nombreuses recommandations internationales préconisent l'intégration d'un accompagnement psychosocial tout au long des traitements afin d'aider les couples à faire face aux difficultés émotionnelles rencontrées (Boivin et al., 1999). Pourtant, le recours à ce type d'accompagnement demeure limité. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer, notamment la perception de pouvoir gérer seul cette détresse, le manque d'information sur les ressources disponibles, les contraintes financières ou organisationnelles, l'absence de proposition de ces services par les professionnels

de santé, ainsi que certaines représentations négatives à l'égard du soutien psychologique (Boivin et al., 1999 ; Read et al., 2014). Certaines femmes hésitent également à exprimer leur souffrance redoutant que cette dernière soit perçue négativement par l'équipe médicale ou qu'elle compromette la poursuite des traitements (Allard et al., 2007).

Cette souffrance psychologique n'est pas sans conséquence sur le déroulement du parcours de PMA. En effet, la charge émotionnelle liée à l'infertilité et aux traitements peut favoriser l'interruption prématurée des traitements, réduisant ainsi les chances d'obtenir une grossesse (Girard et al., 2017).

2.4. Attentes et besoins des patients envers les professionnels

Dans sa revue de la littérature, Grill (2015) montre que les patients recherchent avant tout une relation de confiance avec des professionnels perçus comme disponibles, sensibles et respectueux. Pourtant, ces attentes ne sont pas toujours satisfaites. Les principales sources d'insatisfaction concernent la qualité de la communication avec les professionnels, mais également l'organisation des soins, le manque d'empathie, la prise en compte insuffisante des dimensions psychologiques ainsi que les difficultés du personnel à répondre à la détresse émotionnelle des patients.

Les patients expriment le besoin d'un accompagnement renforcé tout au long du parcours de PMA, tant sur les plans physique que psychologique. Ils souhaitent recevoir des informations plus complètes concernant les traitements, leurs effets secondaires, les facteurs influençant leurs chances de succès ainsi que les difficultés susceptibles d'être rencontrées. Ils soulignent également l'importance d'un soutien psychosocial plus accessible, incluant des ressources adaptées, des possibilités d'échanges avec d'autres personnes confrontées à l'infertilité et un accompagnement des répercussions de l'infertilité sur la relation de couple (Read et al., 2014).

Ces attentes ne sont pas sans conséquence sur le parcours de PMA. Une relation fondée sur la confiance, le respect et une communication de qualité constitue un élément essentiel de la prise en charge des patients infertiles (Gameiro et al., 2013). À l'inverse, un manque d'information, d'empathie ou de prise en compte des dimensions psychologiques peut conduire certains couples à interrompre leur traitement ou à changer de centre de PMA (Gameiro et al., 2013). Adjiman et de Mouzon (2002) rapportent d'ailleurs que 43 % des couples ayant changé de centre après un premier parcours de PMA attribuent cette décision à une insatisfaction vis-à-vis des soignants.

3. La relation entre les professionnels et les patients en PMA

3.1. Les spécificités de la relation de soin en PMA

Selon Vannotti (2002), la relation de soin est un processus de co-évolution entre le médecin et le patient, reposant notamment sur une alliance de travail fondée sur l'échange d'informations et l'empathie. En pratique médicale, cette dernière correspond à la capacité du professionnel à reconnaître, comprendre et prendre en compte les émotions du patient dans sa prise en charge (Vannotti, 2002).

En PMA, cette relation présente plusieurs spécificités. D'une part, le parcours peut s'étendre sur plusieurs années, conduisant les couples à développer une relation durable avec les professionnels qui les accompagnent (Goëb et al., 2006). L'intimité du couple se trouve alors transformée par une conception médicalisée impliquant le couple et le médecin, conférant à la relation de soin une place centrale dans le parcours de PMA, dont la qualité peut influencer le vécu psychologique des patients (Crozet & Wendland, 2019 ; Goëb et al., 2006).

D'autre part, le patient est généralement un couple plutôt qu'un individu. Les professionnels doivent dès lors considérer les partenaires comme une unité tout en tenant compte des besoins, émotions et attentes propres à chacun, qui peuvent parfois diverger (Fedele et al., 2020 ; Leone et al., 2018). Cette particularité influence la dynamique de la relation thérapeutique et peut favoriser l'émergence de relations triangulaires entre le médecin et les deux membres du couple. Selon les situations, le professionnel peut être perçu comme un allié de l'un des partenaires ou, au contraire, comme une figure responsable des difficultés rencontrées, ce qui peut générer des tensions au sein de la relation de soins (Shapiro, 2001).

La qualité de cette relation semble par ailleurs influencer le vécu des patients. Chez les hommes engagés dans un parcours de PMA, une relation de qualité avec les soignants, caractérisée notamment par une communication claire et une information adaptée, est associée à des niveaux plus faibles d'anxiété et de dépression (Crozet & Wendland, 2019). Chateaufort (2011) souligne également que cette relation dépend à la fois de l'attitude des professionnels et de l'état d'esprit des couples. Enfin, Crozet et Wendland (2019) rapportent qu'elle évolue au fil du parcours et varie notamment selon la réussite des traitements et le nombre de cycles de PMA réalisés.

3.2. Vécu émotionnel et distance professionnelle

Si les répercussions psychologiques de l'infertilité sur les patients ont largement été étudiées, le vécu émotionnel des professionnels de la PMA demeure encore peu documenté (Fedele et al., 2020).

Comme mentionné ci-dessus, les professionnels entretiennent souvent des relations prolongées avec les couples, parfois durant plusieurs années, favorisant un investissement émotionnel significatif (Klitzman, 2018 ; Mijalevich-Soker et al., 2026). Les médecins comme les infirmiers peuvent ainsi développer un fort sentiment d'attachement envers leurs patients et vivre personnellement les succès comme les échecs des traitements. Si les réussites sont sources de satisfaction et de valorisation, les échecs peuvent susciter de la déception, de la tristesse, de la frustration, de la culpabilité ou un sentiment d'impuissance (Fedele et al., 2020 ; Klitzman, 2018).

L'étude qualitative de Fedele et al. (2020) met en évidence plusieurs dimensions du vécu émotionnel des professionnels. Ces dimensions impliquent une anxiété liée aux exigences de performance, une tension entre sentiment de toute-puissance et d'impuissance face aux résultats des traitements, ainsi que la charge émotionnelle associée à l'accompagnement des couples et à l'annonce de diagnostics ou d'échecs thérapeutiques. Les auteurs soulignent également le fort sentiment de responsabilité des soignants à l'égard du projet parental des patients, ainsi que le rôle central du travail en équipe, qui constitue à la fois une ressource de soutien et une source potentielle de tensions.

Ces résultats rejoignent les observations de Vannotti (2002), selon lesquelles la culture médicale valorise le contrôle des émotions au nom de l'efficacité clinique. Les professionnels peuvent ainsi être amenés à limiter l'expression de leurs propres émotions, à privilégier une disponibilité constante envers les patients ou encore à éviter les situations émotionnellement plus difficiles afin de se protéger.

Dans l'ensemble, ces travaux montrent que la pratique de la PMA ne mobilise pas uniquement des compétences techniques, mais entraîne également une forte implication émotionnelle et relationnelle chez les professionnels.

3.3. Obstacles à la relation avec les patients

Les études de Boivin et al. (2017) et Klitzman (2018) montrent que les difficultés rencontrées dans la relation entre les professionnels de la PMA et les patients sont

multifactorielles. Elles relèvent à la fois de facteurs liés aux patients, aux professionnels, à l'organisation des soins et à des contraintes externes, telles que les aspects financiers (Boivin et al., 2017 ; Klitzman, 2018).

Les professionnels rapportent notamment des difficultés liées aux attentes des patients, aux recadrages nécessaires face aux informations erronées, souvent issues d'Internet ou des médias, ainsi qu'à la complexité de la communication et de l'accompagnement. Ils peuvent également éprouver de la frustration ou de la culpabilité lorsqu'ils estiment ne pas répondre aux attentes des patients (Boivin et al., 2017).

Les contraintes organisationnelles constituent également un obstacle à la relation thérapeutique. Le manque de temps disponible, la pression liée aux multiples responsabilités ainsi que l'organisation des centres de PMA, notamment la succession de plusieurs médecins au cours d'un même parcours, peuvent limiter la continuité des soins et compliquer l'établissement d'une relation de confiance (Klitzman, 2018).

Enfin, les auteurs soulignent l'existence d'un décalage entre les représentations des patients et celles des professionnels. Les patients ne perçoivent pas toujours les contraintes auxquelles les soignants sont confrontés, tandis que ces derniers sous-estiment parfois l'expérience vécue par les couples (Klitzman, 2018). Par ailleurs, l'accès croissant des patients à l'information favorise une participation plus active aux décisions thérapeutiques. Bien que cette évolution puisse parfois remettre en question les décisions des professionnels, elle est associée à une amélioration de la qualité des décisions, de la satisfaction des patients et de leur adhésion au traitement lorsque cette participation est encouragée (Grill, 2015).

4. Le travail en équipe et l'environnement organisationnel en PMA

4.1. Une équipe pluridisciplinaire

Dans les unités de procréation médicalement assistée (PMA), le travail en équipe occupe une place centrale depuis les débuts de la discipline. Les centres de PMA reposent sur une collaboration étroite entre médecins, embryologistes, infirmiers, conseillers et personnel administratif. Cette interdisciplinarité est indispensable, la réussite des traitements reposant à la fois sur la prise en charge clinique, le travail réalisé au laboratoire d'embryologie et la coordination entre les différents acteurs (Kerr, 2009). De son côté, le psychologue intervient plus spécifiquement dans l'accompagnement des enjeux psychologiques, éthiques, légaux et sociaux liés à l'infertilité et à ses traitements, en proposant un soutien adapté pouvant aller de

l'accompagnement ponctuel à la psychothérapie (Allard & Noël, 2023). L'interdisciplinarité constitue ainsi un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des procédures, mais également de l'accompagnement des patients (Kerr, 2009).

4.2. Dynamiques et enjeux du travail en équipe

Kerr (2009) met en évidence plusieurs bénéfices associés au travail en équipe en PMA. Celui-ci favorise le partage des connaissances, la transmission des compétences, le soutien aux professionnels moins expérimentés ainsi que l'identification et la prévention des erreurs grâce aux échanges entre collègues et à la supervision des pratiques. Les embryologistes illustrent particulièrement cette dynamique collaborative, considérant l'équipe comme une ressource essentielle pour assumer la responsabilité liée à la manipulation des embryons.

Toutefois, le travail en équipe demeure complexe. Kerr (2009) souligne que les différences de statut, les rapports de pouvoir et les conceptions divergentes des rôles professionnels peuvent être sources de tensions. Alors que les médecins privilégient généralement leur autonomie professionnelle et leur jugement clinique, les embryologistes et les infirmiers valorisent davantage la prise de décision collective et le partage des responsabilités.

Ces constats suggèrent que le travail en équipe en PMA dépasse une simple modalité d'organisation des soins. Il implique un ajustement permanent entre coopération, autonomie professionnelle et responsabilités partagées.

5. Défis professionnels, stress et conséquences psychologiques en PMA

5.1. L'annonce de mauvaises nouvelles en PMA : un défi relationnel

Une « mauvaise nouvelle » correspond à « *toute information susceptible d'altérer de manière significative la perception qu'un patient a de son avenir, que ce soit lors de l'annonce diagnostique ou face à l'échec d'une prise en charge à visée curative* » (Buckman, 1984, p. 1597). Plus récemment, Gameiro et al. (2024) montrent que, dans le contexte de la PMA, la perception d'une mauvaise nouvelle dépend non seulement de son contenu, mais également de ses caractéristiques (notamment son caractère inattendu, définitif ou répété) ainsi que du contexte dans lequel elle est annoncée.

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la PMA, les taux de réussite des traitements demeurent limités (Paraiso et al., 2020). Les professionnels sont ainsi régulièrement amenés à annoncer des mauvaises nouvelles aux couples, qu'il s'agisse du diagnostic

d'infertilité, de l'échec des traitements ou de leurs limites (Leone et al., 2017). Selon Gameiro et al. (2024), ces annonces sont particulièrement difficiles lorsqu'elles concernent un échec inattendu, qu'elles surviennent précocement dans le parcours ou lorsqu'aucune explication claire ne peut être apportée aux patients.

Dans ce contexte, la qualité de la communication est essentielle puisqu'elle influence le bien-être des patients, leur adhésion aux traitements ainsi que la relation thérapeutique (Mosconi et al., 2021). Toutefois, la communication en PMA demeure complexe. Les professionnels doivent trouver un équilibre entre préserver un espoir réaliste et communiquer avec transparence, au risque qu'un discours trop prudent soit perçu comme un manque d'information ou, à l'inverse, qu'un discours trop réaliste soit vécu comme brutal (Klitzman, 2018). Gameiro et al. (2024) soulignent d'ailleurs que le maintien d'un espoir réaliste face à l'incertitude constitue l'un des principaux défis de la communication en PMA.

L'échec des traitements peut susciter chez les patients de la déception, de la colère ou l'attribution de la responsabilité aux médecins, tandis que les professionnels rapportent également de la tristesse, de la culpabilité et des difficultés à gérer les réactions émotionnelles et les préoccupations exprimées par les patients (Gameiro et al., 2024 ; Klitzman, 2018). La peur des poursuites judiciaires peut également constituer un obstacle à une communication ouverte (Klitzman, 2018).

Afin de soutenir les professionnels dans ces situations, Leone et al. (2017) proposent d'adapter au contexte de la PMA le protocole SPIKES de Buckman, en tenant compte notamment de la gestion des attentes des couples, de leurs réactions émotionnelles et de l'exploration des options thérapeutiques.

Enfin, la qualité de l'annonce dépend également des conditions organisationnelles dans lesquelles elle est réalisée, notamment du temps disponible, d'un cadre confidentiel et d'une organisation des soins adaptée (Gameiro et al., 2024). Les auteurs soulignent que les recommandations concernant l'annonce des mauvaises nouvelles devraient non seulement améliorer l'expérience des patients, mais également mieux prendre en compte celle des professionnels. Dans cette perspective, Gameiro et al. (2013) montrent que les médecins disposant de repères et de stratégies de communication adaptés rapportent un niveau de stress moins élevé que ceux qui n'en disposent pas.

5.2. Les facteurs de stress rencontrés par les professionnels de PMA

Les professionnels de la PMA sont exposés à un stress professionnel important, notamment en raison de la confrontation régulière à des situations émotionnellement difficiles. La souffrance des patients, associée à des relations de soins souvent longues et investies, peut avoir un impact sur leur expérience émotionnelle et constituer une source supplémentaire de stress (Mijalevich-Soker et al., 2026). Pourtant, la littérature scientifique s'est principalement intéressée au vécu des couples confrontés à l'infertilité ou au stress de certaines catégories professionnelles, tandis que l'expérience collective du stress au sein des équipes de PMA demeure encore peu étudiée (Urteaga & Díaz, 2024).

Les quelques études présentées ci-dessous abordent cette question et contribuent chacune à mieux comprendre les multiples dimensions du stress professionnel dans ce contexte.

Dans leur étude, Boivin et al. (2017) ont cherché à identifier les principaux facteurs rendant le travail stressant pour les professionnels de la PMA. Leurs analyses montrent que les catégories les plus fréquemment rapportées concernent le temps et la charge de travail, les questions d'organisation, d'équipe et de management, ainsi que le contenu du travail et l'environnement professionnel.

