

DEA d'éthique médicale et biologique
(Directeurs Pr Y. PELICIER et Pr C. HERVE)
Promotion 1995-1996

Relation médecin-couple dans la réduction embryonnaire
Présenté par Valérie BOUCAYA
Interne des hôpitaux de Marseille
Directeur de mémoire: Pr Roland TAURELLE

Remerciements

A Monsieur le Professeur TAURELLE, mon cher Maître, pour m'avoir confié ce sujet passionnant et pour m'avoir si gentiment accordé tout le temps nécessaire pour relire ce travail. Avec tout mon respect et m a reconnaissance.

A Monsieur le Professeur HERVE, pour m'avoir apporté son aide chaque fois qu'une impasse menaçait ce travail. Avec toute ma gratitude.

A Madame Catherine DUGUE, pour toute la disponibilité, la gentillesse et la patience dont elle a fait preuve pour l'analyse de contenu des entretiens, et pour m'avoir initiée à la psychologie. Avec toute m a reconnaissance.

A mes camarades du Laboratoire d'éthique médicale, qui m'ont permis par d'enrichissants échanges de produire ce travail. Qu'ils soient assurés de ma gratitude et de mon amitié.

A Nadège LEROUX, pour son sens si profond de l'amitié et pour l'aide inestimable qu'elle m'a apportée pour ce travail. Qu'elle soit assurée de toute mon affection.

***"Soudain donner la vie et en même temps donner la mort dans la réalité
les place au sein d'une problématique où la mort dans la vie psychique côtoie
la mort réelle pour qu'existe la vie."***

M.FLIS-TREVES

Abréviations

CCNE: Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé

CHG: Centre Hospitalier Général

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

FIV: Fécondation in Vitro

FIV D: Fécondation in Vitro avec sperme de Donneur

IAC: Insémination avec sperme de Conjoint

IAD: Insémination avec sperme de Donneur

IMG: Interruption Médicale de Grossesse

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

PMA: Procréation Médicalement Assistée

RE: Réduction Embryonnaire

SA: Semaines d'Aménorrhée

Introduction

Préambule

LES GROSSESSES MULTIPLES

I. PROBLEMES MEDICAUX

- I.1. PROBLEMES OBSTETRICAUX ET NEONATAUX
- I.2. PROBLEMES MATERNELS
- I.3. PATHOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

II. PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES

III. PROBLEMES AFFECTIFS

IV. PROBLEMES ECONOMIQUES, SOCIAUX ET FINANCIERS

LA REDUCTION EMBRYONNAIRE

I. TECHNIQUE

II. RESULTATS

Problématique

- HYPOTHESES DE DEPART

- EMERGENCE DE NOTRE PROBLEMATIQUE

- PRINCIPALES HYPOTHESES. PRINCIPAUX AXES DE NOTRE PROBLEMATIQUE

I. L'ANNONCE DE LA REDUCTION

II. LES MODALITES DE LA PRISE DE DECISION. L'INFORMATION MEDICALE DELIVREE AU COUPLE

III. LE CONSENTEMENT DU COUPLE

IV. LE DEUIL

Méthodologie

- POPULATIONS ETUDIEES

I. LES MEDECINS

II. LES COUPLES

- OUTIL D'EVALUATION: L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

I. POURQUOI L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ?

II. CONSTRUCTION DE L'ENTRETIEN

- II.1. TEMPS DE PRESENTATION
- II.2. TEMPS DE RECUEIL DE RENSEIGNEMENTS
- II.3. TEMPS DE L'ENTRETIEN PROPREMENT DIT

Résultats

- DONNEES GENERALES SUR LES POPULATIONS

I. LES MEDECINS

II. LES COUPLES

- II.1. INCLUSIONS
- II.2. CARACTERISTIQUES GENERALES
- II.3. HISTOIRE DE L'INFERTILITE
- II.4. DEROULEMENT DE LA GROSSESSE APRES LA REDUCTION EMBRYONNAIRE

- ANALYSE DE CONTENU DES ENTRETIENS

I. L'ANNONCE DE LA REDUCTION EMBRYONNAIRE

- I.1. QUI ANNONCE LA REDUCTION EMBRYONNAIRE
- I.2. LE MOMENT DE L'ANNONCE

II. MODALITES DE LA PRISE DE DECISION

- II.1. JUSTIFICATION DE LA REDUCTION EMBRYONNAIRE

- II .2. CHRONOLOGIE DE LA PRISE DE DECISION
- III. RELATION MEDECIN-COUPLE FACE AU DEUIL
- IV. REFLEXION DES MEDECINS SUR LEUR PRATIQUE

Critique de la méthodologie

- CHOIX DES POPULATIONS
- RENSEIGNEMENTS GENERAUX RECUEILLIS
- CHOIX ET LIBELLE DES QUESTIONS
- ANALYSE DE CONTENU

Discussion

- LA COMMUNICATION MEDECIN-COUPLE
 - I. LE MEDECIN FACE A LA DECISION DE RE
 - II. L'ANNONCE DE LA RE ET L'INFORMATION DU COUPLE
 - II .1. QUAND ET COMMENT INFORMER?
 - II .2. COUPLE SUJET-COUPLE OBJET
 - II. 3. LE DIT ET LE NON-DIT
- CONCEPTION SOCIALE DE LA MISSION DU MEDECIN
 - I. DERIVE SOCIALE DE LA. PRATIQUE MEDICALE
 - II. QUE POURRAIT APPORTER L'INTERVENTION DU LEGISLATEUR?
- LE DEUIL
 - I. FACTEURS AGISSANT SUR LE VECU DE LA RE
 - II. DIFFERENTS ASPECTS DU DEUIL
 - III. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Conclusion

Bibliographie

Introduction

De tous temps, l'homme s'est questionné sur la nature de l'embryon. Il s'agissait pour lui de comprendre où commence la vie, et ce qui détermine l'Homme en temps qu'Être Humain. De nombreux philosophes ont émis des hypothèses au travers des époques (1), mais les contradictions entre les divers points de vue font qu'aujourd'hui encore, personne n'a de réponse.

Cependant, il fallait bien convenir que l'embryon, précurseur d'homme, ne saurait être considéré comme un objet ni comme un animal. Lucien SEVE et le CCNE (2) ont alors proposé le terme de "personne humaine potentielle" pour le caractériser. Parce que l'embryon porte en lui cette notion d'humanité, nous nous devons de nous questionner avant de mettre en oeuvre toute pratique le concernant. Parmi celles-ci, la réduction embryonnaire soulève de nombreuses interrogations.

Préambule

Les grossesses multiples

Depuis l'avènement de la PMA, le nombre de grossesses multiples a significativement augmenté. Parmi celles-ci, on estime actuellement que 50% des grossesses triples sont dues à des traitements inducteurs de l'ovulation ou à des procréations médicalement assistées notamment la FIV (3). De son côté, l'enquête FIVNAT de 1993, analysant les données recueillies entre 1986 et 1992 sur les grossesses issues de PMA, révèle que 27,3% de celles-ci sont des grossesses multiples, dont 23,4% de gémellaires, 3,7% de triples et 0,1% de quadruples (4). Pour l'ensemble de la population, l'incidence des jumeaux est passée de 8,8 pour mille en 1972 à 12,1 en 1990 (37% d'augmentation), mais surtout celle des triplés est passée de 0,9 pour dix mille en 1972 à 4,4 en 1989 soit une augmentation de 450% (5).

Les grossesses multiples de haut rang (supérieur ou égal à 3 embryons) posent aux médecins et aux couples concernés de nombreux problèmes d'ordre médical, social, économique et psychologique.

1. Problèmes médicaux

1.1. Problèmes obstétricaux et néonatal

Dans une étude multicentrique menée dans plusieurs établissements hospitaliers français et américains, EVANS et Co rappellent que 22% des grossesses multiples de haut rang se terminent par une fausse couche spontanée (6).

Lorsque ces grossesses multiples atteignent les deuxième et troisième trimestres de gestation, elles posent à l'obstétricien et au pédiatre de nombreux problèmes en rapport principalement avec le fort taux de prématurité. Une revue des différentes publications sur le devenir des grossesses multiples entre 1960 et 1994 a permis de regrouper les chiffres suivants (7 à 9):

Pour les grossesses triples, 63 à 99% des accouchements ont lieu avant 37 SA (dont 7 à 36% avant 32 SA).

Pour les grossesses quadruples, 97 à 100% des accouchements ont lieu avant 37 SA (dont 40 à 61% avant 32SA).

Le poids moyen de ces enfants à la naissance est de 1666 grammes pour les triplés et de 1414 grammes pour les quadriplés (contre 2473 grammes pour les jumeaux) (10)

Pour ces enfants prématurés et de petit poids, les complications néonatales sont fréquentes et gravissimes (maladie des membranes hyalines, entérocolite ulcéronécrosante, hémorragie intraventriculaire et intraparenchymateuse...), pouvant aller jusqu'au décès du nouveau-né. La mortalité néonatale oscille entre 4 et 31% pour les grossesses triples, et entre 10 et 29% pour les grossesses quadruples.(7)

1.2. Problèmes maternels

La grossesse multiple est génératrice de nombreuses complications maternelles: ainsi, dans une étude menée entre 1982 et 1990 portant sur 629 grossesses multiples issues de FIV, M. SEOUD a montré que le diabète gestationnel et l'hypertension artérielle sont significativement plus fréquents dans les grossesses de rang supérieur ou égal à 3 que dans les gémellaires (10). De même, la durée d'hospitalisation anténatale des patientes augmente avec le rang de la grossesse.

Par ailleurs, la PMA elle-même est pourvoyeuse de complications sévères pour ces patientes: ce sont essentiellement l'hyperstimulation et ses différents stades de gravité (11) et les complications de décubitus (thromboemboliques en particulier).

Enfin, une hospitalisation prolongée génère elle-même d'autres pathologies, organiques et psychologiques, transformant la grossesse en maladie réelle.

1.3. Pathologie de l'accouchement

Outre la fréquence des accouchements prématurés, les grossesses multiples sont source de dystocie et d'accidents, avec un retentissement sur la mère et sur l'enfant. Ainsi, le taux de césarienne varie de 70% pour les gémellaires à 100% pour les triples ou les quadruples. Par ailleurs, le nombre d'hémorragies de la délivrance est plus élevé pour les grossesses de haut rang, en raison d'une inertie utérine majeure. (12,13)

La mère et les enfants peuvent garder des séquelles graves d'une anoxie prolongée, ou d'une hémorragie importante.

II. Problèmes psychologiques (14,15)

Les problèmes psychologiques se posent au couple tout au long de la grossesse.

L'annonce de la grossesse multiple est souvent accompagnée d'une réaction de surprise puis de peur des parents, malgré l'annonce antérieure de la possibilité d'une telle grossesse du fait même des techniques employées. Une certaine angoisse peut être vue face à la dégradation de l'image corporelle de la femme, aux nombreuses complications médicales précédemment exposées, à la lourdeur de la surveillance et de la médicalisation et enfin face à l'avenir, car la venue de trois enfants ou plus semble bien souvent insurmontable aux parents.

L'accouchement lui-même est générateur d'un grand épuisement et d'un syndrome dépressif fréquent, ainsi que d'un sentiment de grande crainte face à la réalité de la prise en charge des enfants.

Après l'accouchement, le choc de la réalité matérielle est souvent générateur d'effolement, surtout si la mère est peu organisée de nature.

De plus, si les enfants sont nés prématurément, il existe une angoisse et un stress majeurs face à leur hospitalisation et à la peur de les perdre.

Même dans les cas où la grossesse multiple est parfaitement acceptée par le couple, il n'est pas rare de voir se manifester cette angoisse.

III. Problèmes affectifs (14, 15, 16)

Les couples font souvent état d'une crainte à ne pas être capables d'aimer tous les enfants à la fois. Leur première priorité est de subvenir aux besoins matériels des enfants, laissant beaucoup moins de place pour l'amusement et la tendresse que dans les grossesses singletons. Cet état est d'autant plus aggravé qu'il existe déjà d'autres enfants. Après l'accouchement, les parents se répartissent souvent les enfants sur un plan affectif, et il existe des transferts au détriment des uns ou des autres; ainsi, un enfant plus chétif, donc nécessitant plus d'attention, sera davantage investi par les parents.

IV. Problèmes économiques, sociaux et financiers (14,15)

La femme étant contrainte de s'arrêter de travailler, il ne reste plus qu'un salaire pour le foyer, avec une augmentation parallèle des dépenses. Le couple se trouve donc confronté à des difficultés financières importantes. Celles-ci seront d'autant plus difficiles à surmonter que les parents ont au départ une situation socioéconomique précaire.

Par ailleurs, devant les difficultés de déplacement inhérentes au nombre d'enfants, le couple se retrouve souvent dans une situation d'isolement social majeur.

De plus, les grossesses multiples de haut rang sont source de lourdes dépenses pour la société: les femmes sont hospitalisées longtemps, les enfants nés prématurément passent plusieurs jours ou semaines en réanimation néonatale puis en service, nécessitant parfois des soins coûteux,...
Donc ces grossesses, souvent (toujours) compliquées, sont à l'origine de dépenses très importantes à l'échelle individuelle et collective.

Dans les années 80, la pratique de la PMA étant alors en pleine expansion, la surenchère s'est imposée dans les différentes équipes médicales, conduisant à une augmentation régulière du nombre de grossesses multiples. En effet, pour optimiser la probabilité pour chaque couple d'obtenir une grossesse, les femmes étaient de plus en plus stimulées (sans la rigueur actuelle du monitoring de l'ovulation) et un nombre croissant d'embryons était implanté dans l'utérus des patientes en FIV; ainsi, il y avait transfert de 4 embryons ou plus dans 38% des cas en 1988 et 1989 (5). Il s'est alors agi de diminuer le risque de complications des grossesses multiples déjà en cours. La réduction embryonnaire s'est alors imposée; les chiffres rapportés par FIVNAT faisaient état de l'existence d'une réduction embryonnaire dans 2,4% des grossesses ayant conduit à une naissance en PMA (5). Aujourd'hui, la politique appliquée en PMA est axée sur la prévention: le nombre d'embryons réimplantés en FIV est limité à 3, et même à 2 (17); de façon similaire, les monitorages de la stimulation de l'ovulation sont beaucoup plus rigoureux, et quand les stimulations ont été excessives, des réductions ovocytaires sont réalisées. Toute la pratique de la PMA est passée dans les mains de personnes reconnues comme spécialisées et mieux formées.

Ainsi, le taux de grossesses multiples de haut rang est en chute, même s'il persiste quelques grossesses triples accidentelles (2 embryons réimplantés sources de grossesse triple par exemple). Les mesures préventives semblent donc avoir atteint une certaine efficacité, mais pour les grossesses multiples qui existent encore, la réduction embryonnaire a toujours sa place (7).

La réduction embryonnaire

I. Technique (18 ,19)

La réduction embryonnaire s'effectue en milieu médicalisé, qu'il soit public ou privé.
Le diagnostic de grossesse multiple est posé précocement à l'échographie. Si les femmes ne sont pas suivies dans un centre spécialisé, elles sont alors le plus souvent adressées en consultation dans un centre réalisant des réductions embryonnaires.

Le premier temps consiste en une nouvelle échographie, qui a pour but de confirmer le nombre d'embryons, de les analyser sur un plan morphologique, et de déterminer lesquels seront "éliminés".
L'intervention elle-même est réalisée sous anesthésie générale le plus souvent, ou sans anesthésie selon les équipes.

Sous échoguidage, la RE est alors pratiquée; les techniques ont évolué au cours du temps en fonction des résultats obtenus: initialement, il s'agissait d'une aspiration par voie transcervicale, génératrice de nombreuses fausses couches (7). Devant ces complications, de nouvelles méthodes ont été développées: ce sont les ponctions à l'aiguille par voie transvaginale ou transabdominale; la destruction des embryons peut alors s'effectuer soit par injection de sérum salé hypertonique, soit par injection intrathoracique de chlorure de sodium, de chlorure de potassium ou d'air. Une injection d'HYPNOVEL préalable peut être effectuée, ayant pour but d'endormir l'embryon. L'arrêt de l'activité cardiaque, si celle-ci existait, est vérifié sous échographie immédiatement, puis 24 heures après l'intervention.

II. Résultats

Tous les auteurs d'études sur la RE et sur la comparaison des évolutions des grossesses réduites et non réduites sont unanimes: la réduction embryonnaire diminue de façon significative le risque de prématurité des grossesses multiples de haut rang, sans pour autant le supprimer.(6,7,20,21) Le bénéfice en terme

de prématurité semble plus controversé pour la réduction des grossesses triples en gémellaires, mais les études récentes tendent à montrer qu'il serait réel (22,23,24).

