

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNÉE 2022

THESE 2022 TOU3 2090

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
SPÉCIALITÉ BIOLOGIE MÉDICALE

Présentée et soutenue publiquement par

Mouanes-Abelin Elie

**Accès au don de spermatozoïdes pour les couples de
femmes et les femmes non mariées : Premières données
descriptives au CHU de Toulouse**

Le 11 octobre 2022

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur LEANDRI Roger

JURY

Président : Monsieur le Professeur CUSSAC Daniel
1^{er} assesseur : Monsieur le Professeur BUJAN Louis
2^{ème} assesseur : Madame le Docteur DAUDIN Myriam
3^{ème} assesseur : Madame NOURI Nadjat
4^{ème} assesseur : Monsieur le Professeur LEANDRI Roger

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 4 avril 2022

Professeurs Émérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C.	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
Mme DERA EVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A.	Pharmacie Galénique
(*)	Pharmacognosie
Mme VANSTEELANDT M.	Mathématiques
Mme WHITE-KONING M. (*)	

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme LARGEAUD L	Immunologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie clinique
Mme TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme AMRANE Dyhia	Chimie Thérapeutique
------------------	----------------------

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité
- En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens - De coopérer avec les autres professionnels de santé

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Daniel Cussac,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur Louis Bujan,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de siéger dans mon jury et d'avoir accepté de juger ce travail avec toute votre expertise et votre expérience. Vos travaux dans le domaine de la fertilité masculine et de la bioéthique m'ont toujours fasciné.

A Madame le Docteur Myriam Daudin,

C'est un immense honneur et un plaisir de vous avoir dans mon jury. Je vous remercie pour tout le savoir que vous m'avez transmis, pouvoir travailler et apprendre à vos côtés est une grande chance. Vous êtes pour moi la « bienveillance incarnée ».

A Madame Nadjat Nouri,

C'est un grand honneur de t'avoir dans mon jury. Je te remercie pour toutes nos discussions enrichissantes autour de la psychologie qui m'ont été d'une grande aide dans l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Professeur Roger Leandri,

Je vous remercie de m'avoir confié ce travail et de m'avoir soutenu tout le long de ce projet. Merci de votre disponibilité et d'avoir toujours répondu à mes sollicitations avec votre bonne humeur habituelle. Merci pour tous vos conseils, votre savoir et votre gentillesse au quotidien. C'est un réel plaisir d'apprendre et de travailler à vos côtés. Merci pour tout.

A ma Famille

A mes **grands-parents** pour tout l'amour que vous m'avez donné. Merci à toi Téta Wadad, d'avoir toujours cru en moi, tu m'appelais docteur depuis l'âge de mes 2 ans, j'espère que tu es fière de l'homme que je suis devenu aujourd'hui.

A ma **Maman**, je me rappellerai toujours quand tu m'as raconté le jour de mon inscription en primaire, tu avais dit à la direction de l'école ce jour-là « Vous avez de la chance que j'inscrive mon fils chez vous, il fera de grandes choses plus tard » ce à quoi on t'avait rétorqué « toutes les mères disent ça de leurs enfants ». C'est vrai, mais toi tu n'es pas comme toutes les mères, tu as sacrifié ta vie pour Joy et moi afin qu'on puisse grandir avec la meilleure éducation possible et sans jamais manquer de rien même parfois à tes dépends. Ta force et ton abnégation nous ont toujours permis d'avancer dans la vie. Si je suis là aujourd'hui c'est grâce à toi, merci pour ton amour inconditionnel et pour toutes les valeurs que tu m'as transmises.

A ma tante **Hiam**, ta carrière est un exemple pour moi.

A ma **sœur**, notre relation est tellement fusionnelle qu'on nous a souvent pris pour des jumeaux. Pendant toute nos années d'études, on s'est soutenu, porté, supporté et aujourd'hui on en voit enfin le bout.

J'ai une grande chance d'avoir une petite sœur comme toi.

A ma petite chérie **Mathilde**, Merci d'avoir été là dans les moments les plus difficiles de ma vie.

Merci de m'avoir supporté tout le long de ce travail, pour ta patience, tes conseils, merci d'être tout simplement toi.

A notre nouvelle vie de propriétaires, ce n'est que le début. Hâte de pouvoir partager encore plein de belles choses avec toi. Je t'aime albe.

A ma belle-famille, Mamy Madelaine, Édith, Papy Alain, Jean-Paul, David, Christelle, Clément, Bérangère et Gilles. Merci de m'avoir si bien accueilli dans votre famille.

A mes amis

A **Jérémie, Nicolas et Ando**, a tous les bons moments qu'on a partagé ensemble, nos années lycées, nos soirées, nos voyages, ton mariage Nico où on a eu l'honneur d'être tes témoins avec jerem. Merci pour tout.

A la Francesco : **Jimmy, Chris, Kévin, Bastien, à Nathan, David, Luc, Bruno** merci pour toutes ces années de fac, elles n'auraient pas eu la même saveur sans vous. Merci aux los pépitos pour nos randonnées à travers toute l'Ariège et les autres à venir (mention spéciale à Wendy et Pascal pour leurs accueils toujours si chaleureux).

A **Gauthier** et nos discussions interminables, nos révisions et nos galères depuis la première année de PACES. Merci pour ton soutien, je suis très heureux que tu es enfin trouvé ta Knowlesi.

Au « Précieux », **Antoine et Souf** pour toutes nos soirées entre le gogo et le saint G et surtout pour notre amitié infaillible.

A mes colocs du confinement, **Sylvain, Sam, Alexiane, Apo et Marie** pour tous ces moments partagés, non soirées Harry Potter (sous la contrainte) et nos soirées pas si covidées.

A mes co-internes, **Benji** et tes fameuses « reprises » **Loustic** une oreille à qui on peut se confier, **Lucie** et ton amour pour la bouffe, **Germain** et ton niveau inégalable au baby, **Thibault, Laure** et la poutine, à **Anne-Marie** et ta gentillesse, **Justine** et tous ces fous rires au téléphone, à **Maëlys** et tes gardes pas si tranquilles, la **linde** et **Popo** pour votre douceur et à **Alonzo** pour toutes les « gamelles » au baby,
A **Charlie** et tes confettis, la **gonz et Kiki**, depuis ces longues années qu'on se connaît rien n'a changé.

Merci aussi à tous les biologistes et les techniciens que j'ai eu la chance de côtoyer lors de mes différents stages en bactériologie, hématologie, et biochimie

A mes co-internes en AMP : Aux « ovocytes en transit » **Marie, Eva, Cassandre, Ninon, Alex, Gabriella** et tous nos apéros hebdomadaires. A la PMA Gygybiologie, **Marie** (encore), **Léa, Christina, Camille** ma DJ préférée, pour ce stage qu'on passe ensemble et cette bonne ambiance.

A mes chefs biologistes en AMP, à **Nicolas** tu as été un exemple pour moi avant même mon premier stage en PMA, à **Jessica** merci pour ta pédagogie et ta bienveillance, à **Nathalie** pour ta sympathie et ta rigueur et à **Manon** pour ton empathie et ta bonne humeur au quotidien. Merci à vous tous pour les connaissances que vous m'avez transmises c'est une chance pour moi d'apprendre et travailler à vos côtés.

A **Béatrice** pour ta gentillesse et ta réactivité, merci encore pour le DECT.

A cette belle équipe de techniciennes du laboratoire du CECOS et de la PMA, Merci à **Corinne, Aurélie, Margaux, Laurence, Sandrine, Floriane, Irit, Edwige, Caroline, Laurence** et **Noéline**. Merci de contribuer à ma formation au laboratoire.

A **Célia**, la meilleure statisticienne merci pour ton aide précieuse dans ce travail. Tu es au top.
Aux IDE : **Cécile, Yamina, Isabelle** pour votre aide dans ce travail, aux AS : **Nathalie, Hélène, Sandrine, Marie José, Sandrine** pour m'avoir prévenu de l'arrivée de chaque patiente.

Aux chefs de Gynéco : Madame **Lessourd, Alice, Florence, Mélissa** c'est un plaisir de travailler à vos côtés.

Aux psychologues du centre, **Léa et Sylvie** pour tous nos échanges.

Aux Biologistes de Montauban, Merci à toi **Fred** de m'avoir transmis tes connaissances en bactériologie et parasitologie (On ne se croise plus à Movida, après bon ça fait 2 mois que je n'y suis pas retourné), à **David** pour ton expertise en toxicologie et biochimie et pour cette passion pour la recherche qui t'anime et que tu sais si bien partager, Hâte qu'on puisse se prendre un bon verre de rouge un de ces quatre. A **Laureline** et à **Pierre Yves** pour toutes vos connaissances en Hématologie. Merci à toute l'équipe.

« A toi **Papa**, je te dédie cette thèse et tout mon parcours.
Tu resteras à jamais dans mon cœur. B7ebak. »

Table des matières

Table des matières	11
Liste des abréviations	13
Table des figures	14
Table des tableaux	15
I. Le don de spermatozoïdes	16
1. Histoire de l'insémination artificielle	16
2. Le CECOS	17
a. Création du CECOS.....	17
b. Règles éthiques	17
c. Organisation des CECOS.....	18
d. Évolution du don de spermatozoïdes en France	19
d.1 Demande d'AMP avec don de spermatozoïdes	19
d.2 Donneurs de spermatozoïdes	20
3. Cadre juridique qui régit l'accès au don de spermatozoïdes.....	21
a. En France	21
a.1. Historique des réformes de la loi de bioéthique	21
b.1 La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique en France	23
b.1.1 Les conditions d'accès à l'assistance médicale à la procréation.....	23
b.1.2 Autoconservation des gamètes.....	23
b.1.3 Accès aux origines pour les personnes issues d'un don	24
b. En Europe	26
b.1 L'accès au don de spermatozoïdes.....	26
b.2 Soins reproductifs transfrontaliers	29

II.	Organisation de l'activité d'AMP avec don de spermatozoïdes au sein du CHU de Toulouse	30
	1. Prise en charge du donneur	30
	2. Prise en charge du Receveur	31
III.	PLEIAD : Étude prospective menée au CHU de Toulouse.....	34
	1. Introduction	34
	2. Objectif	34
	3. Matériels et méthodes	35
	4. Résultats	41
	5. Discussion.....	59
	6. Conclusion	67
	Bibliographie	69
	Annexes	75

Liste des abréviations

AUC : Aire sous la courbe

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CECOS : Centre d'Études et de Conservation des Œufs et du Sperme humains.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Catégories Socio-Professionnels

DAS : Dyadic Adjustment Scale

FIV : Fécondation In Vitro

FF : Femme en couple avec une autre Femme

FS : Femme Seule

FFp : Femme qui portera l'enfant dans un couple de femme

FFx : Femme qui ne portera pas l'enfant dans un couple de femme

ICSI : Injection Intra-Cytoplasmique de Spermatozoïde

IAD : Insémination Artificielle Donneur

IDE : Infirmier Diplômé d'État

PLEIAD : Psychology, Life, Insémination, Artificielle par Donneur

PCR : Polymerase Chain Reaction

RO : Réserves Ovariennes

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des figures

Figure 1 : Évolution de l'activité d'AMP avec don de spermatozoïdes en France entre 1973 et 2006 (■=nombre de couple demandeurs d'AMP-D, ○ = nombre de grossesse, += enfants nés, ▲= nombre de couples demandeurs (11)	19
Figure 2 : Évolution du nombre des donneurs en France entre 1978 et 2019	20
Figure 3 : L'accès au don de spermatozoïdes en Europe en 2022	26
Figure 4 : Schéma récapitulatif de la prise en charge en AMP au CHU de Toulouse ... Erreur ! Signet non défini.	
Figure 5 : Flow-chart.....	41
Figure 6 : Échelle du Brief-COPE chez les couples de femmes et les femmes seules .. Erreur ! Signet non défini.	

Tables des tableaux

Tableau 1 : Législation autour de l'anonymat du donneur dans les différents pays Européens d'après le rapport de l'ESHRE au 31 décembre 2018.....	28
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des couples de femmes et des femmes seules	42
Tableau 3 : Rapport à la maternité	44
Tableau 4 : Figure Masculine.....	44
Tableau 5 : Antécédents procréatifs	45
Tableau 6 : Antécédents sexuels	46
Tableau 7 : Recours au don de spermatozoïdes	46
Tableau 8 : Rapport au don de spermatozoïdes.....	47
Tableau 9 : Rapport au don d'ovocytes et à la préservation sociétale	48
Tableau 10 : La prise en charge	49
Tableau 11 : Soutien de l'entourage	50
Tableau 12 : Accès aux origines pour les enfants issus du don	50
Tableau 13 : La reconnaissance anticipée de l'enfant devant le notaire.....	51
Tableau 14 : Comparaison entre la femme qui portera l'enfant et la femme qui ne portera pas l'enfant dans un couple de femme	51
Tableau 15 : Rapport à la maternité : FS et FFx	52
Tableau 16 : Femmes seules.....	53
Tableau 17 : Résultats au HADS pour les couples de femmes et les femmes seules	54
Tableau 18 : Résultats au HADS, pour les FFx et FFp	54
Tableau 19 : Résultats à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg pour les couples de femmes et les femmes seules	55
Tableau 20 : Résultats obtenus par les deux membres du couple de femme avec l'Échelle d'Estime de soi de Rosenberg.....	55
Tableau 21 : Moyennes et écarts-types aux échelles du Brief-COPE et comparaison des résultats entre les couples de femmes et les femmes seules.....	56
Tableau 22 : Résultats au Brief-COPE pour les deux membres du couple de femme :.....	57
Tableau 23 : Score obtenu au DAS par les deux membres du couple de femme.....	58

I. Le don de spermatozoïdes

1. Histoire de l'insémination artificielle

C'est chez l'animal que **Lazzaro Spallanzani** réalisa en **1780** le premier acte d'insémination artificielle.

Quelques années plus tard en **1789**, **John Hunter** un chirurgien anglais réalisa à Londres le **premier acte d'insémination artificielle chez l'Homme**. Il insémina via une seringue chauffée, le sperme d'un marchand de tissu atteint d'hypospadias directement dans le vagin de son épouse, ce qui donna naissance à un enfant. (1) (2)

Il faut attendre **1884** pour qu'aux États-Unis la première **insémination artificielle par un sperme de donneur** soit rapportée. C'est **William Pancoast** qui la réalisa en toute clandestinité chez un couple dont l'homme n'avait pas de spermatozoïdes dans son éjaculat. (1)

Dans la deuxième moitié du XIX siècle, l'insémination fait l'objet d'un grand engouement du corps médical et de la population, mais fait face à une opposition ferme des autorités médicales et religieuses. (3). Lors de son allocution au 4^{ème} congrès international des médecins catholiques en 1949, le pape Pie XII qualifia l'insémination artificielle de contraire à la loi naturelle, au droit et à la morale. (4)(5) Toute cette opposition fera rentrer cette pratique dans la clandestinité et freina son développement, surtout en Europe.