La première catégorie renvoie au manque de temps et à l'importante charge de travail exprimés par les professionnels. Les auteurs montrent que ces contraintes les conduisent à hiérarchiser leurs tâches et à arbitrer en permanence entre les activités administratives, cliniques et la prise en charge des patients. Les professionnels évoquent également la nécessité de réaliser plusieurs tâches simultanément, notamment lorsque les activités administratives interfèrent avec le travail clinique ou de laboratoire (Boivin et al., 2017).

La deuxième catégorie, les questions d'organisation, d'équipe et de management, regroupe différents aspects liés au fonctionnement de la clinique. Les auteurs l'illustrent notamment par des difficultés de collaboration au sein de l'équipe ainsi que par des conflits interpersonnels entre collègues (Boivin et al., 2017).

Enfin, la troisième catégorie, le contenu du travail et l'environnement professionnel, est illustrée par les auteurs à travers la prise en charge simultanée de plusieurs patients ainsi qu'une organisation du travail jugée insuffisamment structurée (Boivin et al., 2017).

De leur côté, les analyses de Facchin et al. (2020) mettent en évidence trois thèmes principaux caractérisant l'expérience des professionnels de la PMA : la prise en charge des

patients infertiles et leurs spécificités, la pratique de la procréation médicalement assistée et l'appartenance à une équipe.

Le premier thème met en évidence les difficultés rencontrées dans la relation avec les couples infertiles. Les auteurs montrent que certains professionnels perçoivent les femmes infertiles comme des « patientes particulières », en raison de l'intensité de leur souffrance psychologique, de leurs attentes parfois très élevées et de la complexité des situations rencontrées. Ils soulignent également que l'implication parfois limitée des partenaires masculins ainsi que les difficultés de communication, notamment lorsqu'il s'agit d'expliquer des procédures complexes ou d'annoncer un échec, constituent des défis importants dans la relation de soin (Facchin et al., 2020).

Le deuxième thème concerne la pratique de la PMA. Les professionnels décrivent cette activité comme une opportunité de contribuer au projet parental des couples, tout en reconnaissant les limites de la médecine reproductive. Les auteurs montrent qu'il est essentiel de ne pas se considérer comme responsables des succès ou des échecs des traitements, cette posture constituant une stratégie de protection psychologique. Les embryologistes soulignent également la responsabilité liée à la manipulation des gamètes et des embryons ainsi que la vigilance constante qu'elle exige (Facchin et al., 2020).

Enfin, le troisième thème met en évidence la place centrale de l'équipe dans l'expérience professionnelle. Les auteurs décrivent l'équipe à travers deux métaphores complémentaires : celle du puzzle, qui illustre la complémentarité des compétences et des personnalités, et celle de la famille, qui traduit la proximité entre collègues tout en rappelant que cette proximité peut également être source de tensions et de conflits (Facchin et al., 2020).

Dans une étude plus récente, Urteaga et Díaz (2024) se sont intéressés aux facteurs de stress présents dans l'environnement professionnel des équipes de PMA. Leurs résultats montrent que le travail sous pression constitue le facteur de stress le plus fréquemment rapporté par les professionnels, suivi de la surcharge de travail, de la gestion de patients difficiles et des difficultés de communication entre les membres de l'équipe. Le manque de reconnaissance professionnelle et l'annonce de mauvaises nouvelles aux patients sont moins fréquemment rapportés, mais demeurent présents dans la pratique des professionnels interrogés.

L'importance accordée à la relation avec les patients est également soulignée par Fitzgerald et al. (2013), qui montrent que les interactions difficiles avec les patients constituent une source importante de stress pour les professionnels de santé.

5.3. Conséquences psychologiques du stress professionnel en PMA

L'exposition répétée au stress peut avoir des répercussions sur le bien-être des professionnels de la PMA, leur pratique clinique et, plus largement, la qualité des soins prodigués (Mijalevich-Soker et al., 2026).

5.3.1. Burnout

Le burnout est défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2019) comme un syndrome résultant d'un stress professionnel chronique mal géré, caractérisé par un épuisement émotionnel, une distanciation vis-à-vis du travail et une diminution de l'efficacité professionnelle.

Urteaga et Díaz (2024) ont étudié le burnout chez les professionnels de la PMA en examinant le rôle des facteurs de stress professionnels précédemment décrits ainsi que l'influence de certaines caractéristiques individuelles, telles que l'âge et le genre. Dans cette étude, le niveau de burnout a été évalué à l'aide du questionnaire *Maslach Burnout Inventory* (MBI), qui l'appréhende à travers trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Les résultats mettent en évidence des niveaux moyens à sévères de burnout au sein de cette population.

L'ensemble des facteurs de stress professionnels est associé au burnout, le travail sous pression apparaissant comme le facteur le plus déterminant. Celui-ci est lié à un niveau plus élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, ainsi qu'à un moindre sentiment d'accomplissement personnel. Les difficultés de communication au sein des équipes contribuent également à la dépersonnalisation, tandis qu'une moindre pression au travail et des relations plus satisfaisantes avec les patients sont associées à un meilleur accomplissement personnel (Urteaga & Díaz, 2024).

Les auteurs montrent également que les professionnels les plus âgés rapportent un sentiment d'accomplissement personnel plus élevé. Toutefois, cette différence s'atténue lorsque les facteurs de stress professionnels sont pris en compte, suggérant que ces derniers jouent un rôle plus important que les caractéristiques individuelles. De même, le burnout semble davantage varier selon la fonction exercée que selon le genre, les psychologues présentant les niveaux les plus faibles, tandis que les embryologistes figurent parmi les professionnels les plus exposés (Urteaga & Díaz, 2024).

Au-delà des facteurs organisationnels, les dimensions relationnelles semblent également intervenir dans le risque de burnout. Grill (2015) souligne ainsi que les interactions difficiles avec les patients sont associées à une moindre satisfaction au travail et peuvent accroître la vulnérabilité des professionnels au burnout. Une formation en communication jugée insuffisante est également associée à un risque accru de burnout et à une moins bonne santé mentale chez les médecins (Gameiro et al., 2013 ; Grill, 2015).

5.3.2. Stress et croissance post-traumatique

Le stress post-traumatique (SPT) correspond à un ensemble de symptômes pouvant survenir après un événement particulièrement éprouvant, tels que des reviviscences, des comportements d'évitement et un état d'hypervigilance entraînant une détresse importante et une altération du fonctionnement quotidien (OMS, 2024). À l'inverse, la croissance post-traumatique (CPT) désigne les changements positifs pouvant émerger à la suite de l'adaptation à des circonstances difficiles (Tedeschi & Calhoun, 1996 ; Tedeschi et al., 2018, cités par Mijalevich-Soker et al., 2026).

Mijalevich-Soker et al. (2026) se sont intéressés aux conséquences psychologiques des événements professionnels difficiles chez les spécialistes de la fertilité. Leurs résultats montrent que ces expériences peuvent conduire à la fois à des symptômes de SPT et à une CPT.

Les symptômes de stress post-traumatique sont davantage rapportés par les femmes médecins et sont associés à une plus grande centralité de l'événement vécu, à un faible sentiment de contrôle ainsi qu'à des ruminations intrusives. À l'inverse, la croissance post-traumatique est favorisée par la centralité accordée à l'événement et par des ruminations intentionnelles, c'est-à-dire des réflexions visant à comprendre et à donner du sens à l'expérience, sans association significative avec l'âge ou le genre (Mijalevich-Soker et al., 2026).

Dans leur ensemble, ces travaux montrent que les réalités professionnelles en PMA dépassent les seules dimensions techniques et résultent de l'articulation d'exigences organisationnelles, relationnelles et émotionnelles. Cette revue souligne dès lors l'intérêt d'étudier conjointement ces dimensions du vécu professionnel.

II – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Objectif, question de recherche et hypothèses

Le présent mémoire s'inscrit dans le prolongement des travaux menés par le Service de Psychologie Clinique Systémique et de Psychopathologie Relationnelle portant sur l'accompagnement de la conjugalité et du projet parental dans des contextes spécifiques. Plus précisément, il s'est intéressé au vécu des professionnels exerçant en procréation médicalement assistée (PMA).

L'objectif de cette recherche était de mieux comprendre les réalités des professionnels travaillant en PMA en examinant leur environnement de travail, les situations difficiles de leur pratique, leur qualité de vie professionnelle, leur gestion émotionnelle et leur relation avec les couples. Dans une perspective systémique, l'étude s'est intéressée aux liens entre ces dimensions afin de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans ce contexte. À terme, les résultats visent à faire évoluer les connaissances scientifiques sur les réalités professionnelles en PMA, dans le but de contribuer au développement de pistes de prévention et de dispositifs d'accompagnement adaptés aux équipes travaillant dans ce domaine.

À cette fin, la question principale de recherche a été formulée comme suit : « Quelles sont les réalités professionnelles des personnes exerçant en procréation médicalement assistée et comment les différentes dimensions de leur vécu professionnel s'articulent-elles ? »

Cette étude comprend une dimension descriptive et exploratoire. Des analyses descriptives ont d'abord permis de brosser un portrait des réalités professionnelles en PMA, puis plusieurs hypothèses fondées sur la littérature ont été testées. Enfin, des analyses complémentaires ont été réalisées afin d'approfondir certains aspects du vécu professionnel, notamment en explorant les réponses recueillies via des questions ouvertes.

Sur la base de la littérature présentée précédemment, trois hypothèses principales ont été formulées.

Hypothèse 1 :

Les travaux de Boivin et al. (2017), Facchin et al. (2020) et Urteaga et Díaz (2024) suggèrent que les caractéristiques de l'environnement de travail sont étroitement associées au bien-être des professionnels exerçant en PMA.

Sur cette base, nous avons fait l'hypothèse que *les différentes dimensions de l'environnement de travail*, évaluées à l'aide du COPSQ et du NWI-EO (Bonneterre et al., 2011 ; Dupret et al., 2012), *seraient corrélées au score global de qualité de vie professionnelle évalué* à l'aide du ProQOL (Geoffrion et al., 2019).

Plus spécifiquement, cette hypothèse principale a été subdivisée en deux hypothèses secondaires :

- Hypothèse 1a : *Des exigences professionnelles plus importantes* (scores faibles aux échelles : charge de travail, rythme de travail, exigences cognitives et conflits de rôles du COPSQ) *seraient positivement corrélées au score global de qualité de vie professionnelle* (score faible au ProQOL).
- Hypothèse 1b : *Des ressources professionnelles plus importantes* (scores faibles aux échelles : reconnaissance, clarté des rôles, confiance entre collègues, soutien social des collègues du COPSQ et communication au sein de l'unité, relations interprofessionnelles et valeurs partagées du NWI-EO) *seraient négativement corrélées au score global de qualité de vie professionnelle* (score élevé au ProQOL).

Hypothèse 2 :

Dans le contexte de la PMA, les professionnels sont régulièrement confrontés à des situations émotionnellement exigeantes, telles que l'annonce d'échecs de traitement, l'accompagnement de la détresse des patients ou la gestion de leurs propres réactions émotionnelles (Gameiro et al., 2013 ; Leone et al., 2017).

Dès lors, nous avons fait l'hypothèse que *les stratégies de régulation émotionnelle (ERQ) des professionnels exerçant en PMA seraient corrélées à leur qualité de vie professionnelle* (score au ProQOL). Plus précisément, *le recours à la réévaluation cognitive* (score élevé, échelle de l'ERQ) *serait positivement corrélé à la qualité de vie professionnelle* (score élevé au ProQOL), *tandis que le recours à la suppression expressive* (score élevé, échelle de l'ERQ) *y serait négativement corrélé* (score faible au ProQOL).

Hypothèse 3 :

Compte tenu de la taille et de la composition de notre échantillon, les participants ont été regroupés en deux catégories : les professionnels en contact direct avec les patients et les professionnels exerçant en laboratoire.

Sur cette base, nous avons fait l'hypothèse que *la qualité de vie professionnelle diffèrerait entre ces deux groupes de professionnels*.

En complément des hypothèses présentées ci-dessus, d'autres analyses exploratoires ont été réalisées afin d'approfondir la compréhension des réalités professionnelles en PMA. Elles portaient notamment sur les situations professionnelles perçues comme les plus difficiles selon les professionnels, sur les obstacles perçus selon les fonctions ainsi que sur les réponses aux questions ouvertes du questionnaire.

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons opté pour une étude quantitative transversale. Ce choix méthodologique a permis de mesurer les variables d'intérêt à l'aide de questionnaires et d'examiner les relations entre celles-ci.

2. Participants

Afin de participer à cette étude, les participants devaient répondre à un unique critère d'inclusion : exercer une activité professionnelle dans le domaine de la PMA.

L'échantillon initial comprenait 66 participants. Cinq, ayant uniquement complété le questionnaire sociodémographique, ont été exclus puisqu'ils n'avaient répondu à aucune variable d'intérêt. L'échantillon final est ainsi composé de 61 professionnels ($N = 61$), parmi lesquels 54 ont complété l'ensemble du questionnaire tandis que 7 n'ont renseigné que certaines sections. Les données de ces derniers ont été conservées et les sections non renseignées ont été codées comme des valeurs manquantes. En conséquence, le nombre de participants (n) varie selon les variables examinées, les analyses ayant été réalisées à partir des données disponibles pour chacune d'elles. Par ailleurs, pour les questionnaires partiellement complétés, une procédure d'imputation a été appliquée lorsque les participants avaient répondu à au moins 66% des items d'une même échelle. Dans ce cas, les valeurs manquantes ont été remplacées par la moyenne individuelle calculée à partir des réponses fournies par le participant aux autres items de cette échelle. En revanche, lorsqu'un participant présentait plus de 33% de données manquantes sur une échelle, celle-ci n'était pas conservée pour les analyses. Dans le cadre de cette étude, cette méthode a été appliquée aux questionnaires du ProQOL et de l'ERQ.

3. Matériel

La récolte des données a été réalisée à l'aide d'une enquête en ligne anonyme, dont la durée de passation était estimée entre 15 et 20 minutes.

L'enquête proposée aux participants a fait l'objet d'un long travail de réflexion et de construction, afin de sélectionner les dimensions les plus pertinentes au regard des objectifs de l'étude. Si l'objectif initial était d'explorer un ensemble large de variables susceptibles d'influencer l'expérience des professionnels exerçant en PMA, des choix méthodologiques ont dû être opérés afin de garantir la faisabilité de l'enquête. Dans le souci de limiter la charge imposée aux professionnels et de favoriser leur participation, seules les dimensions les plus pertinentes au regard de la littérature et des objectifs de l'étude ont été retenues.

Au terme de ce processus, l'enquête se composait de six questionnaires auto-rapportés permettant d'évaluer les différentes variables d'intérêt. Parmi les six questionnaires administrés, deux ont été élaborés spécifiquement pour cette recherche (ad hoc), tandis que les quatre autres étaient des questionnaires validés.

3.1. Section A : Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique (Annexe 1) a été créé pour cette étude et visait à recueillir des informations générales à propos des participants. Ces informations concernaient leur âge, leur genre, le fait d'avoir ou non des enfants, leur fonction au sein du service de PMA, le cadre dans lequel ils exercent (ex. hôpital, ...), leur ancienneté dans la profession ainsi que le pourcentage de leur temps de travail dédié à la PMA.