Actuellement, de plus en plus d'équipes acceptent pour ce motif la RE pour les grossesses triples. La complication majeure est la fausse couche de survenue rapide ou plus tardive (2ème trimestre). Avec l'amélioration des techniques, le taux de ces accidents a diminué pour se stabiliser aujourd'hui aux alentours de 10% (20,21,25). L'usage de la voie transpariétale a fait diminuer de moitié ce taux (7,22,26). De plus, le taux de fausses-couches augmente de façon significative si la RE est effectuée après 13 SA (6). La réduction embryonnaire est pourvoyeuse d'autres complications, toutefois beaucoup moins fréquentes: hémorragies, infections, perforation utérine, rupture prématurée des membranes, et surtout risque de traumatisme du à l'acte d'un embryon que l'on voulait garder. Cependant, aucune séquelle physique n'a jusqu'à ce jour été décrite chez les enfants nés après RE de leur co-jumeau, et les études réalisées sur le développement psychomoteur des enfants issus de grossesses réduites ne montrent aucune différence avec la population générale (27).

Comme nous l'avons vu précédemment, la politique actuelle en matière de PMA est fortement axée sur la prévention des grossesses multiples. Cependant pour les grossesses de rang supérieur ou égal à trois qui surviennent encore, la RE se trouve médicalement justifiée. Or, elle continue à poser à ceux qui la subissent comme à ceux qui la réalisent de multiples questionnements éthiques.

Problématique

I. Hypothèses de départ

Pendant longtemps, une foule de questions s'imposaient à nous concernant la pratique de la RE et ses conséquences pour le couple :

Comment des personnes chargées d'un long passé de stérilité peuvent-elles vivre une RE ?
En quoi la RE peut-elle différer d'une IVG ou d'une IMG ?
Y a-t-il un travail de deuil pour le couple après la réduction et comment peut-il s'organiser ?
Quelles peuvent en être les conséquences à long terme ?
Quels doivent être les rôles du médecin et comment peut-il aider le couple ?
Comment le couple et le médecin peuvent-ils gérer le paradoxe de la RE : que certains aient à mourir pour permettre aux autres de vivre ?

Ces questions étaient floues, mal posées, et surtout nous ne parvenions pas à trouver un fil conducteur, à formuler notre problématique. Pourtant, nous sentions de façon intuitive que ce paradoxe inhérent à la RE devait être au centre de tous les problèmes. En même temps, avec les conseils de notre directeur de mémoire, l'idée de notre travail prenait forme en s'articulant autour de la relation entre 3 individus: le médecin et le couple. L'analyse de cette relation dans un contexte si particulier devait nous permettre d'aborder tous les problèmes évoqués. Restait cependant à formuler les choses de façon plus limpide.

II. Emergence de notre problématique

Nous avons alors cherché de l'aide dans la multidisciplinarité. Au sein du laboratoire, nous avons alors discuté notre projet avec deux étudiantes en thèse, l'une étant de formation scientifique et l'autre philosophe, et avec notre directeur d'enseignement, le docteur HERVE. Ils nous ont aidée à cibler notre travail et à intégrer dans notre problématique à la fois le paradoxe évoqué ci-dessus et la qualité de la relation médecin-couple, qui nous intéressait plus particulièrement pour notre pratique future. Il s'agissait dès lors de comprendre comment la communication entre le médecin et le couple pouvait se faire, quand le couple, venu au départ consulter pour un projet de vie (procréation médicalement assistée), se trouvait brutalement confronté à la mort pour cette vie. De la même façon, il était indispensable d'évaluer comment un médecin, ayant pour spécialité une activité où il donne la vie, pouvait vivre l'émergence de la mort, s'il en avait conscience, et gérer au mieux cette émergence avec le couple, avec pour objectif un minimum de nuisance pour les patients. Il était important d'analyser son discours et d'en évaluer les conséquences pour le couple. Quels mots employer, pour aborder un sujet si tabou et si douloureux. Car si ce paradoxe existait en effet pour chacun, la souffrance était certainement du côté des patients. Pouvait-il alors y avoir une réelle communication, comment s'organisait-elle, et quelles conséquences pouvait-elle avoir pour le couple?

III. Principales hypothèses, principaux axes de notre problématique

Pour analyser la relation médecin-couple autour de ce projet inattendu de mort, nous avons décidé de donner quatre axes à notre problématique. Si ces axes sont restés à peu près les mêmes au cours de notre travail, ils se sont enrichis de nouvelles questions et de nouvelles hypothèses au fur et à mesure que nous bâtissions notre méthodologie et que nous rencontrions nos premiers interlocuteurs.

I. L'annonce de la réduction embryonnaire

Nous voulions savoir qui annonçait au couple la possibilité d'une RE, à quel moment et de quelle façon. Parallèlement, nous voulions comprendre, à travers les réponses des patients, les répercussions de cette annonce et essayer d'en dégager une attitude éthique visant à un moindre mal. Nous pensons que les modalités de cette annonce avaient un rôle important dans la compréhension des informations par le couple et dans son acceptation. En effet, n'y a-t-il pas un moment où le couple est indisponible pour entendre certaines choses et mener une réflexion aussi sereine et éclairée que possible? N'incombe-t-il pas au médecin de prévoir ce moment et de le respecter? N'y a-t-il pas là une clef importante pour tenter de limiter la souffrance du couple? Ne dépend-elle pas aussi de l'identité culturelle et sociale du couple?

II. Les modalités de la prise de décision. L'information médicale délivrée au couple

Il s'agissait de décrypter la décision d'acceptation de la RE. Nous voulions savoir sur quels arguments la décision de RE était fondée, qui prenait finalement cette décision, évaluer la qualité de l'information délivrée au couple, les mots employés, en préjugant qu'il existait vraisemblablement un large espace pour le non-dit. Nous voulions travailler sur ce non-dit, analyser ses fondements et ses conséquences pour le couple.

Quel est le pouvoir du médecin, a-t-il des limites? Peut-il s'opposer à la volonté du couple et de quel droit?

Nous pensons par ailleurs que l'information du couple sur les grossesses multiples et la RE serait difficilement objective, que des aspects en seraient probablement escamotés (volontairement ou non) et d'autres très développés. Mais, loin de blâmer a-priori cette attitude, nous nous demandions quelles pouvaient en être les motivations profondes, sûre qu'il s'agissait en fait de protéger le couple. Les remarques des patients, mises en rapport avec les attitudes de chaque médecin, devaient, nous l'espérons, permettre de répondre à cette hypothèse.

III. Le consentement du couple

Peut-on réellement parler de consentement "éclairé" ? Le couple est-il acteur à part entière de la RE ? A-t-il notamment une place dans les décisions techniques ? Quelle est l'attitude la moins préjudiciable ? Faut-il que le couple ait le sentiment d'avoir décidé de la RE ou au contraire qu'il en ait été déchargé par le médecin ?

Quelles sont les modalités de recueil du consentement ? Quelles sont en fait les modalités du déroulement de la RE, compte-tenu de sa non-reconnaissance par le Législateur ? Comment les médecins s'en accommodent-ils ? Que pourrait apporter une réglementation plus codifiée ?

IV. Le deuil

Existe-t-il un sentiment et un processus de deuil après l'acte de RE? Quelles en sont les particularités? Le couple a-t-il été aidé lorsqu'il en a éprouvé le besoin? Existe-t-il une prise en charge psychologique systématique des couples? Quelles sont les réminiscences à long terme de ce travail de deuil, et comment peut-on mieux aider les patients? Quel est le rôle attendu du médecin dans la période du deuil

Méthodologie

Populations étudiées

L'objet de l'évaluation étant la relation médecin-couple dans la RE, il a fallu prendre en compte deux populations: les médecins d'une part, les couples d'autre part. Notre travail a donc été d'emblée divisée en deux parties successives. En premier lieu, des médecins répondant à des critères que nous exposerons en détails plus loin ont été sélectionnés, puis des couples dont ces médecins s'étaient personnellement occupés ont été tirés au sort.

I. Les médecins

Pour que notre recherche ait un réel intérêt, il fallait rencontrer des médecins réalisant eux-mêmes des RE. Pour des raisons pratiques, nous avons choisi de limiter notre étude à Paris et la région parisienne. Nous avons restreint notre population au secteur public uniquement (centres hospitaliers généraux et universitaires).

Dans un premier temps, tous les gynécologues-obstétriciens chefs d'un service de PMA ont été recensés et nous leur avons adressé un courrier. Dans cette lettre (Annexe n°1), nous exposions notre projet de DEA, puis nous demandions à chacun de bien vouloir nous recevoir afin que nous puissions nous présenter et entrer en contact avec le médecin responsable des RE dans leur service. Parallèlement, notre directeur de mémoire envoyait à chaque chef de service une lettre de recommandation (Annexe n°2).

Au total, neuf chefs de service ont été contactés (six exerçaient en CHU et trois en CHG) :
**l'un d'eux ne pratiquait pas de RE dans son service.
parmi les huit autres:**

Trois réalisaient eux-mêmes les RE dans leur service.

Quatre ne les faisaient pas et les confiaient à un médecin du service (un de ces médecins était chargé des réductions provenant de deux services du même hôpital).

Enfin, l'un des chefs de service avait partagé cette activité avec son collaborateur hospitalier.

A l'issue de cette première étape, les coordonnées de huit médecins, directement en charge des RE de ces huit services (dont deux médecins dans le même service et un médecin commun à deux services), étaient rassemblées.

Dans un deuxième temps, nous avons contacté par téléphone ces huit médecins afin d'obtenir un rendez-vous. L'un d'entre eux n'a pas pu nous recevoir (ou pas voulu), les sept autres ont accepté. Nous nous sommes alors rendue sur le lieu de travail de chacun, pour recueillir nos entretiens. A l'issue de ceux-ci, nous avons proposé à chaque médecin la méthode pour la sélection des couples.

II. Les couples

Pour les mêmes raisons que pour la sélection des médecins, nous avons limité notre étude à des personnes habitant Paris ou la région parisienne. Les couples inclus dans notre recherche devaient avoir fait une RE pour grossesse multiple de rang supérieur ou égal à trois; étaient donc exclues de l'étude les RE sur grossesse gémellaire et les interruptions sélectives pour motif thérapeutique, posant des problèmes éthiques très différents.

La constitution de notre population de couples a été difficile car elle devait respecter les impératifs suivants :

Pour évaluer la relation médecin-couple, il fallait contacter des patients dont les médecins interrogés s'étaient occupés. Dans le cas contraire, cette recherche n'aurait été qu'un sondage d'opinion sur une pratique mais il aurait été impossible de faire un parallèle entre les entretiens. En effet, le but était notamment d'étudier ce que les patients comprennent et retiennent de leur échange avec le médecin dans le cas particulier de la RE, ce qui justifiait la mise en place d'entretiens superposables.

Pour obtenir des résultats comparables entre eux, nous avons décidé de nous placer en rétrospectif d'une part, et à distance de la RE. En effet, des entretiens rétrospectifs et prospectifs ne sont pas comparables, et nous manquons de temps pour un travail prospectif, qui pourrait faire plutôt l'objet d'une thèse. Par ailleurs, plusieurs travaux portant sur le processus de deuil faisaient état d'au moins quatre phases différentes dans le temps (28, 29, 30).. Comme l'un des but était d'analyser les particularités du deuil dans la RE, il fallait que ces phases aient eu le temps de se dérouler, et un autre critère de sélection a ainsi été déterminé: il fallait ne recruter que des couples pour qui la RE datait d'au moins un an.

Pour ne pas introduire de biais de sélection et de réflexion, nous devons tirer au sort des patientes dont le déroulement et l'issue de la grossesse nous étaient inconnus.

Mais le problème majeur était ailleurs: pour que notre travail soit valable et représentatif sur le plan scientifique, nous devons supprimer tout biais de sélection; il était donc exclu de laisser choisir aux médecins quels patients ils allaient nous confier, car nous pouvions alors penser que nous n'aurions que des couples dont la RE avait été correctement vécue et s'était bien terminée. Un tirage au sort s'imposait alors, comportant le risque de recruter des couples pour qui la grossesse avait tourné court. Nous avons demandé à chaque médecin entré dans l'étude de nous confier une liste de leurs patientes ayant fait une RE avant mars 1995. Parmi ces noms, un autre étudiant de DEA (main "innocente", yeux fermés) était chargé d'en tirer deux au sort.

Or, pour des raisons diverses, trois médecins ont refusé que leurs patientes soient recontactées:

Le médecin n° 1 s'est opposé catégoriquement au tirage au sort. Il voulait nous communiquer l'identité de patients de son choix, arguant que pour certains cet événement avait été beaucoup trop douloureux. Il était d'accord pour que nous rencontrions les couples pour qui la RE s'était positivement terminée.

Le médecin n° 2 l'a refusé parce que les couples avaient déjà été recontactés à plusieurs reprises par une psychologue de son service pour une étude sur le retentissement de la RE à court, moyen et long terme. Il ne voulait donc pas qu'on importune à nouveau ses patientes.

Le médecin n° 7 estimait qu'il s'agissait d'une violation du secret professionnel, attitude totalement antiéthique. Le fait de recontacter des patients signifiait que le secret n'avait pas été respecté et que quelqu'un savait ce qu'ils avaient vécu, sans leur autorisation. Pour ce médecin, toute étude rétrospective était condamnable pour cette raison; par contre, il n'était nullement opposé à une étude prospective, où les patients auraient été prévenus de l'existence de ce travail avant de faire la réduction; leur consentement aurait alors pu être recueilli avant qu'ils entrent dans l'étude.

Finalement, quatre médecins ont accepté le principe du tirage au sort, ce qui représentait quatre listes de patientes. Pour avoir un effectif suffisant, nous avons alors décidé conjointement avec eux et contrairement à ce qui avait été initialement prévu de sélectionner cinq couples au lieu de deux.

Les listes de patientes nous ont été communiquées, et cinq noms ont été tirés au sort dans chacune sauf dans celle du médecin n°4 qui n'avait réalisé personnellement que 2 RE. Ces deux couples ont été inclus dans l'étude. Au total, nous devions donc rencontrer 17 couples.

Après avoir obtenu les coordonnées des personnes choisies, nous avons prévu de leur envoyer une lettre (Annexe n°3) pour leur présenter notre travail et leur demander de bien vouloir y participer. Dans cette lettre, nous communiquons nos coordonnées aux couples afin qu'ils puissent nous contacter et les garantissons de l'anonymat des entretiens. Les médecins n°3 et n°5 ont accepté la lettre que nous avons donc envoyée à leurs 10 patientes. Par contre, le médecin n°6 a souhaité préserver l'anonymat de ses patientes et de celles du médecin n°4 (appartenant au même service) et il s'est chargé de recontacter lui-même les couples sélectionnés (sur la liste, les patientes étaient identifiées par les 3 premières lettres de leur nom, leur prénom et 1 a date de leur accouchement ou de leur fausse-couche).

Après 3 semaines d'attente, seules 3 patientes avaient répondu parmi les 10 à qui un courrier avait été envoyé. Par contre, 1 patiente du Dr 4 et 3 patientes du Dr 6 (contactées par téléphone) avaient accepté l'entretien. Devant la faiblesse de l'effectif ainsi constitué, des modifications se sont imposées dans la méthodologie.

Après avoir pris l'avis du Dr HERVE, nous avons décidé :

**de recontacter toutes les patientes qui n'avaient pas répondu à notre courrier, et cette fois par un unique appel téléphonique.
d'accroître l'effectif des couples en tirant au sort 2 noms supplémentaires par médecin (hormis le Dr 4 dont les 2 patientes avaient déjà été jointes par téléphone).**

A l'issue de cette démarche, 23 couples étaient concernés par cette recherche, répartis comme suit :

7 pour le Dr 3, dont 3 avaient répondu affirmativement au courrier

2 pour le Dr 4, dont l'un rencontré à la suite du courrier

7 pour le Dr 5, dont aucun n'avait encore répondu

7 pour le Dr 6, dont 3 avaient déjà accepté de nous rencontrer.

Outil d'évaluation : l'entretien semi directif

I. Pourquoi l'entretien semi-directif ?

Notre objectif étant l'analyse de la relation médecin-couple, il nous est apparu illogique d'utiliser des questionnaires: en effet, ceux-ci nous paraissaient trop froids et impersonnels pour traiter d'une relation humaine tout d'abord, mais surtout pour un sujet qui pouvait potentiellement être douloureux. Nous voulions laisser libre cours à la pensée et aux réflexions des médecins comme des couples, et être le moins restrictifs possible. Il fallait que tous aient à la fois le temps et la place pour répondre.

De plus, nous ne voulions en aucun cas induire les réponses, ce qui est souvent le cas dans les questionnaires où les questions sont nécessairement plus précises. Nous voulions également avoir la possibilité d'intervenir quand une réponse nous semblerait incomplète ou imprécise.

Notre choix s'est donc porté sur l'entretien semi directif, qui, tout en étant orienté vers les points qui nous intéressaient pour notre travail, offrait aux médecins et aux couples une plus grande possibilité d'expression. Cependant, nous étions consciente que ce choix était pour nous générateur de problèmes: il fallait, avec les médecins, éviter un biais lié au fait que nous sommes interne en gynécologie

obstétrique, et donc de la même profession (ce qui pouvait les pousser dans un entretien très technique), et pour les couples, trouver un mode d'expression adapté malgré notre absence totale de formation en psychologie.