L'insémination souleva toujours au milieu du XX^{ème} siècle de multiples réflexions d'ordres morales, médicales, juridiques et psychologiques surtout à l'égard de l'IAD. (5)

En 1957, le 17^{ème} Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue Française donna une approbation à la pratique de l'IAC considérée comme une méthode médicale visant à aider un couple infertile à procréer mais émet de très grandes réticences à l'égard de l'IAD qualifié d'acte « misérable ». (3)

Ce rapport pointa également les pratiques clandestines et parfois même douteuses d'un nombre restreint de gynécologues qui pratiquaient l'insémination avec du sperme de donneur dans leurs cabinets privés. (3)

Il était donc primordial de revaloriser cette pratique en définissant un cadre et des règles bien définis afin de pouvoir la sortir de la clandestinité en élaborant une éthique autour du don et de meilleures conditions techniques.

2. Le CECOS

a. Création du CECOS

Grâce aux progrès scientifiques apportés par la congélation de spermatozoïdes et son perfectionnement en 1963 avec l'utilisation de l'azote liquide, plusieurs banques de spermes ont pu être créées aux États-Unis puis quelques années plus tard en France. (3)

C'est en 1973 que le Professeur George David créa à l'hôpital Bicêtre avec le soutien de Madame Simone Veil ministre de la santé le premier CECOS ou Centre d'Étude et de CONservation du Sperme qui deviendra plus tard le Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains avec le développement de la FIV. (6) Il s'agissait d'une structure associative, indépendante, administrée par un conseil scientifique. (7)

Les objectifs du CECOS étaient la préservation de la fertilité masculine avant un traitement par chimiothérapie ainsi que l'organisation du don de spermatozoïdes en France en permettant une prise en charge encadrée de la stérilité masculine.

C'est ainsi qu'à Bicêtre, et afin de sortir du discrédit moral qui entourait l'insémination, que des règles éthiques et déontologiques ont été élaborées.

b. Règles éthiques

Cela commence par la **gratuité du don**. Cette gratuité transformait un acte qui était considéré comme vénal, en un acte altruiste, réfléchi et généreux. Cette gratuité autour du don s'est inspirée d'une règle qui régissait déjà en France le don de sang. (3)(7)

Le donneur devait être **marié, ayant déjà procréer et avoir l'accord écrit de son épouse**. Il s'agissait ainsi d'introduire la notion de don d'un couple à un autre couple. (8)

Afin de diminuer le risque de transmission de maladies génétiques, un caryotype et une enquête génétique familiale sont ainsi réalisés chez tous les donneurs.

Un même donneur ne pouvait pas être à l'origine de plus de cinq grossesses.

Des anciennes pratiques d'inséminations, seul l'anonymat du donneur fut conservé.

Le don devient donc **bénévole, anonyme et gratuit**.

Ces règles éthiques ont dès lors permis de sortir l'insémination artificielle avec don de spermatozoïdes de la clandestinité en France. Cependant en l'absence de législation et de réglementation en vigueur, le médecin devenait de ce fait le seul garant de leurs applications (3)

c. Organisation des CECOS

Quelques années après la création du premier CECOS, de nombreux d'autres centres ont vu le jour dans plusieurs grandes villes en France. Une dynamique qui a conduit en 1981 à la création de la Fédération Française des CECOS, dont le but principal est d'harmoniser les pratiques entre les différents centres. (6)

Les CECOS sont depuis 1994 des unités intégrées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et fonctionnent en relation avec un service d'assistance médicale à la procréation. (6)(9) Ils comportent une plateforme de cryobiologie spécialisée dans la cryoconservation des gamètes et une partie médicale pluridisciplinaire avec des biologistes, des cliniciens, des techniciens de laboratoires, des généticiens, des psychologues et des psychiatres (10).

La France compte aujourd'hui 31 CECOS répartis sur l'ensemble du territoire. Le questionnement éthique, scientifique et l'évaluation des pratiques se poursuit toujours dans les CECOS. Le don de gamètes et la préservation de la fertilité restent à ce jour leurs deux principales missions.

d. Évolution du don de spermatozoïdes en France

d.1 Demande d'AMP avec don de spermatozoïdes (figure 1)

À la suite de l'ouverture progressive de nouveaux CECOS entre 1973 et 1983, l'activité d'AMP avec don de spermatozoïdes a connu une très nette augmentation en France.

Cette activité s'est ensuite stabilisée dans les années 80 avec une moyenne de 2500 demandes par an, avant de connaître une diminution en 1993 à la suite de l'apparition des nouvelles techniques d'AMP tel que la FIV ICSI (1400 nouvelles demandes par an en moyenne)

L'indication la plus fréquente pour le recours au don était l'absence de spermatozoïdes chez l'homme, qui représentait près de 75 % des demandes. Dans 15 % des cas les patients présentent une numération faible (<5 millions de spermatozoïdes dans l'éjaculat).

Il est à noter que près de 20 % des couples qui ont fait la demande d'une AMP avec donneur sont revenus pour une deuxième tentative. (11)(12)

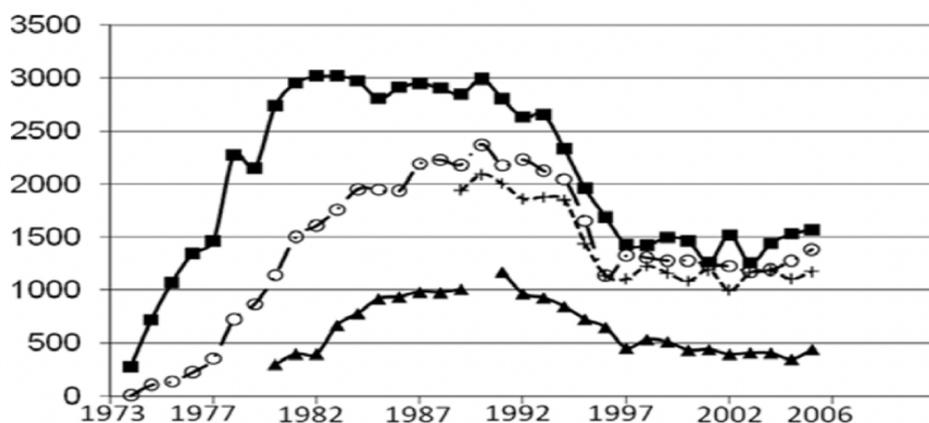


Figure 1 : Évolution de l'activité d'AMP avec don de spermatozoïdes en France entre 1973 et 2006 (■=nombre de couple demandeurs d'AMP-D, ○ = nombre de grossesse, += enfants nés, ▲ = nombre de couples demandeurs (11)

Ces dernières années la demande d'AMP avec sperme de donneur est stable autour de 2000 demandes (2 300 demandes en 2016 vs 2 017 en 2019) dont 1837 d'entre eux ont pu bénéficier d'une tentative d'AMP dans l'année (13)

d.2 Donneurs de spermatozoïdes (figure 2)

Près de 537 donneurs se sont manifestés auprès d'un CECOS en 1978 et ils étaient 811 en 1982, un nombre record qui n'a jamais pu être atteint les années suivantes.

À l'exception d'une hausse de près de 60 % en 2016 par rapport à 2015 à la suite de l'ouverture du don de spermatozoïdes aux hommes n'ayant pas déjà procréé, on constate ces dernières années une baisse constante du nombre des donneurs.

Les demandes de don restant stables, cette baisse du don a un impact direct sur le ratio du nombre de demandes d'AMP dans l'année/donneurs acceptés dans l'année. Ce ratio augmente ainsi depuis 2016.

Avec 106 749 paillettes disponibles en 2019, cette tendance n'aura pas de conséquences dans l'immédiat sur les demandeurs de don. Cependant, il est inquiétant de constater que le recrutement des donneurs soit en baisse constante, en effet le stock n'est pas uniformément réparti sur l'ensemble du territoire et certaines ethnies sont largement moins représentées. (13)

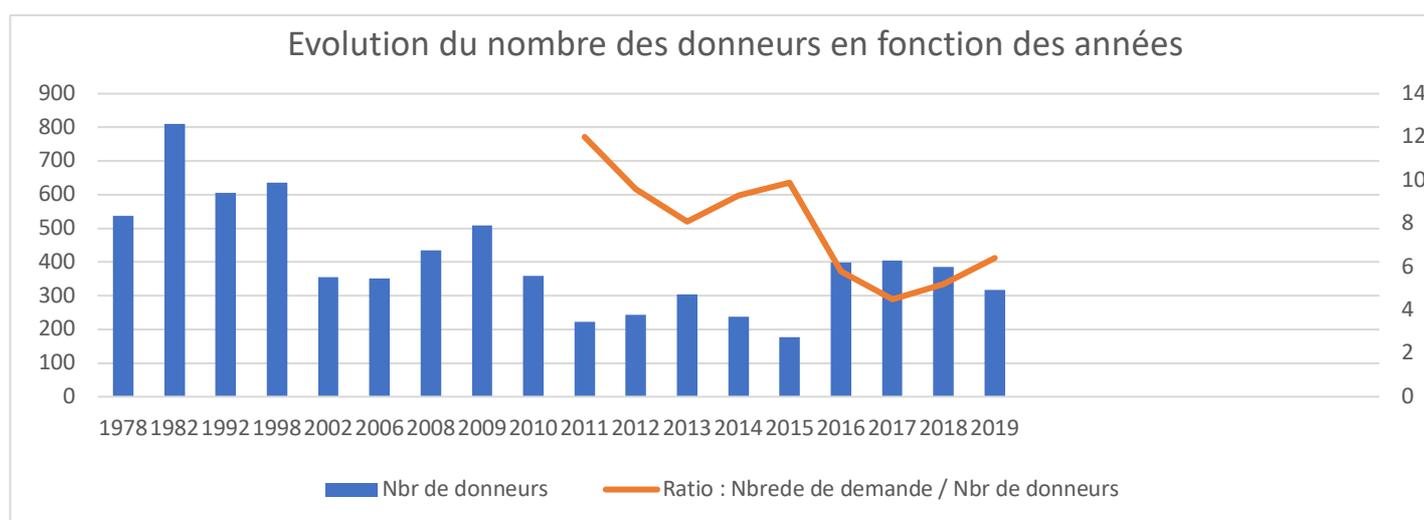


Figure 2 : Évolution du nombre des donneurs en France entre 1978 et 2019

Entre 1973 et 2011, les donneurs étaient majoritairement adressés par un couple demandeur (30 à 50 %) sauf en 1998, date de la première campagne nationale d'informations où le don spontané était majoritaire. Ces campagnes d'informations sont régulièrement réalisées par l'agence de biomédecine depuis 2010, dans le but de sensibiliser la population et promouvoir le don de spermatozoïdes.

3. Cadre juridique qui régit l'accès au don de spermatozoïdes

a. En France

a.1. Historique des réformes de la loi de bioéthique

Le terme français bioéthique est dérivé du grec bios qui signifie vie et du grec ethikos qui signifie morale. Il est défini comme étant « l'étude des problèmes moraux soulevés par la recherche biologique, médicale ou génétique et certaines de ces applications » (14)

En France, les lois de bioéthiques encadrent différentes activités médicales dont la procréation médicalement assistée. Elles sont amenées à être révisées au fil du temps avec l'éclairage du CCNE afin de prendre en compte les avancées scientifiques et les nouvelles attentes de la société.

La première loi de bioéthique 94-654 a été promulgué le 29 juillet 1994, dans son article L.152, elle définit l'assistance médicale à la procréation comme « toutes pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryon et l'insémination artificielle, et de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel » L'objectif de l'AMP étant **de remédier à l'infertilité** d'un couple, dont l'infertilité a été **médicalement diagnostiquée** ou **d'éviter la transmission à l'enfant une maladie d'une particulière gravité**. (15)

Les conditions **d'accès définissent le cadre du projet parental** : L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou apportant une preuve de vie commune d'au moins deux ans prouvant ainsi la stabilité de leur couple. Ils doivent également signer un consentement par écrit conditionnant leur prise en charge.

Le recours au don ne peut être pratiquer qu'en dernier recours, lorsque **l'assistance médicale à la procréation au sein du couple ne peut aboutir**.

Concernant le don de spermatozoïdes, les règles éthiques du premier CECOS créé vingt ans auparavant, ont été reprises.

Le **don** est **anonyme et gratuit**, les frais engagés à l'occasion du don sont par ailleurs remboursés (article L 665-1 3). Le donneur doit **être en couple et ayant déjà procréé**, son **consentement éclairé** et celui de sa conjointe doivent également être recueillis par écrit. Afin d'éviter tout risque de consanguinité, les gamètes d'un donneur ne peuvent conduire à **la naissance de plus de cinq enfants**.

Dans l'article 311-19, il est stipulé qu'en cas de procréation médicalement assistée avec « tiers donneur », **aucun lien de filiation ne peut être établi entre le donneur et l'enfant issu du don**, et aucune action en responsabilité ne peut être exercée à l'encontre du donneur.

Les époux et concubins demandeurs doivent de ce fait préalablement donner leur consentement à un juge ou à un notaire qui les informe des engagements qu'ils prennent vis-à-vis de la filiation.

En 2004, une nouvelle loi est venue compléter et actualiser la loi de 1994 en élargissant le champ des donneurs vivants **aux hommes célibataires ayant déjà procréé** et en augmentant le nombre de naissances vivantes autorisées par donneur, **qui passe de cinq à dix enfants**. (16)

Cette loi a également permis la création de **l'Agence de la biomédecine**. Il s'agit d'un établissement public relevant du ministère des solidarités et de la santé qui apporte son expertise sur les aspects médicaux, scientifiques et éthiques dans différents domaines de la médecine et de la biologie humaine avec comme objectif l'amélioration de la qualité des soins et la qualité de vie des patients. (13)

La loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, apporte les modifications suivantes : (17)

- Le législateur a supprimé la condition d'une vie commune de deux ans, un couple pouvant être considéré comme stable avant ce délai.
- A sa majorité le donneur peut ne pas avoir procréé, et se voit alors proposer la cryoconservation d'une partie de ses gamètes à son bénéficiaire. (**Décret du 13/10/2015**) (18)

b.1 La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique en France

Le 2 août 2021 une nouvelle loi relative à la bioéthique a été promulguée en France. Elle modifie le cadre législatif de l'AMP, et définit les nouvelles modalités d'accès et de prise en charge. (19)

b.1.1 Les conditions d'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation

L'AMP est destinée à répondre à un projet parental, elle est **désormais accessible à tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou à toute femme non mariée**. On a donc la disparition de la notion d'infertilité médicalement diagnostiquée. Cependant une **évaluation médicale** avant la prise en charge est **obligatoire**. (19)

Des limites d'âge ont également été fixées par décret datant du 28 septembre 2021 : (20)

1. Concernant les activités d'insémination, d'utilisation de gamètes ou de tissus germinaux et de transfert d'embryons, elles peuvent être réalisées :

- Jusqu'au **45^{ème} anniversaire** de la femme qui a **vocation à porter l'enfant** qu'elle soit en couple ou non mariée
- Jusqu'au **60^{ème} anniversaire** du membre du couple **qui n'a pas vocation à porter l'enfant**.

2. Concernant le prélèvement ovocytaire chez la femme ou le recueil de spermatozoïdes chez l'homme, ils peuvent être réalisés :

- Jusqu'au **43^{ème} anniversaire** de la femme
- Jusqu'au **60^{ème} anniversaire** de l'homme

b.1.2 Autoconservation des gamètes

Initialement réservée aux patients présentant des risques d'altération de leur fertilité, l'autoconservation des gamètes est désormais accessible aux personnes souhaitant conserver leurs gamètes sans indication médicale dans l'objectif de la réalisation ultérieure d'une activité d'AMP.