3.2. Section B : Situations difficiles rencontrées en PMA

Ce questionnaire (Annexe 2) est composé d'items élaborés ad hoc par les professeures M.E. Brianda et T. Scali, ainsi que moi-même. Ces items ont été créés dans le but d'analyser de manière exploratoire les aspects du travail en PMA qui sont vécus comme les plus difficiles par différents professionnels.

L'instrument comprenait onze items, chacun évalué à l'aide d'une échelle de Likert en quatre modalités, allant de 1 (« Non concerné ») à 4 (« Très difficile »). Dans le cadre de cette étude, chaque item a été analysé individuellement, sans calcul d'un score global.

En complément, deux questions ouvertes invitaient les participants à mentionner d'autres situations difficiles non abordées dans le questionnaire et à décrire les émotions ressenties lors de l'annonce d'une perte précoce de grossesse ou d'un échec de traitement.

3.3. Section C : Relations avec les patients

En raison de l'absence d'un instrument validé permettant d'évaluer, du point de vue des professionnels et dans le contexte spécifique de la PMA, les dimensions relationnelles de

l'accompagnement des patients, une échelle ad hoc a été développée par les professeurs M.E. Brianda et T. Scali, ainsi que moi-même. Ce questionnaire (Annexe 3) a été structuré en deux parties.

La première visait à recueillir la perception subjective que les professionnels ont de leur relation avec les patients en PMA. Cette partie était composée de cinq items évalués à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (« Tout à fait d'accord ») à 5 (« Pas du tout d'accord »). Puisque la cohérence interne de cette échelle s'est révélée insuffisante ($\alpha = .60$), aucun score global n'a été calculé. Les cinq items ont dès lors été analysés séparément.

La seconde partie visait à identifier les éléments susceptibles de constituer des obstacles dans la relation avec les patients. Elle se composait de huit items évalués sur une échelle de Likert allant de 1 (« Pas du tout un obstacle ») à 7 (« Obstacle très important »). Comme pour la partie précédente, chacun de ces items a été analysé individuellement, sans calcul d'un score global.

En complément, deux questions ouvertes invitaient les participants à mentionner d'éventuels obstacles non abordés dans le questionnaire et à identifier le principal facteur de satisfaction dans leur relation avec les patients.

3.4. Section D : Environnement de travail

3.4.1. COPSOQ :

Le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) est un instrument développé afin d'évaluer, de la manière la plus complète possible, les différents facteurs de risques psychosociaux auxquels les travailleurs peuvent être exposés dans leur environnement professionnel. Dans cette étude, la version française validée par Dupret et al. (2012) a été utilisée.

La version 3 du questionnaire comprend 46 items répartis en 24 échelles, elles-mêmes regroupées en six grandes dimensions. En raison de leur pertinence pour notre objet d'étude, seules les dimensions relatives aux contraintes quantitatives, à l'organisation (à l'exclusion des échelles portant sur le leadership) et aux relations horizontales ont été retenues. Plus précisément, l'environnement de travail a été évalué à partir des échelles suivantes : la charge de travail, le rythme de travail, les exigences cognitives, la reconnaissance, la clarté des rôles, les conflits de rôles, la confiance entre les collègues et le soutien social des collègues. À titre

d'exemple, le questionnaire comprend des items tels que : « *Prenez-vous du retard dans votre travail ?* » ou « *Êtes-vous traité équitablement au travail ?* ».

Les huit sous-échelles retenues sont chacune composées de deux items. Conformément aux recommandations de Dupret et al. (2012), les réponses ont été codées sur une échelle de Likert à cinq modalités allant de 0 à 4. Les modalités de réponse varient toutefois selon les sous-échelles et ont été détaillées en Annexe 4A.

Après inversion de l'item 1 de la sous-échelle « Charge de travail », les scores de chaque sous-échelle ont été obtenus par l'addition des réponses aux deux items correspondants, ce qui a conduit à des scores bruts compris entre 0 et 8. Lorsqu'un participant ne répondait pas à l'un des deux items d'une sous-échelle, aucun score n'était calculé pour celle-ci. Enfin, afin d'harmoniser les résultats et de faciliter la comparaison entre les différentes dimensions, les scores ont fait l'objet d'une transformation linéaire sur une échelle allant de 0 à 100. Enfin, l'interprétation des scores varie selon les sous-échelles et est détaillée en Annexe 4B.

Les qualités psychométriques rapportées par Dupret et al. (2012) indiquent une cohérence interne satisfaisante pour l'ensemble des échelles retenues. Leurs détails ainsi que les cohérences internes de notre échantillon se trouvent en Annexe 4C.

3.4.2. NWI-EO :

Le Nursing Work Index-Extended Organisation (NWI-EO) a été développé afin d'évaluer la perception des facteurs psychosociaux et organisationnels du travail chez les professionnels de santé (Bonneterre et al., 2011). Ce questionnaire a été retenu afin de compléter l'évaluation de l'environnement de travail en explorant des dimensions organisationnelles non évaluées par le COPSQ, notamment celles relatives à la collaboration au sein de l'équipe.

Dans le cadre de cette étude, trois dimensions du NWI-EO ont été retenues intégralement : la communication au sein de l'unité de travail (5 items), les relations interprofessionnelles (3 items) et les valeurs partagées au sein de l'équipe (2 items). La cohérence interne de ces dimensions a été détaillée en Annexe 5.

Dans le cadre de cette recherche, les items ont été adaptés au contexte spécifique de la PMA afin de les rendre applicables à l'ensemble des catégories professionnelles. À titre d'exemple, l'item faisant référence aux « *problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s* » a été reformulé en « *situations rencontrées en PMA avec les collègues* ». De plus, une adaptation du format de réponse du NWI-EO a été réalisée afin d'harmoniser les

modalités de réponse avec celles des autres questionnaires composant l'enquête. Ainsi, une cinquième modalité de réponse, « Ni d'accord, ni pas d'accord », a été ajoutée à l'échelle de Likert initialement proposée par Bonnetterre et al. (2011). Les participants répondaient donc sur une échelle en cinq points allant de 1 (« Tout à fait d'accord ») à 5 (« Pas du tout d'accord »). Cette adaptation visait à uniformiser l'ensemble du questionnaire et portait uniquement sur le format de réponse, ne modifiant pas le contenu des items ni les dimensions évaluées par le questionnaire.

Conformément à la méthode de cotation du questionnaire COPSOQ, les modalités de réponse ont d'abord été recodées sur une échelle allant de 0 à 4. Les scores de chaque dimension ont ensuite été calculés par l'addition des items correspondants. Enfin, comme pour le questionnaire précédent, ces scores ont fait l'objet d'une transformation linéaire sur une échelle de 0 à 100, afin de faciliter la comparaison entre les différentes dimensions. Les auteurs proposent en effet une interprétation indépendante de chaque dimension. Pour ces sous-échelles, un score faible reflète une perception plus favorable de l'environnement de travail, tandis qu'un score élevé reflète une perception plus défavorable.

3.5. Section E : Qualité de vie professionnelle

Le Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5), initialement élaboré par Stamm (2009), est un questionnaire destiné à évaluer la qualité de vie professionnelle des professionnels de l'aide.

Le ProQOL-5 est un questionnaire auto-rapporté composé de 30 items cotés sur une échelle de Likert en cinq points, allant de 1 (« Jamais ») à 5 (« Très souvent »). À titre d'illustration, il comprend des items tels que : « *Je me sens épuisé par mon travail d'accompagnant* » ou encore « *Je suis fier de ce que je peux faire pour accompagner* ». Dans la version utilisée dans cette étude, le terme « aider » a été remplacé par le terme « accompagner » afin de mieux correspondre au contexte de la pratique en PMA.

Conformément à la méthode proposée par Geoffrion et al. (2019), après recodage des items inversés, un score global était obtenu par l'addition des 30 items. Celui-ci varie de 30 à 150, les scores les plus élevés traduisant une meilleure qualité de vie professionnelle.

Bien que le manuel original du ProQOL-5 (Stamm, 2010) recommande l'utilisation de trois sous-échelles distinctes (la satisfaction de compassion, le burnout et le stress traumatique secondaire), Geoffrion et al. (2019) ont montré que la version française du questionnaire permettait le calcul d'un score global de qualité de vie professionnelle, tout en conservant la

possibilité d'utiliser les trois sous-échelles lorsque cela était pertinent. Dans le cadre de cette étude, l'analyse s'est appuyée sur le score global du questionnaire. Les différentes cohérences internes ont été détaillées en Annexe 6.

3.6. Section F : Régulation émotionnelle

L'Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) a été développé par Gross et John (2003) afin d'évaluer les différences individuelles dans l'utilisation habituelle de deux stratégies de régulation émotionnelle : la réévaluation cognitive et la suppression expressive.

L'ERQ est constitué de 10 items répartis en deux dimensions : la réévaluation cognitive (6 items) et la suppression expressive (4 items). À titre d'illustration, un item évaluant la réévaluation cognitive est : « *Lorsque je veux ressentir davantage d'émotions positives, je change ma façon de voir la situation* », tandis qu'un item évaluant la suppression expressive est : « *Je garde mes émotions pour moi* » (Christophe et al., 2009).

Les réponses sont recueillies sur une échelle de Likert en 7 points, allant de 1 (« Pas du tout d'accord ») à 7 (« Tout à fait d'accord »). Les scores des deux sous-échelles sont obtenus en additionnant les items correspondants, un score élevé indiquant une utilisation plus fréquente de la stratégie de régulation émotionnelle concernée.

La version française de l'ERQ validée par Christophe et al. (2009) présente des cohérences internes satisfaisantes. Les détails relatifs à celles-ci sont présentés en Annexe 7.

4. Procédure

4.1. Considérations éthiques

Cette étude s'est inscrite dans un projet de recherche plus large, ayant déjà été avalisé par le comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation (FPLSE) de l'Université de Liège (dossier numéro 12270).

Dans le cadre de cette dernière, les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé (Annexe 8) présentant les objectifs de la recherche, les modalités de participation, les garanties de confidentialité, ainsi que le cadre légal concernant la protection des données (RGPD). Ce document avait pour objectif de les informer des modalités de l'étude avant leur participation et de recueillir leur accord libre et éclairé.

Enfin, lorsque requis, l'accord du comité d'éthique hospitalier a été obtenu préalablement à la présentation de la recherche.

4.2. Recrutement des sujets

Afin de diffuser l'étude, un flyer a été élaboré (Annexe 9). Celui-ci présentait une brève description des objectifs de la recherche, les critères et les modalités de participation, ainsi qu'un QR code permettant d'accéder directement au questionnaire. Les participants pouvaient accéder à l'enquête en ligne à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone.

La collecte des données s'est déroulée d'avril à juillet 2026 et le recrutement a été réalisé selon différentes modalités. Dans un premier temps, afin de diffuser l'étude auprès des professionnels concernés, les différents services de PMA francophones de Belgique ont été contactés afin de leur transmettre les flyers d'information et de favoriser leur circulation au sein des équipes. Parmi les 18 centres de PMA en Belgique, et plus particulièrement les dix centres situés en Wallonie et dans la Région de Bruxelles-Capitale, quatre ont permis de réaliser une présentation de l'étude lors de réunions d'équipe et de diffuser l'annonce de recrutement. Dans un second temps, elle a également été relayée sur des plateformes et groupes professionnels, notamment auprès de l'Association Belge des Embryologistes Francophones (ABEF). Enfin, le recrutement s'est poursuivi par le bouche à oreille grâce à la transmission de l'information entre professionnels et par le biais de relations personnelles.

Après avoir scanné le QR code, les participants étaient redirigés vers le formulaire de consentement éclairé. Après avoir donné leur consentement, ils accédaient au questionnaire. La participation à cette recherche était entièrement volontaire. Les participants étaient informés qu'ils pouvaient interrompre leur participation à tout moment, sans avoir à se justifier, et qu'ils restaient libres de ne pas répondre à certaines questions. Par la suite, les réponses ont été codées, puis exportées en vue du traitement statistique.

5. Traitement des données

Compte tenu du caractère exploratoire et novateur de l'étude, aucun calcul a priori de la taille minimale de l'échantillon n'a été réalisé à l'aide de G*Power, le nombre de participants susceptibles d'être recrutés étant difficile à estimer.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel statistique Jamovi (version 2.7.13). Les scores des différentes échelles ont été calculés conformément aux consignes de cotation propres à chaque instrument et les items nécessitant une inversion ont été recodés avant le calcul des scores totaux.

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées afin de décrire les caractéristiques de l'échantillon. Les questionnaires standardisés ont été décrits à l'aide de moyennes, d'écarts-types et, lorsque cela était pertinent, des valeurs minimales et maximales. Les questionnaires créés ad hoc ont été décrits à l'aide de distributions de fréquences, à l'exception des items relatifs aux obstacles perçus, pour lesquels les moyennes et les écarts-types ont été calculés.

Dans un deuxième temps, des analyses inférentielles ont été menées afin de tester les hypothèses principales. Avant leur réalisation, la distribution des variables a été examinée au moyen du test de Shapiro-Wilk afin de vérifier les conditions de normalité. Le choix des analyses statistiques a été déterminé sur cette base. Lorsque les conditions de normalité étaient respectées, des corrélations de Pearson ont été effectuées. Dans le cas contraire, des corrélations de Spearman ont été privilégiées. Afin de répondre à la première hypothèse, des analyses de corrélation ont été faites entre les différentes dimensions de l'environnement de travail (COPSOQ et NWI-EO) et la qualité de vie professionnelle (ProQOL). La deuxième hypothèse a été examinée au moyen de corrélations entre les stratégies de régulation émotionnelle (ERQ) et la qualité de vie professionnelle. La troisième hypothèse visait à comparer la qualité de vie professionnelle selon le type de contact avec les patients. Compte tenu de la taille de l'échantillon disposant d'un score au ProQOL et ayant renseigné leur fonction ($N = 53$), les participants ont été regroupés en deux catégories : les professionnels ayant un contact direct avec les patients (médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues et secrétaires ; $n = 29$) et ceux n'ayant pas de contact direct (techniciens de laboratoire, embryologistes et qualitatif ; $n = 24$). Après vérification des conditions de normalité et d'homogénéité des variances, un test t de Student pour échantillons indépendants a été réalisé. La taille d'effet (d de Cohen) a également été rapportée afin d'estimer l'ampleur de la différence observée.

Enfin, des analyses descriptives et exploratoires complémentaires ont été menées. Les distributions de fréquences des différentes modalités de réponse au questionnaire relatif aux situations difficiles ont été examinées et mises en parallèle avec la fonction exercée afin d'explorer d'éventuelles variations entre les catégories professionnelles. Les obstacles perçus dans la relation avec les patients ont également été analysés selon la fonction exercée. De plus, les réponses aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une mini-analyse thématique exploratoire visant à regrouper les réponses selon les principaux thèmes émergents et à rendre compte du vécu exprimé par les participants.