Ces entretiens étaient enregistrés après accord des sujets interrogés. Ainsi, cela nous évitait de passer notre temps à écrire pendant que nos interlocuteurs s'exprimaient et nous permettait de réécouter et de retranscrire ces entretiens par la suite en étant totalement fidèle à ce qui avait été dit et sans rien omettre.

Chaque entretien était construit sur le même modèle comportant trois parties:
un temps de présentation.
un temps de recueil de renseignements généraux sur nos interlocuteurs.
un temps d'entretien semi-directif proprement dit.

II. Construction de l'entretien

Les modèles des entretiens appliqués aux médecins et aux couples sont joints en annexes n°4 et 5.

II 1. Temps de présentation

Nous avons choisi de rencontrer des médecins et des couples pour les questionner sur une pratique médicale touchant à leur plus grande intimité. Dans un premier temps il fallait s'efforcer de les mettre en confiance afin qu'ils puissent s'exprimer en toute liberté et surtout en toute authenticité.

Puis il convenait d'expliquer le pourquoi de ce DEA et le choix de ce thème de recherche. Lors de notre entretien avec les médecins, nous nous sommes efforcée de faire passer notre profession au second plan, en leur expliquant que nous n'avions aucune pratique de la RE précisément. Nous espérons qu'ainsi, ils nous auront considérée comme novice et n'auront pas limité leur propos à des considérations trop techniques, introduisant alors un biais dans l'étude. Le but de notre recherche était de susciter une réflexion éthique chez les professionnels de façon à améliorer si possible leur comportement pratique.

Ce temps de présentation avait une importance bien plus grande lors de la rencontre avec les couples. En effet, ils étaient en face d'une personne étrangère, qui n'était pas présente au moment de la RE, et dont la recherche constituait une douloureuse incursion dans leur vie privée, touchant à un sujet intime et tabou. Il fallait leur faire comprendre qu'il ne s'agissait pas de les agresser ni de les juger, et qu'il s'agissait à terme d'aider d'autres couples, et peut-être eux-mêmes, en essayant par ce travail de rendre le rôle du médecin et leur relation avec lui plus conforme à leur attente.

II.2. Temps de recueil de renseignements

Notre travail préalable a été de mettre en évidence les principaux facteurs qui pouvaient influencer sur la pratique et le vécu de la RE, tant pour les médecins que pour les couples. Cette réflexion, comme celle qui a permis l'élaboration définitive des grands axes de l'entretien proprement dit et des questions, a été menée de façon multidisciplinaire, avec d'autres étudiants en DEA ou en thèse au laboratoire d'éthique (notamment une scientifique, une juriste, deux philosophes, un dentiste et un chirurgien viscéral), la psychologue de la maternité BOUCICAUT, le Docteur HERVE et notre directeur de mémoire, le Professeur TAURELLE. Cette multidisciplinarité se trouvait justifiée par le fait que la RE, comme toute l'activité de PMA, touche à l'essence même de l'homme et aux origines de la vie. Chacun se trouvait donc concerné, et il était très enrichissant de connaître les regards différents qui pouvaient être posés sur cette activité.

Certains des éléments qui nous sont apparus comme susceptibles d'interférer avec les réponses ont été colligés pour les médecins et pour les couples: c'étaient par exemple l'âge, le sexe, l'existence d'enfants au foyer, le niveau socioéconomique, la formation professionnelle, la croyance et la pratique d'une religion. Nous avons ainsi recensé une grande partie des facteurs par rapport auxquels nous avons essayé nous-mêmes de prendre de la distance pour la rédaction de ce travail, afin de mener une réflexion la plus objective possible.

D'autres éléments étaient plus spécifiques aux médecins, c'était le cas par exemple de la durée de leur pratique de PMA et de RE, gageant que la pratique peut se modifier d'elle-même avec le temps et l'expérience.

Enfin, certains de ces critères nous ont semblé plus susceptibles d'interférer avec le vécu par les couples, en particulier l'existence de grossesses multiples ou d'enfants malformés dans la famille, leur inspirant des réactions heureuses ou malheureuses, ou la durée de leur infertilité, pouvant bien sûr rendre la décision de RE plus cruelle encore.

II. 3. Temps de l'entretien proprement dit

L'élaboration de cette étape a été source de nombreux questionnements:

Pour pouvoir évaluer la relation médecin-couple, il fallait que nous puissions comparer ce qui avait été dit par les médecins et ce que les couples en avaient compris et retenu. Il fallait donc que nos entretiens soient superposables.

Cependant, nous ne pouvions pas toujours utiliser les mêmes mots pour poser les questions: pour interroger des couples ayant vécu une RE, sujet intime et souvent tabou, il nous fallait veiller à ne pas les blesser ou les heurter, afin surtout de ne pas leur nuire. Le but de notre étude était en effet d'améliorer autant que possible le vécu de la RE, surtout pour les patients.

Comment parler avec les couples d'une pratique qu'ils pourraient considérer comme la suppression d'une vie sans remuer de souvenirs douloureux, alors que nous ne savions pas comment ils avaient vécu l'acte, quel souvenir ils en gardaient, quelles pouvaient être leurs réactions, et que, nous ne saurions trop le rappeler, nous n'avions aucune formation en psychologie.

Enfin, dans le principe même de l'entretien semi-directif, comment cibler suffisamment notre sujet en peu de questions tout en laissant le champ libre à nos interlocuteurs pour s'exprimer?

Pour résumer toutes ces interrogations, comment faire au mieux pour respecter une visée éthique? Si notre méthode et nos résultats devaient pouvoir être criticables, il était inacceptable que notre recherche le soit sur le plan éthique.

Afin de répondre le mieux possible à ces difficultés, nous nous sommes à nouveau tournée vers la multidisciplinarité. Nos amis étudiants et Madame DUGILE, psychologue dans le service du Professeur TAURELLE, ont été d'une aide précieuse pour le libellé des questions et l'organisation de l'entretien. Par souci de clarté, nous avons construit celui-ci sur un mode chronologique, suivant le déroulement de la RE. Les questions posées aux médecins et aux couples sont superposables, bien qu'elles n'utilisent pas toujours les mêmes mots.

Nous en avons sélectionné une dizaine, visant à apporter des éléments de réflexion pour les grands axes de notre problématique:

**l'annonce de la RE
les modalités de la prise de décision
le consentement du couple
le travail de deuil**

Comme nous l'avons précédemment expliqué, chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone (ayant pour avantage d'être petit et de se faire facilement oublier), après accord de la personne interrogée. Par la suite, nous les avons retranscrits fidèlement et les avons joints en annexe (Annexes n° 6 et 7). Ces entretiens sont anonymes, et nous avons choisi, pour pouvoir nous y reporter plus aisément, d'identifier ceux des médecins par des numéros de 1 à 7 et ceux des couples par des lettres de l'alphabet de A à K.

Résultats

Les résultats colligés ici ne seront pas exprimés en pourcentages, en raison de la faiblesse des effectifs.

I. Les médecins

Nous avons pu rencontrer sept médecins pour leur soumettre notre entretien semi-directif. Les caractéristiques de cette population sont les suivantes :

Fonction au sein du service :

4 sont chefs de service dont trois sont professeurs agrégés.
2 sont praticiens hospitaliers à plein temps.
1 est chef de clinique-assistant.
Tous sont gynécologues et obstétriciens.

Sexe:

6 sont des hommes

1 est une femme

Age:

L'âge moyen calculé est de 45 ans, avec des extrêmes allant de 37 à 59 ans

Situation de famille:

Tous les médecins sont ou ont été mariés :
6 sont mariés, 1 est divorcé Ils ont tous des enfants voire même des petits enfants.

Religion :

RELIGION	JUIVE	PROTESTANTE	SANS
NON CROYANT	4	0	2
CROYANT	0	1	0
PRATIQUANT	0	0	0

Dans notre étude
4 médecins sont juifs mais non croyants
2 médecins sont athées
1 médecin est protestant et croyant, mais non pratiquant

Pratique de la PMA :

Six de ces médecins ont une pratique quotidienne de la PMA, alors qu'un d'entre eux n'a aucune activité dans ce domaine. Ces 6 médecins ont débuté en PMA entre 1979 et 1990, ils ont donc tous au moins six ans d'expérience.

Pratique de la réduction embryonnaire :

Les médecins interrogés ont effectué leur première RE entre 1985 et 1992. Ils étaient tous au moins chefs de clinique-assistants à cette époque.

II. Les couples

23 couples ont été contactés par courrier ou téléphone, répartis comme suit :

7 pour le Dr 3

7 pour le Dr 5

2 pour le Dr 4

7 pour le Dr 6

Inclusions

Patientes du Dr 3

3 rencontrées et incluses dans la recherche
1 rencontrée et exclue de l'étude (interruption sélective de grossesse pour motif thérapeutique)
2 perdues de vue (déménagement)
1 contactée non rencontrée pour indisponibilité

Patientes du Dr 4

1 perdue de vue (déménagement)
1 rencontrée et incluse dans l'étude

Patientes du Dr 5

3 rencontrées et incluses dans l'étude
1 rencontrée et exclue (interruption sélective de grossesse pour motif thérapeutique)
2 perdues de vue (déménagement)
1 contactée et indisponible

Patientes du Dr 6

4 patientes rencontrées et incluses dans l'étude
3 perdues de vue (déménagement)

Parmi les couples ayant une religion, seuls 3 couples sont croyants (2 couples catholiques et un couple musulman). Aucun n'est pratiquant.

Statut marital

10 couples sont mariés

1 couple vit en concubinage

Enfants hors couple

Dans 3 couples, l'un des conjoints avait déjà un ou plusieurs enfants d'une première union : dans 2 cas l'homme, dans un cas la femme.

Niveau socio-économique

Il est bon pour 4 couples, très bon pour les 7 autres

Enfant handicapé dans la famille

1 des 11 couples a une personne handicapée depuis la naissance dans sa famille proche (frère du mari).

Histoire de l'infertilité

Durée totale d'infertilité

La durée moyenne d'infertilité pour ces couples a été de 4,5 ans avec des extrêmes de 2 et 8 ans.

Etiologie

L'étiologie de l'infertilité était masculine dans 3 cas, féminine dans 5 cas et inconnue dans 3 cas.

Antécédents d'interruption de grossesse

2 patientes sur 11 avaient au moins une IVG dans leurs antécédents.
1 patiente avait un antécédent d'IMG à 26 SA pour anomalie cérébrale foetale (Mme E).

Nombre de tentatives avant la RE

Le nombre moyen de tentatives par couple (FIV et inséminations confondues) était de 4,7 avec des extrêmes de 1 et 12.

Nombre d'enfants ensemble avant la RE

Seuls 2 couples avaient un enfant ensemble avant la RE, les autres n'en avaient pas.

Nombre d'embryons réimplantés par FIV

9 couples ont eu une grossesse multiple consécutive à une FIV ;
pour ces couples, le nombre moyen d'embryons transférés était de 3,2 (7 fois 3 et 2 fois 4).

Les 2 autres couples ont obtenu une grossesse par IAC ou IAD
avec stimulation de l'ovulation.

Pour chacun, le nombre d'ovocytes matures avant l'insémination était de 3.

Déroulement de la grossesse après la RE

Après la réduction embryonnaire, il y avait au total 2 grossesses uniques (Mme B et Mme H) et 9 jumeaux. Les résultats sous forme de tableaux sont consultables pages 33 et 34.

Issue de la grossesse (tableau n° 1)

2 grossesses ont donné lieu à des fausses-couches: 1 à 15
SA pour hématome trophoblastique (Mme F), et 1 à 20 SA pour rupture prématurée des
membranes (Mme D). Ces 2 grossesses étaient des jumeaux.

9 grossesses ont donné lieu à un accouchement en période de viabilité foetale.

Complications en cours de grossesse (tableau n° 2)

Sur les 9 grossesses évolutives après RE :

2 étaient des grossesses singleton

7 étaient des grossesses jumeaux.

Seules 2 de ces 9 grossesses se sont déroulées normalement jusqu'à l'accouchement (2 jumeaux).

Les 7 autres ont généré les complications suivantes:

2 menaces d'accouchement prématuré isolées (1 singleton et 1 jumeau)

1 menace d'accouchement prématuré avec hypertension (jumeau)

1 rupture prématurée des membranes à 28 SA (jumeau)

1 mort foetale in utero à 29 SA d'un jumeau (jumeau)

2 toxémies gravidiques (1 singleton et 1 jumeau)

Mode d'accouchement (tableau n° 3)

Une des grossesses singletons a accouché par voie basse, l'autre par césarienne

3 grossesses jumeaux ont accouché par voie basse et 4 par césarienne.

Terme d'accouchement (tableau n °4)

Le terme moyen d'accouchement pour toutes les grossesses évolutives confondues est de 8,2 mois.

Si l'on détaille davantage, il est de 8 mois pour les gémellaires et de 9 mois pour les grossesses uniques.

Devenir des enfants (tableau n° 5)

Aucun des enfants issus de grossesses uniques n'a été hospitalisé.

Par contre, dans 4 cas sur 7, les enfants nés de grossesses gémellaires ont séjourné en service de néonatalogie ou en réanimation néonatale.

Parmi ceux-ci, 2 enfants ont passé plusieurs mois en réanimation dont l'un qui s'y trouve toujours, 9 mois après sa naissance.

Tableau n° 1: Issue de la grossesse

	SINGLETON	GEMELLAIRE
ACCOUCHEMENT	2	7
FAUSSE-COUCHE	0	2

Tableau n° 2 : Complications en cours de grossesse

	SINGLETON	GEMELLAIRE
PAS DE COMPLICATION	0	2
MENACE D'ACCOUCHEMENT		
PREMATURE ISOLEE	1	1
MENACE D'ACCOUCHEMENT		
PREMATUREET HYPERTENSION		
ARTERIELLE	0	1
TOXIMIE GRAVIDIQUE	1	1
RUPTURE PREMATUREE DES		
MEMBRANES	0	1
MORT FOETALE IN UTERO	0	1

Tableau n° 3 : Mode d'accouchement

	SINGLETON	GEMELLAIRE
VOIE BASSE	1	3
CESARIENNE	1	4

Tableau n° 4 : Terme de l'accouchement

	SINGLETON	GEMELLAIRE
6 MOIS	0	1
7 MOIS	0	1
8 MOIS	0	2
9 MOIS	2	3

Tableau n° 5 : Devenir des enfants

	SINGLETON	GEMELLAIRE
RETOUR A DOMICILE	2	3
HOSPITALISATION		
NEONATALE	0	4

L'annonce de la réduction embryonnaire

Les modalités de cette annonce sont très différentes d'une équipe à l'autre et même d'un médecin à l'autre au sein d'une même équipe. Les principaux points de désaccord sont d'une part qui annonce et d'autre part, le moment de l'annonce.

Qui annonce la réduction embryonnaire

Réponses des médecins (question n° 1)

Le cas du docteur 1 est d'emblée mis à part puisqu'il ne fait pas de PMA et que tous les couples pour qui il réalise une RE lui sont envoyés par des confrères. Ces couples viennent donc à sa consultation en étant déjà informés par une autre équipe. Nous n'avons pas pu obtenir davantage de précisions sur cette annonce puisque nous n'avons pas eu la possibilité de nous entretenir avec les patients de ce médecin.

Dans 3 cas parmi les 6 autres réponses, les couples sont informés sur l'existence de la RE au cours de réunions. Celles-ci sont organisées dans le service pour tous les couples désirant entrer en PMA. Une question importante est soulevée par ces modalités d'information: ce type de réunion ne va-t-il pas à l'encontre du caractère très personnel de l'histoire de chaque couple ? Les patients peuvent-ils réellement se sentir concernés par une information aussi globalisante et impersonnelle ?

Dans les 3 autres cas, les patients sont informés de la possibilité de RE lors d'une consultation avec le médecin qui la fera, à des moments variables selon les médecins. Cette annonce se fait donc de façon privée, au sein de la relation personnalisée couple-médecin.

Réponses des couples (question A)

10 couples sur 11 ont été informés de l'existence de la RE par le médecin qui réalisait la PMA, à des moments variables qui seront détaillés plus loin. Par contre, un couple a été informé par le médecin qui effectuait l'échographie de datation.

Cette situation a été particulièrement malvécue par la patiente concernée.

Aucun couple ne se souvient avoir entendu parler de RE dans des réunions, ils mentionnent tous une consultation ou un moment de tête à tête avec le médecin.

Le moment de l'annonce

Réponses des médecins (question n ° 1)

Sur ce point aussi les attitudes sont divergentes : 2 médecins informent les couples sur l'existence de la RE avant le diagnostic de grossesse multiple :

Le Dr 3 expose cette possibilité lors d'une consultation avant la mise en route de la PMA, et ceci de façon systématique. Précédemment, les couples ont assisté à une réunion dans son service où le sujet a déjà été abordé. Lors de ces réunions, destinées à tous les couples qui vont entamer une PMA, un médecin expose les "aléas" des techniques de PMA et parle alors de la possible survenue d'une grossesse multiple. La RE est alors citée comme une solution à ce problème, bien que peu satisfaisante.