Cet accès est conditionné par :

- Une prise en charge médicale par l'équipe clinico-biologique
- L'âge des patients :
 1. Pour les femmes : A partir de 29 ans et avant 37 ans
 2. Pour les hommes : A partir de 29 ans et avant 45 ans

- Un consentement éclairé et écrit des patients éligibles.

Une fois conservés, ces gamètes appartiendront aux patients et à eux seuls.

Un courrier leur est donc adressé chaque année, dans lequel ils devront indiquer s'ils souhaitent : poursuivre la conservation de leurs gamètes, en faire don à des personnes ou à la science ou encore les détruire.

Il est à noter qu'il n'est plus possible de conserver des gamètes pour soi-même lors du don.

b.1.3. Accès aux origines pour les personnes issues d'un don

L'article 5 de la loi n°2021-1017 stipule que tout **enfant majeur issu d'un don** et qui en fait la demande peut accéder **à sa majorité aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur.**

Depuis le 1^{er} septembre 2022, l'Agence de la biomédecine a mis en place un registre national qui a pour objectif de collecter et de centraliser toutes les données relatives aux donneurs, aux dons et aux enfants issus du don.

Une Commission d'Accès des Personnes nées d'Assistance médicale à la procréation aux Données des tiers Donneurs (CAPADD) dépendante du ministère de la santé a également été créée. Elle est présidée par un magistrat et composée de plusieurs représentants des ministères de la justice et de la santé ainsi que des représentants des diverses associations concernées. (21)

C'est auprès de cette commission que la personne majeure issue d'un don pourra se manifester afin de demander l'accès aux données identifiantes ou non identifiantes du tiers donneur. Si le donneur n'était pas soumis aux nouvelles dispositions au moment du don, la commission se chargera alors de solliciter son accord. Ces derniers pourront également se manifester spontanément auprès de cette commission afin de consentir ou non à la communication de leurs données.

Les personnes réalisant un don à compter du 1^{er} septembre 2022, devront donc signer un nouveau consentement autorisant aux enfants issus de leur don l'accès à leur identité et à leurs données non identifiantes :

- Âge
- État général au moment du don
- Caractéristiques physiques
- Situation familiale et professionnelle,
- Pays de naissance,
- Motivation

Le consentement de la conjointe n'est plus demandé.

Le don reste par ailleurs, **gratuit, anonyme** (donneurs et receveurs ne peuvent connaître leurs identités respectives) et **volontaire** (consentement écrit, révoquant à tout moment jusqu'au don).

Le donneur doit être en bonne santé et être âgé entre 18 et 45 ans.

Aucun lien de filiation légale ne peut être fait entre le donneur et la personne née du don.

Pour les femmes, **l'âge légal d'accès à l'AMP** est dans la majorité des pays de 18 ans pour l'âge minimal et peut aller de 45 à 51 ans pour l'âge maximal.

Par exemple la Belgique autorise l'accès aux femmes jusqu'à leur 45 ans et l'Espagne jusqu'à leur 50 ans.

Pour les **donneurs de spermatozoïdes** cet âge varie également entre **18 et 50 ans** dans les différents pays, avec un âge maximal moyen de 40 ans.

Une **limite du nombre d'enfants** est également fixée, elle est de 6 enfants au maximum par donneur en Espagne ou en Belgique et peut aller jusqu'à 10 enfants en Italie ou en France.

La législation autour de l'anonymat du donneur est très variable en Europe. **Le don est strictement anonyme dans 18 pays** (République tchèque, Grèce, Italie, Espagne ...) et non anonyme dans deux d'entre eux : la Géorgie et les Pays Bas (Tableau1).

Dans certains cas l'anonymat concerne uniquement le couple receveur, l'enfant issu du don pourra plus tard accéder à l'identité du tiers donneurs, comme en Croatie, en Finlande et actuellement en France.

En revanche quelques pays possèdent une politique mixte en ce qui concerne l'anonymat et combine une possibilité de don anonyme ou don non-anonyme. En Belgique par exemple le don est anonyme, mais le don dirigé (non-anonyme) est autorisé, ce dernier résulte d'un accord entre le donneur et le ou les receveurs, dans la majorité des cas le donneur est un ami du couple.

Tableau 1 : Législation autour de l'anonymat du donneur dans les différents pays Européens d'après le rapport de l'ESHRE au 31 décembre 2018.

Pays	Gamètes			
	Anonymat strict	Accès de l'enfant aux données identifiantes du tiers donneur	Système partagé : Don anonyme et Don non anonyme	Pas d'anonymat
Albanie	X			
Autriche		x		
Arménie			X	
Biélorussie			X	
Belgique			X	
Bulgarie			X	
Croatie		X		
Chypre	X			
République tchèque	X			
Danemark			X	
Estonie	X			
Finlande		X		
France	X			
Géorgie				X
Allemagne			X	
Grèce	X			
Hongrie			X	
Islande		X		
Irlande			X	
Italie	X			
Kazakhstan			X	
Lettonie	X			
Lituanie	X			
Macédoine	X			
Malte		X		
Moldavie	X			
Monténégro	X			
Norvège	Pas d'informations données			
Pologne	X			
Portugal		X		
République de Serbie	X			
Roumanie			X	
Russie	X			
Slovaquie	X			
Slovénie	X			
Espagne	X			
Suède			X	
Suisse			X	
Pays-Bas				X
Royaume-Uni		X		
Ukraine			X	

b.2 Soins reproductifs transfrontaliers

Il a été estimé que près de 5 % des activités d'AMP en Europe sont dues à des soins transfrontaliers. C'est-à-dire près de 11 000 à 14 000 patients qui ont traversé les frontières de leurs pays, afin de bénéficier d'une assistance médicale à la procréation à l'étranger. Le terme anglais utilisé pour qualifier ce phénomène est « Cross Border Reproductive Care » ou CRBC. Ce phénomène reste cependant très largement sous-estimé, en effet l'origine des patients n'est pas souvent renseignée dans les registres nationaux, et le taux de participation des centres est variable d'un pays à l'autre. (23)

Concernant la nationalité des patients s'adressant à un autre pays européen que le leur, 4 pays se distinguent en Europe : La France (8,7%), l'Allemagne (14,4%), les Pays-Bas (12,1%) et l'Italie (31,8%) (24)

La moyenne d'âge des patients français s'adressant à un pays étranger était de **36,6 ans** (+/- 5,8), (24). La raison principale était **juridique** à 65% (24) cela s'explique par le fait que dans la majorité des cas, **il s'agissait de couples de femmes ou des femmes seules** (24) (25) (26) qui n'avaient donc pas accès à une AMP en France. En effet, l'accès était limité aux couples hétérosexuels infertiles, justifiant le mouvement transfrontalier de ces patients qui cherchaient à s'affranchir des lois françaises en matière d'assistance médicale à la procréation.

La majorité de ces patients français se sont rendus à l'étranger et notamment vers les pays limitrophes : la Belgique et l'Espagne, afin de bénéficier **d'un don de spermatozoïdes**. (24) (25) (26).

Cette activité d'assistance médicale à la procréation avec don de spermatozoïdes se retrouve concentrée en Belgique, en Espagne et au Danemark et ce malgré leur faible poids démographique par rapport aux autres pays européens (22). En effet ces pays assurent respectivement 20 %, 19 % et 26 % des dons de spermatozoïdes de l'Union Européenne (27).

II. Organisation de l'activité d'AMP avec don de spermatozoïdes au sein du CHU de Toulouse

1. Prise en charge du donneur

Lors de sa première venue au centre, le donneur est informé par le biologiste du CECOS sur les modalités pratiques de sa prise en charge ainsi que sur la législation qui entoure le don de spermatozoïdes et notamment sur le contenu de la nouvelle loi de bioéthique. Il est également amené à expliquer les raisons qui le motive à entreprendre cette démarche.

Par la suite, ses antécédents personnels et familiaux sont recueillis et un arbre généalogique s'étalant sur trois générations est réalisé dans le but d'identifier les facteurs cumulatifs de risque ou de déceler une éventuelle anomalie génétique et éviter ainsi sa transmission au futur enfant.

A la fin de cette consultation, et si le donneur n'a pas déjà procréé, un rendez-vous avec le psychologue du centre est programmé.

Lors d'une deuxième consultation le donneur devra confirmer sa volonté de poursuivre sa démarche de don en signant le « formulaire de consentement au don de Gamète » ainsi que « le consentement de génétique » pour la réalisation de son caryotype.

La date de la première prise de sang sera également fixée, ainsi que les dates pour les prochains recueils de spermatozoïdes. Généralement 4 à 5 recueils sont nécessaires. Sur ces prélèvements, en plus du spermogramme et du spermocytogramme, il est réalisé une spermoculture standard et une PCR avec la recherche de *chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. La prise de sang comprend une analyse du caryotype, du groupe sanguin et des analyses sérologiques (HIV, Hépatites...). Un second bilan sanguin est également réalisé le jour du dernier recueil.

Une fois le dossier validé, les paillettes conservées dans l'azote liquide à -196°C seront attribuées à des couples et/ou à des femmes célibataires en vue d'une assistance médicale à la procréation.

2. **Prise en charge du receveur** (figure 4)

Dans un **couple hétérosexuel**, lorsqu'une infertilité d'origine masculine est suspectée, l'homme est alors adressé vers un des andrologues du centre.

Lors de cette consultation le praticien va procéder à un examen clinique du patient et réaliser un interrogatoire précis des antécédents andrologiques.

En fonction du contexte clinique, des examens complémentaires seront prescrits (échographie scrotale, caryotype ...) ainsi qu'un spermogramme.

L'azoospermie masculine est l'indication médicale la plus fréquente au don de spermatozoïdes. Des traitements comme le prélèvement chirurgical avec une biopsie testiculaire ou avec une ponction épидидymaire existent, mais ces techniques ne sont pas toujours contributives.

Le don peut être également envisagé s'il existe un risque de transmission d'une maladie génétique ou virale d'une grande gravité ou encore si l'AMP intraconjugale n'a pas pu aboutir.

Pour **la conjointe, les couples de femmes** et les **femmes seules**, un bilan d'infertilité féminine est réalisé lors de la première consultation avec **le gynécologue**. Cela comprend un interrogatoire complet sur leurs antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco obstétrique et familiaux, ainsi qu'une évaluation de la réserve ovarienne (échographie de réserve et dosages hormonaux). Pour les couples de femmes, celles-ci devront préciser qui sera la mère qui aura vocation à porter l'enfant.

Par la suite une consultation avec **les psychologues de l'équipe** est programmée.

Deux consultations au minimum seront nécessaires pour les femmes seules et une seule pour les couples hétérosexuels et les couples de femmes. Si le psychologue le juge pertinent, certains dossiers seront discutés lors de réunions pluridisciplinaires.

La deuxième consultation avec le gynécologue a pour but d'interpréter les résultats du bilan d'infertilité et de prescrire le cas échéant une hystérosalpingographie afin de vérifier la perméabilité des trompes. Le dossier est ensuite inscrit au staff d'AMP.

Lors de ce staff pluridisciplinaire comprenant des biologistes, des gynécologues et des andrologues le dossier sera discuté et l'indication sera validée ou non.

Ensuite les patients seront reçus en consultation avec un **biologiste du CECOS**. Suite à cette consultation et si les patients le souhaitent, un appariement avec le donneur sera réalisé. Ces derniers devront alors signer un consentement écrit avec un délai de réflexion de 1 mois minimum.

L'appariement comprend les critères suivants :

- Ethnie
- Morphotype
 - Poids, taille
 - Couleur peau, yeux, cheveux

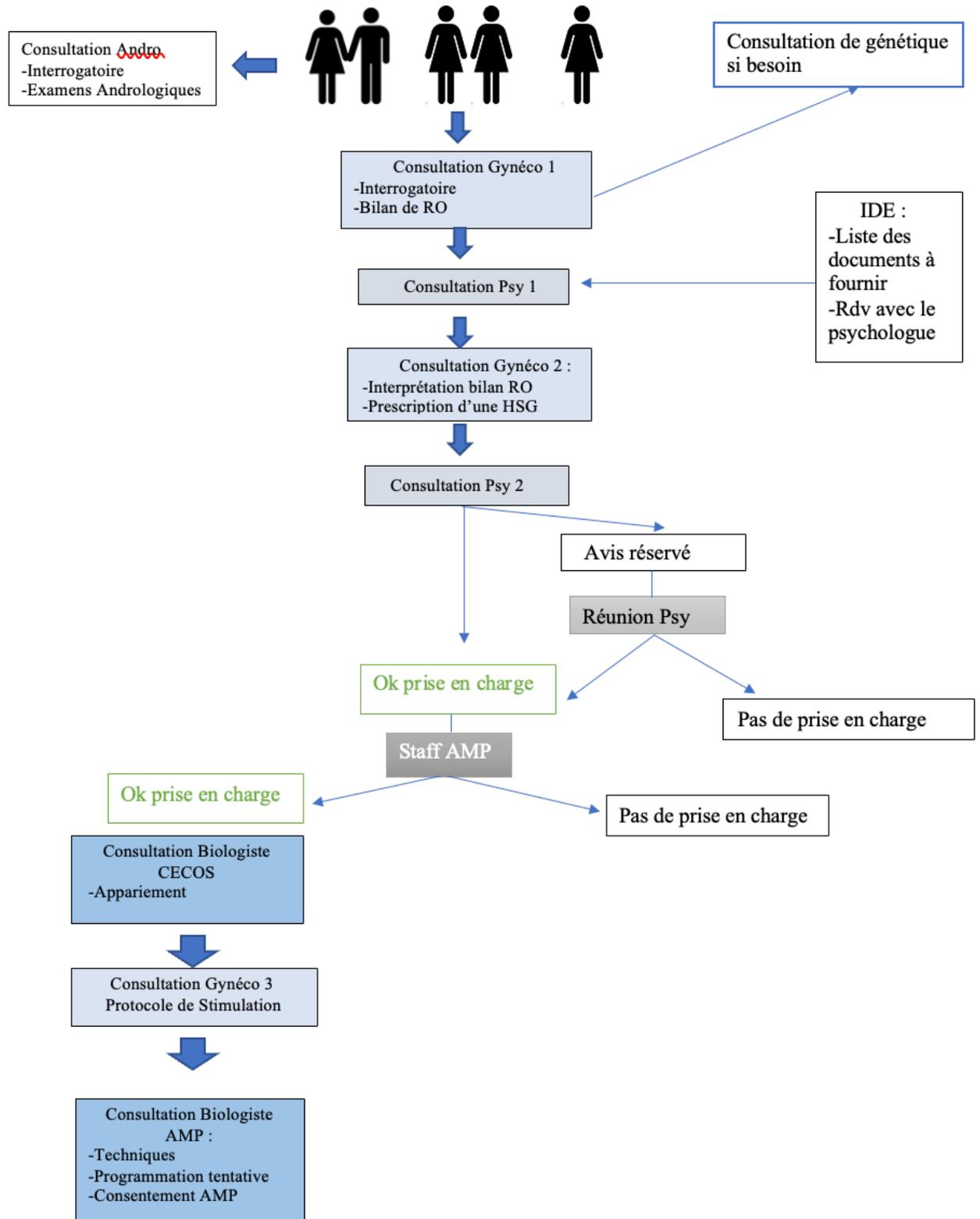
Le biologiste va également revoir avec eux le questionnaire d'enquête génétique, afin d'éviter tout facteur cumulatif de risque lors du choix du donneur.