III – RÉSULTATS

1. Description de l'échantillon

Comme indiqué précédemment, l'échantillon retenu comprend 61 participants ($N = 61$). Toutefois, tous les participants n'ayant pas complété l'ensemble du questionnaire, le nombre d'observations (n) varie selon les analyses réalisées. Les caractéristiques sociodémographiques détaillées de l'échantillon sont présentes dans le Tableau 1.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

	<i>N</i>	<i>M</i> <i>(ET)</i>	Min-Max
Âge	60	42.8 (10.30)	25-65
Ancienneté (années)	61	11.8 (8.64)	1-34
	<i>N</i>	<i>n (%)</i>	
Genre	60		
<i>Homme</i>		9 (15.0)	
<i>Femme</i>		50 (83.3)	
<i>Préfère ne pas répondre</i>		1 (1.7)	
Enfants	60		
<i>Oui</i>		45 (75.0)	
<i>Non</i>		15 (25.0)	
Fonction principale en PMA	60		
<i>Médecin</i>		11 (18.3)	
<i>Embryologiste</i>		20 (33.3)	
<i>Technicien de laboratoire</i>		6 (10.0)	
<i>Infirmier·e</i>		5 (8.3)	
<i>Sage-femme</i>		12 (20.0)	
<i>Anesthésiste</i>		0 (0)	
<i>Psychologue</i>		2 (3.3)	
<i>Assistant·e social·e</i>		0 (0)	
<i>Secrétaire</i>		3 (5.0)	
<i>Qualiticien</i>		1 (1.7)	
Cadre de travail	60		
<i>Hôpital</i>		60 (100.0)	
Pourcentage du temps de travail	61		
<i>Moins de 25%</i>		1 (1.6)	
<i>25 à 50%</i>		2 (3.3)	
<i>51 à 75%</i>		12 (19.7)	
<i>Plus de 75%</i>		9 (14.8)	
<i>100%</i>		37 (60.7)	

Note. La somme des pourcentages peut différer de 100% en raison des arrondis.

2. Statistiques descriptives des questionnaires créés ad hoc

2.1. Section B : Situations difficiles rencontrées en PMA

Afin de décrire les situations professionnelles jugées difficiles en PMA, des analyses descriptives ont été réalisées. La répartition des réponses aux différentes situations évaluées est présentée dans le Tableau 1 de l'Annexe confidentielle 2.

Parmi les situations, *la détresse émotionnelle des patient·e·s et les dilemmes éthiques liés à certaines demandes ou situations* présentaient la proportion la plus élevée de réponses « Très difficile », avec 27.9 % ($n = 17$) des participants pour chacune d'entre elles. Pour huit des onze situations évaluées, la modalité de réponse la plus fréquente était « Moyennement difficile », avec des pourcentages variant de 32.8 % ($n = 20$) pour *l'accompagnement de patient·e·s en situation de vulnérabilité psychosociale* à 63.9 % ($n = 39$) pour *les échecs répétés de traitement et l'annonce de résultats négatifs*. En revanche, *la décision de mettre fin au parcours de PMA* était rapportée comme « Non concerné·e » par 39.3 % ($n = 24$) de l'échantillon. Enfin, *l'accompagnement de patient·e·s issu·e·s d'un contexte multiculturel* était considéré comme « Pas du tout difficile » à 47.5 % ($n = 29$).

2.2. Section C : Relations avec les patients

2.2.1. Partie 1 : relation perçue

Les figures 1 à 5 présentes en Annexe confidentielle 3 présentent la répartition des réponses aux différents items relatifs à la relation avec les patients. Pour l'item portant sur la *qualité perçue de la relation avec les patient·e·s*, la modalité de réponse la plus fréquemment rapportée était « D'accord » (40.0 % ; $n = 22$). Cette même modalité était également la plus représentée concernant *la satisfaction perçue des patient·e·s à l'égard de la relation* (54.5 % ; $n = 30$), *la prise en compte des aspects émotionnels de l'accompagnement* (47.3 % ; $n = 26$) ainsi que *l'impact des échecs répétés sur la relation avec les patient·e·s* (36.4 % ; $n = 20$). En revanche, pour l'item relatif au *sentiment d'être suffisamment formé·e aux aspects relationnels et émotionnels*, 35.7 % ($n = 20$) des participants ont répondu la modalité « Pas d'accord ».

2.2.2. Partie 2 : obstacles perçus dans la relation

Afin de décrire les obstacles perçus dans la relation avec les patients, des analyses descriptives ont été réalisées. Le Tableau 2 présente les moyennes et écarts-types obtenus pour chacun des obstacles.

Tableau 2*Statistiques descriptives des obstacles perçus dans la relation avec les patients*

	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>
Obstacles		
<i>Manque de temps</i>	52	4.19 (1.78)
<i>Communication des incertitudes</i>	52	4.02 (1.36)
<i>Écart attentes–résultats</i>	49	5.04 (1.24)
<i>Diversité des attentes</i>	54	3.94 (1.53)
<i>Empathie–distance</i>	54	3.35 (1.65)
<i>Gestion des émotions</i>	56	3.45 (1.72)
<i>Risque lié à la routine</i>	55	3.15 (1.77)
<i>Coordination de l'équipe</i>	53	3.11 (1.59)

Note. Les réponses sont évaluées sur une échelle allant de 1 (« pas du tout un obstacle ») à 7 (« obstacle très important »).

Les scores moyens observés variaient de 3.11 à 5.04. L'obstacle perçu présentant le score moyen le plus élevé était *l'écart entre les attentes des patient-e-s et la réalité des résultats possibles*, tandis que *la coordination de l'équipe* présentait le score moyen le plus faible.

3. Statistiques descriptives des questionnaires standardisés

3.1. Section D : Environnement de travail (COPSOQ et NWI-EO)

Afin de décrire les caractéristiques de l'environnement de travail rapportées par les participants, les statistiques descriptives des questionnaires COPSOQ et NWI-EO ont été calculées. Le Tableau 3 présente les résultats obtenus.

Tableau 3*Statistiques descriptives des questionnaires relatifs à l'environnement de travail (COPSOQ et NWI-EO)*

	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	Min-Max
COPSOQ			
<i>Contraintes quantitatives</i>			
<i>Charge de travail</i>	57	46.9 (22.4)	0.0-75.0
<i>Rythme de travail</i>	57	28.7 (15.3)	0.0-75.0
<i>Exigences cognitives</i>	57	11.4 (13.6)	0.0-62.5
<i>Total dimension</i>	57	87.1 (38.2)	25.0-163.0
<i>Organisation</i>			
<i>Reconnaissance</i>	57	32.0 (25.2)	0.0-100.0
<i>Clarté des rôles</i>	57	21.7 (21.7)	0.0-100.0
<i>Conflits de rôles</i>	57	63.8 (23.5)	12.5-100.0
<i>Total dimension</i>	57	118.0 (34.0)	37.5–238.0

	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	Min-Max
<i>Relations horizontales</i>			
<i>Coopération entre collègues</i>	57	20.8 (20.8)	0.0-87.5
<i>Soutien des collègues</i>	57	28.7 (20.2)	0.0-87.5
<i>Total dimension</i>	57	49.6 (38.2)	0.0–163.0
NWI-EO			
<i>Communication</i>	54	33.1 (20.2)	0.0-90.0
<i>Relations interpersonnelles</i>	57	24.0 (17.2)	0.0-75.0
<i>Valeurs</i>	57	27.4 (23.9)	0.0-87.5
<i>Total</i>	54	83.8 (53.5)	0.0–219.0

Note. COPSQ = Copenhagen Psychosocial Questionnaire ; NWI-EO = Nursing Work Index-Extended Organisation

Parmi les sous-échelles du COPSQ, *les conflits de rôles* présentaient le score moyen le plus élevé, tandis que *les exigences cognitives* présentaient le score moyen le plus faible. Pour le NWI-EO, la sous-échelle *Communication* présentait le score moyen le plus élevé, tandis que la sous-échelle *Relations interpersonnelles* présentait le score moyen le plus faible.

3.2. Section E : Qualité de vie professionnelle (ProQOL)

Afin de décrire la qualité de vie professionnelle des participants, les statistiques descriptives du questionnaire ProQOL ont été calculées. Le Tableau 4 présente les résultats obtenus.

Tableau 4

Statistiques descriptives du questionnaire relatif à la qualité de vie professionnelle (ProQOL)

	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	Min-Max
PROQOL			
<i>Total</i>	54	112.00 (14.10)	70.0–137.0
<i>Sous-échelles</i>			
<i>Satisfaction de compassion</i>	54	37.70 (7.20)	14.0–49.0
<i>Burnout</i>	54	24.00 (5.94)	13.0–37.0
<i>Stress traumatique secondaire</i>	54	21.70 (5.30)	10.0–32.0

Note. ProQOL = Professional Quality of Life Scale.

Parmi les trois sous-échelles du ProQOL, *la satisfaction de compassion* présentait le score moyen le plus élevé, tandis que *le stress traumatique secondaire* présentait le score moyen le plus faible.

3.3. Section F : Régulation émotionnelle (ERQ)

Afin de décrire les stratégies de régulation émotionnelle utilisées par les participants, les statistiques descriptives de l'ERQ ont été calculées. Le Tableau 5 présente les résultats obtenus.

Tableau 5*Statistiques descriptives du questionnaire relatif à la régulation émotionnelle (ERQ)*

	<i>N</i>	<i>M (ET)</i>	<i>Min-Max</i>
ERQ			
<i>Réévaluation cognitive</i>	46	25.70 (6.96)	6.0–39.0
<i>Suppression expressive</i>	51	14.80 (6.42)	4.0–25.0

Note. ERQ = Emotion Regulation Questionnaire

4. Statistiques inférentielles relatives aux hypothèses

4.1. Vérification des conditions d'application des analyses corrélationnelles sur les variables utilisées

Avant la réalisation des analyses inférentielles, la distribution des variables a été examinée par le test de Shapiro-Wilk. Les résultats sont présentés dans le Tableau 11 en Annexe 10. Parmi les variables, seules les variables *Communication* ($W = 0.965, p = .121$), *score total ProQOL* ($W = 0.962, p = .088$) et *Réévaluation cognitive* ($W = 0.972, p = .338$) ne s'écartaient pas significativement d'une distribution normale ($p > .05$). Les autres variables présentaient une distribution déviante de la normalité ($p < .05$). En conséquence, les analyses de corrélation ont été réalisées à l'aide du coefficient de Spearman lorsque les conditions de normalité n'étaient pas rencontrées et du coefficient de Pearson lorsque celles-ci étaient respectées.

4.2. Hypothèse 1

Afin d'examiner l'association entre les dimensions de l'environnement de travail et la qualité de vie professionnelle, des analyses corrélationnelles ont été réalisées.

4.2.1. Hypothèse 1a

Les corrélations entre les exigences professionnelles et le score global de qualité de vie professionnelle se trouvent dans le Tableau 6.

Tableau 6*Corrélations entre la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et les exigences professionnelles*

	<i>Coefficient</i>	<i>p</i>
Variables		
<i>Charge de travail</i>	0.236*	.043
<i>Rythme de travail</i>	0.119	.195
<i>Exigences cognitives</i>	0.233*	.045
<i>Conflits de rôles</i>	0.289*	.017

Note. Les corrélations sont calculées à l'aide du coefficient de Spearman (ρ). Ce choix repose sur la significativité de l'écart avec la normalité (test de Shapiro-Wilk, $p < .05$) ; H_a est une corrélation positive ; $N = 54$.

* $p < .05$

Une corrélation positive significative a été observée entre *la charge de travail* et la qualité de vie professionnelle, entre *les exigences cognitives* et la qualité de vie professionnelle ainsi qu'entre *les conflits de rôles* et la qualité de vie professionnelle.

4.2.2. Hypothèse 1b

Les corrélations entre les ressources professionnelles et la qualité de vie professionnelle sont présentes dans le Tableau 7.

Tableau 7

Corrélations entre la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et les ressources professionnelles

	Coefficient	<i>p</i>
Variables		
<i>Reconnaissance</i>	-0.477*	< .001
<i>Clarté des rôles</i>	-0.335*	.007
<i>Confiance entre collègues</i>	-0.370*	.003
<i>Soutien des collègues</i>	-0.334*	.007
<i>Relations interpersonnelles</i>	-0.301*	.013
<i>Valeurs</i>	-0.253*	.032
<i>Communication</i>	-0.455*	< .001

Note. Les corrélations sont calculées à l'aide du coefficient de Spearman (ρ), à l'exception de celle présentée en gris, calculée à l'aide du coefficient de Pearson (r) en raison du respect de la condition de normalité (test de Shapiro-Wilk, $p > .05$) ; H_a est une corrélation négative ; $N = 54$ à l'exception de la variable communication ($N = 51$).

* $p < .05$

Des corrélations négatives et statistiquement significatives ont été observées entre la qualité de vie professionnelle et chacune des variables présentées dans le tableau.

4.3. Hypothèse 2

Afin d'examiner l'association entre les stratégies de régulation émotionnelle et la qualité de vie professionnelle, des analyses corrélationnelles ont été réalisées sur les sous-échelles du questionnaire ERQ. Le Tableau 8 présente ces corrélations.

Tableau 8

Corrélations entre la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et les stratégies de régulation émotionnelle (ERQ)

	coefficient	<i>p</i>
Variables		
<i>Réévaluation cognitive</i> ^a	0.333*	.013
<i>Suppression expressive</i> ^b	-0.399*	.002

Note. Les corrélations sont calculées à l'aide du coefficient de Spearman (ρ), à l'exception de celle présentée en gris, calculée à l'aide du coefficient de Pearson (r) en raison du respect de la condition de normalité (test de Shapiro-Wilk, $p > .05$).

^a H_a est une corrélation positive ; $N = 45$.

^b H_a est une corrélation négative ; $N = 50$.

* $p < .05$

Une corrélation positive significative a été observée entre la *réévaluation cognitive* et la qualité de vie professionnelle, tandis qu'une corrélation négative significative a été observée entre la *suppression expressive* et la qualité de vie professionnelle.

4.4. Hypothèse 3

Afin de comparer la qualité de vie professionnelle selon le type de contact avec les patients, les professionnels ont été répartis en deux groupes : *les professionnels ayant un contact direct avec les patients* (médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues et secrétaires) et *les professionnels n'ayant pas de contact direct avec les patients* (techniciens de laboratoire, embryologistes et qualitatifien). Les statistiques descriptives sont présentées dans le Tableau 12 en Annexe 11.

Les conditions d'application du test t ont d'abord été vérifiées. Le Tableau 13 en Annexe 12 présente les résultats du test de Levene, qui ne mettait pas en évidence de différence significative entre les variances ($F(1, 51) = 3.47, p = .068$). Le Tableau 14 en Annexe 12 présente le test de Shapiro-Wilk, qui indiquait que la distribution du score total de qualité de vie professionnelle ne s'écartait pas significativement de la normalité ($W = 0.981, p = .559$). Les conditions d'application du test t de Student étaient donc respectées, ainsi le Tableau 9 présente les résultats du test t pour échantillons indépendants.

Tableau 9

Comparaison de la qualité de vie professionnelle (ProQOL) selon le contact avec les patients (test t pour échantillons indépendants)

	t	ddl	p	d de Cohen
Variable				
<i>Score total ProQOL</i>	3.10*	51	.003	0.856

Note. ProQOL = Professional Quality of Life Scale ; $H_a : \mu_1 \neq \mu_0$.

* $p < .05$

Les professionnels ayant un *contact direct avec les patients* présentaient un score moyen de qualité de vie professionnelle de 117.0 ($ET = 10.4$), contre 106.0 ($ET = 15.8$) chez les professionnels n'ayant *pas de contact direct*. Cette différence était statistiquement significative, $t(51) = 3.10, p = .003, d = 0.856$.

5. Analyses complémentaires

Sur base des questionnaires créés ad hoc, des analyses exploratoires ont été réalisées.