Le Dr 6 discute ce problème en cours de PMA, au moment où il faut décider du nombre d'embryons à transférer dans l'utérus de la patiente, mais uniquement s'il sent chez le couple une "angoisse sur le nombre d'embryons à replacer". Cette attitude n'est donc pas systématique et les autres couples ne sont pas prévenus de la possibilité de réduction embryonnaire.

Les 4 autres médecins informent personnellement les couples lors du diagnostic de grossesse multiple:

Dans 2 cas (Drs 2 et 5), les couples ont déjà été informés sur l'existence de la RE lors de réunions.

Le Dr 7 prévient ses patients du risque de grossesse multiple avant la PMA mais n'aborde pas à ce moment le problème de la RE, car il n'a jamais eu à en faire sur une de ses patientes; en fait, des patientes lui sont adressées pour cela par d'autres médecins qui ont réalisé les actes de PMA.

Le Dr 4 ne parle de grossesse multiple et de RE qu'au moment du diagnostic, estimant que la rareté de la situation ne justifie pas une information systématique.

Il est fondamental d'avoir sur ce point l'avis des couples ayant réalisé une RE: en effet, il s'agit de savoir si les patients sont capables de retenir une information sur la RE avant d'être eux-mêmes confrontés à une grossesse multiple.

En fait, les couples vont répondre à cette question essentielle: comment et quand faut-il les informer pour que cette information ne se perde pas au milieu d'autres et qu'elle soit réellement acquise? A quel moment doit-elle être délivrée et par qui, pour être la moins douloureuse possible? Peuvent-ils intégrer une telle information si elle est faite en public ?

Réponses des couples (question A)

Toutes réponses confondues, l'annonce de la RE par le médecin est faite:

avant l'implantation des embryons dans 4 cas

après le diagnostic de grossesse multiple dans 7 cas.

2 patientes sur 3 du Dr 3 ont été averties avant le transfert d'embryons.

La patiente du Dr 4 a été informée après le diagnostic de grossesse multiple.

Les 3 couples suivis par le Dr 5 ont été informés de même après la survenue de la grossesse multiple

2 patientes sur les 4 du Dr 6 ont été informées sur la possibilité de grossesse multiple et la RE avant le transfert d'embryons. Mme I se souvient avoir été informée sur les risques de grossesse multiple uniquement. Mme K a été informée par le médecin après le diagnostic de grossesse multiple.

Au total, sur 4 couples ayant connaissance de la possibilité de grossesse multiple et/ou de RE avant la réalisation de la PMA, 2 couples (A, I) ont souligné qu'ils se sentaient très peu concernés à ce moment-là par l'éventualité d'une grossesse triple ou plus. Pour eux, le problème principal était déjà de satisfaire leur désir profond d'enfant, d'obtenir une grossesse, qui soit évolutive, et donc de faire un enfant.

Dans ce travail, 3 patientes expriment une souffrance relative à l'annonce de la RE, qui se manifeste essentiellement sous 2 formes

Douleur liée aux modalités de l'annonce: Mme B a appris l'existence de la RE très brutalement, et a été reçue par le médecin très brièvement ("très froide", "très pressée", "elle n'a pas pris le temps", "elle m'a reçue en 5 minutes"). Mme F a appris la possibilité de RE en contactant le Dr 5 par téléphone, alors qu'elle était aux urgences et dans un contexte de détresse psychologique.

Revendications quant au nombre d'embryons à transférer : 2 patientes (Mme B et Mme G) insistent sur le fait qu'on ne les a pas consultées avant le remplacement des embryons en leur expliquant le risque d'un transfert de 3 embryons ou plus.

Ces 3 patientes, exprimant plus d'un an après une douleur ou une revendication n'avaient pas connaissance de la possibilité de RE avant le diagnostic de grossesse multiple. Elles ont donc subi 2 chocs consécutifs (annonce de la grossesse multiple et de la RE).

Au total, même si l'éventualité d'une RE semble loin des préoccupations des couples

Lorsqu'elle est abordée pendant la PMA, il transparait dans leur discours que le fait d'en avoir été en quelque sorte instruites leur permet de mieux assumer l'annonce plus personnelle qui suit le diagnostic de grossesse multiple. Ainsi, aucune des 7 patientes averties par le médecin avant le transfert d'embryons n'a un discours revendicatif ou empreint de souffrance.

Modalités de la prise de décision (questions 2, 3, 4, 5)

Il fallait comprendre quels pouvaient être les différents arguments pris en compte par les médecins et par les couples pour décider de réaliser une RE, et essayer d'analyser cette prise de décision en suivant un ordre chronologique pour voir comment les rôles de chacun, et donc la relation médecin-couple, pouvaient s'articuler.

Justification de la réduction embryonnaire

Réponses des médecins (question n ° 3)

Pour tous les médecins, il existe une justification médicale pour la RE dans les grossesses de plus de trois embryons. Pour les grossesses triples en revanche, l'argumentation médicale est plus timide.

Pour certains d'entre eux, d'autres motifs (sociaux, affectifs, financiers) entrent en compte pour la décision et dans un ordre de priorité tout à fait variable : 2 médecins (Drs 2 et 7) ne prennent en compte que des arguments médicaux. Pour le médecin 7, même la réduction des grossesses triples est justifiable médicalement "par les 8% de handicaps cérébraux, liés à la prématurité et à la leucomalacie"

Le médecin 4 distingue 3 situations; il les résume ainsi

"Celles où il y a 4 embryons où je pousse à la RE
celles où il y a 3 embryons où je laisse le choix
celles où il y a 2 embryons où je m'oppose à la RE"

Il n'accepte la RE que quand elle est médicalement justifiée; inversement, il refuse formellement la réduction quand il n'y a pas d'argument médical. Dans le cas des grossesses triples, où le risque obstétrical existe mais est controversé, il intègre dans sa réflexion d'autres arguments (en particulier socio-économiques).

Quatre médecins donnent une place importante aux motifs autres que médicaux, et plus particulièrement aux difficultés sociales et financières futures du couple, ainsi qu'à la notion de "qualité de vie" future de la mère et du couple.

Parmi ceux-ci, deux placent même ces arguments au premier rang de leur réflexion (médecins 3 et 6). Ces 2 médecins ont un discours teinté d'une identification forte avec les patients. Quelle peut alors être la valeur de leur décision ?

Par ailleurs, le médecin 1 nous expose sa volonté de déculpabiliser le couple en justifiant une "demande sociale" par des arguments obstétricaux et pédiatriques, et le médecin 3 nous dit vouloir ainsi "réparer un aléa thérapeutique".

Il est très intéressant de noter que les 4 médecins favorables à la prise en compte de motifs sociaux et financiers sont aussi les 4 plus jeunes de notre série.

Ces résultats soulèvent des questions très importantes qui seront développées dans notre discussion: Dans quelle mesure incombe-t-il au médecin de répondre à une demande sociale des patients? Ne s'agit-il pas d'une dérive de la médecine vers la prise en charge de situations non pathologiques? Quel doit être le rôle de la médecine?

Devant l'importance des motivations sociales de la RE, n'y-a-t-il pas un amalgame avec l'IVG?

Réponses des couples (question B)

Les motivations des couples pour réaliser une RE sont très majoritairement médicales et secondaires à l'information qu'ils ont reçue sur les risques des grossesses multiples. Pour 2 couples, les motivations sont uniquement médicales, pour 7 elles sont principalement médicales, mais associées à d'autres (matérielles, éducatives, psychologiques). Parmi ces autres motivations intervient le projet parental: dans 2 cas les patientes soulignent que leur projet ou celui de leur conjoint était d'avoir UN enfant.

Deux patientes (Mmes G et H) ne citent pas les risques médicaux dans leurs arguments, et mettent en avant leur projet parental d'enfant unique.

Par opposition aux résultats obtenus auprès des médecins, pouvant suggérer une conception proche de l'IVG, les entretiens avec les couples montrent que leurs motivations sont très différentes, puisqu'elles sont très largement médicales. Le couple H constitue une exception à cette remarque.

Pour 6 couples, la RE était souhaitée par les 2 conjoints.

Pour 5 autres, la femme ne désirait pas initialement de RE:

dans 2 cas (Mme A et Mme F), il s'agissait d'un désir du mari

dans 2 autres cas (Mme B et Mme K), c'est le discours du médecin, conseillant la RE, qui a orienté la décision du couple

pour Mme D, il y avait au départ une hésitation du mari alors qu'elle refusait la RE, et le discours partiel du médecin a conforté son mari dans la voie de la RE.

Au total pour 3 couples sur 11, c'est le discours médical qui a induit l'acceptation de la RE, et 2 fois ce discours est jugé alarmiste par les patientes.

Chronologie de la prise de décision (questions 2, 3, 4, 5, 7)

L'exposé des risques des grossesses multiples et annonce d'une solution possible : la réduction embryonnaire (question 3)

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des couples est informée sur les risques de grossesse multiple au cours de son cheminement en PMA. Les médecins qui pratiquent la RE sont tous d'accord pour l'accepter pour les grossesses de rang supérieur ou égal à trois. Dans leur discours, il est clair que, pour eux, c'est une solution préférable à la poursuite de la grossesse, et cela est d'ailleurs probablement vrai sur un plan médical. Ainsi, le Dr 1 parle d'un "réel bénéfice en terme de mortalité et de morbidité" le Dr 3 dit que " 3 enfants, c'est ingérable" et que la vie des parents va devenir "un enfer", le Dr 4 avoue "je pousse à la réduction embryonnaire" quand il y a 4 embryons et plus, et le Dr 6 met le couple face à l'éventualité d'un "travail astronomique". Il faut noter la forte affectivité contenue dans leur discours, pouvant aller jusqu'à l'identification avec les couples. Ceux-ci, au départ, sont soit favorables d'emblée à cette possibilité, soit mitigés, mais les termes employés par le médecin vont les orienter dans leur volonté. Nous soulignons là, comme nous le référons plus loin, la difficulté à informer de façon objective. Peut-on être objectif, et surtout doit-on être objectif?

L'information sur la réduction embryonnaire (questions 2, 4, 5)

1. Réponses des médecins (question n°4)

A la lecture des réponses des médecins, nous avons distingué quatre grands axes à cette information :

1. des explications portant sur la technique elle-même:

lieu, anesthésie ou pas, aspiration ou injection à l'aiguille, terme,... Tous les médecins expliquent à leurs patients le déroulement précis de la RE.

2. un exposé des risques de la technique :

4 médecins parlent aux couples de ces risques, qui sont essentiellement des risques de fausse-couche de toute la grossesse. Les 3 autres ne mentionnent pas ces risques dans leur réponse

3. des explications sur le devenir des embryons "réduits" :

3 médecins sur 7 tentent, à la demande des parents, de leur expliquer ce que deviennent les embryons réduits. Nous détaillerons plus loin les termes employés pour ce faire. Si les parents ne posent pas de question, cet aspect de l'information est occulté.

4. une tentative de "positivation de l'acte":

Elle consiste à rappeler au couple la justification médicale de la RE: le médecin 3 parle d'un "acte de vie", pour "permettre à l'un ou aux deux qu'on va laisser de mieux se porter"; le médecin 4 rappelle qu'il s'agit de "laisser poursuivre la grossesse", "pour ne pas mettre en jeu les autres embryons"; le médecin 6, lorsqu'il expose le risque de fausse-couche, dit qu'il "est probablement balancé par le risque d'accidents de prématurité et d'hypotrophie".

Le médecin doit-il aussi dire aux couples qu'il ne peut pas leur garantir formellement la qualité des enfants qui vont naître après cette RE (blessure d'un embryon, accouchement d'un enfant porteur d'une malformation non vue à l'échographie ou d'une anomalie chromosomique,...) ?

Comme le souligne ce médecin: "je ne crois pas du tout à une information objective", l'information délivrée au couple est imprégnée de l'opinion propre du médecin. Mais est-il réellement possible de faire autrement ? Et si cela est possible, qui sera alors amené à prendre la décision ?

Il faut toutefois noter que dans notre étude, 2 médecins ne donnent à leurs patients que des explications concernant la technique elle-même, et ne mentionnent pas l'exposé des risques.

2. Réponses des couples (question C)

Il faut tout d'abord souligner que tous les couples se sont montrés satisfaits des explications des médecins.

Ceux-ci ont eu un discours adapté à chacun et modulé en fonction des patients.

10 des 11 couples ont reçu des explications sur la technique (1 patiente n'en parle pas).

10 des 11 couples ont été informés des risques de la RE,

et en particulier des risques de fausse-couche. Mme A n'en parle pas dans cette question mais la suite de l'entretien montre qu'elle était informée.

La patiente qui n'a pas reçu ces informations ne souhaitait ne pas les entendre ("j'en avais déjà trop entendu", "d'ailleurs je l'en remercie").

3 couples ont retenu les explications sur le devenir des embryons.

Analyse sémantique du discours

Concernant la définition de l'acte "réduction embryonnaire":

Réponses des médecins (question n°2)

2 médecins sur 7 seulement sont satisfaits des mots: le médecin 1 estime que "le mot n'a pas beaucoup d'importance" et le médecin 2 trouve que "c'est exactement ce qu'on fait".

Les autres médecins proposent tous d'autres termes ayant un point commun: il s'agit d'une "interruption de grossesse", qu'elle soit "volontaire", "médicale", "partielle", "sélective". Pourtant, si l'on excepte les cas où une fausse-couche survient, il y a bien une grossesse à l'issue de cet acte. Un de ces médecins (le médecin 4) souligne qu'il n'y a pas dans le terme de "réduction embryonnaire" la "notion de disparitions". Ne s'agit-il pas alors, par les mots d'interruption de grossesse, d'essayer d'approcher davantage l'idée de mort incluse dans cet acte, sans pour autant la nommer ?

Il semble s'agir, pour les médecins, de donner un nom à quelque chose d'"innommable" tant pour eux que pour le couple.

A propos du terme "réduction embryonnaire", 3 médecins soulignent une accessibilité pour les parents: "c'est le mot du langage commun", "mot du langage courant", "dans l'esprit des gens, c'est parlant". Il semble s'agir d'un accord tacite entre médecin et couple pour désigner un acte innommable en employant des mots simples et non choquants.

Réponses des couples (question E)

9 couples sur 11 se déclarent satisfaits de ce terme. Parmi eux, 2 relèvent plus particulièrement la volonté de déguiser contenue dans ces mots: M. C souligne le côté aseptique du terme ("mas trop agressif") et Mme A s'en dit satisfaite bien que pour elle il s'agisse d'une "IVG".

Par contre, 2 patientes dénoncent cette volonté d'édulcorer la réalité: Mme J affirme que pour elle il s'agit bel et bien IVG quel que soit le mot employé, et Mme K dit: "ce qui me gêne, c'est que ça ne comporte pas assez l'idée que c'est un être humain qu'on enlève".

En majorité, les couples souhaitent donc voir employer des mots simples et neutres pour désigner cet acte. Même si le sens profond du geste est compris, le non-dit semble constituer une barrière de protection.

Concernant la technique elle-même

Réponses des médecins (question n°4)

Les termes utilisés par les médecins pour décrire la technique sont simples et compréhensibles pour tous. Un mot employé par le médecin 3 dans un contexte technique a attiré notre attention: "endormir le bébé". Ce mot chargé d'affectivité semble révélateur d'un conflit intérieur à ce médecin: faut-il ou non pour le couple essayer d'adoucir la perception de la situation? Il s'agit dans un contexte assez technique et froid, de l'emploi d'un terme qui rappelle que derrière tout embryon se cache un enfant virtuel. Faut-il que le médecin introduise de l'humain dans ses explications techniques? Quelle balance faut-il adopter? Saurait-il pas pour but également d'adoucir pour le médecin la perception d'un geste technique porteur de souffrance et de mort?

Réponses des couples (question C)

Les mots employés par les couples pour décrire le geste sont beaucoup plus crus que ceux des médecins et dénués d'affectivité:

Dans un cas seulement, une patiente (Mme D) parle de "bébé". Elle associe d'ailleurs ce mot à celui de "tuer": "on allait tuer mon bébé"; cette patiente, qui a fait une fausse-couche, fait partie de celles qui expriment par la suite une grande souffrance.

Dans les autres cas, les mots "foetus" ou "embryons" sont employés et 3 couples expriment clairement une idée de mort (tuer, mourir).

Il est intéressant de confronter le discours des couples et celui des médecins, en particulier le Dr 5 et ses patients. En effet, ce médecin emploie des mots particulièrement neutres pour décrire le geste de la RE. Or, ses 3 patientes prononcent les mots: "tuer", "meurt", "tuait" (patientes D, E, F). En fait, il semble ne pas y avoir de relation entre les mots employés par les médecins et la façon dont les gens se formulent à eux-même la situation, comme si le domaine du non-dit les frappait plus que le discours réel. Pour les couples, il ne semble pas y avoir de bénéfice à introduire des sentiments humains dans l'explication du geste technique. Le fait de dissocier la technique et les affects peut-il être un mécanisme de protection?