Par la suite, le protocole de stimulation est remis par le gynécologue et une consultation avec le **biologiste d'AMP** est programmée. Lors de cette consultation, le biologiste explique la technique qui sera utilisée, recueille le consentement écrit des patients pour l'AMP et programme la tentative.

Pendant le parcours, différents documents sont demandés aux patients, cela comprend :

- Une attestation sur l'honneur de ne pas être inscrit dans un autre centre d'AMP
- Acte notarial : Consentement à une AMP avec tiers donneur
- Le questionnaire d'enquête génétique
- Pour les femmes seules : La déclaration de la personne ressource et l'attestation de vie non maritale
- Pour les couples de femmes : La reconnaissance anticipée de l'enfant pour celle qui ne portera pas l'enfant chez le notaire

Figure 4 : Schéma récapitulatif de la prise en charge en AMP au CHU de Toulouse



III. PLEIAD : Étude prospective menée au CHU de Toulouse

1. Introduction

La loi de Bioéthique du 02 Août 2021 autorise désormais, en plus des couples hétérosexuels, l'accès au don de spermatozoïdes pour les couples de femmes et les femmes non mariées.

Selon le Ministère de la Santé, depuis l'ouverture du don de spermatozoïdes à ces nouvelles populations, les demandes au niveau national (7000 au cours des 6 premiers mois) ont très largement dépassé les chiffres prédits (3000 par an). L'accueil de cette nouvelle patientèle exige de nous, professionnels de santé, de bien la connaître. En effet à ce jour, il n'y a pas d'évaluation fiable en France des parcours de vie, notamment reproductive, ni des caractéristiques sociodémographiques, ni du bien-être psychique de ces patientes.

L'étude PLEIAD, (Psychology, Life, Insémination Artificielle par Donneur) a pour objectif via un questionnaire pseudonymisé de combler ce manque d'information afin d'aider les professionnels à construire des parcours de prise en charge pertinents.

L'étude est promue par le CHU de Toulouse (RC31/22/0271, Numéro ID-RCB : 2022-101550-43) et a reçu l'avis favorable du CPP Sud-Est II.

2. Objectif

L'objectif est de disposer d'un état des lieux des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents reproductifs, des motivations et de l'état psychique de l'ensemble des personnes éligibles au don de spermatozoïdes : couples hétérosexuels, couples de femmes et femmes seules. En effet la prise en charge des patients en assistance médicale à la procréation est une prise en charge globale qui ne s'arrête pas aux examens clinico-biologiques réalisés mais prend également en compte tous les caractéristiques, les aspects émotionnels et psychiques propres à chacun.

3. Matériels et méthodes

Pour répondre à l'objectif de l'étude, un questionnaire est proposé aux patients qui répondent aux critères d'éligibilité et ayant donné leur non-opposition.

Ce questionnaire (Annexe I) comprend des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, les motivations, ainsi que les antécédents procréatifs des patients.

Il comprend également quatre tests psychologiques auto-administrés :

- le test **HADS** qui permet d'évaluer l'anxiété et la dépression (27),
- **l'échelle d'estime de soi de Rosenberg** (34),
- le test du **Brief-COPE** qui évalue la capacité à faire face aux événements (35),
- le test **Dyadic Adjustment Scale** réservé aux couples hétérosexuels et aux couples de femmes qui permet d'évaluer l'ajustement et le soutien dans le couple (38).

Il s'agit donc d'une étude de cohorte prospective uni-centrique à visée descriptive.

Il n'y a aucune modification du protocole de prise en charge dans le cadre de cette étude.

Les Critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants :

Critères d'inclusions	-Couples Hétérosexuels, OU couples de femmes OU femmes seules ayant fait la demande d'un don de spermatozoïdes au centre de médecine de la reproduction au CHU de Toulouse -Patients ayant donné leur accord (oral ou écrit) après information claire et loyale
Critères d'exclusions	-Première consultation avec le psychologue du centre déjà réalisée. -Non maîtrise du français -Personnes majeures protégées (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle)

Modalités de recrutement :

Les patient(e)s sont invité(e)s à répondre au questionnaire avant leur première consultation avec le psychologue du centre. Ils sont contactés par téléphone où une première explication de l'étude est donnée et sont invités à se présenter dans la mesure du possible 30 minutes avant leur premier rendez-vous avec le psychologue afin de prendre connaissance de la notice d'information et en cas de non-opposition, de compléter le questionnaire dans un bureau dédié. La durée prévisionnelle de réponse au questionnaire pour un participant est de 20 à 25 minutes. L'interne réalisant la recherche reste à leur disposition pour tout renseignement complémentaire (si besoin) mais ne participe pas aux réponses au questionnaire.

L'objectif est d'inclure 300 personnes en 18 mois.

Au 1^{er} semestre 2022, 164 premières consultations réalisées pour ce type de demandes dans notre centre : 67 couples de femmes et 97 femmes seules soit 231 personnes auquel il faut rajouter environ 10 personnes issus des couples hétérosexuels en don de sperme. En 18 mois on escompte donc au moins 650 personnes éligibles. Avec un taux de participation d'au moins 50 %, l'objectif de 300 personnes semble atteignable.

L'évaluation psychologique :

a. HADS

L'échelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière (HADS) est un outil qui a été développé par Zigmond et Snaith en 1983 (28) et dont l'objectif est d'identifier les cas de **troubles anxieux** ou **dépressif** chez des patients non psychiatriques.

Un **épisode dépressif** est une perturbation pathologique de l'humeur, qui se caractérise le plus souvent par un sentiment de dévalorisation, de culpabilité ainsi que par une anhédonie (perte du plaisir ou de l'intérêt). Les **troubles anxieux quant à eux**, sont des troubles qui se caractérisent par des inquiétudes qui sont difficilement contrôlables, souvent excessives et non justifiées par des éléments réalistes. (29).

Il s'agit d'un auto-questionnaire à compléter comportant 14 items qui sont divisés en deux sous échelles : 7 questions qui évaluent l'anxiété et 7 questions qui évaluent la dépression. (30)

Pour chaque item il existe 4 possibilités de réponse notée de 0 à 3.

Un score globale correspondant à chaque sous échelle est calculé, plus ce score est élevé plus la symptomatologie est sévère.

Pour chaque sous-échelle si :

- Score inférieur ou égal à 7 → Absence de symptomatologie
- Score compris entre 8 et 10 → Symptomatologie douteuse
- Score supérieur ou égal à 11 → Symptomatologie certaine

Une Revue de la littérature (30) avec près de 747 articles étudiés, a permis d'évaluer la validité de ce test dans ces différentes traductions, chez des patients malades ainsi que dans la population générale :

a. L'AUC.

Une valeur seuil avec un score > 8 a permis d'obtenir un équilibre optimal avec une sensibilité et une spécificité se situant le plus souvent autour de 0,8.

b. La cohérence interne

Le test présente une très bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,83 en moyenne pour HADS-A et de 0,82 pour HADS-D. En effet, Il est recommandé que le coefficient alpha de Cronbach soit d'au moins 0,60 pour qu'un instrument d'auto-évaluation soit considéré comme fiable.

c. Validité externe

Par rapport à d'autres questionnaires utilisés et malgré sa brièveté, le HADS présente des sensibilités et des spécificités similaires (Ex : L'échelle de dépression MADRS, l'échelle d'anxiété de Hamilton, le Beck Dépression Inventory)

d. Version française

Concernant sa version française, les nombreuses études qui ont été réalisées ont montré des résultats cohérents avec la littérature, et soutiennent la fiabilité de cet instrument (31)(32)(33)

b. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg a été publiée en 1965 par Rosenberg dans son ouvrage « *Society and the Adolescent Self-Image* » (34), et validée dans sa version française en 1990. (35)

Il s'agit du test d'évaluation de l'estime de soi le plus couramment utilisé dans le monde. Il est composé de 14 items, chaque item traite d'une attitude favorable ou défavorable qu'on peut avoir envers soi-même. Les items positifs et négatifs sont alternés.

Les participants devront répondre s'ils sont :

- Tout à fait en désaccord (1 point)
- Plutôt en désaccord (2 points)
- Plutôt en accord (3 points)
- Tout à fait en accord. (4 points)

Le score total est obtenu en additionnant le score de chaque question ; pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10 la cotation est inversée.

Plus le score obtenu est élevé, plus l'estime de soi est forte.

c. Brief COPE

Le Brief-COPE (36) est un inventaire psychologique qui permet d'identifier **les différentes stratégies** qu'une personne aurait mise en œuvre afin de **faire face** à un événement stressant qui serait survenu récemment dans sa vie.

Il s'agit de la version allégée du COPE (37) et comprend 28 items qui sont subdivisés en 14 sous échelles.

Chaque sous échelle évalue différents domaines du coping « faire face » :

- Le Coping Actif Q2 et 20
- La planification Q13 et 24
- Le soutien instrumental Q10 et 19
- Le soutien émotionnel Q5 et 14
- L'expression des sentiments Q9 et 18
- La réinterprétation positive Q11 et 26
- L'Acceptation Q8 et 23
- Le déni Q3 et 21
- Le Blâme Q12 et 25
- L'Humour Q16 et 28
- La religion. Q7 et 27
- La distraction Q1 et 17
- L'utilisation de substances Q4 et 22
- Le désengagement comportemental Q6 et 15

Il s'agit d'un test auto-administré, validé dans sa traduction française (38) et ayant l'avantage d'être relativement bref.

d.DAS

Le niveau d'adaptation et de satisfaction des conjoints dans leur vie de couple a été mesuré grâce à l'échelle d'ajustement dyadique (39). Ce test possède une structure à quatre dimensions, comprenant le « **consensus dyadique** » qui détermine l'entente d'un couple par rapport aux tâches de la vie quotidienne, la « **satisfaction dyadique** » qui mesure le niveau de satisfaction actuelle ainsi que la volonté de chacun à poursuivre son engagement. La « **cohésion dyadique** », qui évalue le degré d'engagement d'un couple dans des activités communes et pour la dernière échelle il s'agit de « **l'Expression affectueuse** » qui évalue la satisfaction sexuelle et affective.

Les études psychométriques réalisées initialement ainsi que celles réalisées lors la validation de la traduction française (40) ont montré une fidélité très satisfaisante de l'ensemble des échelles avec un coefficient alpha de Cronbach qui varie entre 0,79 et 0,82.

Cependant pour l'analyse factorielle des résultats il est préférable d'utiliser un score global plus stable et avec moins de variable qu'une analyse en sous échelle. (41)

Le score limite est fixé « 100 » (39)(42) ce qui signifie que les patients qui auront obtenu un score inférieur seront considérés comme ayant un ajustement dyadique faible et inversement ceux qui auront obtenu un score supérieur à 100 seront considérés comme ayant un ajustement dyadique fort.

L'analyse statistique :

Une analyse descriptive des variables recueillies a été réalisée : fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives, moyennes et écart-types pour les variables quantitatives dans l'hypothèse d'une distribution gaussienne, médiane, quartiles et extrêmes étant préférés dans le cas de paramètres quantitatifs présentant une distribution non gaussienne.

Le nombre de patients, sélectionnés, qui ont donné une non-opposition a été consigné dans un flow-chart (diagramme d'inclusion).

Pour une analyse en sous-groupe :

- Pour les variables qualitatives : le test du Khi-deux ou le test exact de Fisher si les effectifs théoriques sont inférieurs à 5 ont été utilisés.
- Pour les variables quantitatives : des tests de Mann-Whitney ou des t-tests ont été réalisés (selon les conditions d'application).

- (a) Fisher exact
- (b) Chi2
- (c) Mann Whitney
- (d) Test de Student

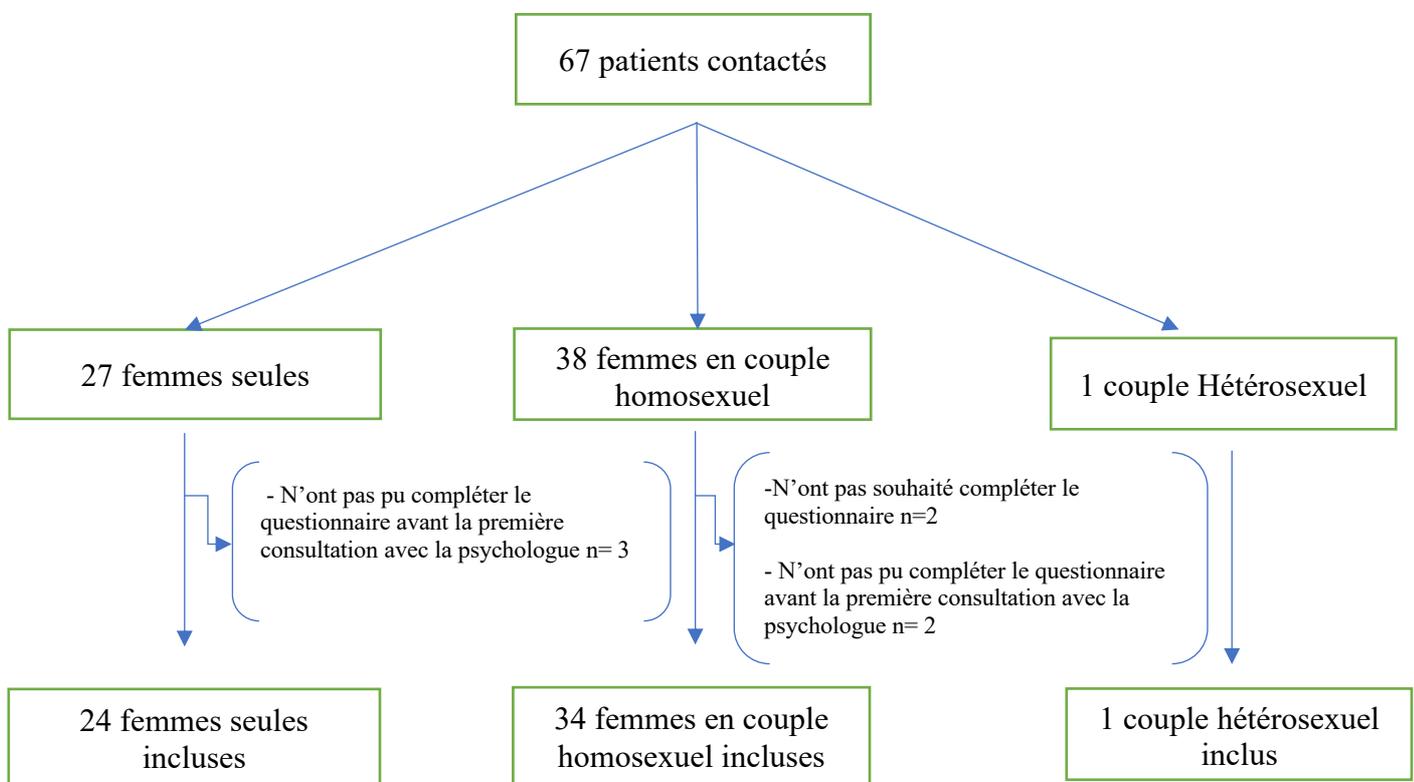
Toutes les analyses seront réalisées en utilisant STATA 14 (Stata Corp., College Station, Texas, USA). Toutes les p-value reportées sont bilatérales et le seuil de significativité choisi à $p < 0.05$.