5.1. Analyses descriptives selon les professions

5.1.1. Analyses des situations difficiles

Le tableau 2 en Annexe confidentielle 4 représente la répartition des réponses selon la fonction exercée. Les différences les plus marquées entre les professions ont été observées pour *la décision de mettre fin au parcours de PMA, l'accompagnement de patient-e-s en situation de vulnérabilité psychosociale et le sentiment que le projet parental repose uniquement sur ses propres décisions*. Ces situations ont été plus fréquemment rapportées comme difficiles par les professionnels impliqués directement dans la prise en charge clinique (médecins, sages-femmes, infirmières et psychologues), tandis que les professionnels exerçant principalement en laboratoire, notamment les embryologistes et les techniciens, se sont plus souvent déclarés non concernés. À l'inverse, les différences entre les catégories professionnelles étaient moins marquées pour *les échecs répétés de traitement, l'annonce de résultats négatifs et la détresse émotionnelle des patient-e-s*. Ces situations ont été rapportées comme « moyennement difficiles » ou « très difficiles » par respectivement 46, 43 et 50 participants sur les 60 composant l'échantillon.

5.1.2. Analyses des obstacles perçus

Afin de décrire les obstacles perçus selon la fonction exercée, les statistiques descriptives par profession sont présentes dans le Tableau 3 en Annexe confidentielle 5. Ce tableau montre que les scores moyens variaient selon les professions. Plus précisément, *l'écart entre les attentes des patients et la réalité des résultats possibles* était l'obstacle présentant le score moyen le plus élevé chez cinq des sept professions considérées : les médecins ($M = 6.00$, $ET = 1.00$), les embryologistes ($M = 4.76$, $ET = 1.20$), les techniciens de laboratoire ($M = 4.60$, $ET = 1.67$), les psychologues ($M = 4.50$, $ET = 0.71$) et les secrétaires ($M = 5.50$, $ET = 0.71$). Chez les infirmières ($M = 5.50$, $ET = 0.58$) et les sages-femmes ($M = 4.91$, $ET = 1.81$), c'est *le manque de temps pour échanger avec les patients au-delà des aspects strictement médicaux* qui présente le score moyen le plus élevé.

5.2. Analyses thématiques des questions ouvertes

Les quatre questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les verbatims ont été regroupés en grandes catégories selon les thèmes récurrents identifiés. Les résultats présentés ci-dessous illustrent les principaux thèmes à l'aide de quelques verbatims

représentatifs. Des verbatims complémentaires illustrant les différents thèmes identifiés, ainsi que leur codage, sont présentés dans les tableaux 4 à 7 figurant en Annexe confidentielle 6.

5.2.1. Situations difficiles complémentaires rencontrées en PMA

L'analyse thématique des réponses ouvertes a permis d'identifier cinq thèmes principaux : les contraintes organisationnelles et institutionnelles (1), les responsabilités et les limites du rôle professionnel (2), les situations cliniques complexes (3), les difficultés relationnelles avec les patients (4) ainsi que les parcours de PMA marqués par des échecs répétés (5). Les participants décrivent notamment le poids des contraintes institutionnelles qui encadrent leur pratique. À ce titre, un embryologiste (40 ans) souligne : « *La surcharge de travail, la responsabilité accrue posée sur les professionnels PMA par les inspections de l'AFMPS* ». Un technicien de laboratoire (30 ans) met quant à lui en avant la responsabilité inhérente à sa fonction : « *Nous sommes responsables d'une erreur possible ; on peut rater une manipulation* », tandis qu'une infirmière (48 ans) illustre les difficultés rencontrées dans les interactions avec les patients : « *La colère des patients et le fait que l'on soit le « mauvais objet »* ». Enfin, deux médecins (41 ans et 52 ans) mettent en avant la complexité de certaines situations cliniques : « *Domaine de l'oncofertilité avec prise en charge (ou non) de patients onco avec pronostic vital parfois compromis* » et « *L'accompagnement de patients avec des addictions ; l'accompagnement des patients avec des maladies mentales (bipolaires, schizophrènes) ; l'agressivité (souvent par mail) des patients face aux échecs* ».

5.2.2. Premières émotions liées à l'annonce d'une perte précoce ou un échec de traitement

Quatre thèmes principaux ont été identifiés : l'empathie et la compassion envers les patients (1), l'appréhension face à l'annonce et à la réaction des patients (2), le sentiment d'impuissance et la remise en question professionnelle (3) ainsi que la recherche de la juste posture professionnelle (4). Les verbatims mettent en évidence la diversité des émotions ressenties par les professionnels. À ce titre, un embryologiste (48 ans) rapporte : « *Inquiétude quant à utiliser les bons mots pour que les patients comprennent, sans dramatiser ni, au contraire, sembler ne pas se rendre compte de l'importance de la situation pour eux* ». Un médecin (41 ans) évoque quant à lui : « *Impuissance et sensation de ne pas être en train de faire de la médecine efficace (malheureusement la PMA a des chances globalement basses de succès)* », tandis qu'un autre médecin (38 ans) exprime : « *De la peine pour la patiente, un sentiment d'injustice par rapport à son long parcours, une douleur psychologique (crampes dans le ventre)* ». Enfin, une sage-femme (45 ans) explique : « *Je déteste faire cela ; même après 30 ans, c'est la partie la plus difficile pour moi* ».

5.2.3. Obstacles complémentaires rencontrés dans la relation avec les patients

Quatre thèmes principaux ont été identifiés : les contraintes organisationnelles et les ressources disponibles (1), les difficultés de communication avec les patients (2), les spécificités des fonctions professionnelles et de la collaboration interprofessionnelle (3) ainsi que les besoins de formation professionnelle (4). Les verbatims mettent en évidence ces difficultés. À ce titre, un médecin (38 ans) rapporte : « *La surcharge de travail avec le manque de personnel entrave la qualité des soins et un contact adapté avec le patient* ». Un embryologiste (41 ans) souligne quant à lui : « *Le manque de compréhension scientifique des patients et la faible connaissance de la fertilité. Exemple : des femmes de plus de 40 ans qui ont du mal à comprendre que le succès du traitement ne peut être garanti* », tandis qu'un médecin (52 ans) met en avant une autre difficulté relative à la communication : « *La barrière linguistique avec de nombreux patients ; même avec un traducteur, il est difficile d'entrer dans une relation satisfaisante* ». Enfin, un technicien de laboratoire (30 ans) met en avant les limites du travail en équipe : « *Les différences de perception entre embryologistes concernant les réponses à apporter, notamment sur la qualité des embryons : donner de l'espoir versus dire la vérité et adopter un discours plus scientifique* ».

5.2.4. Facteurs qui contribuent le plus à la satisfaction dans la relation avec les patients

Quatre thèmes principaux ont été identifiés : le temps consacré aux patients (1), la communication et la relation avec les patients (2), la reconnaissance exprimée par les patients (3) ainsi que la contribution au projet parental et à sa réussite (4). Les verbatims suivants illustrent ces différents thèmes, en particulier l'importance du temps consacré aux patients, des marques de reconnaissance exprimées par ceux-ci et de la satisfaction liée à l'aboutissement du projet parental. Un technicien de laboratoire (29 ans) rapporte : « *Le fait de sortir de l'ombre du travail de laboratoire, notamment lorsque notre expertise est reconnue et que notre avis est sollicité* ». Une sage-femme (30 ans) indique : « *Avoir le temps de discuter avec eux pour comprendre ce qu'ils vivent* ». Enfin, un médecin (38 ans) souligne : « *La réussite du traitement, donc une grossesse. Mais aussi un "au revoir", c'est-à-dire une dernière consultation après la dernière tentative qui n'a pas abouti* ».

IV – DISCUSSION

1. Discussion des résultats et implications cliniques

1.1. Rappel des objectifs

La présente recherche est née d'une demande émanant directement du terrain, formulée au cours de discussions avec des professionnels rencontrés durant mon stage de Master 1. L'objet de recherche a ensuite été conforté par la revue de la littérature, qui met en évidence que l'expérience des professionnels exerçant en PMA demeure un objet d'étude moins investi que celle des patients. L'intérêt suscité par cette étude s'est d'ailleurs manifesté par les retours formulés spontanément par plusieurs participants à l'issue du questionnaire tels que : « *Très chouette de s'intéresser à notre point de vue !* » (Embryologiste) ou « *Merci de l'intérêt que vous portez aux professionnels de santé* » (Sage-femme). Bien que ces verbatims n'aient pas vocation à constituer des résultats à part entière, ils font écho au constat posé par la littérature et soulignent l'intérêt de poursuivre les recherches consacrées au vécu des professionnels exerçant en PMA.

Dans cette perspective, cette étude avait pour objectif de mieux comprendre les réalités professionnelles des personnes exerçant en PMA et d'examiner la manière dont les différentes dimensions de leur vécu professionnel s'articulent entre elles. À cette fin, trois hypothèses principales ont été examinées, parallèlement à plusieurs analyses descriptives complémentaires destinées à enrichir les connaissances relatives à différentes dimensions du vécu professionnel en PMA.

1.2. Interprétation des résultats relatifs aux hypothèses

1.2.1. Hypothèse 1

Les résultats obtenus soutiennent partiellement la première hypothèse, selon laquelle les caractéristiques de l'environnement de travail sont associées à la qualité de vie professionnelle des personnes exerçant en PMA.

Concernant l'hypothèse 1a, la charge de travail, les exigences cognitives et les conflits de rôles présentent une association significative avec la qualité de vie professionnelle, contrairement au rythme de travail. Ces résultats pourraient indiquer que le vécu professionnel serait davantage associé à la multiplicité des tâches et des informations à traiter, ainsi qu'aux tensions entre des exigences parfois contradictoires plutôt qu'à la cadence de travail. Cette interprétation rejoint Boivin et al. (2017), qui décrivent la nécessité pour les professionnels de

PMA d'articuler des exigences parfois concurrentes, notamment les tâches administratives, cliniques et l'accompagnement des patients. Les réponses aux questions ouvertes illustrent également cette réalité : « *Surcharge de travail notamment due à l'augmentation des demandes des autorités, entraînant une orientation plus pharmaceutique qu'humaine* » (Embryologiste), tandis qu'un autre souligne la « *Complexité du dossier médical : d'un côté le point de vue médical où tout doit être évalué et pris en charge, de l'autre les contraintes de l'AFMPS et administratives, qui sont laborieuses et entraînent des oublis et du stress sur l'équipe* » (Médecin). Ces témoignages font ainsi écho à la multiplicité des tâches et des informations à considérer, mais également aux tensions susceptibles d'émerger entre différentes exigences professionnelles et permettent de mieux comprendre l'association observée entre les différentes contraintes et une moins bonne qualité de vie professionnelle.

Concernant l'hypothèse 1b, l'ensemble des ressources professionnelles évaluées est associé à une meilleure qualité de vie professionnelle. Ce résultat suggère que, dans un contexte exigeant comme celui de la PMA, celle-ci est liée non seulement aux contraintes rencontrées, mais également aux ressources disponibles pour y faire face. Ces ressources, telles que la reconnaissance, la clarté des rôles, la confiance, le soutien social, la communication, la coordination et le partage de valeurs communes, renvoient notamment au fonctionnement collectif. Cette analyse rejoint la littérature décrivant la PMA comme une pratique reposant sur une collaboration étroite entre professionnels aux compétences complémentaires (Facchin et al., 2020 ; Kerr, 2009). Dans ce contexte, la qualité des soins repose non seulement sur les compétences individuelles, mais également sur la capacité des équipes à communiquer, coordonner leurs interventions, partager les responsabilités et développer des relations de confiance. Ces constats rejoignent également les observations réalisées durant le stage, où les temps d'échange, les transmissions entre professionnels et le soutien mutuel occupaient une place centrale dans le fonctionnement de l'équipe. Si nos résultats soulignent ainsi l'importance des ressources collectives, les réponses aux questions ouvertes mettent également en évidence certaines difficultés liées au fonctionnement de l'équipe. Une infirmière évoque « *l'accord de l'équipe pour certaines patientes qui, pour moi, n'est pas acceptable* », tandis qu'une autre rapporte « *ne pas avoir de pouvoir décisionnel* » concernant certains dossiers avec lesquels elle est en désaccord. Ces témoignages illustrent les tensions pouvant entourer les décisions collectives et la place des différentes professions au sein de l'équipe. Ils rejoignent les travaux de Kerr (2009), qui montrent que la collaboration en PMA peut être traversée par des différences de statut, des rapports de pouvoir ou des conceptions divergentes des rôles.

1.2.2. Hypothèse 2

Les résultats obtenus soutiennent la deuxième hypothèse, selon laquelle la réévaluation cognitive est associée à une meilleure qualité de vie professionnelle, tandis que la suppression expressive est associée à une moins bonne qualité de vie professionnelle. Ces résultats peuvent être mis en perspective avec ceux de l'étude de Shi et al. (2023) dans laquelle la réévaluation cognitive a été associée à une plus grande satisfaction de compassion et à un moindre burnout. Ces auteurs soulignent aussi que le recours fréquent à la suppression expressive pourrait favoriser l'accumulation d'émotions négatives non résolues et ainsi contribuer à la fatigue de compassion (Shi et al., 2023). Dans cette perspective, l'existence d'espaces permettant aux professionnels de partager et d'élaborer ce que les situations difficiles leur font vivre pourrait constituer une ressource importante. Toutefois, l'association négative observée avec la suppression expressive pourrait, selon moi, être nuancée. Son utilisation ponctuelle pourrait en effet répondre aux exigences de certaines situations professionnelles, notamment lorsqu'il s'agit de maintenir une posture adaptée face au patient. Enfin, la régulation émotionnelle ne se limitant pas aux deux stratégies évaluées dans cette étude, il serait intéressant d'examiner le rôle d'autres formes de régulation dans de futures recherches.

1.2.3. Hypothèse 3

Les résultats soutiennent la troisième hypothèse, puisqu'une différence significative de qualité de vie professionnelle est observée entre les deux groupes. Cette différence indique une qualité de vie professionnelle plus élevée chez les participants en contact direct avec les patients que chez ceux exerçant principalement en laboratoire. Ce résultat peut sembler surprenant au regard d'une partie de la littérature qui montre que les interactions difficiles avec les patients constituent une source de stress (Fitzgerald et al., 2013) et sont associées à une moindre satisfaction professionnelle ainsi qu'à un risque accru de burnout (Grill, 2015). Dans le contexte de la PMA, Grill (2015) rapporte également une association entre les interactions complexes avec les patients et une moindre satisfaction professionnelle. Toutefois, ce résultat doit être interprété avec prudence, les deux groupes différant également par les fonctions exercées. Il n'est donc pas possible de déterminer si la différence observée relève du contact avec les patients ou à d'autres caractéristiques propres à ces fonctions.

Une première explication alternative pourrait résider dans les spécificités des fonctions exercées en laboratoire. Facchin et al. (2020) soulignent la responsabilité particulière des embryologistes dans la manipulation des gamètes et des embryons, qui exige vigilance, concentration et prévention des erreurs. Ces exigences pourraient générer une pression de

performance, chaque geste technique étant susceptible d'avoir des conséquences importantes pour le parcours des patients. Cette interprétation rejoint les travaux d'Urteaga et Díaz (2024), qui montrent que les niveaux de burnout varient davantage selon la fonction que selon le genre, les embryologistes présentant les niveaux les plus élevés parmi les professionnels de la PMA. Elle fait également écho aux réponses de professionnels de laboratoire évoquant : « (...) beaucoup de pression liée au travail en laboratoire, on doit avoir une grande rigueur et une concentration constante, ce qui peut parfois être fatigant », ou encore : « Nous sommes responsables d'une erreur possible ; on peut rater une manipulation ». Ainsi, les différences observées pourraient refléter, au moins en partie, les exigences techniques, cognitives et organisationnelles propres aux fonctions exercées plutôt que le seul contact avec les patients.