Concernant le devenir des embryons:

Réponses des médecins (question n°4)

Les mots employés par les médecins qui évoquent ceci avec les couples sont les suivants: "le bébé va se momifier.", "se lyse", "disparaît tout seul", "ne va pas disparaître, va simplement petit à petit se décomposer". Ces quelques mots illustrent bien à eux seuls les difficultés rencontrées par les médecins pour nommer. Comment nommer la mort sans heurter?

Réponses des couples (question C)

Les couples qui ont mentionné des explications concernant le devenir des embryons emploient des mots très similaires à ceux des médecins, sans affect particulier ("se désagrègent", "se dessèchent à l'intérieur").

Le dit et le non-dit

Avec les questions n°5 et D, nous avons voulu inciter les médecins à réfléchir sur les mots employés pour leur discours, et étudier leurs répercussions sur les couples.

Réponses des médecins (question n°5)

Il est intéressant de noter que pour 6 médecins sur 7, ce sont des idées ou des représentations qui choquent les gens plus que les mots. Ainsi, pour les médecins 1 et 4, c'est "la totalité de l'acte", "l'idée", "le choix qu'ils ont à faire" qui choquent les couples, pour les médecins 2 et 5, c'est le risque de fausse-couche, pour le médecin 6, ce sont les futures "difficultés de couple" et pour le médecin 7, ce sont ses positions parfois tranchées.

Seul le médecin 3 dit: "je fais très attention aux mots que je choisis", c'est d'ailleurs celui qui emploie le mot de "bébé" dans un discours technique; nous pouvons penser que ce choix est dès lors un choix réfléchi, visant à introduire de l'humanité dans une procédure par ailleurs très technique.

Réponses des couples (question D)

Les réponses des couples à cette question nous ont beaucoup surprise. Contrairement à ce que nous attendions, ils ont clairement montré que les patients ne sont pas très sensibles aux mots employés. Une seule patiente (Mme K) a été choquée par des termes employés par le médecin, mais pour décrire les complications des grossesses multiples et non la RE. Parmi tous les autres couples, aucun n'a été choqué par le discours médical en lui-même. 2 patientes ont mal vécu l'idée contenue dans la RE, mais pas le discours (Mmes D et E) et 2 autres ont été dérangées par les prises de position du médecin (Mmes C et I).

Que ce soit pour l'annonce de la possibilité d'une RE ou pour l'information relative à celle-ci, les couples semblent donc beaucoup plus sensibles à la forme du discours qu'à son contenu. Il faut que le médecin soit disponible, prenne son temps, les reçoive dans un endroit intime, adapte son discours à leur demande. Par contre, les mots employés ne semblent pas avoir de grande importance.

Le délai de réflexion

Réponses des médecins (question n°7)

Tous les médecins interrogés ont déclaré laisser un délai de réflexion aux couples. La durée de ce délai est relativement homogène: c'est le temps qui sépare le diagnostic de grossesse multiple de la réalisation de la RE. Pour 6 médecins sur 7, il varie donc d'une à six semaines environ selon le terme auquel le couple fait sa première échographie portant le diagnostic de grossesse multiple. Pour le médecin n°2, compte-tenu de la précocité du terme auquel il réalise les réductions (5-6 semaines d'aménorrhée), le délai ne peut mathématiquement excéder une semaine.

Par contre, pour la grande majorité de ces médecins (6 sur 7), ce délai de réflexion se justifie par les impératifs techniques et légaux: le couple dispose en effet d'un délai parce que la réduction ne se fera pas avant 10-12 SA. Au regard des réponses, nous pouvons penser que si le couple consulte tard et que le terme se rapproche des 12 semaines "maximales", le délai de réflexion sera raccourci voire même inexistant. Ceci est d'ailleurs confirmé par 2 réponses: "si on les voit largement à l'avance, on leur laisse beaucoup de temps jusqu'à un mois, mais si elles nous sont adressées tardivement vers 11-12 semaines, on est parfois obligés de raccourcir le délai" et "c'est un délai d'une semaine à peu près; sauf quand je suis dans la situation d'urgence".

**Il nous paraît utile ici d'expliciter un point:
le terme de 12 SA choisi de façon relativement consensuelle pour la réduction
embryonnaire est issu de 2 types d'arguments (question n° 9):**

médicaux:

il permet de laisser passer la période de s fausse-couches spontanées et de laisser apparaître les principales malformations foetales visibles en échographie; par ailleurs, le nombre de fausse-couches dues à la technique augmente après 13 SA.

juridiques:

devant l'absence de législation concernant la réduction embryonnaire, la majorité des médecins s'efforce d'intégrer cette pratique dans un cadre juridique; 3 médecins parmi ceux interrogés considèrent qu'il s'agit d'une IVG et justifient ainsi le délai de 12 semaines d'aménorrhée. Pour aller jusqu'au bout de cette comparaison, il faudrait observer un délai de réflexion légal d'une semaine.

Dans notre recherche, 6 médecins réalisent les RE vers 10-11 semaines pour les raisons exposées ci-dessus; par contre, l'un d'entre eux les fait entre 5 et 6 SA, estimant qu'elles sont alors moins douloureuses psychologiquement pour les patients parce qu'à ce terme-là, "les enfants n'ont pas d'existence". Nous reviendrons sur ce point dans la discussion.

En fait le délai de réflexion est directement corrélé au terme auquel ces couples consultent pour la première fois et au terme maximal admis pour la RE.

Seul un des médecins rencontrés souligne la nécessité pour le couple de ce délai de réflexion, et le pense réellement comme tel, puisqu'il y associe même l'idée d'une consultation avec un psychologue pour aider les patients à prendre une décision ou à la vivre mieux: "on essaie de faire en sorte qu'il y ait non seulement un délai de réflexion mais aussi un entretien psychologique obligatoire". Il propose ainsi le recours à un référent permettant d'initier une réflexion autre que médicale chez le couple.

La durée optimale du délai de réflexion pose également des problèmes. Ainsi, comme le dit Mme J., le délai de réflexion était trop long et anxiogène pour elle car elle avait bénéficié d'une information précoce et avait donc de longue date pris sa décision. L'angoisse du couple n'est-elle pas majorée si le délai de réflexion est long ?

Réponses des couples (question G)

Pour 8 couples, le délai de réflexion n'en est pas réellement un car il est motivé par des impératifs techniques. Pendant ce délai qui permet la prise de décision, seul un couple (le couple C) s'est vu proposer l'aide d'un psychologue. Les réponses des patients à cette question corroborent celles des médecins. Ceux-ci ne proposent pas d'aide psychologique pendant cette période; soit ils l'imposent quand il y a litige entre le couple et le médecin (patientes G et H en désaccord avec le médecin concernant le nombre d'embryons à réduire), soit ils le proposent une fois que la décision est prise, pour aider le couple à vivre moins douloureusement la RE. Face à cette attitude, 7 femmes insistent sur la nécessité de proposer aux couples une aide psychologique pendant la période qui leur est accordée pour réfléchir; 2 d'entre elles ont fait de leur côté une démarche personnelle pour obtenir cette aide (Mme A est suivie par un psychanalyste et Mme I par un psychologue).

La prise de décision, le recueil du "consentement éclairé"

Acceptation de la RE

A l'issue de l'information délivrée par le médecin et du délai de réflexion, le couple accepte ou refuse la RE. Notre étude n'a porté que sur les couples qui ont accepté et nous n'allons donc pas analyser les raisons des refus.

Comme nous l'avons vu précédemment, les couples acceptent la RE soit parce *que* l'un des 2 conjoints y était d'emblée favorable, soit parce que le médecin a su à force de persuasion convaincre les couples hésitants. Les couples accordent alors leur confiance au médecin.

Dans 2 cas sur 7, les couples sont appelés à signer un document attestant de leur demande de RE. Ce sont en fait les patients de deux équipes qui ont décidé de se rapprocher du cadre légal de l'IVG (Annexe n°8) ou de l'IMG. Dans les autres cas, il s'agit d'un accord tacite entre eux et le médecin.

Décisions plus techniques (questions 8 et H)

Ces décisions concernent surtout le nombre d'embryons à garder et lesquels.

Choix des embryons... Réponses des médecins

L'attitude des médecins interrogés est consensuelle: le choix des embryons à éliminer repose sur leur accessibilité. Il s'agit de ne prendre aucun risque pour la poursuite de la grossesse.

Cinq d'entre eux intègrent aussi dans leur décision des critères morphologiques: ils réduiront préférentiellement les embryons malformés, ou porteurs d'une nuque épaisse, ou de petite taille (car les anomalies chromosomiques s'accompagnent souvent d'une petite taille). Par contre, les deux autres médecins n'abordent pas le problème des malformations, ni dans la justification du terme de la RE, ni dans le choix des embryons.

A aucun moment l'avis des parents n'est pris en compte pour cette décision. Pourtant, le médecin doit être honnête et ne peut pas garantir formellement la qualité des embryons qui vont rester en place.

Ainsi, que peut penser un couple qui n'accouchera pas à terme d'un enfant "parfait"?

Choix des embryons... Réponses des couples

Elles confirment celles des médecins; les couples ne sont pas consultés pour cette décision qui repose uniquement sur des arguments médicaux. Aucun des couples interrogés ne revendique une participation. Au contraire, 3 patients occultent complètement la question, ce qui peut témoigner d'un mécanisme défensif, et 4 autres expriment une souffrance: Mme B dit: "je n'ai pas participé à ce genre de choses", et Mme K "je n'ai pas eu à choisir". Les couples semblent soulagés d'être laissés à l'écart d'une telle décision.

Nombre d'embryons... Réponses des médecins

Ici l'attitude des médecins est plus partagée: 3 médecins prennent une décision commune avec le couple, et 4 médecins se déterminent seuls. Cependant, même quand le couple est concerté, le nombre d'embryons à garder est quand même prédéterminé par le médecin:

2 médecins réduisent les grossesses à deux embryons et jamais moins

3 médecins acceptent de réduire à une grossesse singleton (médecins n°1, 3 et 5) à la demande des parents

les médecins n°4 et 6 n'y sont pas formellement opposés et l'admettent en cas de risque obstétrical majeur.

L'avis des couples est pris uniquement par les médecins qui acceptent de réduire à un embryon, les autres imposent la réduction en une grossesse gémellaire.

L'argument évoqué pour le choix du nombre est le bénéfice obstétrical. Les médecins n°3 et 5 considèrent d'ailleurs que la réduction à 1 embryon se trouve justifiée pour cette même raison: "si l'on veut vraiment gagner, il est clair qu'il faut réduire à un" et "si on veut vraiment réduire la prématurité, il faut passer de 3 à 1". Par contre, le médecin n°7 est formellement opposé à la réduction en dessous de 2 embryons car il considère que les gémellaires sont des grossesses normales et que la RE n'est acceptable que lorsqu'on sort de la norme.

Nombre d'embryons... Réponses des couples

Elles montrent que le choix des couples dans ce domaine est très limité. Il faut mettre à part le cas de Mme A où la décision a été secondaire à la découverte d'une anomalie embryonnaire. Même lorsque les couples sont consultés, il existe toujours une attitude préétablie par le médecin:

Les 2 patientes du Dr 3 insistent sur la pression qu'elles ont ressentie, le médecin voulant absolument réduire 2 embryons pour garder une grossesse singleton.

Les 3 patientes du Dr 5 étaient favorables à une grossesse gémellaire et n'ont donc pas eu à entrer en conflit avec lui, mais l'une d'entre elles (Mme F) souligne que l'équipe était clairement opposée à une réduction en grossesse unique.

Quant aux Drs 4 et 6, ils imposent d'emblée une RE en une grossesse gémellaire et jamais en dessous. En cas de conflit avec le couple, un psychologue est imposé et si le conflit persiste, le couple est adressé à une autre équipe. Le cas de Mme H est exceptionnel, car il s'agit d'un réel devoir de réparation: la patiente refusait le transfert de plusieurs embryons car elle ne voulait impérativement qu'un enfant; le médecin, soucieux de préserver les chances de grossesse, a insisté pour lui replacer 3

embryons en lui promettant une RE en cas de grossesse multiple.

Au total, l'espace de décision laissé au couple est très restreint. C'est le médecin qui détermine réellement le nombre d'embryons à réduire. Est-il souhaitable qu'il en soit autrement ?

Relation médecin-couple face au deuil

Manifestations du deuil

Réponses des médecins (question n°10)

Tous les médecins rencontrés reconnaissent l'existence d'un processus de deuil chez les patientes ayant subi une RE. Si 2 d'entre eux ne connaissent pas sur le déroulement de ce deuil, les 5 autres semblent avoir une expérience commune dans ce domaine: le deuil se manifeste au moment de la prise de décision de la réduction, puis il est suspendu pendant la grossesse et lors de l'accouchement; 3 médecins parmi ces 5 soulignent d'ailleurs la joie exprimée par les patientes au cours de la grossesse et à l'accouchement.

2 médecins ne suivent le plus souvent pas les grossesses des patientes pour lesquelles ils ont fait une RE, pour 2 raisons essentiellement:

soit parce qu'ils ne suivent pas de grossesses (Dr 6)

soit parce qu'ils reçoivent des patientes spécifiquement pour les réductions, et celles-ci retournent ensuite faire suivre leur grossesse par le médecin qui les a adressées (Dr 5). Cette façon de procéder est-elle recommandable?

Prise en charge psychologique

L'attitude des médecins face au processus de deuil et à sa prise en charge est la suivante

Alors que chaque médecin reconnaît l'existence d'un sentiment de deuil au moment de la prise de décision de RE, seul l'un d'entre eux oriente parfois les couples vers un psychologue (question n°7).

Après la RE et au cours de la grossesse, 6 médecins sur les 7 semblent prendre en charge personnellement l'accompagnement psychologique du couple; seul un médecin (Dr 2) confie le couple à la psychologue du service. Pendant cette période, il leur semble que le sentiment de deuil disparaît. - Après l'accouchement, aucun des médecins ne continue la prise en charge psychologique du couple, et à nouveau seul l'un d'entre eux (Dr 4) les adresse à la psychologue du service. Or, aucun des médecins n'a d'expérience personnelle du devenir au long cours du processus de deuil comme le montrent leurs paroles: "je ne crois pas", "je ne sais plus", "quelques études".

Au vu de ces résultats, deux éléments retiennent l'attention

Alors que tous reconnaissent l'existence d'un processus de deuil et les limites de leur compétence dans ce domaine, seuls 3 médecins adressent les couples à un psychologue ou à un psychologue.

Quand les patients sont adressés à un psychologue, ce n'est pas toujours au moment le plus adapté à leur souffrance.

Il est donc nécessaire d'analyser la demande et les attentes des patients. Par ailleurs, la prise en charge psychologique des couples doit-elle ou non être confiée à un psychologue faisant partie de l'équipe de PMA ?

Manifestations du deuil

Réponses des couples

4 patientes sur 11 (B, H, I, J) n'ont ressenti ni sentiment de perte ni culpabilité. Ces femmes ont toutes mis au monde des enfants bien portants à l'issue de la RE (aucun des enfants n'a été hospitalisé après la naissance).

1 femme a ressenti un sentiment de perte uniquement après avoir fait une fausse-couche, mais pas à distance de la RE (Mme F).

Six femmes expriment une réelle souffrance psychologique:

. 2 femmes ont ressenti un authentique sentiment de deuil, lié à la perte d'un enfant. L'une a fait une fausse-couche suite à la RE (Mme D); l'autre était initialement hostile à la RE et ses enfants ont été hospitalisés pendant un mois après la naissance (Mme K).

. 2 patientes éprouvent un sentiment de perte associé à un fantasme de punition. L'une (Mme A) refusait initialement la RE; pour elle, la grossesse multiple et la RE sont une punition eu égard à son parcours de FIV, comme si vaincre la stérilité revenait à transgresser un interdit. Une de ses jumelles a été hospitalisée un mois après la RE. L'autre patiente (Mme E) a deux enfants hospitalisés depuis 9 mois dont l'un toujours en réanimation. Auparavant, cette patiente avait fait une IMG pour anomalie cérébrale foetale; pour elle, avoir 2 enfants hospitalisés est une punition parce qu'elle en a tué 2 autres (IMG et RE).

. 2 femmes (Mmes C et G) éprouvent une forte culpabilité quant au choix de l'embryon éliminé, se questionnent sur le pourquoi de ce choix et sur la place du hasard. Un des enfants de Mme G a été hospitalisé en période néonatale et opéré.

Au total, 6 patientes ont souffert psychologiquement au décours de la RE. Trois types de symptômes sont retrouvés: la perte, les fantasmes de punition et le questionnement relatif au choix de l'embryon.

Ces formes de souffrance psychologique, regroupées sous le terme de deuil ont une chronologie similaire pour toutes les patientes

Elles apparaissent avant la RE, lors de la prise de décision - elles se poursuivent en début de grossesse

Elles deviennent plus latentes au fur et à mesure que la grossesse avance

Elles réapparaissent après l'accouchement

Environ un an après l'accouchement, elles se manifestent par réminiscences.