4. Résultats

Les données présentées pour ce travail sont des données préliminaires de l'étude PLEIAD issues des 3 premiers mois d'inclusion.

Le taux de participation sur cette période est de 89 %.

Figure 4 : Flow-chart



Un seul couple hétérosexuel s'est présenté sur la période. S'il a accepté de participer, nous ne prendrons pas en compte ses réponses dans ce travail compte tenu du fait que cet effectif empêche toute exploitation statistique.

Nous développerons donc par la suite les réponses fournies par les femmes seules (n=24) et les femmes en couple homosexuel (n=34).

Caractéristiques sociodémographiques :

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques sont rapportés dans le tableau 2.

Dans notre étude, les femmes seules étaient significativement plus âgées que les femmes en couple homosexuel (31,5 ans pour les FF vs 37 ans pour les FS).

Aucune différence significative n'a été retrouvée pour les autres caractéristiques sociodémographiques.

Les patientes possèdent en majorité un bon niveau d'étude, avec des diplômes allant du BEP jusqu'aux diplômes d'études spécialisés et une situation professionnelle stable (ex : CDI 53.1% pour les FF vs 37,5% pour les FS).

La grande majorité d'entre elles sont propriétaires de leur appartement et gagnent un salaire net individuel entre 800 et 1799 € (48,5 % des FF et 33 % des FS) et entre 1800 et 3500 € (42,4 % des FF et 62,5 % des FS)

Dans les deux groupes, la grande majorité est issue d'un milieu social moyen et a grandi avec des parents mariés ou en couple vivant sous le même toit (79 % des FF vs 70 % des FS).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des couples de femmes et des femmes seules

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
Âge (ans) sd	31.5 [5,7]	37 [3,09]	0.0001 (c)
Couple Hétérosexuelle	0 (0%)	1 (4.2%)	<0.001 (a)
Couple Homosexuelle	32 (94.2%)	0 (0%)	
Femme couple FtH	1 (2.9%)	0 (0%)	
FtH couple Femme	1 (2.9%)	0 (0%)	
Femme seule	0 (0%)	23 (95.8%)	
Depuis :			0.331 (a)
< 1 an	1 (2.9%)	3 (12.5%)	
1-3 ans	13 (38.3%)	6 (25%)	
> 3 ans	20 (58.8%)	15 (62.5%)	
Situation Maritale			<0.001
Célibataire	0 (0%)	21 (87.5%)	(a)
Vie Maritale	26 (76.5%)	1 (4.2%)	
Mariée	8 (23.5%)	0 (0%)	
Divorcé	0 (0%)	2 (8.3%)	

CSP			
1-Agriculteurs exploitants	1 (3.0%)	0 (0%)	0.764 (a)
2-Artisans	0 (0%)	0 (0%)	
3-Cadres et prof Intel. Sup	13 (39.4%)	10 (41.7%)	
4-Prof intermédiaires	4 (12.1%)	3 (12.5%)	
5-Employées	13 (39.4%)	10 (41.7%)	
6-Ouvriers	0 (0%)	1 (4.1%)	
7-SP	2 (6.1%)	0 (0%)	
Type d'emploi			
CDD	7 (21.9%)	5 (20.8%)	0.053 (a)
CDI	17 (53.1%)	9 (37.5%)	
Fonctionnaire	4 (12.5%)	9 (37.5%)	
Indépendant	4 (12.5%)	0 (0%)	
Stagiaire	0 (0%)	1 (4.2%)	
Niveau de diplôme			
Aucun	2 (5.9%)	0 (0%)	0.28 (a)
CAP, BEP	1 (2.9%)	3 (12.5%)	
Bac, brevet	7 (20.6%)	3 (12.5%)	
Deug, BTS, DUT...	6 (17.6%)	5 (20.8%)	
Licence, licence pro	5 (14.7%)	1 (4.2%)	
M1	2 (5.9%)	5 (20.8%)	
M2 ou plus	11 (32.4%)	7 (29.2%)	
Revenu mensuel net individuel			
< 900 €	2 (6.1%)	0 (0%)	0,417 (a)
900 – 1799 €	16 (48.5%)	8 (33.3%)	
1800 – 3500 €	14 (42.4%)	15 (62.5%)	
> 3500 €	1 (3.0%)	1 (4.2%)	
Satisfaction de la situation professionnelle			
Tout à fait	26 (76.5%)	18 (75%)	0.897 (b)
Moyennement	8 (23.5%)	6 (25%)	
Pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	
Milieu social			
Aisé	6 (17.7%)	3 (12.5%)	0.899 (a)
Moyen	25 (73.5%)	19 (79.2%)	
Populaire	3 (8.8%)	2 (8.3%)	
Environnement parental			
Mère célibataire	0 (0%)	2 (8.3%)	0.325 (a)
Parents en couple ou mariés	27 (79.4%)	17 (70.8%)	
Parents divorcés ou séparés	7 (20.6%)	5 (20.9%)	
Milieu de vie :			
Rural	16 (47.1%)	10 (41.7%)	0.684 (b)
Ville	18 (52.9%)	14 (58.3%)	
Situation :			
Propriétaire	20 (58.8%)	18 (75%)	0.307 (a)
Locataire	11 (32.4%)	6 (25%)	
Autre (colocation, hébergement...)	3 (8.8%)	0 (0%)	

Rapport à la maternité :

La grande majorité des patientes a toujours pensé devenir mère un jour (76,5 % des FF et 83,3% des FS). Elles considèrent également que le fait d'avoir un enfant est une chose très importante (41,2 % des FF vs 45,8% des FS) ou essentielle (32% des FF vs 50 % des FS)

Tableau 3 : Rapport à la maternité

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
Avez-vous toujours pensé devenir mère un jour ?			
Non	8 (23.5)	4 (16.7)	0.525 (b)
Oui	26 (76.5)	20 (83.3)	
Vous considérez le fait d'avoir un enfant comme une chose ?			
Peu importante	2 (5.9)	0 (0)	0.159 (a)
Importante	7 (20.6)	1 (4.2)	
Très importante	14 (41.2)	11 (45.8)	
Essentielle	11 (32.3)	12 (50.0)	
Nombre d'enfants dans l'idéal			
1	5 (15.2)	7 (29.2)	0.273 (a)
2	21 (63.6)	15 (62.5)	
>2	7 (21.2)	2 (8.3)	

Figure Masculine :

Dans les deux groupes, les patientes souhaitent en majorité (62,5 % des FF et 79,2 % des FS) que leur enfant ait une figure masculine dans sa vie future.

Tableau 4 : Figure Masculine

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
Importance de la présence d'une figure masculine pour leur enfant :			0.179 (b)
Non	12 (37.5)	5 (20.8)	
Oui	20 (62.5)	19 (79.2)	

Antécédents procréatifs :

La majorité des patientes n'a jamais eu de grossesse dans le passé (88,2 % des FF et 83,3 % des FS). Cependant les raisons sont différentes dans les deux groupes, 60 % des femmes seules a déjà exprimé un désir de grossesse lors d'une relation précédente, mais ce n'était pas avec le bon partenaire pour 55 % d'entre elles ou pas le bon moment pour 5 % d'entre elles. Au final seulement 10% des femmes seules déclarent ne pas avoir eu de désir de grossesse dans une relation précédente.

Cette proportion est bien plus élevée chez les femmes en couple homosexuel, 46.7 % d'entre elles n'avaient pas de désir de grossesse dans leurs relations passées.

Tableau 5 : Antécédents procréatifs

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
<i>Grossesse antérieure</i>			
<i>Non</i>	30 (88.2)	20 (83.3)	0.436 (a)
<i>Oui</i>	4 (11.8)	4 (16.7)	

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=30	Femmes seules n=20	p-value
<i>Pourquoi y'a-t-il pas eu de grossesse dans une relation précédente ?</i>			
<i>Pas le désir</i>	14 (46.7)	2 (10)	0.026 (a)
<i>Désir mais pas le bon partenaire</i>	8 (26.7)	11 (55)	
<i>Désir mais pas le bon moment</i>	1 (3.3)	1 (5)	
<i>Désir avec le bon partenaire mais cela n'a pas abouti</i>	7 (23.3)	6 (30)	

Antécédents sexuels :

La totalité des femmes seules a déjà eu un rapport sexuel avec un homme dans le passé, contre 78 % des femmes en couple homosexuel. 17 % des femmes seules déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle avec une femme.

Tableau 6 : Antécédents sexuels

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n= 32	Femmes seules n=24	p-value
<i>ATCD de Relations sexuelles avec :</i>			<0.001 (a)
<i>Un homme</i>	2 (6.2)	20 (83.3)	
<i>Une femme</i>	7 (21.9)	0 (0)	
<i>Les deux</i>	23 (71.9)	4 (16.7)	

Recours au don de spermatozoïdes :

79,4 % des femmes en couples avec une autre femme et 83 % des femmes seules n'ont jamais eu recours à un don de spermatozoïdes à l'étranger.

La question « *Si non, pour quelle raison principale ?* » n'a pas pu être exploitée du fait que plusieurs patientes ont coché différentes réponses au lieu d'une seule attendue.

Concernant le « don sauvage », 35 % des FF et 25 % des FS ont déjà pensé avoir recours à cette solution mais une très faible minorité l'a mise en œuvre parmi les femmes en couple homosexuel. Inversement sur 6 femmes seules y ayant pensé, 2 l'ont mise en œuvre. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 7 : Recours au don de spermatozoïdes

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
<i>Recours au Don de spermatozoïdes à l'étranger :</i>			>0.999 (a)
<i>Non</i>	27 (79.4)	20 (83.3)	
<i>Oui</i>	7 (20.6)	4 (16.7)	

Nombre d'inséminations effectuées :			0.697 (a)
1	1 (14.3)	0 (0)	
2	2 (28.5)	0 (0)	
3	2 (28.6)	3 (75)	
5	1 (14.3)	0 (0)	
7	0 (0)	1 (25)	
10	1 (14.3)	0 (0)	
Nombre de FIV :			
0	7 (100)	4 (100)	
Déjà pensé au don spermatozoïdes non encadré			0.404 (b)
Non	22 (64.7)	18 (75)	
Oui	12 (35.3)	6 (25)	
ATCD de recours au don non encadré ;			0.515 (a)
Non	10 (90.9)	4 (66.7)	
Oui	1 (9.1)	2 (33.3)	
Intermédiaire :			>0.999(a)
Inconnu (réseaux, sites)	1 (50)	1 (50)	
Connaissance directe	0 (0)	1 (50)	
Banque de sperme étranger	1 (50)	0 (0)	

Rapport au don de spermatozoïdes :

La grande majorité des patientes n'a jamais encouragé des hommes à donner leurs spermatozoïdes dans un CECOS (85,3 % des FF vs 87,5 % des FS). La raison principale était le fait de ne pas y avoir pensé (85,2 % des FF et 75,9 % des FS).

Tableau 8 : Rapport au don de spermatozoïdes

<i>Situation n(%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
Déjà encouragé des hommes à donner leurs spermatozoïdes dans un CECOS ;			>0.999 (a)
Non	29 (85.3)	21 (87.5)	
Oui	5 (14.7)	3 (12.5)	
Homme encouragé avait des enfants ?			0.643 (a)
Ne sait pas	0 (0)	1 (33.3)	
Non	4 (80)	1 (33.3)	
Oui	1 (20)	1 (33.3)	
Si non, pourquoi ?			0.77 (a)
Pensé mais pas fait	4 (14.8)	4 (21.1)	
Pas pensé	23 (85.2)	15 (75.9)	

Rapport au don d'ovocytes et à la préservation sociétale :

Concernant le don de leurs ovocytes près de la moitié ne savait pas encore si elles souhaitaient y avoir recours (45,5 % des FS et 45,8 % des FF). Il en est de même pour la préservation sociétale.

Tableau 9 : Rapport au don d'ovocytes et à la préservation sociétale

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
<i>Souhaite faire un don d'ovocytes dans le futur :</i>			0.786 (a)
<i>Ne sait pas</i>	15 (45.5)	11 (45.8)	
<i>Non</i>	8 (24.2)	4 (16.7)	
<i>Oui si enfant</i>	2 (9.1)	4 (16.7)	
<i>Oui même si pas enfant</i>	6 (18.2)	4 (16.7)	
<i>Oui en réflexion</i>	0 (0)	1 (4.1)	
<i>NA</i>	1 (3.0)	0 (0)	
<i>Souhaite faire une préservation sociétale dans le futur :</i>			0.604 (a)
<i>Ne sait pas</i>	16 (48.5)	12 (50)	
<i>Ne pas y avoir recours</i>	10 (30.3)	5 (20.8)	
<i>Y avoir recours après mon projet actuel</i>	5 (15.2)	3 (12.5)	
<i>Y avoir recours si projet actuel ne se concrétise pas</i>	2 (6.0)	4 (16.7)	

La prise en charge :

Trois-quarts des patientes (78,1 % des FF et 77,3 % des FS) auraient quand même entrepris un parcours d'AMP en France si le coût du parcours n'avait pas été pris en charge par la sécurité sociale. L'entretien avec un psychologue du centre est considéré comme utile voir indispensable pour 82,4 % des FF et 93,8 % des FS.

Tableau 10 : La prise en charge

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	p-value
<i>Démarche si pas de prise en charge par la SS ?</i>			0.700 (a)
<i>Ne sait pas</i>	0 (0)	1 (4.5)	
<i>Non</i>	7 (21.9)	4 (18.2)	
<i>Oui</i>	25 (78.1)	17 (77.3)	
<i>Intérêt de l'entretien avec un psychologue</i>			0.268 (a)
<i>Indispensable</i>	7 (20.6)	8 (33.3)	
<i>Utile</i>	21 (61.8)	15 (62.5)	
<i>Inutile</i>	6 (17.6)	1 (4.12)	

La majorité des patientes (68,7 % des FF vs 79,1 % des FS) considère que le fait d'être une femme seule ou une femme en couple avec une autre femme n'est ni un avantage ni un inconvénient lors de leur prise en charge médicale.

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24
<i>Être une FF par rapport l'institution médicale :</i>		
<i>Avantage</i>	2 (6.3)	NA
<i>Désavantage</i>	8 (25)	NA
<i>Ni l'un ni l'autre</i>	22 (68.7)	NA
<i>Être une FS par rapport à l'institution médicale :</i>		
<i>Avantage</i>	NA	1 (4.2)
<i>Désavantage</i>	NA	4 (16.7)
<i>Ni l'un ni l'autre</i>	NA	19 (79.1)

Soutien de l'entourage :

Les patientes sont soutenues pour la grande majorité par leur famille (64,7% des FF et 83,3 % des FS) ainsi que par leurs ami(e)s (97,1 % des FF et 91,7 % des FS).