Une autre piste d'interprétation s'appuie sur le *Person–Environment Fit*, soit la compatibilité entre un individu et son environnement professionnel (Kristof-Brown et al., 2005). Plus spécifiquement, le *Needs–Supplies Fit* désigne l'adéquation entre les besoins ou préférences d'un individu et les caractéristiques de son emploi, une meilleure adéquation étant associée à davantage d'engagement et à moins de burnout (Travagianti et al., 2016). Ainsi, les professionnels exerçant des fonctions impliquant un contact direct avec les patients pourraient davantage rechercher cette dimension relationnelle. Malgré ses exigences émotionnelles, ce contact pourrait alors répondre à certaines attentes et contribuer à une meilleure qualité de vie professionnelle. Cette adéquation n'a pas été évaluée dans notre étude, cependant de futures recherches pourraient tester cette hypothèse à l'aide d'une mesure du *Needs–Supplies Fit*.

1.3. Interprétation des résultats relatifs aux analyses complémentaires

Les analyses complémentaires mettent en évidence plusieurs situations apparaissant comme particulièrement difficiles pour les professionnels, parmi lesquelles figurent notamment les échecs répétés de traitement. S'ils constituent avant tout une épreuve pour les patients (Péloquin & Brassard, 2013), les taux de réussite limités conduisent également les professionnels à devoir régulièrement annoncer ces échecs (IEB, 2025 ; Leone et al., 2017). Plusieurs difficultés évaluées séparément dans notre questionnaire pourraient ainsi être étroitement liées dans la pratique : au-delà de l'échec du traitement, les professionnels doivent accompagner la souffrance et les réactions émotionnelles qu'il suscite chez les personnes engagées dans un projet parental. Cela pourrait contribuer à expliquer pourquoi la détresse émotionnelle des patients figure également parmi les situations considérées comme les plus difficiles par les participants.

Au-delà de cette détresse émotionnelle, les réponses aux questions ouvertes font ressortir un autre aspect susceptible de complexifier la relation de soin, à savoir la manière dont cette détresse peut s'exprimer dans les interactions avec les professionnels. Plusieurs participants évoquent ainsi comme difficiles les interactions avec des patients exigeants, en colère, éprouvant des difficultés à gérer la frustration liée à l'échec ou formulant des demandes jugées peu réalistes. Ces observations rejoignent Facchin et al. (2020), qui montrent que la détresse peut notamment se manifester par de l'anxiété, de la frustration, des attentes élevées, des demandes insistantes ou une perte de confiance envers les soignants, complexifiant ainsi la relation avec les professionnels. Ceux-ci doivent ainsi composer non seulement avec la souffrance des patients, mais également avec les différentes formes que celle-ci peut prendre dans la relation de soin. La diversité de ces réactions pourrait contribuer à comprendre les craintes et l'appréhension rapportées par certains professionnels lors de l'annonce d'un échec. En effet, ils expliquent cette appréhension par la difficulté à trouver les mots justes et par l'incertitude quant à la manière dont la nouvelle sera reçue. D'autre part, cette appréhension pourrait également être renforcée par le sentiment, présent dans une partie de l'échantillon, de ne pas être suffisamment formés pour faire face aux aspects relationnels et émotionnels de leur travail en PMA. Par ailleurs, un médecin évoque « *le manque de formation à l'annonce des mauvaises nouvelles et à la recherche de la juste posture* ». L'annonce de résultats négatifs, fréquemment considérée comme difficile dans notre échantillon, implique en effet non seulement de transmettre une information médicale, mais aussi de reconnaître ce qu'elle représente pour le patient et d'accueillir ses réactions. Cette complexité est confirmée par Klitzman (2018), qui souligne la recherche d'un équilibre entre transparence et réalisme, sans que l'annonce ne soit vécue comme brutale. La difficulté semble ainsi résider autant dans le contenu de l'annonce que dans la recherche d'une posture alliant réalisme, empathie et maintien d'une relation de soin satisfaisante.

Enfin, les réponses ouvertes relatives à l'annonce des échecs mettent en évidence la charge émotionnelle que ces situations peuvent représenter pour les professionnels. Ils rapportent notamment des sentiments d'empathie, de tristesse, d'impuissance, d'injustice ou de remise en question. Loin d'être nécessairement problématiques, ces réactions peuvent témoigner de leur investissement relationnel et de l'importance qu'ils accordent à ce que représente le projet parental pour les patients. Cette interprétation peut être mise en perspective avec les travaux montrant que les relations parfois prolongées avec les couples peuvent favoriser un investissement émotionnel important et conduire les professionnels à vivre

personnellement certains succès et échecs (Klitzman, 2018 ; Mijalevich-Soker et al., 2026). Les émotions apparaissent ainsi comme une composante inhérente d'une pratique où la dimension relationnelle occupe une place importante.

La question semble dès lors moins résider dans la présence de ces émotions que dans la manière dont les professionnels les régulent au quotidien, faisant écho aux résultats de notre deuxième hypothèse sur les liens entre stratégies de régulation émotionnelle et qualité de vie professionnelle. Face à l'exposition répétée aux échecs et à la détresse des patients, maintenir un engagement empathique tout en préservant une distance professionnelle suffisante pourrait ainsi constituer un enjeu important. Cette réflexion pourrait inviter à considérer la fatigue de compassion avec prudence. Selon Cocker & Joss (2016), elle peut notamment survenir chez les professionnels régulièrement exposés à la détresse ou aux expériences traumatiques des personnes qu'ils accompagnent. De même, dans un contexte proche de la PMA, Naert et al. (2023) soulignent que le contact répété avec des patients en souffrance et l'exposition à un travail émotionnellement exigeant peuvent contribuer au développement de la fatigue de compassion chez les professionnels. Bien que nos résultats ne permettent pas d'affirmer la présence de fatigue de compassion dans notre échantillon, l'exposition répétée à la souffrance, l'investissement émotionnel et le sentiment d'impuissance face aux échecs invitent à rester attentif à l'accumulation de cette charge émotionnelle lorsque les ressources pour y faire face sont insuffisantes. Cette réflexion peut également être mise en perspective avec Mijalevich-Soker et al. (2026), qui associent les événements professionnels difficiles en PMA à une détresse psychologique, notamment en présence d'un faible sentiment de contrôle et de ruminations intrusives.

À ces difficultés s'ajoutent d'autres obstacles susceptibles de complexifier la relation de soin, parmi lesquels la barrière linguistique a été évoquée par plusieurs participants. Un médecin souligne notamment que « (...) même avec un traducteur, il est difficile d'entrer dans une relation satisfaisante ». Cette observation fait écho à la littérature, qui montre que les barrières linguistiques peuvent entraver la compréhension et l'échange d'informations, compliquer l'établissement d'une relation de confiance et être associées à une moindre satisfaction du patient comme du professionnel (Al Shamsi et al., 2020 ; Mustafa et al., 2023). En PMA, elles pourraient notamment complexifier l'abord de l'incertitude ou l'annonce d'un échec, qui nécessitent de transmettre une information parfois technique, d'en vérifier la compréhension et d'accompagner les réactions émotionnelles du patient.

Ces différents éléments invitent à s'interroger sur les moyens permettant aux professionnels d'accompagner les échecs répétés tout en préservant leur équilibre psychologique. Une première piste concernerait la formation à l'annonce des mauvaises nouvelles, incluant les situations où la communication est complexifiée par des barrières linguistiques. De telles formations pourraient contribuer à accroître le sentiment d'auto-efficacité des professionnels face à ces situations. Servotte et al. (2019) montrent qu'une formation courte de quatre heures, fondée sur la simulation et les jeux de rôle, améliore significativement le sentiment d'auto-efficacité des participants ainsi que leurs compétences relatives au processus d'annonce et à la communication. Ensuite, des séminaires consacrés à l'accueil des émotions et à l'accompagnement de la détresse émotionnelle pourraient être proposés au sein du service, afin d'offrir aux professionnels qui en ressentent le besoin un espace leur permettant de développer des ressources pour faire face à ces situations. Une seconde piste concernerait la création d'espaces permettant aux professionnels d'exprimer et d'élaborer les émotions suscitées par leur pratique. Des supervisions, interventions ou échanges interdisciplinaires permettraient de ne pas faire reposer la gestion de cette charge émotionnelle uniquement sur les ressources individuelles, en offrant la possibilité de revenir sur les annonces difficiles et d'élaborer les sentiments d'impuissance ou de remise en question. L'enjeu ne serait donc pas de rendre les professionnels moins sensibles à la souffrance des patients, mais de leur permettre de rester disponibles à cette souffrance tout en disposant des outils nécessaires pour y faire face.

Si les analyses précédentes mettent en évidence la charge émotionnelle et relationnelle que peut représenter l'exercice en PMA, les réponses aux questions ouvertes invitent également à considérer l'autre versant de cette relation. En effet, parmi les réponses des participants, l'investissement auprès des patients, notamment, pouvoir prendre le temps, créer du lien, expliquer, répondre aux questions et accompagner les patients au cours de leur parcours semble donner du sens à leur pratique. Une sage-femme évoque ainsi comme facteur de satisfaction « *Le sentiment d'avoir réellement aidé le ou la patient-e, en établissant une relation de confiance et en apportant un accompagnement humain et bienveillant* ».

Par ailleurs, la satisfaction exprimée ne semble pas dépendre exclusivement de la réussite du traitement. Si contribuer à l'aboutissement du projet parental et pouvoir accompagner une grossesse constituent naturellement des sources importantes de satisfaction, les marques de reconnaissance reçues des patients semblent également avoir une valeur significative, indépendamment de l'issue du parcours. Le témoignage d'un embryologiste, qui

évoque comme source de satisfaction le fait que les patients « *nous remerciant pour notre travail, quelle qu'en soit l'issue* », est particulièrement éclairant à cet égard.

Ces résultats permettent finalement de nuancer l'image d'une pratique uniquement marquée par les contraintes et la charge émotionnelle. L'enjeu serait ainsi de protéger les professionnels des effets éprouvants de leur travail tout en préservant les sources de sens et de satisfaction.

2. Limites et perspectives de recherche

Tout d'abord, l'échantillon peut être qualifié de convenance et ne peut dès lors être considéré comme représentatif de l'ensemble des professionnels exerçant en PMA. Les catégories professionnelles y sont inégalement représentées, avec notamment une proportion importante d'embryologistes et de faibles effectifs pour certaines fonctions, limitant l'examen des différences interprofessionnelles. De plus, la surreprésentation des femmes constitue également un déséquilibre. Par ailleurs, la participation volontaire a pu induire un biais d'auto-sélection, les répondants pouvant être davantage intéressés ou concernés par les thématiques étudiées (Golzar et al., 2022). Enfin, le questionnaire étant uniquement disponible en français, les professionnels néerlandophones exerçant en Flandre n'ont pas pu être inclus. Ces éléments limitent la généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels de PMA en Belgique.

Une autre limite concerne les instruments de mesure utilisés. En effet, les items composant les questionnaires créés ad hoc n'ont pas fait l'objet d'une validation psychométrique préalable. Cette limite réduit ainsi la portée des conclusions qui peuvent en être tirées. Par ailleurs, plusieurs retours des participants ont mis en évidence une limite concernant l'adéquation du questionnaire à la diversité des réalités professionnelles en PMA. En effet, certaines dimensions, notamment l'accompagnement et la relation avec les patients, sont largement abordées alors qu'elles concernent moins certaines fonctions. À l'inverse, plusieurs professionnels ont souligné que certaines spécificités de leur fonction n'étaient pas abordées dans le questionnaire alors qu'elles impactent leur vécu (Annexe confidentielle 7).

Le recours à des mesures auto-rapportées constitue une autre limite de cette étude. Les réponses reposent sur la perception subjective que les professionnels ont de leur propre expérience et peuvent être influencées par certains biais (Althubaiti, 2016). En particulier, un biais de désirabilité sociale ne peut être exclu, notamment pour les questions portant sur la relation avec les patients. Par ailleurs, des difficultés ou des erreurs de compréhension à certaines questions ont été rapportées par certains participants.

Enfin, compte tenu du caractère exploratoire de l'étude, aucune correction du seuil alpha n'a été appliquée malgré la réalisation de plusieurs tests, augmentant le risque d'erreur de première espèce. Les résultats significatifs doivent dès lors être interprétés avec prudence. Par ailleurs, la taille limitée de l'échantillon a pu réduire la capacité à détecter certaines associations de faible ampleur. À titre d'exemple, la relation non significative entre le rythme de travail et la qualité de vie professionnelle présentait une faible puissance statistique (0,226). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence et confirmés par de futures études.

Ces limites invitent à reproduire cette étude auprès d'un échantillon plus large et diversifié afin de permettre une meilleure généralisation des résultats ainsi qu'une appréciation plus fine des différences interprofessionnelles. Le développement et la validation psychométrique d'outils adaptés à la PMA permettraient également de mieux tenir compte des spécificités des différentes fonctions. Enfin, la richesse des verbatims souligne l'intérêt de développer davantage les recherches qualitatives sur le vécu des professionnels en PMA.

V – CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de mieux comprendre les réalités professionnelles des personnes exerçant en procréation médicalement assistée à travers l'articulation des différentes dimensions de leur vécu.

Les résultats mettent en évidence une expérience complexe, associant des facteurs organisationnels, relationnels, émotionnels et propres aux fonctions exercées. Plus particulièrement, la qualité de vie professionnelle apparaît liée tant aux exigences et ressources de l'environnement de travail qu'aux stratégies de régulation émotionnelle. Enfin, les différences observées entre les professionnels en contact direct avec les patients et ceux exerçant principalement en laboratoire ouvrent la voie à d'autres pistes d'interprétation et soulignent l'intérêt d'approfondir les spécificités propres aux différentes fonctions. Au-delà des difficultés rencontrées, cette recherche met également en lumière les dimensions positives de l'exercice en PMA.

Soutenir les professionnels de PMA suppose ainsi de prévenir les effets éprouvants de leur travail tout en préservant les ressources qui leur permettent d'y trouver du sens et de la satisfaction. Malgré les limites inhérentes au caractère exploratoire de cette étude, celle-ci contribue à donner une place au vécu des professionnels et souligne l'intérêt de poursuivre les recherches.