Les patientes qui ont éprouvé ou éprouvent encore un sentiment de perte ou un fantasme de punition sont celles pour qui l'issue de la grossesse a été la plus difficile:

- . soit elles ont fait une fausse-couche (1 patiente),
- . soit leurs enfants ont été hospitalisés en période néonatale (3 patientes).

A l'inverse, parmi les patientes qui n'ont souffert d'aucun trouble psychologique, aucune n'a fait de fausse-couche ou n'a eu d'enfant hospitalisé

Par ailleurs, 5 patientes (A, D, E, G, K) sont entrées en conflit avec leur conjoint pendant le déroulement de la RE, soit pour prendre la décision de RE soit pour déterminer le nombre d'embryons à garder. Ces 5 patientes ont présenté une souffrance psychologique (toutes formes confondues) pendant et après la RE et parmi elles, 3 mentionnent que leur conjoint n'a pas du tout éprouvé les mêmes sentiments (Mme A, D, K). A l'inverse, les patientes qui n'ont pas éprouvé de sentiment de deuil n'ont été à aucun moment en désaccord avec leur conjoint.

Nous avons également remarqué que, parmi les 4 patientes qui n'expriment pas de sentiment de deuil après la RE, 3 avaient été informés de la possibilité de grossesse multiple et de RE avant le transfert d'embryons.

La survenue ou non d'une souffrance psychologique semble donc corrélée d'une part au degré de cohésion du couple, à la précocité de l'information sur la grossesse multiple et la RE, aux événements de fin de grossesse quel qu'en soit le terme. et surtout à l'état de santé du ou des nouveaux-nés.

Prise en charge psychologique

Les 5 patientes qui n'ont pas éprouvé de sentiment de deuil après la RE n'ont pas du tout parlé de prise en charge psychologique.

Parmi les 6 patientes ayant présenté une souffrance au cours de la RE et de la grossesse, seules 2 se sont vues proposer une aide psychologique (Mme C avant de prendre la décision de RE, Mme K après qu'elle a pris cette décision).

Les 4 autres patientes ont toutes ressenti un besoin de parler de la RE au cours de leur grossesse ou après l'accouchement

Mme A a effectué une démarche personnelle et est en psychanalyse

Mme D a parlé de son sentiment de deuil avec son mari, et souligne qu'elle aurait alors apprécié une aide psychologique extérieure

Mme E s'est confiée à son mari et à sa mère, puis à un psychologue (suite aux conseils des pédiatres en charge de ses enfants)

Mme G partage ses souffrances avec une de ses amies; elle a eu un très mauvais contact avec un psychologue imposé par son médecin et ne veut plus en revoir.

Au vu de ces résultats, il semble que l'aide psychologique apportée par le médecin ne soit pas suffisante, et il paraît essentiel que le recours à un psychologue soit proposé à toutes les patientes à qui l'on effectue une RE.

Réflexion des médecins sur leur pratique

Nous avons questionné les médecins sur les problèmes que la réalisation de la RE leur pose.

Le médecin n°6 a livré une réponse très tranchée sans la développer, affirmant que cette pratique ne lui posait aucun problème personnel. Ceci semble révélateur d'un mécanisme de défense.

Les 6 autres médecins ont argumenté leur pratique de la RE, en exposant le dilemme moral qu'ils ont pu rencontrer, et le cheminement de leur réflexion personnelle pour aboutir à l'acceptation de la RE. 3 d'entre eux soulignent la responsabilité du médecin dans la survenue d'une grossesse multiple, et le souci de réparation.

Tous fondent la RE sur des arguments de bénéfice médical attendu, et prennent en compte la balance "bénéfice-risques". Chaque médecin souligne le paradoxe inhérent à la RE, et pèse les arguments pour ou contre sa réalisation. A l'issue de cela, 3 d'entre eux déclarent que la RE répond à l'exigence du "moindre mal".

Réflexions des couples sur la réduction embryonnaire

A l'unanimité les couples émettent des remarques en amont de la RE. C'est au niveau de la FIV ou de la stimulation de l'ovulation qu'il y a des éléments à corriger. Leur préoccupation est d'éviter la RE.

Ainsi, 2 patientes affirment qu'elles ne referaient pas de FIV (Mmes A et B), 2 femmes refuseraient la stimulation de l'ovulation (Mmes I et K), et 5 patientes feraient réimplanter 2 embryons maximum.

Il semblerait que les couples, après avoir réellement pris conscience du risque de grossesse multiple, modifient leur attitude et adoptent une plus grande prudence.

En revanche, seule une patiente regrette d'avoir accepté la RE et n'en referait pas (Mme F); cette femme a fait une fausse-couche à 15 SA et n'a pas d'enfant à ce jour. Les autres patientes reprendraient la même décision si elles étaient à nouveau enceintes de triplés.

Concernant le déroulement de la RE, les critiques des couples portent sur 2 points

2 femmes (Mmes B et G) soulignent la nécessité d'améliorer la relation patiente-équipe médicale, se plaignant du manque d'écoute et de chaleur.

2 patientes du Dr 6 (Mmes G et K) regrettent de ne pas avoir eu d'anesthésie générale et 1 patiente (Mme D), à qui l'on a proposé une anesthésie locale, a trouvé que c'était "inhumain".

Les patientes se montrent une fois encore très attentives à tout ce qui entoure l'acte technique lui-même et qui témoigne de leur considération en temps que personne.

CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE

Choix des populations

Notre recherche avait pour but d'analyser la relation médecin-couple dans la pratique de la RE, d'en dégager les éléments susceptibles d'être améliorés et, par comparaison entre les différents points de vue des médecins et des couples, d'essayer de reconnaître quelques attitudes consensuelles ayant pour objectif le moindre mal. Pour cela, il ne s'agissait pas d'évaluer la pratique d'un médecin donné dans un lieu donné, mais de comparer plusieurs pratiques afin de déterminer quelques lignes de conduite nous paraissant répondre aux principales exigences éthiques.

Le premier reproche que l'on pourrait faire à ce travail porte sur la **faiblesse des effectifs de médecins**. Celle-ci est secondaire à nos critères d'inclusion:

- d'une part le temps qui nous était imparti pour réaliser ce travail ne nous permettait pas d'aller interroger des médecins habitant loin de Paris et de sa région,
- d'autre part, nous avons limité notre recrutement aux médecins travaillant dans le secteur public, car nous pensions que les motivations pour faire des PMA et donc des RE dans le secteur privé pouvaient être différentes (en particulier financières) et introduire un biais dans notre étude. Comme il fallait comparer les pratiques de ces différents médecins, il était nécessaire d'homogénéiser la population pour certains critères,
- de plus, nous avons limité notre étude à une population de gynécologues-obstétriciens, afin que les exigences éthiques et déontologiques en matière de compétence professionnelle et de formation soient respectées. En effet, ces médecins ont tous suivi un cursus chirurgical qui les autorise à pratiquer des RE.

Des critiques semblables pourraient porter sur les **critères d'inclusion des couples**:

- là aussi comme dans le cas des médecins, le temps ne nous permettait pas de rencontrer des couples habitant loin de Paris et de sa région,
- nous avons exclu de notre étude les RE pour motif médical ou interruptions sélectives de grossesse à visée thérapeutique car celles-ci posent des problèmes éthiques différents de ceux des RE pour grossesse multiple. En particulier les motivations de ce geste sont toujours médicales et l'impact psychologique sur les patients en est par conséquent vraisemblablement différent.

Cependant, les principaux reproches que l'on pourrait faire à ce travail portent sur les **modalités de recrutement des couples**:

- Comme l'a souligné le Dr 7, contacter des couples rétrospectivement sans leur avoir demandé préalablement leur avis peut constituer une atteinte au secret médical. Cet argument nous a semblé tout à fait juste, mais nous n'avions pas d'autre possibilité qu'une étude rétrospective, puisqu'une grande partie de notre travail devait porter sur les différentes phases du deuil. Pour faire en sorte que le secret médical soit respecté, nous avons initialement proposé que les patientes soient recontactées par l'équipe médicale qui avait réalisé la RE, mais plusieurs médecins ont préféré nous communiquer les coordonnées de leurs patientes pour que nous les recontactions. Nous pourrions à cette occasion renouveler notre critique ici, puisqu'à une exception près, les médecins nous ont communiqué des listes portant les noms entiers des couples ayant fait une RE, ce qui va à l'encontre de l'impératif de confidentialité.

A posteriori, il semble tout à fait recommandable pour le respect du secret médical que les équipes médicales se chargent elles-mêmes de recontacter les couples pour ce type d'étude, et leur communiquent les coordonnées téléphoniques de l'étudiant plutôt que de confier à ce même étudiant les adresses des patients..

- Initialement, nous avons choisi de faire parvenir aux couples un courrier, afin de mieux respecter leur éventuelle volonté de ne pas participer à notre étude. Rapidement, nous nous sommes rendue compte que peu de ces couples nous répondaient alors que les patientes contactées par téléphone par l'équipe des Drs 4 et 6 nous rappelaient très rapidement. Notre effectif se portait à l'issue de ce premier recrutement à 7 couples. Nous avons alors supposé que la majorité des couples qui ne nous recontactaient pas agissaient ainsi plutôt parce que notre courrier était oublié dans un endroit quelconque (ou non reçu) que par réel refus de participer à l'étude. En accord avec le Pr Hervé, nous avons alors décidé de tirer d'autres couples au sort et de les contacter une fois unique par téléphone. Si les couples n'étaient pas à leur domicile, nous laissions un message sur leur répondeur téléphonique et nous attendions qu'ils nous rappellent. Cette fois-ci, les résultats ont été bien meilleurs et ont d'ailleurs confirmé que les couples avaient souvent oublié notre courrier parce qu'ils étaient très occupés ailleurs.

Ainsi, il semble qu'il soit plus efficace de recontacter les patients · par téléphone que par courrier. Mais il faut selon nous savoir aussi **respecter le silence des gens** et ne pas s'acharner à les rappeler, en particulier si l'on a laissé un message sur un répondeur téléphonique. En accord avec ce que nous avons recommandé ci-dessus, il nous semble toutefois que ces recrutements téléphoniques doivent être faits par l'équipe médicale qui a réalisé la RE.

Il nous semble toutefois que ces recrutements téléphoniques doivent être faits par l'équipe médicale qui a réalisé la RE.

- Une autre critique pourrait porter sur le fait que le nombre de couples par médecin n'est pas homogène. Initialement, le nombre de couples contactés par médecin était homogène, sauf pour le Dr 4, qui n'avait réalisé lui-même que 2 RE. Cependant, comme 4 médecins seulement avaient accepté que l'on recontacte leurs patientes, nous avons décidé de l'inclure dans notre travail. De plus, les Drs 4 et 6 appartiennent à la même équipe et ont des attitudes souvent comparables, donc cette patiente pouvait facilement être associée à celles du Dr 6. Par souci de précision, nous avons cependant mentionné sur l'entretien qu'elle était une patiente du Dr 4. Le nombre final de couples par médecin est hétérogène car les couples tirés au sort n'ont pas tous été joints ou n'ont pas tous été en mesure de nous rencontrer.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX RECUEILLIS

Parmi les renseignements recueillis chez les couples, un est très criticable: le niveau socioéconomique.

En effet, nous avons évalué ce niveau subjectivement, en prenant en compte la profession de chacun et l'observation de leur lieu d'habitation. Nous aurions pu établir une cotation de ce niveau socioéconomique en utilisant par exemple les salaires cumulés des 2 conjoints. Nous sommes tout à fait consciente de l'absence de valeur scientifique de ce type de renseignements, mais nous ne voulions pas être trop indiscreète dans un domaine qui pouvait, aux yeux des couples, n'avoir aucun rapport avec la RE. Nous n'avons pas utilisé ce renseignement dans l'interprétation de nos résultats, consciente de sa subjectivité.

CHOIX ET LIBELLE DES QUESTIONS

Les critiques pourraient, selon nous, porter surtout sur l'entretien avec les couples.

- Nous aurions dû poser une question plus explicitement axée sur l'aide psychologique, et sur ce que les couples en attendent. La réponse à cette interrogation figure dans nos entretiens, mais de façon éparse, ce qui nécessite un travail de synthèse laborieux de la part du lecteur.

Il aurait pu être instructif, dans le cadre de notre recherche sur le travail de deuil, de chercher à savoir comment les couples considèrent l'embryon. Nous avons initialement posé la question suivante: "pour vous, que représente un embryon?" mais nous l'avons jugée trop agressive. Or, 4 couples sur 11 ont affirmé n'avoir connu aucune souffrance psychologique au cours de la RE. A posteriori, nous aurions pu étudier plus précisément les réponses de ces couples si nous avions pu analyser leur conception de l'embryon. Il serait enrichissant de savoir si elle diffère de celle des couples qui ont fait un travail de deuil.

ANALYSE DE CONTENU

L'analyse de contenu des entretiens, qualitative, comportait un risque majeur: introduire un **bias d'interprétation** du fait de nos propres convictions. Nous avons souhaité pour cela travailler avec une psychologue, ce qui avait pour avantage, outre la compétence dans un domaine qui nous était étranger, d'apporter un autre éclairage que le nôtre sur les réponses des médecins et des couples. Nous nous sommes efforcée tout au long de ce travail de ne pas nous laisser envahir par nos préjugés, nos idées reçues et nos réactions affectives. Nous espérons être parvenue à un minimum d'objectivité.

Comme ce chapitre l'illustre, nous sommes consciente de **l'imperfection de ce travail**, qui doit être considéré comme une initiation de notre propre réflexion. Pour pouvoir l'améliorer et l'élargir à la pratique de la PMA en général, nous serons à l'écoute des critiques qui pourront encore lui être faite. Notre réflexion ne demande qu'à pouvoir se perfectionner.

DISCUSSION

La communication medecin- couple

La RE, en touchant à l'origine de l'Homme, met en exergue des problèmes fondamentaux qu'il faudrait rechercher de façon plus générale dans toutes les PMA.

Au travers de la RE et de sa pratique est soulevé en particulier le problème de la relation médecin-couple. Les différences avec une classique relation médecin-malade sont, d'une part que le médecin s'adresse le plus souvent à deux personnes, qui forment un couple et d'autre part, qu'aucun des deux n'est malade.

Habituellement, quand un malade consulte un médecin, la relation est au départ déséquilibrée: l'un a une demande relative à sa santé et à sa vie, et l'autre possède le savoir. Dans le cas particulier de la RE, les données sont différentes et la relation retrouve un certain équilibre parce qu'il y a une **responsabilité médicale** dans la grossesse multiple, et une **revendication potentielle de réparation** du côté du couple, qu'elle soit ou non exprimée. En effet, les couples rencontrés ont souvent insisté sur le fait que le médecin ne leur avait pas demandé leur avis avant de leur réimplanter 3 embryons, causes de leur grossesse multiple. Dans leur conception de la situation, le médecin a pour **devoir** de réparer.

Dès lors, la relation entre ces personnes va s'articuler autour de plusieurs paradoxes: il va falloir détruire une partie de ce qu'ils ont obtenu ensemble pour réparer, éliminer un ou plusieurs embryons pour permettre aux autres de vivre bien. Le médecin va en premier lieu accepter lui-même de réaliser une RE, puis il va informer le couple et recueillir son consentement.

I. LE MEDECIN FACE A LA DECISION DE RE

Dans un premier temps, le médecin doit mener sa propre réflexion pour décider finalement de proposer au couple une RE: selon **F. NANTERMOZ**, "le médecin a cette réflexion à *mener pour* garantir l'humanité d'une technique contraire à son projet de médecin voire d'homme ou de femme" (31).

Sa pensée s'articule alors autour de plusieurs axes; dans notre recherche, nous avons ainsi retrouvé des arguments d'ordre médical, d'ordre social, économique et affectif, et du domaine des convictions. Le médecin fera reposer sa décision sur ces divers arguments, puis délivrera au couple une information qui en sera nécessairement imprégnée.

Jeffrey BOTKIN (32) a identifié 3 niveaux de réflexion:

- le niveau professionnel basé sur la pratique médicale

- le niveau basé sur la raison et la capacité à penser
- le niveau de la subjectivité.

Pour le médecin, il s'agit de regrouper des arguments médicaux, de considérer la balance "bénéfices-risques", de s'efforcer de se libérer de facteurs subjectifs pour mener une réflexion. Notre travail illustre la difficulté à atteindre ce but. Si tous les médecins prennent en compte les arguments médicaux et la balance "bénéfices-risques" pour justifier la RE, certains ne parviennent pas à suffisamment d'objectivité:

- le Dr 2 est influencé peut-être pour une grande part par ses convictions religieuses pour prendre ses décisions; son attitude ne vise plus au bien des patientes mais à s'accommoder avec ses propres croyances. Ainsi, réaliser des RE à 5-6 SA, période où l'embryon est à peine visible, pénalise certaines patientes: si une malformation apparaît par la suite et si le couple souhaite une IMG, il faudra faire une interruption sélective voire totale de grossesse après la RE. Quelle peut alors être l'ampleur du traumatisme pour le couple? De même, ce médecin postule que la RE à ce terme est moins traumatisante pour les couples car ils ne voient pas les embryons bouger. Or tous les couples ont vu les embryons en échographie avant la RE et aucun n'a fait la moindre remarque sur ce point. En définitive, force est de nous poser les questions suivantes: Qui est réellement choqué par l'éventualité de faire les RE plus tardivement? N'est-il pas nuisible pour les couples de les faire si précocement?