Tableau 11 : Soutien de l'entourage

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	P-value
<i>Soutien familial</i>			0.187 (a)
<i>Pas tenu au courant</i>	11 (32.4)	3 (12.5)	
<i>Non</i>	1 (2.9)	1 (4.2)	
<i>Oui</i>	22 (64.7)	20 (83.3)	
<i>Soutien amical</i>			0.564 (a)
<i>Pas tenu au courant</i>	1 (2.9)	2 (8.3)	
<i>Non</i>	0 (0)	0 (0)	
<i>Oui</i>	33 (97.1)	22 (91.7)	

Accès aux origines pour les enfants issus du don :

Concernant leurs accords avec l'accès de l'enfant issu du don à sa majorité à l'identité du tiers donneur et/ou aux données non identifiantes de ce dernier. Les réponses des patientes étaient partagées entre être « tout à fait d'accord » (54,2 % des FS et 48,5 % des FF) et « moyennement d'accord » (41,6 % des FS et 36,4 % des FF)

Tableau 12 : Accès aux origines pour les enfants issus du don

<i>Situation n (%)</i>	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=24	P-value
<i>Degré d'accord avec l'accès aux origines pour les enfants issus du don :</i>			0.509 (a)
<i>Tout à fait</i>	16 (48.5)	13 (54.2)	
<i>Moyennement</i>	12 (36.4)	10 (41.6)	
<i>Pas du tout</i>	5 (15.1)	1 (4.2)	

Questions réservées aux couples de femmes :

La reconnaissance anticipée de l'enfant à naître devant un notaire est considérée comme indispensable pour 58 % des femmes et comme nécessaire pour 32,3 % d'entre elles.

Tableau 13 : La reconnaissance anticipée de l'enfant devant le notaire

<i>Situation</i>	<i>n (%)</i>	Couples de Femmes n=34
Reconnaissance anticipée de l'enfant devant le notaire :		
<i>Indispensable</i>	18 (58)	
<i>Nécessaire</i>	10 (32.3)	
<i>Non nécessaire</i>	3 (9.7)	

Comparaison des réponses entre les femmes qui souhaitent porter l'enfant (FFp) avec celles qui ont décidé de ne pas le porter (FFx) :

Aucune différence significative n'a été retrouvée pour l'âge, le rapport à la maternité, les grossesses antérieures, ou encore le degré d'accord avec l'accès aux origines pour l'enfant à naître entre les deux groupes.

Cependant concernant la reconnaissance anticipée de l'enfant à naître, 80 % des femmes qui souhaitent porter l'enfant considèrent cette mesure comme « indispensable » contre 37 % pour les femmes qui ont décidé de ne pas porter l'enfant.

Tableau 14 : Comparaison entre la femme qui portera l'enfant et la femme qui ne portera pas l'enfant dans un couple de femme

<i>Situation</i>	<i>n (%)</i>	FFx n= 17	FFp n= 17	
<i>Age Mean (sd)</i>		32 (6.26)	31.53 (5.27)	0.8140 (d)
<i>Toujours pensé devenir mère un jour :</i>				0.688 (a)
<i>Non</i>	5 (29.4)	3 (17.6)		
<i>Oui</i>	12 (70.6)	14 (82.4)		
<i>Considère le fait d'avoir un enfant comme une chose :</i>				0.283 (a)
<i>Peu importante</i>	1 (5.9)	1 (5.9)		
<i>Importante</i>	5 (29.4)	2 (11.7)		
<i>Très importante</i>	8 (47.1)	6 (35.3)		
<i>Essentielle</i>	3 (17.6)	8 (47.1)		

<i>Nombre d'enfants dans l'idéal</i>			>0.999 (a)
1	3 (17.7)	2 (12.5)	
2	11 (64.6)	10 (62.5)	
>2	3 (17.7)	4 (25)	
<i>Grossesse antérieure</i>			
Non	14 (82.4)	16 (94.1)	0.601 (a)
Oui	3 (17.6)	1 (5.9)	
<i>Reconnaissance anticipée de l'enfant à naître devant le notaire</i>			0.05 (a)
Indispensable	6 (37.5)	12 (80.0)	
Nécessaire	8 (50.0)	2 (13.3)	
Non nécessaire	2 (12.5)	1 (6.7)	
<i>Degré d'accord avec la possibilité d'accès aux origines :</i>			0.898 (a)
Tout à fait	7 (43.7)	9 (52.9)	
Moyennement	6 (37.5)	6 (35.3)	
Pas du tout	3 (18.8)	2 (11.8)	

Comparaison des réponses obtenues entre les femmes seules (FS) et les membres du couple de femme qui ne souhaitent pas porter l'enfant (FFx) :

Rapport à la maternité :

50 % des femmes seules considèrent le fait d'avoir un enfant comme une chose essentielle contre 17,6 % pour les membres du couple de femme qui ne souhaitent pas porter l'enfant. Cette différence est statistiquement significative.

Tableau 15 : Rapport à la maternité : FS et FFx

	FS n=24	FFx n=17	
<i>Considère le fait d'avoir un enfant comme une chose :</i>			0.022 (a)
<i>Peu importante</i>	0 (0)	1 (5.9)	
<i>Importante</i>	1 (4.2)	5 (29.4)	
<i>Très importante</i>	11 (45.8)	8 (47.1)	
<i>Essentielle</i>	12 (50.0)	3 (17.6)	

Questions réservées aux femmes seules :

Pour 50 % des femmes seules « le stress du temps qui passe » est la raison principale qui les a motivés à entreprendre un parcours d'assistance médicale à la procréation.

Pour la grande majorité (79 %) elles ont déjà connu une relation stable dans le passé et souhaitent avoir un partenaire dans leur vie future (95,8%). Elles ne sont cependant pas inquiètes que leur enfant grandisse sans père pour 75 % d'entre elles.

La totalité d'entre elles souhaite avoir une « personne ressource »

83,4% des femmes se considèrent comme « hétérosexuelle ».

Tableau 16 : Femmes seules

Situation n (%)	Femmes seules N=24
La raison principale qui motive votre demande :	
Crainte de ne pas trouver un partenaire	7 (29.2)
Sentiment d'une certaine stabilité	5 (20.8)
Stress du temps qui passe	12 (50)
Le choix d'entreprendre ce projet est un :	
Choix assumé	10 (41.7)
Choix lié aux circonstances de la vie	13 (54.2)
NA	1 (4.1)
Relation stable dans le passé (>1 an) :	
Non	5 (20.8)
Oui	19 (79.2)
Inquiétude que votre enfant grandisse sans père :	
Non	18 (75)
Oui	6 (25)
Souhaitez-vous avoir un partenaire stable dans le futur ?	
Non	1 (4.2)
Oui	23 (95.8)
Est-il important d'avoir une « Personne ressource » ?	
Non	0 (0)
Oui	23 (100)
Orientation sexuelle :	
Hétérosexuelle	20 (83.4)
Homosexuelle	2 (8.3)
Bisexuelle	2 (8.3)
Pansexuelle	0 (0)
Asexuelle	0 (0)
Autres	0 (0)

Résultats obtenus par les couples de femmes et les femmes seules au questionnaire HADS :

Concernant la symptomatologie anxieuse les patientes ont obtenu un score moyen < 7 pour la majorité d'entre elles (55,9 % des FF vs 52,5% des FS). Ce score indique une absence de troubles anxieux.

Cependant, une symptomatologie anxieuse douteuse (32,3 % des FF et 26,1 % des FS) et certaine (11,8 % des FF et 21,7 % des FS) a été identifiée dans les deux groupes.

L'absence d'état dépressif a été observé chez l'ensemble des patientes.

Tableau 17 : Résultats au HADS pour les couples de femmes et les femmes seules

État Psychique n (%)	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=23	p-value
Anxiété			0.656 (a)
Absence de symptomatologie	19 (55.9)	12 (52.2)	
Symptomatologie certaine	4 (11.8)	5 (21.7)	
Symptomatologie douteuse	11 (32.3)	6 (26.1)	
Dépression			
Absence de symptomatologie	34 (100)	23 (100)	

Résultats obtenus par les deux membres du couple de femme au questionnaire HADS :

Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes.

Tableau 18 : Résultats au HADS, pour les FFx et FFp

État Psychique n (%)	FFx n=17	FFp n=17	p-value
Anxiété			> 0.99 (a)
Absence de symptomatologie	10 (58.8)	9 (52.9)	
Symptomatologie certaine	2 (11.8)	2 (11.8)	
Symptomatologie douteuse	5 (29.4)	6 (35.3)	
Dépression			
Absence de symptomatologie	17 (100)	17 (100)	

Résultats obtenus par les couples de femmes et les femmes seules avec « l'échelle d'estime de soi de Rosenberg » :

Les scores obtenus reflètent pour la majorité des patientes une bonne estime de soi. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes.

Tableau 19 : Résultats à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg pour les couples de femmes et les femmes seules

n(%)	Couples de Femmes n=34	Femmes seules n=23	P-value
Estime de soi			0.744 (a)
Très faible	3 (8.8)	1 (4.4)	
Faible	8 (23.5)	3 (13.0)	
Moyenne	5 (14.7)	6 (26.1)	
Forte	16 (47.1)	12 (52.1)	
Très forte	2 (5.9)	1 (4.4)	

Résultats obtenus par les deux membres du couple de femme avec « l'échelle d'estime de soi de Rosenberg » :

Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes.

Tableau 20 : Résultats obtenus par les deux membres du couple de femme avec l'échelle d'estime de soi de Rosenberg

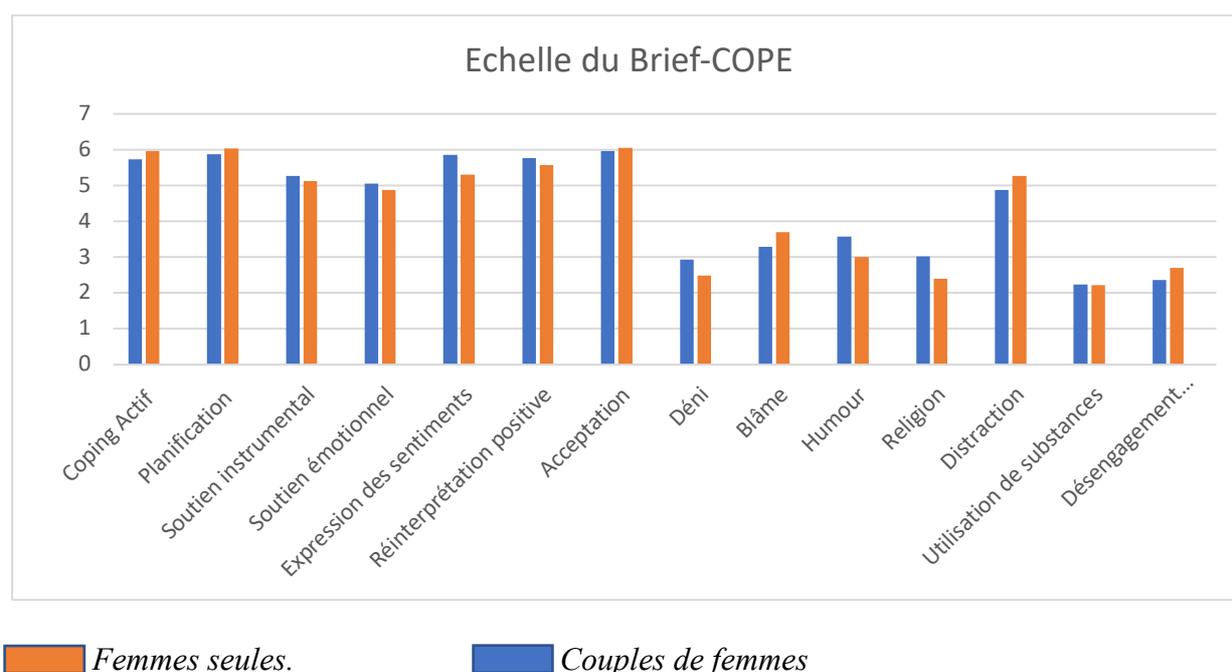
n(%)	FFx n=17	FFp n=17	p-value
Estime de soi			0.954 (a)
Très faible	2 (11.8)	1 (5.9)	
Faible	4 (23.5)	4 (23.5)	
Moyenne	3 (17.6)	2 (11.8)	
Forte	7 (41.2)	9 (52.9)	
Très forte	1 (5.9)	1 (5.9)	

Le Brief-COPE :

Tableau 21 : Moyennes et écarts-types aux échelles du Brief-COPE et comparaison des résultats entre les couples de femmes et les femmes seules

Echelle du Brief-COPE	Couples de Femmes	Femmes seules	p-value
Coping Actif	5.73 (1.40)	5.96 (1.15)	0.5195 (d)
Planification	5.88 (1.78)	6.04 (1.33)	0.7084 (d)
Soutien instrumental	5.27 (1.96)	5.13 (1.58)	0.8785 (c)
Soutien Émotionnelle	5.06 (2.09)	4.87 (0.97)	0.8648 (c)
Expression sentiments	5.85 (1.68)	5.30 (1.26)	0.1937 (d)
Réinterprétation Positive	5.76 (1.58)	5.57 (1.47)	0.6470 (d)
Acceptation	5.97 (1.81)	6.04 (1.33)	0.8685 (d)
Déni	2.94 (1.64)	2.48 (0.95)	0.2769 (c)
Blâme	3.29 (1.62)	3.70 (1.66)	0.3845 (c)
Humour	3.58 (1.80)	3.00 (1.24)	0.3161 (c)
Religion	3.03 (1.86)	2.39 (0.78)	0.3670 (c)
Distraction	4.88 (1.78)	5.26 (1.29)	0.3827 (d)
Utilisation de Substances	2.24 (0.65)	2.22 (0.60)	0.8822 (c)
Désengagement comportemental	2.36 (0.70)	2.70 (1.43)	0.6219 (c)

Le Tableau 18 illustre que les stratégies les plus utilisées dans les deux groupes sont l'acceptation ($m=5,97$ pour les FF et $m=6,04$ pour les FS), la planification, le coping actif, le soutien émotionnel, l'expression des sentiments ainsi que la réinterprétation positive. Il s'agit de stratégies dites « fonctionnelles »



Résultats au Brief-COPE pour les deux membres du couple de femme :

Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes.

Tableau 22 : Résultats au Brief-COPE pour les deux membres du couple de femme :

Echelle du Brief-COPE	FFx n =17	FFp n =17	p-value
Coping Actif	5.94 (1.60)	5.5 (1.16)	0.3733 (d)
Planification	5.94 (1.85)	5.81 (1.76)	0.8395 (d)
Soutien instrumental	5.71 (1.72)	4.81 (2.14)	0.1945 (d)
Soutien Émotionnelle	5.18 (2.01)	4.94 (2.24)	0.7485 (d)
Expression sentiments	6.18 (1.63)	5.5 (1.71)	0.2538 (d)
Réinterprétation Positive	5.77 (1.79)	5.75 (1.39)	0.9792 (d)
Acceptation	6.29 (1.93)	5.97 (1.67)	0.1792 (c)
Déni	3 (1.84)	2.88 (1.46)	0.9499 (c)
Blâme	3.71 (1.83)	3.06 (1.34)	0.3384 (c)
Humour	3.41 (1.97)	3.75 (1.65)	0.2947 (c)
Religion	3.29 (2.05)	2.75 (1.65)	0.3333 (c)
Distraction	4.88 (1.93)	4.88 (1.67)	0.9908 (d)
Utilisation de Substances	2.41 (0.87)	2.06 (0.24)	0.1382 (c)
Désengagement comportemental	2.35 (0.61)	2.38 (0.81)	0.8171 (c)

DAS – Dyadic Adjustment Scale

Score DAS obtenu par les deux membres du couple de femme :

Tableau 23 : Score obtenu au DAS par les deux membres du couple de femme

Échelle n(sd)	FFx n= 17	FFp n=17	
Consensus	56.93 (6.81)	58.2 (4.96)	0.6166 (c)
Satisfaction	33.2 (3.71)	33.8 (2.83)	0.6224 (d)
Cohésion	20.6 (2.47)	20.9 (2.45)	0.7687 (d)
Expression Affective	9.67 (2.06)	9.73 (1.75)	0.9246 (d)
Ajustement	120.4 (10.14)	122.6 (9.02)	0.5353 (d)

Le score d'ajustement moyen obtenu est de 121,5 (>100) ce score montre que les deux partenaires sont très satisfaits dans leurs vies de couple.