VI – BIBLIOGRAPHIE

- Adjiman, M., & de Mouzon, J. (2002). Impressions des couples traités par fécondation in vitro sur leur prise en charge par le centre de FIV. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 30(9), 696–703. [https://doi.org/10.1016/S1297-9589\(02\)00417-4](https://doi.org/10.1016/S1297-9589(02)00417-4)
- Agenor, A., & Bhattacharya, S. (2015). Infertility and miscarriage: Common pathways in manifestation management. *Women's Health*, 11(4), 527–541. <https://doi.org/10.2217/WHE.15.19>
- Allard, M.-A., & Noël, R. (2023). Conceptualisation du rôle du psychologue auprès des couples en traitement de fertilité à partir d'une recherche qualitative sur le don d'ovules. *Devenir*, 35(1), 31-61. <https://doi.org/10.3917/dev.231.0031>
- Allard, M.-A., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro (FIV). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(10), 1009–1014. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.06.015>
- Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: Definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 211–217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Medical Journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Auger, J., Kunstmann, J. M., Czyglik, F., & Jouannet, P. (1995). Decline in semen quality among fertile men in Paris during the past 20 years. *The New England Journal of Medicine*, 332(5), 281–285. <https://doi.org/10.1056/NEJM199502023320501>
- Belgium.be. (2025, 12 février). Accord de gouvernement du gouvernement fédéral Bart De Wever. https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf
- Boivin, J., Bunting, L., Koert, E., Ieng U, C., & Verhaak, C. (2017). Perceived challenges of working in a fertility clinic: A qualitative analysis of work stressors and difficulties working with patients. *Human Reproduction*, 32(2), 403–408. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew326>

- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14(5), 1384–1391. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.5.1384>
- Bonnetterre, V., Ehlinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., de Gaudemaris, R., & Lang, T. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 557–567. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.006>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288(6430), 1597–1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Calhaz-Jorge, C., Smeenk, J., Wyns, C., De Neubourg, D., Baldani, D. P., Bergh, C., Cuevas-Saiz, I., De Geyter, C., Kupka, M. S., Rezabek, K., Tandler-Schneider, A., & Goossens, V. (2024). Survey on ART and IUI: Legislation, regulation, funding, and registries in European countries—An update. *Human Reproduction*, 39(9), 1909–1924. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae163>
- Carlsen, E., Giwercman, A., Keiding, N., & Skakkebaek, N. E. (1992). Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *British Medical Journal*, 305(6854), 609–613. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6854.609>
- Chamouard, L. (2022). 9. La procréation médicalement assistée : Du diagnostic d’infertilité aux questionnements de l’enfant. In S. Dupont (Ed.), *Le cycle de vie des familles contemporaines* (p. 193-210). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dupont.2022.01.0193>
- Chateauneuf, D. (2011). Projet familial, infertilité et désir d’enfant : Usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois. *Enfances, Familles, Générations*, (15), 61-77. <https://doi.org/10.7202/1008146ar>
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59(1), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of*

- Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S., & Tureck, R. (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 57(2), 350–356. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54844-4](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54844-4)
- Crozet, A., & Wendland, J. (2019). Hommes en parcours d'assistance médicale à la procréation : Relation aux professionnels de santé et vécu psychologique. *Devenir*, 31(4), 339–357. <https://doi.org/10.3917/dev.194.0339>
- de La Rochebrochard, É. (2001). Stérilité, fertilité : La part des hommes. *Population & Sociétés*, 371, 1–4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.371.0001>
- de La Rochebrochard, É. (2022, February 22). 40 ans après la naissance du premier « bébé éprouvette » français, plus de 400 000 enfants conçus par FIV. The Conversation. <https://theconversation.com/40-ans-apres-la-naissance-du-premier-bebe-eprouvette-francais-plus-de-400-000-enfants-concus-par-fiv-177573>
- Dupret, É., Bocéréan, C., Teherani, M., & Feltrin, M. (2012). Le COPSOQ : Un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*, 24(3), 189–207. <https://doi.org/10.3917/spub.123.0189>
- Facchin, F., Leone, D., Tamanza, G., Costa, M., Sulpizio, P., Canzi, E., & Vegni, E. (2020). Working with infertile couples seeking assisted reproduction: An interpretative phenomenological study with infertility care providers. *Frontiers in Psychology*, 11, 586873. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586873>
- Fedele, F., Caputo, A., Cordella, B., Muzii, L., Pietrangeli, D., Aragona, C., & Langher, V. (2020). What about fertility staff emotions? *Europe's Journal of Psychology*, 16(4), 619–638. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i4.2245>
- Fitzgerald, R. P., Legge, M., & Frank, N. (2013). When biological scientists become health-care workers: Emotional labour in embryology. *Human Reproduction*, 28(5), 1289–1296. <https://doi.org/10.1093/humrep/det051>
- Gameiro, S., Adcock, E., Graterol Munoz, C., O'Hanrahan, M., D'Angelo, A., & Boivin, J. (2024). What is bad news in fertility care? A qualitative analysis of staff and patients'

- accounts of bad and challenging news in fertility care. *Human Reproduction*, 39(1), 139–146. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead231>
- Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2013). Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and Sterility*, 100(2), 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.06.015>
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Morizot, J., & Giguère, C.-É. (2019). Construct validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale in a sample of child protection workers. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 566–576. <https://doi.org/10.1002/jts.22410>
- Girard, E., Galani, V., Toma, S., & Streuli, I. (2017). Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale. *Revue Médicale Suisse*, 13(549), 371–376. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.549.0371>
- Goëb, J.-L., Férel, S., Guetta, J., Dutilh, P., Dulioust, E., Guibert, J., Devaux, A., Feldmann, G., Guedeney, A., Jouannet, P., & Golse, B. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 164(9), 781–788. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.08.013>
- Golzar, J., Noor, S., & Tajik, O. (2022). Convenience sampling. *International Journal of Education & Language Studies*, 1(2), 72–77. <https://doi.org/10.22034/ijels.2022.162981>
- Grill, E. (2015). Role of the mental health professional in education and support of the medical staff. *Fertility and Sterility*, 104(2), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.027>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Guérin, J. F. (2025). Artificial reproductive technologies (ART), a reproductive physician's standpoint. *Ethics, Medicine and Public Health*, 33, 101062. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2025.101062>
- Harris, D. L., & Daniluk, J. C. (2010). The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, 25(3), 714–720. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep445>

- Institut Européen de Bioéthique. (2025, Avril). *La procréation artificielle (PMA) : réflexions éthiques à partir du cas de la Belgique*. <https://www.ieb-eib.org>
- Kerr, A. (2009). A problem shared...? Teamwork, autonomy and error in assisted conception. *Social Science & Medicine*, 69(12), 1741–1749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.045>
- Klitzman, R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC Women's Health*, 18(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0572-6>
- Kristof-Brown, A. L., Zimmerman, R. D., & Johnson, E. C. (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person–job, person–organization, person–group, and person–supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58(2), 281–342. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2005.00672.x>
- Leone, D., Borghi, L., Del Negro, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., Ferraretti, A. P., Giuffrida, G., Livi, C., Luehwink, A., Palermo, R., Revelli, A., Tomasi, G., Tomei, F., Filippini, C., & Vegni, E. (2018). *Doctor-couple communication during assisted reproductive technology visits*. *Human Reproduction*, 33(5), 877–886. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey069>
- Leone, D., Menichetti, J., Barusi, L., Chelo, E., Costa, M., De Lauretis, L., Ferraretti, A. P., Livi, C., Luehwink, A., Tomasi, G., & Vegni, E. (2017). Breaking bad news in assisted reproductive technology: A proposal for guidelines. *Reproductive Health*, 14, 87. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0350-1>
- Loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Moniteur belge*, 17 juillet 2007, 38575-38586.
- Mijalevich-Soker, E., Tavor, M., Taubman-Ben-Ari, O., & Horowitz, E. (2026). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth among fertility physicians. *Psychology, Health & Medicine*, 31(4), 948–960. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2531468>
- Molgora, S., Baldini, M. P., Tamanza, G., Somigliana, E., & Saita, E. (2020). Individual and Relational Well-Being at the Start of an ART Treatment : A Focus on Partners' Gender Differences. *Frontiers in Psychology*, 11, 2027. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02027>

- Monti, F., Agostini, F., Fagandini, P., La Sala, G. B., & Blickstein, I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 91(3), 851–857. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.01.021>
- Mosconi, L., Crescioli, G., Vannacci, A., & Ravaldi, C. (2021). Communication of diagnosis of infertility: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 615699. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.615699>
- Mustafa, R., Mahboob, U., Khan, R. A., & Anjum, A. (2023). Impact of language barriers in doctor–patient relationship: A qualitative study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(1), 41–45. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.1.5805>
- Naert, M. N., Pruitt, C., Sarosi, A., Berkin, J., Stone, J., & Weintraub, A. S. (2023). A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in maternal–fetal medicine physicians in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(7), Article 100989. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.100989>
- OpenAI. (2026). ChatGPT (version GPT-4.5) [Modèle de langage IA]. <https://chat.openai.com>
- Organisation mondiale de la Santé. (2019, 28 mai). *Burn-out: an "occupational phenomenon"*: *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Organisation mondiale de la Santé. (2024, 27 mai). *Trouble de stress post-traumatique*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- Organisation mondiale de la Santé. (2026). *Infertility*. <https://www.who.int/health-topics/infertility>
- Paraiso, B., Salgado, S., Taleb, S. A., & Salador, Z. (2020, 24 janvier). *Procréation médicalement assistée (PMA) : Définition et techniques*. inviTRA. <https://www.invitra.fr/procreation-assistee/>
- Pennings, G. (2025). The management of donor information, donor anonymity and family limits by international sperm banks. *Ethics, Medicine and Public Health*, 33, 101153. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2025.101153>

- Péloquin, K., & Brassard, A. (2013). L'infertilité : Une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Cahier recherche et pratique*, 3(2), 22–26.
<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/Les%2Bnouvelles%2Br%25C3%25A9alit%25C3%25A9s%2Bdu%2Bcouple/6e1d1075-79f1-4f6b-95fb-d8b32a933e42>
- Poncelet, C., & Sifer, C. (2011). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain* (1re éd.). Springer Paris.
- Read, S. C., Carrier, M.-E., Boucher, M.-E., Whitley, R., Bond, S., & Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390–395.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025>
- Rossin, B. (2020). L'épidémiologie de la fertilité : Les grandes révolutions de ce demi-siècle. *Sexologies*, 29(1), 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.01.005>
- Servotte, J.-C., Bragard, I., Szyld, D., Van Ngoc, P., Scholtes, B., Van Cauwenberge, I., Donneau, A.-F., Dardenne, N., Goosse, M., Pilote, B., Guillaume, M., & Ghuysen, A. (2019). Efficacy of a short role-play training on breaking bad news in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(6), 893–902.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43441>
- Shapiro, J. (2001). Using triangulation concepts to understand the doctor-patient-family relationship. *Families, Systems & Health*, 19(2), 203–210.
<https://doi.org/10.1037/h0089544>
- Shi, H., Shan, B., Chen, Q., Guo, F., Zhou, X., Shi, M., & Liu, Y. (2023). Prevalence and predictors of compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among Chinese hospice nurses: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 69, 151648.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151648>
- Smorti, M., & Smorti, A. (2012). Transition to Parenthood in Infertile Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 527–531.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.154>
- Stamm, B. H. (2009). *Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL)*. ProQOL.org.
<https://proqol.org/proqol-measure>

- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org. <https://proqol.org/proqol-manual>
- Tertrais, C. (2020, 17 juillet). *Procréation médicalement assistée - Encadrement législatif en Belgique*. Institut Européen de Bioéthique. <https://www.ieb-eib.org/fr/loi/debut-de-vie/procreation-medicalement-assistee/procreation-medicalement-assistee-encadrement-legislatif-en-belgique-552.html>
- Travaglianti, F., Babic, A., & Hansez, I. (2016). The role of work-related needs in the relationship between job crafting, burnout and engagement. *SA Journal of Industrial Psychology*, 42(1), a1308. <https://doi.org/10.4102/sajip.v42i1.1308>
- Urteaga, R., & Díaz, A. (2024). Burnout in assisted reproduction professionals: The influence of stressors in the workplace. *Healthcare*, 12(21), 2136. <https://doi.org/10.3390/healthcare12212136>
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahier critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29, 213–237. <https://doi.org/10.3917/ctf.029.0213>

VII – ANNEXES

Annexes méthodologiques :

Annexe 1 : Questionnaire sociodémographique (créé ad hoc)

A1. Quel est votre âge ? *Merci de l'indiquer en chiffres.* _____

A2. Quel est votre genre ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Non-binaire
- ☐ Autre
- ☐ Je préfère ne pas répondre

A.2.1 Si vous avez indiqué « Autre », veuillez préciser : _____

A4. Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je préfère ne pas répondre

A4. Quelle est votre fonction principale en PMA ?

- ☐ Médecin reproduction / gynécologue PMA
- ☐ Embryologiste / biologiste PMA
- ☐ Technicien de laboratoire
- ☐ Infirmier·e
- ☐ Sage-femme
- ☐ Anesthésiste
- ☐ Psychologue
- ☐ Assistant·e social·e
- ☐ Secrétaire
- ☐ Autre

A4.1 Si vous avez indiqué « Autre », veuillez préciser : _____

A5. Dans quel cadre exercez-vous votre activité professionnelle ?

- ☐ Hôpital

- ☐ Cabinet privé
- ☐ Polyclinique
- ☐ Autre

A5.1 Si vous avez indiqué « Autre », veuillez préciser : _____

A6. Depuis combien d'années travaillez-vous dans le domaine de la PMA ? *Merci d'indiquer uniquement en chiffres.* _____

A7. Quel pourcentage de votre temps de travail est dédié à la PMA ?

- ☐ moins de 25 %
- ☐ 25 à 50 %
- ☐ 51 à 75 %
- ☐ Plus de 75 %
- ☐ 100 %

Annexe 2 : Questionnaire sur les situations difficiles rencontrées en PMA (créé ad hoc)

*Dans votre pratique en PMA, dans quelle mesure les situations suivantes sont-elles **difficiles** à affronter sur le plan professionnel et/ou émotionnel ?*

	Non concerné·e	Pas du tout difficile	Moyennement difficile	Très difficile
1. Les échecs répétés de traitement	1	2	3	4
2. Les pertes précoces de grossesse	1	2	3	4
3. L'annonce de résultats négatifs	1	2	3	4
4. La décision de mettre fin au parcours de PMA	1	2	3	4
5. La détresse émotionnelle des patient·e·s	1	2	3	4
6. La gestion des attentes des patient·e·s quant aux chances de réussite	1	2	3	4
7. Les situations médicales complexes avec pronostic très défavorable	1	2	3	4
8. Les dilemmes éthiques liés à certaines demandes ou situations	1	2	3	4
9. L'accompagnement de patient·e·s en situation de vulnérabilité psychosociale	1	2	3	4
10. Le sentiment que le projet parental repose uniquement sur ses propres décisions	1	2	3	4
11. L'accompagnement de patient·e·s issu·e·s d'un contexte multiculturel.	1	2	3	4

Y a-t-il d'autres situations liées à votre travail en PMA que vous trouvez particulièrement difficiles à affronter ? _____

Lorsque vous devez annoncer une perte précoce ou un échec de traitement, quelles sont les premières émotions ou ressentis que vous associez spontanément à cette situation dans votre pratique professionnelle ? Merci d'indiquer quelques mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit. _____

Annexe 3 : questionnaire sur la relation avec les patients (créé ad hoc)

*Les affirmations suivantes portent sur **votre relation avec les patient·e·s** dans le cadre de votre pratique en PMA.*

*Les études montrent que ces relations peuvent parfois être complexes et nous souhaitons **mieux comprendre la manière dont vous les vivez au quotidien.***

*Pour ce faire, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes **d'accord ou non** avec chacune de ces affirmations.*

*Il n'existe **pas de bonne ou de mauvaise réponse**, seule votre expérience personnelle nous intéresse.*

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. De manière générale, j'ai le sentiment d'établir une relation de qualité avec les patient·e·s que j'accompagne en PMA.	1	2	3	4	5
2. De manière générale, j'ai le sentiment que les patient·e·s que j'accompagne sont satisfait·e·s de la relation que nous avons.	1	2	3	4	5
3. Je me sens capable de prendre en compte les aspects émotionnels de l'accompagnement des patient·e·s, au-delà des aspects strictement médicaux ou techniques.	1	2	3	4	5
4. Les échecs répétés modifient intérieurement ma manière d'entrer en relation avec les patient·e·s.	1	2	3	4	5
5. Je me sens suffisamment formé·e pour gérer les aspects relationnels et émotionnels de mon travail en PMA.	1	2	3	4	5

*Dans quelle mesure les éléments suivants constituent-ils **un obstacle** dans votre **relation avec les patient·e·s** en PMA ?*

***Le chiffre 1** (tout à gauche), signifie que cela n'est **pas du tout un obstacle** dans la relation avec le patient.*

***Le chiffre 7** (tout à droite), signifie que cela est un **obstacle très important** dans la relation avec le patient.*

Entre les deux**, vous avez la possibilité de choisir une **réponse plus nuancée.