- le Dr 3 a une attitude différente: elle prend toutes ses décisions en s'identifiant aux couples, et avec la conviction d'agir au mieux pour leur bien. Ainsi, pousser les gens à réduire leur grossesse à une grossesse singleton n'est pas justifiable médicalement; ceci repose sur la conviction profonde qu'une grossesse gémellaire va dégrader la qualité de vie ultérieure du couple. Est-il Chiquement acceptable qu'un médecin prenne ses décisions dans un contexte d'identification, donc d'affectivité ?

L'attitude de ces 2 médecins illustre bien les 2 traditions de philosophie morale décrites par Anne FAGOT-LARGEAULT (33):

- la **morale déontologique**, inspirée de la philosophie de KANT, est fondée sur le **devoir** et le respect sans condition du **caractère sacré de la vie**; ce respect est étendu à l'embryon, puisqu'il est une personne humaine potentielle. Le Dr 2 a un discours très empreint de ce type de morale. Il accepte la RE tant que la vie n'est pas encore visible. Il dira: "à ce terme là, je vois des poches et j'aspire des poches".

- la **morale téléologique**, inspirée de la philosophie de J.S. MILL, est fondée sur le **souverain bien et la qualité de la vie**. La conduite à adopter est alors celle qui apportera aux patients le maximum de bien et le minimum de préjudice. L'attitude du Dr 3 se rapproche plus de cette

tradition philosophique, puis-tu t elle vise toujours à favoriser la meilleure qualité de vie pour les couples après la RE.

Il nous semble que, idéalement, la réflexion éthique menée par les médecins devrait s'inspirer de ces 2 traditions sans favoriser l'une ou l'autre: oeuvrer pour le bien des couples en se posant cependant des limites témoignant du respect qu'ils ont envers l'embryon, personne humaine potentielle. On en comprend ici toute la difficulté en pratique.

II. L'ANNONCE DE LA RE ET L'INFORMATION DU COUPLE

II. 1 . QUAND ET COMMENT INFORMER ?

A l'issue de sa propre réflexion, le médecin accepte de réaliser la RE. **Il a alors pour mission d'informer les patients.**

Il semble, d'après les résultats de notre recherche, que l'attitude la plus recommandable consiste à informer précisément les couples sur les risques de grossesse multiple, et sur l'existence de la RE, avant le transfert d'embryons. Dans notre travail, seuls 2 couples (H et J) ne semblent avoir rencontré à aucun moment de difficultés psychologiques au cours de la grossesse. Ces 2 couples avaient été informés du risque de grossesse multiple et de la possibilité de RE avant le transfert d'embryons. Les couples instruits très tôt de la possibilité de grossesse multiple et de RE enregistreraient cette information, même inconsciemment, et seraient mieux aptes à y réfléchir voire à l'accepter lorsqu'ils y sont ensuite confrontés. D'autres publications sur la RE ont également rapporté ces conclusions (34,35) et le CENE a formulé un avis recommandant cette attitude en juin 1991 (36).

II.2. COUPLE-SUJET. COUPLE-OBJET

Les couples rencontrés dans ce travail témoignent d'une très force revendication à être reconnus comme personnes. Il s'agit pour eux de participer à la RE comme **sujets** à part entière et non comme **objets**. Par ailleurs, comme notre étude l'a montré, de façon unanime ces couples ne souhaiteraient pas refaire de PMA ou s'efforceraient de modifier certaines décisions prises par le médecin lors de cette PMA. Cette remarque semble comporter la même idée: les couples, trop souvent objets lors du déroulement de la PMA, et confrontés à la RE du fait même de cette PMA, affirment alors leur volonté de redevenir sujets. L'attitude la plus acceptable sur un plan éthique serait que les patients soient consultés au cours de la PMA chaque fois qu'une décision médicale peut influencer sur leur projet parental et leur vie future. Ainsi, il nous paraît indispensable qu'ils participent à la décision du nombre d'embryons à replacer après FIV. D'autres études ont abouti à cette conclusion (35), D'une certaine façon, ceci permettrait de leur restituer leur rôle de parents, trop souvent oublié dans la technicité. Il s'agit de leur rendre une certaine responsabilité dans la conception et l'accomplissement de leur projet parental, et de ne pas les en priver par un comportement paternaliste à l'excès. Le pouvoir médical devrait ici céder un peu de terrain à la relation humaine autour de la procréation, acte au départ naturel. De cette seule façon de procéder peut naître un consentement réellement éclairé. Ce consentement est alors un accord

tacite en toute confiance entre le médecin et le couple. Il ne nécessite nullement d'être mis par écrit, car il est un **véritable contrat moral** entre le médecin et le couple.

Certaines réflexions des conjoints rencontrés au cours de cette étude nous ont également intéressées. Ils déploreraient d'avoir été complètement mis à l'écart des discussions par le médecin, alors même qu'ils accompagnaient leur épouse à toutes les consultations, en PMA puis lors de la RE. L'un d'eux a même employé le mot d'"étalon" pour se qualifier: il n'avait en fait comme seul rôle que de s'enfermer dans une pièce pour apporter du sperme. Il revendiquait avec une grande force le droit de s'exprimer. Le médecin de PMA est un gynécologue qui est rarement confronté à des patients masculins. Mais il est essentiel que la relation en PMA et au cours de la RE reste une relation bipolaire entre un médecin et un couple. Ce couple doit constituer une entité non dissociable, et la relation ne doit pas devenir une relation médecin-femme, car c'est le couple qui procréé avec l'aide du médecin. L'incursion trop forte du médecin au sein du couple pourrait déposséder l'homme de son rôle de père, et l'atteindre dans sa fierté masculine. L'homme doit également rester sujet en matière de PMA et de RE.

II.3. LE DIT ET LE NON-DIT

Ces explications doivent être délivrées par le médecin qui réalise la PMA, en présence du seul couple, de façon à personnaliser l'information. Le contenu de l'information doit être aussi impartial que possible, même s'il est difficile d'être totalement objectif. Il doit comporter (37):

- un exposé des inconvénients et des complications des traitements de PMA,
- un exposé des risques des grossesses multiples et les conséquences sur le nombre d'embryons à transférer,
- une description de la technique de la RE, qui ne doit pas être présentée comme une solution à la grossesse multiple,
- un exposé des risques de la RE.

Par honnêteté le médecin devrait aussi faire part de l'impossibilité, malgré l'intervention de la technique, de garantir au couple la naissance d'un enfant "parfait".

Proposer la RE ou l'accepter à-priori témoigne déjà d'un parti-pris. Mais le couple a le droit d'avoir des convictions et des valeurs différentes, et le médecin se doit de les respecter.

Dans notre recherche, aucun couple n'a été choqué par le contenu du discours médical. Mais nous avons par ailleurs souligné que les mots employés par le médecin ne sont pas les mêmes que ceux utilisés par les couples pour décrire une même situation. Les réponses des patientes ont montré qu'elles avaient assimilé le sens réel de la RE, quels que soient les mots. Globalement, les médecins ont un discours neutre et aseptisé, qui satisfait majoritairement les couples. Il semble exister entre médecin et patients un consensus, un accord tacite sur le non-dit, mais il est important que ce non-dit n'entrave pas la compréhension par le couple et la mise en route de l'imaginaire. Face à ce non-dit, le couple s'exprime paradoxalement de façon plus technique, concrète et froide sur la RE. Ceci est particulièrement visible quand ils envisagent le devenir des

embryons et le sens des mots "réduction embryonnaire". Comme dans l'étude de M. GAREL (38), nous pensons que ce discours technique et apparemment dénué d'affects des femmes correspond à l'établissement de processus psychologiques défensifs. d'autant qu'émergent parfois des termes beaucoup plus chargés d'affectivité comme le mot "bébé".

Certains couples, au contraire, ont exprimé le souhait que les choses soient nommées sans volonté de dissimulation. Il importe donc que le médecin soit à l'écoute du couple et **adapte** son discours. Pour ce faire, il est fondamental de laisser un grand espace aux questions du couple. Il ne faut pas que le médecin escamote à tout prix, mais qu'il soit capable également d'un discours plus concret si le couple en manifeste la demande. Dans le même sens, le fait que tous les couples aient la possibilité de voir les embryons à l'échographie nous semble révélateur d'une volonté de ne pas dissimuler. Le médecin doit respecter la volonté de transparence de certains couples, et ne pas forcer les barrières défensives des autres.

CONCEPTION SOCIALE DE LA MISSION DU MEDECIN

I. DERIVE SOCIALE DE LA PRATIQUE MEDICALE

Les médecins que nous avons interrogés, et principalement les plus jeunes, déclarent prendre en compte des arguments sociaux pour réaliser la RE. A l'opposé, les couples acceptent celle-ci pour des motifs médicaux. Nous pensons que la RE n'est plus acceptable en tant que telle dès lors qu'elle ne repose plus sur des arguments médicaux, car il y aurait alors bien peu d'importance accordée au respect de l'embryon, personne humaine potentielle. Eliminer un embryon pour des raisons uniquement sociales ne permet plus de faire la différence entre une A: et une IVG. Or, les motivations des couples pour accepter une RE sont à l'opposé de celles qui conduisent à l'IVG. Comme les patientes l'ont souligné dans les entretiens, elles ont un très fort désir de grossesse; la RE ne s'impose que pour permettre à cette grossesse de se dérouler dans les meilleures conditions. On ne peut pas assimiler RE et IVG dès lors que le but de la RE est l'obtention d'une grossesse et d'un enfant.(article en référence)

Cette attitude des plus jeunes médecins semble coïncider avec l'orientation actuelle de la médecine, qui tend à résoudre de plus en plus de problèmes en dehors d'une réelle pathologie. Le médecin s'identifie alors fortement au patient, ce qui est discutable. Comme le disait CANGUILHEM (39), la médecine tend à effacer les limites entre normal et pathologique et la demande de la Société envers elle s'est considérablement modifiée. La pratique de la PMA et la RE nous semblent bien illustrer ce changement de cap. Il s'agit de permettre à des couples stériles de rentrer dans une **norme sociale** en ayant un enfant. Ainsi, par exemple en France, cette norme sociale peut reposer sur la moyenne nationale du nombre d'enfants par couple, qui est d'environ 1,8. La RE a la même orientation puisqu'il s'agit de réintégrer dans une norme des couples qui en sont à nouveau sortis lorsqu'ils ont appris la survenue d'une grossesse multiple de haut rang. Comme Muriel FLIS-TREVES le souligne (40): "Depuis des siècles, la stérilité féminine est vécue comme une honte. Celle-ci est fréquemment énoncée par les femmes comme une <<anormalité>>. Vient alors très clairement à l'esprit que, pour ces femmes, le désir d'enfant serait un désir de "normalité". L'arrivée d'une grossesse multiple contredit violemment ce désir".

De la même façon, S. EPELBOIN écrit que la survenue d'une grossesse multiple de plus de 3 embryons place la femme jusqu'alors stérile dans une nouvelle marginalité (41).

Cependant, dès qu'il s'agit d'une vie humaine potentielle, le médecin a un **devoir**, qui est de la respecter. Pour ne pas déroger à ce principe éthique essentiel, le médecin doit donc se poser certaines limites.

Le fait de ne pas accepter de RE en l'absence de motifs médicaux nous semble un "garde-fous". Cependant, ceci n'est acceptable que si le couple a été consulté avant la réimplantation des embryons. Il n'est pas admissible de refuser une RE, pour quelque motif que ce soit, à un "couple-objet", à qui, sans son accord préalable, l'on a transféré 4 embryons.

La décision du nombre d'embryons à conserver est également génératrice de problèmes. En accord avec d'autres publications (42), le passage d'une grossesse multiple de haut rang à une grossesse singleton nous semble une attitude permissive, susceptible d'entraîner des dérives, parce qu'elle n'est pas médicalement fondée. Sur quels arguments les médecins pourraient-ils alors refuser de réduire des grossesses gémellaires en grossesses uniques?

Il est nécessaire que la décision du nombre d'embryons à conserver soit fixée par le médecin sur des arguments médicaux et discutée avec le couple avant la mise en route de la PMA. Il semble sage de réduire les grossesses de haut rang en grossesses gémellaires, et de réserver la RE en une grossesse singleton aux indications médicales telles qu'un utérus malformé ou cicatriciel. L'attitude du Dr 4 nous semble dans ce domaine tout à fait adaptée: il s'est donné des règles de conduite établies par une réflexion personnelle. Le médecin ne doit pas céder à la pression que le couple peut exercer. Il doit être capable d'un rôle restrictif sur le choix parental, hormis les cas où le contrat moral avec le couple n'a pas été honoré (cas de Mme H).

En conclusion, toutes les décisions au cours de la PMA doivent être prises par un médecin raisonnable, c'est-à-dire capable de raisonner, après information complète et consultation du couple.

II. QUE POURRAIT APPORTER UNE INTERVENTION DU LEGISLATEUR?

Pourquoi accorder une reconnaissance légale à la RE, alors qu'elle concerne un petit nombre de personnes? De tous temps la relation médecin-malade s'est bâtie sur un échange compétence-confiance et l'incursion de la Loi semblerait à cet égard tout à fait préjudiciable. Dans le même ordre d'idées, vouloir à tout prix assimiler la RE à une IVG ou une IMG, comme le font bon nombre de médecins de notre étude, constitue selon nous une erreur. La décision de RE doit être le résultat d'une réflexion menée par le médecin et le couple, basée sur des arguments médicaux mais aussi sur des croyances et des valeurs. Elle est discutée au cas par cas et gagne à rester une pratique d'exception, qui se doit cependant d'obéir à certaines règles, dont nous avons souligné toute la difficulté. C'est sans doute pour cela que le Législateur a sagement préféré s'abstenir de les imposer pour le moment.

La RE repose sur un contrat moral passé en fait entre 3 entités (43): le couple, l'équipe médicale, et la (les) personne(s) humaine(s) potentielle(s) qu'est (que sont) le(s) embryon(s).

LE DEUIL

I. FACTEURS AGISSANT SUR LE VECU DE LA RE

Les résultats de notre recherche montrent que la survenue de problèmes psychologiques après la RE semble dépendre de 3 facteurs:

- la précocité de l'information du couple,
- la cohésion du couple,
- l'issue de la grossesse.

Ces résultats sont retrouvés dans 3 autres études (35, 38 et 44).

Nous avons précédemment développé une discussion sur le bénéfice pour le couple d'une information précoce. Celle-ci permet vraisemblablement la mise en route de processus psychiques qui vont protéger la patiente contre une souffrance. Ainsi, Pierre ROUSSEAU parle de "guidance anticipée du deuil" qui comporte 2 conditions: informer les parents précocement et leur permettre très tôt d'exprimer ce qu'ils ressentent; il souligne également le risque de difficultés relationnelles au sein du couple en l'absence d'échange.

L'importance, dans le vécu de la RE, du lien qui unit le couple a attiré notre attention. Si cette cohésion n'est pas entièrement sous la dépendance du médecin, il nous semble qu'il peut en revanche permettre de la renforcer. Les difficultés relationnelles entre conjoints peuvent être exacerbées par une mauvaise communication entre le médecin et l'un d'eux. Ainsi, comme nous l'avons précédemment souligné, il faut que l'homme trouve une place équivalente à celle de la femme dans les discussions et prises de décisions. Il semble également essentiel que le médecin aide le couple à trouver un terrain d'entente en cas de désaccord, sans prendre lui-même parti mais en proposant par exemple une aide psychologique extérieure.

II. DIFFERENTS ASPECTS DU DEUIL

Le deuil dans la RE a deux particularités: il coïncide avec un projet de vie et il n'a pas d'objet concret. En effet, les embryons "réduits" vont rester dans l'utérus maternel jusqu'à l'accouchement et la seule objectivation de leur mort sera l'échographie. De plus, comme le souligne Muriel FLIS-TREVES, le couple a une responsabilité dans la mort de ces embryons puisqu'il adhère à la décision de RE; ce sentiment est plus prononcé chez la mère car c'est elle qui porte: "ces femmes se sentent mortifères, confine fallait qu'elles paient un tribut de mort pour donner la vie" (45)

Notre travail a retrouvé la présence de ces 2 aspects du deuil: la **culpabilité et la punition**, qui semblent plus douloureux pour les couples que la perte elle-même. La stérilité apparaît comme une fatalité, la grossesse multiple est le résultat de la faute, de la transgression d'un interdit et la RE est le prix à payer, la punition (40). Une des femmes interrogées (Mme A) a tenu exactement ce discours. Une autre patiente (Mme E) tient des comptes: elle a tué 2 embryons (1 IMG et 1 RE) et doit donc en payer le prix: ses 2 enfants sont hospitalisés; à ses yeux, il s'agit là d'une

punition divine. Cependant, dans notre recherche, le fait d'être croyant ne semble pas avoir d'influence sur l'acceptation et le vécu de la RE.