Les couples de femmes dans notre étude sont donc considérés comme « ajustés maritalement ».

5. Discussion

Notre étude vise à disposer d'un état des lieux des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents reproductifs, des motivations et de l'état psychique de l'ensemble des personnes éligibles au don de spermatozoïdes en France à la suite de la nouvelle loi de bioéthique du 02 Août 2021.

Les données présentées dans ce travail sont issues des 3 premiers mois de recueils d'une étude prospective sur 18 mois chez les bénéficiaires du don de spermatozoïdes. Les effectifs obtenus sont donc encore faibles : 2 membres d'un couple hétérosexuel, 24 femmes seules et 34 femmes en couple homosexuel. Seules les données chez les femmes seules et les femmes en couple homosexuel ont pu être exploitées à ce stade et d'une manière générale il faut rester prudent sur leurs résultats et leurs interprétations. Toutefois l'étude semble accueillie très favorablement (89% de participation) ce qui augure favorablement de la capacité à inclure 300 sujets dans les 18 mois impartis et donc à disposer à terme de résultats solides.

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques ne retrouve aucune différence significative entre les femmes seules et les femmes en couple homosexuel, à l'exception de la moyenne d'âge qui est significativement plus élevée chez les femmes seules (37 ans chez les FS contre 32 ans chez les FF), un résultat attendu.

Ces résultats sont en rapport avec d'autres études menées à l'étranger, tel que l'étude Danoise réalisée par Maria Salomon et ses collaborateurs dans laquelle les femmes seules avaient en moyenne 3,5 ans de plus que les femmes en couples homosexuels. (43)

Les patientes possèdent en majorité un bon niveau d'étude, un métier stable et une bonne rémunération avec un salaire supérieur au salaire médian de la population française (44) (62,5 % des FS et 42,5 % des FF).

Une étude suédoise a également rapporté que 63 % des femmes seules avaient au minimum un diplôme correspondant à un bac + 3 et que 89 % d'entre elles possédaient un emploi à temps plein. (45)

Concernant leur rapport à la maternité, les trois-quarts des patientes se sont toujours imaginées devenir mère un jour et souhaiteraient dans l'idéal avoir deux enfants dans le futur. La quasi-totalité (95,8%) des femmes seules considèrent le fait d'avoir un enfant comme très important ou essentiel versus 73,8% des femmes en couple homosexuel. Cette différence n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs en comparant les femmes seules aux membres du couple de femme qui ne souhaitent pas porter l'enfant, une différence significative a été observée entre ces deux groupes, en effet 64,7 % des FFx considèrent le fait d'avoir un enfant comme une chose très importante ou essentiel contre 95,8 % des femmes seules.

Cependant, la majorité d'entre elles n'a pas eu de grossesse lors d'une relation précédente (83,2 % des FS et 88,2 % des FF). La raison principale évoquée par les femmes en couple homosexuel était le manque de désir alors que les femmes seules en avaient le désir mais cela n'était pas avec le bon partenaire.

Nos résultats sont en accord avec l'étude menée par V. Jadvá et son équipe dans laquelle 64 % des femmes seules ont donné comme raison principale à l'absence de grossesse lors d'une relation stable dans le passé « la relation n'était pas la bonne » seulement 5 % d'entre elles n'en avaient pas le désir. (46)

Ce désir de grossesse se retrouve également dans une étude espagnole qui a rapporté que chez 208 patientes femmes seules entamant un parcours de FIV/IUI 71,3 % d'entre elles avaient un désir de maternité datant de plus de 10 ans. Trois quarts des patientes étaient de nationalité française. (47)

En comparant les femmes au sein d'un couple homosexuel, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux membres du couple, pour l'âge, le rapport à la maternité et les grossesses antérieures.

Ces résultats sont en contradiction avec une étude belge qui a collecté des données sur 95 couples lesbiens entamant un parcours d'IAD et chez qui le désir d'enfants diffère significativement entre les deux membres du couple. En effet, pour 63,2 % des mères qui ont vocation à porter l'enfant ce désir était présent bien avant leur relation, alors que pour la majorité de leurs conjointes il est lié à la relation actuelle. (48)

Cependant, en ce qui concerne la « reconnaissance anticipée », mesure qui a pour objectif de protéger la mère qui ne porte pas l'enfant, en lui permettant d'être reconnue comme la mère de l'enfant à égalité de droits et d'obligations avec la mère qui a accouché (49), 80 % des mères qui souhaitent porter l'enfant trouvent cette mesure indispensable et ce malgré le fait que cette loi ne modifie pas leur situation contre 37 % pour leurs conjointes. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette forte adhésion des femmes qui porteront l'enfant à la reconnaissance anticipée de leur partenaire : 1°) une preuve d'amour soulignant l'importance de donner une place légale à leur partenaire vis-à-vis de l'enfant ; 2°) à l'inverse, un moyen de s'assurer que leur partenaire assume leur charge de mère quoiqu'il advienne (séparation) ; 3°) une réassurance pour le devenir de leur enfant si elle devait ne plus pouvoir elle-même l'assurer (décès, invalidité majeure). Nous n'avons pas d'éléments pour trancher en faveur de l'une de ces hypothèses. Inversement la proportion de femmes qui ne porteront pas l'enfant qui estiment indispensable leur reconnaissance anticipée comme mère de cet enfant paraît faible (37 %). Cela peut témoigner d'une très forte solidité et confiance au sein du couple. Ou à l'inverse d'un engagement qui ne serait pas si fort vis-à-vis du couple et/ou du futur enfant. Cette dernière hypothèse paraît peu probable compte tenu des résultats similaires et élevés du score DAS pour chaque membre des couples de femmes témoignant d'une très grande entente, confiance et solidité au sein des couples de femmes.

La grande majorité des femmes seules et des couples de femmes ne s'est jamais rendue à l'étranger afin de bénéficier d'un don de spermatozoïdes (79,4 % des FF et 83,3 % des FS) et n'a pas eu recours à un don spermatozoïdes non encadré « sauvage ». Ainsi il semble que c'est bien l'évolution de la loi de bioéthique qui motive chez ces patientes la décision d'entreprendre un parcours d'AMP en France. Le non-remboursement de la prise en charge ne freinerait d'ailleurs pas leur démarche. Ces résultats sont à prendre avec précaution du fait que le prix d'une insémination (environ 800 euros) et celui d'une FIV-ICSI (environ 3500 euros) ne sont probablement pas connus de toutes.

Paradoxalement, moins d'une femme interrogée sur 7 a sollicité des hommes autour d'elles pour donner leurs spermatozoïdes dans un CECOS, non pas car cette démarche est difficile mais parce qu'elles n'y ont pas pensé. Sensibiliser cette population autour du don est donc primordial d'autant plus ces dernières années avec la baisse du rapport du nombre de donneurs sur le nombre de receveurs.

Cette démarche a été partagée avec les membres de leurs familles (83,3 % des FS et 64,7 % des FF) ainsi que leurs amis proches (91,7 % des FS et 97,1 % des FF). Ces derniers ont compris leur projet et les soutiennent.

Un soutien également décrit dans l'étude de Clare Murray et de Susan Golombock dans laquelle 88 % des femmes seules ont reçu un soutien émotionnel de la part de leur famille et pour 100 % d'entre elles un soutien de la part de leurs amies. (50)

Une autre étude réalisée en Belgique auprès de femmes en couple homosexuel, rapporte que ces femmes ont déjà partagé leurs projets avec au moins une personne de leur entourage et ont comme sentiment d'être soutenues. (51)

Ces patientes ont pu donc se confier, sans aucune crainte à partager et à assumer leur projet avec leurs proches significatifs. Un soutien qui leur permet probablement de mieux accepter leur parcours.

Dans les deux groupes, la grande majorité des patientes souhaite que leurs enfants aient une figure masculine dans leurs vies (62,5 % des FF vs 79,2 % des FS)

Cette importance de la figure masculine a également été montrée dans d'autres études à l'étranger, où 60 % des femmes seules (n=171) estimaient qu'il était très important pour elles que leurs enfants aient un modèle masculin (46). Concernant les femmes en couple homosexuel, elles étaient toutes d'accord sur l'importance de la présence d'une figure masculine dans la vie de leur enfant, et près de 70 % estimaient qu'ils existaient plusieurs personnes dans leur entourage pouvant endosser ce rôle. (51)

Femmes seules

Dans notre étude, ce qui pousse les femmes seules à ne plus penser à la maternité au sein d'un couple c'est la prise de conscience de leur âge et du temps qui passe (50 %) ou encore la crainte de ne pas trouver un partenaire pour un projet parental à deux (29,2%).

Pour d'autres (28%), il s'agit plutôt du moment opportun pour elles (Stabilité professionnel et financière, apaisement personnel).

Leur projet parental s'inscrit donc d'abord dans un choix lié aux circonstances de la vie, (54,2 %). Ce choix devient pour certaines un choix assumé d'avoir un enfant seul (41,7%).

Dans son étude sur des femmes seules suédoises entamant un parcours de don de spermatozoïdes Helena Volgesten et son équipe ont également rapporté qu'en raison de leur âge et du temps qui passe, avoir un enfant pour ces femmes était plus important qu'attendre un partenaire pour un projet parental à deux. (45)

D'autres études décrivent que malgré le fait qu'elles soient complètement satisfaites de leur décision d'entreprendre un parcours de femmes seules (52), ces femmes auraient tout de même préféré avoir un enfant avec un partenaire (53)(43).

Des raisons différentes ont été recueillies par Jane D. Bock (54), qui a retenu les témoignages de 26 femmes célibataires aux États-Unis ayant décidé de devenir mères célibataires par choix. L'étude a relevé que ces femmes entreprennent ce parcours parce qu'elles se sentent responsables, avec la maturité affective nécessaire et avec une bonne capacité fiscale.

La totalité des patientes a jugé important pour elles d'avoir « une personne ressource », c'est-à-dire une personne de confiance, membre de la famille ou ami (e) proche, qui n'a aucun droit sur le plan juridique mais avec un rôle de soutien et d'accompagnement durant la solo-parentalité.

Elles mesurent donc les conséquences et les difficultés qu'elles pourraient rencontrer pendant leur solo parentalité et souhaitent être soutenues.

Dans notre étude, 75 % des femmes n'ont pas évoqué d'inquiétudes sur le fait que leur enfant puisse grandir sans père. Nos résultats ne sont pas en accord avec deux autres études (46)(52) qui ont rapporté quant à elles, que les femmes seules étaient plutôt inquiètes que leurs enfants grandissent sans père. Cette discordance pourrait venir du fait que ces deux études ont été réalisées de manière rétrospective, ainsi 70 % des femmes interrogées (46) avaient déjà un enfant au moment de la passation. La non-inquiétude vis-à-vis de l'absence d'un père déclarée par les femmes seules dans notre étude prospective pourrait alors s'expliquer par un phénomène de « dissonance cognitive » où ces femmes vont chercher à réduire le paradoxe de cohérence par rapport à leur démarche et ainsi ne pas avoir de regrets.

La grande majorité des patientes (79,2%) a déjà été dans une relation stable dans le passé. Cet antécédent de relation stable avec des hommes a également été décrit dans la littérature.(43)(45) Nos résultats montrent également que ces femmes veulent avoir un partenaire dans l'avenir (95,8 % des FS). Ces patientes ne souhaitent donc pas renoncer à leur vie de femme au profit de la maternité.

Dans cette étude on s'est intéressé à l'état psychique des patientes au début de leur parcours d'AMP et notamment à leur symptomatologie anxio-dépressive, leur estime de soi, la capacité à faire face aux événements et l'ajustement dyadique des femmes en couple homosexuel.

En effet, Il est primordial de pouvoir identifier précocement les éventuels états de détresse psychologique afin de pouvoir apporter des solutions et une prise en charge adaptée tout au long du parcours. (55)(56)

L'anxiété-dépression

Pour la grande majorité aucune symptomatologie dépressive n'a été détectée. Concernant l'anxiété, près de 48 % des femmes seules et 44 % des femmes en couple homosexuel avaient un score significatif avec une symptomatologie douteuse à certaine.

Ces résultats sont également décrits par **MC. Jacob et son équipe** qui ont comparé 23 couples lesbiens, à 17 femmes seules et à 14 femmes en couples hétérosexuels dont l'infertilité était d'origine masculine à l'aide du Brief Symptom Inventory, outil qui permet d'évaluer près de 9 dimensions psychologiques dont l'anxiété et la dépression. Dans cette étude les trois groupes étaient comparables avec un score faible au BSI pour l'ensemble des dimensions. (57)

Dans notre étude, outre les caractéristiques anxieuses propre à chacun, cette différence entre la symptomatologie dépressive et anxieuse pourrait s'expliquer par le fait que cette anxiété pourrait être réactionnelle, du fait de l'appréhension des patients face à leur prise en charge médicale. Il est à noter que dans notre étude, le fait d'être une femme homosexuelle ou seule n'est pas considéré comme un désavantage vis-à-vis de l'institution médicale par la grande majorité des patientes. La situation maritale en elle-même ne semble donc pas générer une anxiété particulière chez ces femmes en début de parcours.

La symptomatologie dépressive pourrait éventuellement se révéler en cas d'échec des tentatives d'AMP, comme cela est connu pour les couples hétérosexuels. (59)

Cependant, le test HADS n'est pas un outil diagnostique complet, sa finalité ne consiste pas à discriminer les différents types de dépressions ou d'états anxieux, mais simplement d'en identifier la présence et d'en évaluer la sévérité.

L'estime de soi

La définition de l'estime de soi a constamment évolué au fil des siècles, celle du psychologue américain Moris Rosenberg (1985) paraît intéressante à citer : « une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi, tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. L'estime de soi élevée implique ainsi le respect de soi-même ».

Dans notre étude, elle était considérée comme moyenne à forte pour la majorité de nos patientes (61,8 % des FF et 78,2 % des FS). Cette bonne estime de soi est souvent liée à une bonne capacité d'intégration sociale et professionnelle, et permet un comportement plus adapté face aux nouvelles situations de la vie quotidienne. (58) L'estime de soi est un concept qui participe grandement à l'équilibre psychique d'un individu. Au XVIII^e siècle, Jean Jacques Rousseau disait « Nul ne peut être heureux s'il ne jouit pas de sa propre estime » (59).

En effet plusieurs études ont montré qu'une faible estime de soi est souvent associée à un état anxieux et peut dans certains cas engendrer une irritabilité agressive, une anomie ou encore une dépression (58)(60). Cette relation peut s'expliquer par le fait qu'une faible estime de soi prédispose à la dépression ou inversement par l'effet de la dépression sur l'estime de soi (61).