6. Le manque de temps pour échanger avec les patient·e·s au-delà des aspects strictement médicaux.
7. La difficulté à communiquer les incertitudes liées aux chances de succès du traitement.
8. L'écart entre les attentes des patient·e·s et la réalité des résultats possibles.
9. La diversité des attentes selon les patient·e·s et les situations.
10. La difficulté à trouver la juste posture entre empathie et distance professionnelle.
11. La gestion de mes propres émotions face aux situations difficiles vécues par les patient·e·s.
12. Le risque que la routine quotidienne diminue ma sensibilité à ce que vivent les patient·e·s.
13. La coordination au sein de l'équipe pour assurer un accompagnement cohérent des patient·e·s.

14. Y a-t-il d'autres obstacles que vous trouvez particulièrement pertinents dans votre expérience ? _____

15. Dans votre expérience, quel est le facteur qui contribue le plus à votre satisfaction dans la relation avec les patient·e·s ? Indiquez la première chose qui vous vient à l'esprit (c'est généralement la réponse la plus fidèle à votre vécu). _____

Annexe 4 : Particularités du COPSOQ

Annexe 4A : Modalités des sous-échelles

Tableau 10

Modalités de réponses selon les sous-échelles du COPSOQ

Modalités	0	1	2	3	4
Sous-échelles					
<i>Charge de travail</i>	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais/Jamais
<i>Rythme de travail</i>	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais/Jamais
<i>Exigences cognitives</i>	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais/Jamais
<i>Reconnaissance</i>	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
<i>Clarté des rôles</i>	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
<i>Conflit de rôle</i>	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
<i>Confiance entre les collègues</i>	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
<i>Soutien social de la part des collègues</i>	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais/Jamais

Annexe 4B : Sens de l'interprétation des sous-échelles

Le sens d'interprétation des scores varie selon les sous-échelles :

- **Charge de travail** (items 1–2) : plus le score est faible, plus la charge de travail est élevée.
- **Rythme de travail** (items 3–4) : plus le score est faible, plus le rythme de travail est soutenu.
- **Exigences cognitives** (items 5–6) : plus le score est faible, plus les exigences cognitives sont élevées.
- **Reconnaissance** (items 7–8) : plus le score est faible, plus la reconnaissance est élevée.
- **Clarté des rôles** (items 9–10) : plus le score est faible, plus la clarté des rôles est élevée.

- **Conflits de rôles** (items 11–12) : plus le score est faible, plus les conflits de rôles sont élevés.
- **Confiance et coopération** (items 13–14) : plus le score est faible, plus la confiance et la coopération sont élevées.
- **Soutien social** (items 15–16) : plus le score est faible, plus le soutien social est élevé.

Annexe 4C : Cohérence interne des sous-échelles

Les qualités psychométriques rapportées par Dupret et al. (2012) indiquent une cohérence interne satisfaisante pour l'ensemble des échelles retenues avec des coefficients α variant de .69 à .84. Dans notre échantillon, les coefficients observés sont globalement comparables, voire légèrement supérieurs pour plusieurs dimensions. Les échelles de reconnaissance ($\alpha = .82$), de clarté des rôles ($\alpha = .87$), de conflits de rôles ($\alpha = .81$), de confiance entre les collègues ($\alpha = .89$) et de soutien social des collègues ($\alpha = .86$) présentent une excellente cohérence interne. Les échelles de charge de travail ($\alpha = .71$), de rythme de travail ($\alpha = .62$) et d'exigences cognitives ($\alpha = .60$) affichent des coefficients plus faibles.

Annexe 5 : Cohérence interne des dimensions du NWI-EO

Les cohérences internes rapportées par Bonnetterre et al. (2011) sont $\alpha = .65$ pour la communication au sein de l'unité de travail, $\alpha = .72$ les relations interprofessionnelles et $\alpha = 0.72$ les valeurs partagées au sein de l'équipe. Dans notre échantillon, les coefficients obtenus sont plus élevés pour chacune de ces dimensions ($\alpha = .83$, $\alpha = .81$ et $\alpha = .81$, respectivement), témoignant d'une bonne cohérence interne des échelles auprès des professionnels exerçant en PMA.

Annexe 6 : Cohérence interne du PROQOL

Geoffrion et al. (2019) rapportent une excellente cohérence interne du score global de qualité de vie professionnelle ($\omega = .94$), ainsi que des sous-échelles de satisfaction de compassion ($\omega = .94$), d'épuisement professionnel ($\omega = .84$) et de stress traumatique secondaire ($\omega = .88$). Dans notre échantillon, le score global présente également une excellente cohérence interne ($\omega = .90$). Les sous-échelles affichent des coefficients de $\omega = .92$ pour la satisfaction de compassion, $\omega = .80$ pour l'épuisement professionnel et $\omega = .81$ pour le stress traumatique secondaire. Bien que légèrement inférieurs à ceux rapportés dans l'étude de validation pour certaines dimensions, ces coefficients demeurent élevés et attestent d'une bonne fidélité interne de l'instrument dans notre échantillon.

Annexe 7 : Cohérence interne de l'ERQ

L'ERQ présente une cohérence interne satisfaisante avec des coefficients α de .76 pour la réévaluation cognitive et de .72 pour la suppression expressive. Dans notre échantillon, les coefficients obtenus sont plus élevés, atteignant $\alpha = .87$ pour la réévaluation cognitive et $\alpha = .88$ pour la suppression expressive, ce qui témoigne d'une excellente cohérence interne des deux dimensions auprès des professionnels interrogés.

Information et consentement éclairé pour des recherches menées via internet :

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre recherche « Étude sur l'expérience professionnelle des soignants impliqués en PMA » menée dans le Service de Psychologie Systémique et Psychopathologie Relationnelle de l'Université de Liège, sous la responsabilité de Thérèse Scali (PhD) et Maria Elena Brianda (PhD).

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre le vécu des professionnels travaillant dans le domaine de la procréation médicalement assistée (PMA). Plus précisément, cette étude s'intéresse à votre environnement professionnel, aux défis spécifiques liés à l'accompagnement en PMA, à votre bien-être professionnel et votre sentiment de compétence, ainsi qu'à votre expérience de la communication avec les couples.

Les résultats de cette recherche visent à faire évoluer les connaissances scientifiques sur les réalités professionnelles en PMA, dans le but de contribuer au développement de pistes de prévention et de dispositifs d'accompagnement adaptés aux équipes travaillant dans ce domaine.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques.

Cette recherche implique de répondre à un questionnaire en ligne destiné aux professionnels travaillant dans le domaine de la PMA (gynécologues, infirmier·e·s, psychologues, sages-femmes, embryologistes/biologistes, assistant·e·s sociaux·ales, secrétaires, technicien·ne·s de laboratoire, anesthésistes, etc.).

Le questionnaire est composé de plusieurs parties, sous forme de questions auto-rapportées, portant sur les différentes dimensions évoquées ci-dessus en lien avec les spécificités du travail en PMA. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : nous nous intéressons uniquement à votre expérience personnelle. La durée totale de passation est d'environ 20 minutes.

Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiable et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées *ad vitam aeternam*.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par sa Rectrice. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2; et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à

cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter la responsable académique : Maria Elena BRIANDA (Mariaelena.Brianda@uliege.be). Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail ([dpo@uliege](mailto:dpo@uliege.be)) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que :

- Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus
- Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus
- Vous avez 18 ans ou plus
- Vous exercez actuellement tout ou partie de votre activité professionnelle au sein d'un service ou d'un centre de procréation médicalement assistée (PMA)
- Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche

Nous vous remercions d'avance pour le temps que vous allez consacrer à cette étude.

RECHERCHE DE PARTICIPANTS - ÉQUIPES PMA

Le travail en PMA, quelles réalités pour les professionnels ?



Objectif

Cette étude vise à mieux comprendre **la réalité du travail en Procréation Médicalement Assistée (PMA)** en recueillant l'expérience des professionnels, afin de contribuer à des connaissances utiles pour les équipes et à l'élaboration de pistes de prévention.

Les résultats permettront notamment d'identifier des ressources existantes et de contribuer au développement de pistes d'accompagnement adaptées aux équipes.

Cette étude ne vise pas à évaluer les pratiques individuelles ni les services.



Qui peut participer ?

Tous les professionnel-le-s travaillant en PMA :

- Sages-femmes
- Assistant-e-s sociaux-ales
- Secrétaires
- Technicien-ne-s de laboratoire
- Anesthésistes
- Gynécologues
- Infirmier-e-s
- Psychologues
- Embryologistes / biologistes laboratoire
- Etc.

Participation

- **Anonyme et confidentielle**

Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera collectée

- **Libre et volontaire**

Durée

Questionnaire **en ligne** de **15 min**

Votre participation contribuera à mieux représenter la réalité du travail en PMA et à faire avancer les connaissances utiles aux équipes.

**Merci d'avance pour
votre intérêt !**

**Pour plus d'informations et
pour participer scannez ce**

QR :



ou contactez-nous :
audrey.andrien@student.uliege.be

Recherche menée par
Service de Psychologie Systémique et Psychopathologie Relationnelle
Université de Liège
Professeures responsables : BRIANDA Maria Elena et SCALI Thérèse

 **LIÈGE université**
**Psychologie, Logopédie
& Sciences de l'Éducation**

Annexes des résultats :

Annexe 10 : Vérification de la normalité des variables standardisées

Tableau 11

Normalité des scores totaux des variables standardisées (test de Shapiro-Wilk)

	<i>N</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Variables			
<i>Score total charge de travail</i>	57	0.902	< .001
<i>Score total rythme de travail</i>	57	0.917	< .001
<i>Score total exigences cognitives</i>	57	0.787	< .001
<i>Score total reconnaissance</i>	57	0.905	< .001
<i>Score total clarté des rôles</i>	57	0.843	< .001
<i>Score total conflits de rôles</i>	57	0.945	.011
<i>Score total confiance entre collègues</i>	57	0.854	< .001
<i>Score total soutien des collègues</i>	57	0.934	.004
<i>Score total communication</i>	54	0.965*	.121
<i>Score total relations interpersonnelles</i>	57	0.932	.003
<i>Score total valeurs</i>	57	0.896	< .001
<i>Score total ProQOL</i>	54	0.962*	.088
<i>Score total réévaluation cognitive</i>	46	0.972*	.338
<i>Score total suppression expressive</i>	51	0.942	.015

Note. ProQOL = Professional Quality of Life Scale

* $p > .05$

Annexe 11 : Statistiques descriptives des scores de qualité de vie professionnelle selon le type de contact avec les patients

Tableau 12

Statistiques descriptives des scores de qualité de vie professionnelle (ProQOL) selon le type de contact avec les patients

	<i>N = 53</i>		
	<i>n</i>	<i>M (ET)</i>	ESM
Groupes			
<i>Contact direct avec les patients</i>	29	117 (10.4)	1.93
<i>Pas de contact direct avec les patients</i>	24	106 (15.8)	3.22

Note. ESM = Erreur standard de mesure.

Annexe 12 : Vérification des conditions pour un test *t*

Tableau 13

Test d'homogénéité des variances (test de Levene) pour la qualité de vie professionnelle (ProQOL) selon le contact avec les patients

	<i>F (df1, df2)</i>	<i>p</i>
Variable		
<i>ProQOL</i>	3.47 (1, 51)	.068

Note. ProQOL = Professional Quality of Life Scale

Tableau 14

Test de normalité de Shapiro-Wilk pour le score total de qualité de vie professionnelle (ProQOL)

	<i>W</i>	<i>p</i>
Variable		
<i>Score total ProQOL</i>	0.981	.559

Note. ProQOL = Professional Quality of Life Scale

Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives

Dans ce cours, l'utilisation des IA Génératives pour ...	Utilisation autorisée	Utilisation de l'étudiant	Nom de/des IA générative(s) utilisée(s)
Aider à la rédaction du plan et de la structure du travail	✓	Oui	ChatGPT
Vérifier l'orthographe et la grammaire	✓	Oui	ChatGPT
Reformuler le contenu de votre travail ou améliorer le style	✓	Oui	ChatGPT
Traduire une autre langue	✓	Oui	ChatGPT
Aider à la planification et gestion de projet	✓	Non	
Obtenir des informations générales sur un sujet, expliquer et approfondir la compréhension de concepts	✓	Oui	ChatGPT
Faire un brainstorming et évaluer ses propres idées, pour trouver d'autres perspectives ou des contre-arguments	✓	Oui	ChatGPT
Aider à la recherche documentaire	✓	Oui	ChatGPT
Aider à la synthèse de la littérature	✓	Oui	ChatGPT
Aider à la formulation de questions de recherche et d'hypothèses	✓	Oui	ChatGPT
Aider à l'analyse de données (identification d'analyses à réaliser)	✓	Non	
Aider à l'interprétation des résultats	✓	Oui	ChatGPT
Aider au respect des normes APA de la liste des références	✓	Oui	ChatGPT
Aider à la programmation de code et au débogage	✓	Non	
Générer un feedback critique et révision	✓	Oui	ChatGPT
Créer du contenu multimédia, par exemple des images, des vidéos, des animations ou du son (mais toujours expliquer l'utilisation des IA)	✓	Non	

Générer le contenu du travail à partir de mots clés, d'un thème ou d'une question de départ sans vérification et appropriation personnelle	✗	Non	
Reproduire ou reformuler du contenu existant sans citer la source (plagiat)	✗	Non	
Falsifier, créer des données	✗	Non	
Générer des références bibliographiques sans en contrôler l'existence ou l'exactitude	✗	Non	
Utiliser dans une IA des données non anonymisées issues de l'étude (participants, résultats, verbatim, etc.)	✗	Non	

**Je, soussigné Andrien.Audrey.....
(nom et prénom), déclare sur l'honneur avoir complété la grille
avec exactitude et honnêteté, en toute bonne foi.**

Légende :

✓ = L'utilisation des IA Génératives est autorisée (ce qui ne veut pas dire qu'elle est encouragée. Voir ci-dessous)

✗ = L'utilisation des IA Génératives n'est pas autorisée, les infractions entraîneront des sanctions.

n.a = Non-applicable pour ce cours

L'étudiant remplit sa colonne par « Oui » ou par « Non » en fonction de s'il a utilisé ou non une IA générative.