L'autre fantasme mis en évidence dans nos entretiens est celui d u **choix**. Là encore nous ferons référence à Muriel FLIS-TREVES (40): la RE est un sacrifice d'enfant. Il faut sacrifier certains pour que d'autres puissent vivre. Les réponses des couples à la question du choix des embryons à éliminer ont montré à quel point cette idée était douloureuse. Ils ne peuvent pas intervenir dans ce véritable sacrifice d'enfant, qui est infamant pour tout parent. Plus que l'idée de la perte d'enfant potentiel, c'est l'idée de ce choix d'enfant qui est apparue comme la plus pénible et la plus lancinante pour les couples.

Le travail de deuil suit également une chronologie particulière; il est mis en suspend pendant la grossesse et débute réellement après l'accouchement, avec le questionnement relatif aux embryons disparus quand la mère voit ses enfants. Plusieurs femmes dans notre étude ont mentionné la suspension de ce travail de deuil au cours de la grossesse, parce qu'elles sentaient les bébés bouger ou parce qu'il y avait des complications. A ce moment-là, se met en place un investissement affectif en faveur des futurs enfants et de la vie (40). Mais le réel travail de deuil débutera à l'issue de la grossesse avec le souci de construction d'une image concrète de ces embryons disparus.

III PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Devant la complexité de ce processus de deuil et pour donner au couple les chances maximales, il est indispensable de proposer à tous une aide psychologique. En effet, si la RE est admise pour des motifs médicaux, il reste des convictions, des croyances, des fantasmes, qui sortent de la compétence du médecin et qui doivent être parlés pour le bénéfice du couple. Il est nécessaire de leur proposer un espace où leurs réactions et leurs contradictions pourront être exprimées. Comme notre travail l'a montré, l'aide psychologique est encore insuffisamment ou maladroitement proposée aux couples: soit elle est imposée, soit elle est proposée trop tard. Le médecin n'envisage l'intervention du psychologue que dans le cas où il entre en litige avec le couple, comme si le psychologue n'avait aucun champ d'action quand les décisions médicales sont indiscutables. Mais l'indiscutable pour le médecin ne l'est pas nécessairement pour les couples. Le psychologue doit pouvoir faire surgir les questionnements avant que la RE ne soit faite (30). Son rôle ne doit pas être conçu comme un rôle de réparation une fois que les choses sont faites, mais comme un **rôle de préparation**. Il nous semble que le recours à un psychologue doit pour cette raison être proposé avant que le couple prenne sa décision, pendant le délai de réflexion qui lui est accordé. Par ailleurs, pour aider un couple de façon optimale, il serait vraisemblablement bénéfique que celui-ci soit suivi du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement par la même équipe obstétricale. Le psychologue proposé par le médecin ferait également partie de cette équipe, mais le couple aurait, selon ses préférences, la possibilité d'en choisir un lui-même à l'extérieur.

CONCLUSION

L'objet de ce travail était d'analyser la relation médecin-couple dans le contexte très particulier qu'est la RE. La communication entre médecin et couple semblait d'emblée difficile car la situation comportait un paradoxe relatif à l'incursion de la mort dans un projet de vie. Pour étudier cela, nous avons construits des entretiens semi-directifs destinés à des médecins réalisant des RE et à des couples en ayant vécu une.

L'énoncé de départ de notre problématique s'articulait autour de 4 axes principaux que nous allons reprendre un à un.

Les **modalités de l'annonce** de la RE nous semblaient importantes pour la compréhension du geste par le couple, pour son acceptation et pour son vécu ultérieur. Il se dégage de ce travail que le couple instruit très précocement de la possibilité de grossesse multiple et de RE enregistrera cette information, même inconsciemment, et pourra le moment venu réfléchir à cette pratique de façon beaucoup plus sereine. En accord avec d'autres publications, il nous semble indispensable que cette information soit délivrée au couple **pendant la PMA**, avant le transfert d'embryons s'il s'agit d'une FIV.

La **décision de RE** est prise au départ par le médecin puis la RE est proposée au couple qui l'accepte ou la refuse. Cette décision est issue d'une réflexion menée par le médecin, prenant en compte divers éléments. Le praticien doit s'efforcer pour cela de raisonner en se détachant de facteurs subjectifs (culturels, religieux,...) et en faisant reposer sa décision sur des arguments médicaux. Dans l'idéal, il s'agirait alors d'une **réelle réflexion éthique**. Si notre recherche a montré que cette situation idéale était difficile à atteindre, elle a toutefois permis selon nous de dégager une règle importante: le respect de la vie humaine potentielle qu'est un embryon doit obliger le médecin à justifier toute RE par des **arguments médicaux**. Il nous semble inacceptable en particulier que la mort d'un ou plusieurs embryons soit secondaire à une demande sociale du couple.

L'**information médicale** alors délivrée au couple ne peut pas être objective, puisque l'acceptation de la RE par le médecin témoigne déjà d'un parti-pris. Cependant, elle reste un **devoir** du médecin et doit pour cela être aussi complète que possible, notamment pour l'exposé de la technique et de ses risques. Toute la difficulté de la relation médecin-couple autour de l'idée de mort inhérente à la RE s'illustre dans cette information. Le médecin doit ménager un espace aux questions du couple, être à l'écoute de façon à adapter ensuite son discours à ce que les patients désirent entendre. Il y a des non-dits à respecter, sans volonté systématique d'escamoter. D'autre part, notre étude a souligné la revendication des couples à être reconnus comme **sujets**: ainsi, si le médecin prend les décisions et notamment les décisions techniques, il doit cependant consulter les patients avant toute mise en pratique. Ce point est très important, car il témoigne vraisemblablement d'une volonté du couple de reprendre un **rôle de parents**, rôle dont il semble se sentir dépossédé tout au long de la procédure de PMA. Il nous semble que c'est à ce prix que peut s'établir un véritable consentement "éclairé", liant le médecin et le couple dans un réel **contrat moral**. Le sens profond de la relation médecin-couple nous semble totalement inclus dans ces 2 mots. Pour cette raison, et parce que la RE doit rester selon nous une pratique d'exception pour laquelle il semble difficile d'imposer des règles universelles, l'intervention du Législateur pourrait être préjudiciable.

Le dernier axe de notre problématique concerne le deuil. Notre recherche a montré qu'il existe un travail de deuil pour plus de la moitié des couples, et que l'apparition ou non de ce deuil dépend essentiellement de 3 facteurs: la cohésion du couple, la précocité de l'information sur la RE, et l'issue de la grossesse. D'emblée ce deuil apparaît comme particulier, puisqu'il coïncide avec un projet de vie et qu'il n'a pas d'objet visible. Il revêt plusieurs aspects parmi lesquels 2 dominent: d'une part la culpabilité et la punition qui s'ensuit, et d'autre part le fantasme du choix d'enfant. Par ailleurs, sa

chronologie pour les couples de notre étude est toujours la même: il débute avant la RE, est mis en suspend pendant la grossesse et réapparaît après l'accouchement. La diversité des formes revêtues par ce deuil nous a conduite à la conclusion suivante: le médecin ne peut pas assurer seul le soutien psychologique du couple, d'une part parce qu'il a un rôle actif dans la RE, et d'autre part parce que les émotions qui vont être exprimées nous semblent sortir de sa compétence. Il doit donc proposer au couple l'aide d'un psychologue. De plus, cette proposition doit selon nous se faire le plus précocement possible, c'est-à-dire avant la RE, pendant le délai de réflexion laissé au couple, parce que le processus de deuil se met en place à ce moment-là.

Notre recherche a permis de faire surgir des questionnements sur la relation médecin-couple dans un champ qui dépasse la RE. En effet, s'ils émettent globalement peu de remarques sur la RE et se déclareraient prêts à y recourir à nouveau (à une exception près), les couples ont souligné des dysfonctionnements en amont de cette pratique, au cours de leur cheminement en PMA. Nous pourrions, dans l'optique d'une thèse, analyser la relation médecin-couple dans le domaine plus vaste de la PMA.

"Les émotions de deuil se transmettent et peuvent induire de la pathologie si elles ne sont pas parlées". Pierre ROUSSEAU

Bibliographie

1. CASPAR P.

Penser l'embryon d'Hippocrate à nos jours

Collection Penser la Vie, Eds. Universitaires, 1991

2. SEVE L.

Pour une critique de la raison bioéthique

Eds. Odile Jacob, 1994

3. BELAISCH-ALLART and Coll

Grossesses multiples

Contracept. Fertil. Sex., 1995, 24, n°1, p52-55

4. Bilan FIVNAT 1993

Contracept. Fertil. Sex., 1994, 22, n°5, p278-281

5. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé

Avis sur l'évolution des pratiques d'assistance médicale à la procréation

Avis n°42, 30 mars 1994

6 EVANS M.I., DOMMERGUES M., WAPNER R., LYNCH L., DUMEZ Y., GOLDBERG J. et al

Efficacy of transabdominal multifoetal pregnancy reduction. Collaborative Experience Among the World's largest Centers

Obstet. Gynecol., 1993, 82, p 61-66

7. P. BOULOT, B. HEDON, G. PELLICIA, G. LEFORT, F. DESCHAMPS, F. ARNAL, C. HUMEAU, F. LAFFARGUE, JL. VIALA

Multifoetal Pregnancy Reduction: a consecutive series of 61 cases

Br. J. Obstet. Gynecol., January 1993, 100, p 63-68

8. LYNCH L.

Multifoetal pregnancy reduction

Gynécol. Obstét., 1993, 1, n°5, p 475-481

9. J. BELLAISCH-ALLART, JP. BERNARD

Place de la réduction embryonnaire: acte de vie ou acte de mort ?

In Journées de Techniques avancées en Gynécologie Obstétrique. PMA et Pédiatrie

Ed AGPA, 11 au 18 janvier 1996, p 75-80

10. M. AF. SEOUD, JP. TONER, C. KRUITHOFF, SJ. MUASHER,

Outcome of twin, triplet, and quadriplet in vitro fertilization pregnancies : the Norfolk experience

Fertil. Steril., April 1992, 57, n°4, p 825-834

11. HOCKE C. and Coll.

Accidents thromboemboliques et hyperstimulation ovarienne

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1995, 24, n°7, p 691-696

12. PONS JC., FOURNET P., MAGNY JF., FRYDMAN R.

Prise en charge obstétricale des grossesses triples, 2èmes Journées Parisiennes Obstétrico-Pédiatriques

In Les Cahiers de l'AP-HP, Ed DOIN, 1994, p 14-30

13. PONS JC.

Prise en charge obstétricale des grossesses quadruples

In Les Grossesses Multiples, E. PAPIERNIK-BERKHAUER, JC. PONS
Ed DOIN, 1991, Paris.

14. ROBIN M., BYDLOWSKI M., CAHEN F., JOSSE D.

Aspects psychologiques des naissances triples: de la grossesse à l'établissement des premières relations

In Les Grossesses Multiples, E. PAPIERNIK-BERKHAUER, JC. PONS
Ed DOIN, 1991, Paris.

15. GAREL M., BLONDEL B.

Problèmes psychologiques et sociaux posés par la naissance de triplés

Contracept Fertil Sex., 1991, 19, p 306-310.

16. DRUON C.

Réflexions psychanalytiques à propos d 'entretiens en néonatalogie après PMA

In RELIER JP.

Ed. Progrès en Néonatalogie, XXIIIèmes Journées Nationales de Néonatalogie, 1993, p 227-236

17. ANTOINE JM., PLACHOT M., PAMBOU O., MANDELBAUM J., SALAT-BAROUX J.

Prévention des grossesses multiples en FIV: vers une limitation à deux embryons replacés au maximum ?

Contracept. Fertil. Sex., 1996, 24, p 52-55

18. ARVIS. P.

Les techniques de réduction embryonnaire

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1991, 86, n°2, p 109-113.

19. DAME Y. et DOMMERGUES M.

Les techniques de réduction embryonnaire

In Les Cahiers de l'AP-HP, Ed DOIN, 1994.

20. R. BERKOW1IZ, L. LYNCH R. LAPINSKI, P. BERGH

First trimester transabdominal multifoetal pregnancy réduction: a report of two hundred completed cases

Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 169; p 17-21

21. KHALIL M.A. TABSH, A

Report of 131 cases of multifoetal pregnancy réduction

Obstet. Gynecol., 1993, 82; p 57-60

22. M. DOMMERGUES and Co

Réduction embryonnaire dans les grossesses multiples une enquête multicentrique française

Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1994, 23, p 415-418

23. MALONES and Coll.

Multifoetal reduction of triplets to twin périnatal outcome

Obstet. Gynecol., 1993, 169, p 982-986

24. ALEXANDER JM., HAMMOND KR., STEINKAMP MP.

Multifetal reduction of high-order multiple pregnancy: comparison of obstetrical outcome with nonreduced twin gestations

Fertil. Steril., 1995; 64, n°6, p 1201-1203

25. I. TIMOR-TRITSCH, D.B. PEISNER, A. MONTEAGUDO, JP. LERNER, S. SHARMA
Multifoetal pregnancy reduction by transvaginal puncture: evaluation of the technique used in 134 cases

Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 168; p 799-804

26. R.J. WAPNER and Coll.
Selective reduction of multifoetal pregnancies

The LANCET, Jan. 13, 1990, 335, p 90-93

27. BRANDES JM. et al.
The physical and mental development of cobabies surviving selective reduction of multifoetal pregnancies

Hum. Reprod., 1990, 5, n° 8; p 1014-1017

28. ROSETTE POLETTI, BARBARA DOBBS
Vivre son deuil et croître

Ed JOUVENCE, 1993

29. BOWLY J.
Attachement et perte, 3, la perte, tristesse et dépression

Ed PUF, Paris, 1984

30. ROUSSEAU P.
La prise en compte de la dimension psychologique: la mort périnatale et la grossesse ultérieure

In Cahiers de l'Afrée, n°4, janvier 1993, p67-85

31. F. NANTERMOZ, F. MOLENAT, P. BOULOT, B. HEDON, J. ROY, JP. VISIER
Implications psychologiques de la réduction embryonnaire sur grossesse multiple : réflexions préliminaires

Neuropsych. Enf., 1991, 39 (11-12), p 594-597

32. Jeffrey R. BOTKIN
Prenatal screening: professional standards and limits of the parental choice

Obstet. Gynecol., 1990, 75, n°5, p 875-880

33. FAGOT-LARGEAULT A.
Réflexions sur la notion de qualité de vie

Archives de Philosophie du Droit, Volume "Droit et Sciences", 1991, 36, p 135-153

34. Richard M. ZANER, Frank H. BOEHM, George A. HILL
Selective termination in multiple pregnancies: ethical considerations

Fertil. Steril., 1990, 54, n°2, p 203-205

35. KANHAI H., DE HAAN M., VAN ZANTEN L., GEERINCK-VERCAMMEN C., VAN DER PLOEG H., GRAVENHORST

J. Follow-up of pregnancies, infants, and families after multifetal pregnancy reduction

Fertil. Steril., 1994, 62, n°5, p 955-959

36. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé
Avis sur les réductions embryonnaires et foetales

Avis n° 24, 24 juin 1991

37. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion: Committee on Ethics

Multifetal pregnancy reduction and selective fetal termination

Int. J. Gynecol. Obstet., 1992, 38, p 140-142

● **38. M. GAREL, C. STARCK, B. BLONDEL, G. LEFEBVRE, D. VAUTHIER-BROUZES, JR. ZORN**
Effets psychologiques des réductions embryonnaires. De la prise de décision à 4 mois après l'accouchement

Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1995, 24, p 119-126

39. Georges CANGUILHEM

Le Normal et le Pathologique, 1966

Ed. Quadrige PUF, 1991

40. Muriel FLIS-TREVES

Que sont les "autres" devenus? Réflexions sur la réduction embryonnaire et la grossesse multiple

Rev. Franç. Psychanal., 1993, 4, p 1247-1253

41. EPELBOIN S.

Naissances multiples après PMA

Contracept. Fertil. Sex., 1992, 20, n°5, p 571 -577

42. John C. FLETCHER, Mark I. EVANS

Ethics in Reproductive Genetics

Clinical Obstet. Gynecol., 1992, 35, n°4, p 763-782

43. F. GOLD, J. LAUGIER

Droits et devoirs du fœtus : contribution pédiatrique à la résolution des dilemmes moraux de la pratique médicale anténatale

Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1992, 21, 603-605

44. SCHREINER-ENGEL P., WALTHER V., MINDES J., LYNCH L., BERKOWIZ R.

First-trimester multifetal pregnancy reduction: Acute and persistent psychologic reaction

Am. J. Obstet. Gynecol., 1995, 172, n°2, p 541-547

45. M. FLIS-TREVES

Des femmes sans ombre

Rev. Franç. Psychanal. 1996, 1, p 157-162