Le « Coping »

Il existe différents moyens permettant de faire face à des situations perçues comme stressantes et en fonction de la stratégie « coping » utilisée cela conditionnera notre vulnérabilité psychologique. (62)

Dans les deux groupes, les stratégies les plus utilisées par nos patientes sont des stratégies dites « fonctionnelles », comme l'acceptation, la planification, le coping actif, le soutien émotionnel, l'expression des sentiments ou encore la réinterprétation positive.

Il a été montré qu'utiliser des stratégies de coping qualifiées de « **fonctionnelles** », ou « adaptatives », sont associées à une faible souffrance psychologique, une forte estime de soi et une diminution du stress ressenti. Alors qu'inversement utiliser des stratégies dites

« **dysfonctionnelles** » tel que le désengagement corporel, le déni, le blâme ou encore la recherche de substances sont souvent associées à une baisse de l'estime de soi, une détresse psychologique ou encore à une augmentation du stress ressenti. (63)(64) (65)

DAS -Échelle d'ajustement dyadique

Les femmes en couple homosexuel sont très satisfaites dans leur vie conjugale avec un score d'ajustement moyen de 121,5. Cette moyenne est supérieure aux scores moyens obtenus par les couples hétérosexuels dans la version originale (39) ainsi que dans la traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique (40), les moyennes des scores obtenus étaient respectivement de 114 et de 113.

Nos résultats sont comparables à ceux de Mc Jacob et son équipe, qui ont également retrouvé un très bon ajustement dyadique chez les couples homosexuels entament un parcours avec don de spermatozoïdes (m= 120,5).

La grande majorité de ces femmes est en couple depuis plus de 1 an (96%) et possède également un bon « ajustement marital » qui reflète une bonne entente du couple, un engagement dans la relation ainsi qu'une bonne satisfaction dyadique et affective. Cette satisfaction est un facteur prédominant et agit comme un facteur protecteur contre les conflits et les divorces. (66)

Il s'agit d'un élément essentiel pour un couple qui entreprend un parcours d'AMP. En effet, il sera important de respecter la place de chacun, que ce désir d'enfant soit un désir partagé, sans déséquilibre ou de rapport de force et avec un investissement équivalent des deux membres.

6. Conclusion

Dans ce travail on s'est intéressé aux caractéristiques sociodémographiques, aux motivations, aux antécédents reproductifs et à l'état psychique de notre nouvelle patientèle : Femmes seules et couples de femmes, qui sont devenues éligibles au don de spermatozoïdes à la suite de la loi de bioéthique du 02 Août 2022. Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive réalisée au CHU de Toulouse. A notre connaissance, c'est la première étude de ce type en France.

Nos résultats montrent que les patientes des deux groupes présentent pour la majorité une vie professionnelle investie et une situation stable. Les femmes seules ayant cependant un âge plus avancé que les femmes en couple homosexuel.

Leur projet parental est très bien pensé, anticipé et désiré. Il est également assumé avec un bon étayage social et familial. Dans la vie de l'enfant à naître, la présence d'une figure masculine est considérée comme importante pour elles.

Pour les femmes seules, la majorité a déjà connu une relation stable et leur désir de maternité a déjà été établi en lien avec quelqu'un dans le passé.

Aujourd'hui, ce choix s'inscrit tout d'abord comme un choix lié aux circonstances de la vie avec une prise de conscience de leur âge et du temps qui passe et donc la possibilité de ne pas pouvoir devenir mère un jour. La conception de l'enfant est alors dissociée psychiquement de la vie de couple mais elles restent ouvertes à une rencontre dans le futur qui pourrait aboutir à une parentalité à deux.

Les femmes en couple homosexuel, semblent avoir une relation conjugale très bien équilibrée, avec de bonnes ressources et une bonne communication entre les deux membres.

Concernant l'état psychique de nos patientes, la majorité ne présentait pas de symptomatologies psychopathologiques avérées pour les dimensions évaluées mis à part une symptomatologie anxieuse qui a été détectée chez certaines patientes.

Nos résultats préliminaires sont donc globalement rassurants pour cette nouvelle patientèle. Il faut cependant rester prudent quant à leur interprétation et ne pas en faire une généralité. Notre étude a pour objectif d'inclure 300 patients dans les 18 mois à venir et donc nous permettre de disposer à terme de résultats plus représentatifs.

Il sera également intéressant de confronter les résultats des tests psychologiques aux conclusions des entretiens avec les psychologues du centre. Si une concordance est retrouvée, la question se pose de rendre pérenne l'utilisation de ces tests afin d'orienter le psychologue sur des traits psychologiques à travailler spécifiquement afin d'optimiser encore ces entretiens, décrits par ces patientes avant même qu'ils n'aient lieu comme « utiles » ou « essentiels ».

Bibliographie :

1. Ombelet, W., et J. Van Robays. « Artificial Insemination History: Hurdles and Milestones ». *Facts, Views & Vision in ObGyn* 7, n° 2 (2015): 137-43. (1)
2. Garner, P. R. « Artificial insemination. » *Canadian Medical Association Journal* 120, n° 1 (6 janvier 1979): 11-12. (2)
3. David, George. *L'insémination artificielle*. Masson. Paris Milan Barcelone Bonn, 1991. (3)
4. Aubert, Jean-Marie. « L'insémination artificielle devant la conscience chrétienne ». *Revue des sciences religieuses* 55, n° 4 (1981): 253-63. <https://doi.org/10.3406/rscir.1981.2927>. (4)
5. Durand, Guy. « Insémination artificielle ». *Laval théologique et philosophique* 33, n° 2 (1977): 151. <https://doi.org/10.7202/705607ar>. (5)
6. Bujan, Louis. « Histoire des CECOS : une œuvre collective ». <https://www.larevuedupraticien.fr/article/histoire-des-cecos-une-oeuvre-collective>. (6)
7. « Georges David, un médecin du XXème siècle - YouTube ». (7)
8. « Bioéthique et soin : Entretien avec Georges David - YouTube ». (8).
9. Eustache, Florence. « [Missions and organization of the CECOS] ». *La Revue Du Praticien* 68, n° 2 (février 2018): 203-6. (9)
10. WWW.CECOS.COM (10).
11. Hennebicq, S., J.-C. Juillard, et D. Le Lannou. « Données descriptives de l'activité d'Assistance médicale à la procréation avec don de spermatozoïdes au sein des CECOS de 1973 à 2006 en France ». *Basic and Clinical Andrology* 20, n° 1 (mars 2010): 3-10. <https://doi.org/10.1007/s12610-010-0071-6>. (11)
12. Hennebicq, S. « Quarante années d'activités d'AMP avec don de spermatozoïdes en France au sein des CECOS : données descriptives ». In *Procréation Médecine et Don*, 4-15. Lavoisier, 2016. (12)
13. « Agence de la biomédecine ». <https://rams.agence-biomedecine.fr/don-de-spermatozoides-0>. (13)
14. « Définitions : bioéthique - Dictionnaire de français Larousse », s. d. (14)
15. LOI no 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal (1), 94-654 § (1994). (15)

16. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique (16).
17. « LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (1) - Légifrance ». <https://www.circulaires.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000024323251>. (17)
18. « Décret n° 2015-1281 du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes - Légifrance ». (18)
19. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1), 2021-1017 § (2021). (19)
20. Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation, 2021-1243 § (2021). (20)
21. « La Commission d'accès des personnes nées d'une assistance médicale à la procréation aux données des tiers donneurs (CAPADD) - Ministère de la Santé et de la Prévention ». (21)
22. Calhaz-Jorge, C., C. H. De Geyter, M. S. Kupka, C. Wyns, E. Mocanu, T. Motrenko, G. Scaravelli, J. Smeenk, S. Vidakovic, et V. Goossens. « Survey on ART and IUI: Legislation, Regulation, Funding and Registries in European Countries: The European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ». *Human Reproduction Open* 2020, n° 1 (2020): hoz044. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz044>. (22)
23. European IVF Monitoring Consortium (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), C Wyns, C De Geyter, C Calhaz-Jorge, M S Kupka, T Motrenko, J Smeenk, et al. « ART in Europe, 2018: results generated from European registries by ESHRE† ». *Human Reproduction Open* 2022, n° 3 (1 janvier 2022): hoac022. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac022>. (23)
24. Shenfield, F., J. de Mouzon, G. Pennings, A. P. Ferraretti, A. Nyboe Andersen, G. de Wert, V. Goossens, et ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. « Cross Border Reproductive Care in Six European Countries ». *Human Reproduction (Oxford, England)* 25, n° 6 (juin 2010): 1361-68. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq057>. (24)
25. Pennings, G., C. Autin, W. Decler, A. Delbaere, L. Delbeke, A. Delvigne, D. De Neubourg, et al. « Cross-Border Reproductive Care in Belgium ». *Human Reproduction (Oxford, England)* 24, n° 12 (décembre 2009): 3108-18. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep300>. (25)
26. Rozée Gomez, Virginie, et Elise de La Rochebrochard. « Cross-Border Reproductive Care among French Patients: Experiences in Greece, Spain and Belgium ». *Human Reproduction (Oxford, England)* 28, n° 11 (novembre 2013): 3103-10. <https://doi.org/10.1093/humrep/det326>. (26)
27. Ined - Institut national d'études démographiques. « 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France ». <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/1-enfant-sur-30-concu-par-assistance-medicale-a-la-procreation-en-france/>. (27)

28. Zigmond, A. S., et R. P. Snaith. « The Hospital Anxiety and Depression Scale ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, n° 6 (1983): 361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. (28)
29. Collège national des universitaires en psychiatrie. *Référentiel de Psychiatrie*. L'officiel ECN, 2014. (29)
30. Bjelland, Ingvar, Alv A. Dahl, Tone Tangen Haug, et Dag Neckelmann. « The Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An Updated Literature Review ». *Journal of Psychosomatic Research* 52, n° 2 (février 2002): 69-77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3). (30)
31. Bocéréan, Christine, et Emilie Dupret. « A Validation Study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Large Sample of French Employees ». *BMC Psychiatry* 14 (16 décembre 2014): 354. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0>. (31)
32. Roberge, Pasquale, Isabelle Doré, Matthew Menear, Élise Chartrand, Antonio Ciampi, Arnaud Duhoux, et Louise Fournier. « A Psychometric Evaluation of the French-Canadian Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a Large Primary Care Population ». *Journal of Affective Disorders* 147, n° 1-3 (mai 2013): 171-79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.029>. (32)
33. Caci, Hervé, Franck J. Baylé, Vianney Mattei, Christelle Dossios, Philippe Robert, et Patrice Boyer. « How Does the Hospital and Anxiety and Depression Scale Measure Anxiety and Depression in Healthy Subjects? » *Psychiatry Research* 118, n° 1 (mai 2003): 89-99. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00044-1](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00044-1). (33)
34. Rosenberg, Morris. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, 2015. (34)
35. « TRADUCTION ET VALIDATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ÉCHELLE DE L'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG* - Vallières - 1990 - International Journal of Psychology - Wiley Online Library » <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/00207599008247865>. (35)
36. Carver, Charles S. « You Want to Measure Coping but Your Protocol' Too Long: Consider the Brief Cope ». *International Journal of Behavioral Medicine* 4, n° 1 (1 mars 1997): 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6. (36)
37. Carver, Charles S., Michael F. Scheier, et Jagdish K. Weintraub. « Assessing coping strategies: A theoretically based approach ». *Journal of Personality and Social Psychology* 56, n° 2 (1989): 267-83. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>. (37)

38. Muller, Laurent, et Élisabeth Spitz. « Évaluation multidimensionnelle du coping : Validation du Brief COPE sur une population française ». *L'Encéphale* 29, n° 6 (2003): 507. (38)
39. Spanier, Graham B. « Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads ». *Journal of Marriage and the Family* 38 (1976): 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>. (39)
40. Baillargeon, Jacques, Gilles Dubois, et René Marineau. « Traduction Française de l'Échelle d'ajustement Dyadique.. » *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement* 18, n° 1 (1986): 25-34. <https://doi.org/10.1037/h0079949>. (40)
41. Sabourin, Stéphane, Yvan Lussier, Benoît Laplante, et John Wright. « Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation ». *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2 (1990): 333-37. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.3.333>. (41)
42. Burger, Amy L., et Neil S. Jacobson. « The relationship between sex role characteristics, couple satisfaction and couple problem-solving skills ». *American Journal of Family Therapy* 7 (1979): 52-60. <https://doi.org/10.1080/01926187908250338>. (42)
43. « Sociodemographic characteristics and attitudes towards motherhood among single women compared with cohabiting women treated with donor semen – a Danish multicenter study - Salomon - 2015 - Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica - Wiley Online Library ». Consulté le 17 septembre 2022. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12619>. (43)
44. « En 2019, le niveau de vie médian augmente nettement et le taux de pauvreté diminue - Insee Première - 1875 ». Consulté le 30 septembre 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5431993>. (44)
45. Volgsten, Helena, et Lone Schmidt. « Motherhood through Medically Assisted Reproduction - Characteristics and Motivations of Swedish Single Mothers by Choice ». *Human Fertility (Cambridge, England)* 24, n° 3 (juillet 2021): 219-25. <https://doi.org/10.1080/14647273.2019.1606457>. (45)
46. Jadvá, V., S. Badger, M. Morrissette, et S. Golombok. « 'Mom by choice, single by life's circumstance...' Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice ». *Human Fertility* 12, n° 4 (1 décembre 2009): 175-84. <https://doi.org/10.3109/14647270903373867>. (46)
47. García, Désirée, Rita Vassena, et Amelia Rodríguez. « Single Women and Motherhood: Right Now or Maybe Later? » *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 41, n° 1 (mars 2020): 69-73. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1669018>. (47)

48. Baetens, P., M. Camus, et P. Devroey. « Counselling Lesbian Couples: Requests for Donor Insemination on Social Grounds ». *Reproductive Biomedicine Online* 6, n° 1 (février 2003): 75-83. [https://doi.org/10.1016/s1472-6483\(10\)62059-7](https://doi.org/10.1016/s1472-6483(10)62059-7). (48)
49. « Reconnaissance conjointe d'un enfant dans un couple de femmes ». <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35858>. (49)
50. Murray, Clare, et Susan Golombok. « Going It Alone: Solo Mothers and Their Infants Conceived by Donor Insemination. » *American Journal of Orthopsychiatry* 75, n° 2 (2005): 242-53. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.242>. (50)
51. Wendland, C. L., F. Burn, et C. Hill. « Donor Insemination: A Comparison of Lesbian Couples, Heterosexual Couples and Single Women ». *Fertility and Sterility* 65, n° 4 (avril 1996): 764-70. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)58211-9](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)58211-9). (51)
52. Leiblum, S. R., M. G. Palmer, et I. P. Spector. « Non-traditional mothers: single heterosexual/lesbian women and lesbian couples electing motherhood via donor insemination ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 16, n° 1 (1 janvier 1995): 11-20. <https://doi.org/10.3109/01674829509025652>. (52)
53. « Solo mother by donor – the plan B of motherhood. A perspective on person-centered reproductive medicine - ProQuest ». Consulté le 20 septembre 2022. <https://www.proquest.com/openview/6189e653c6235a557a2ca8e1000dd82a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=5455939>. (53)
54. Bock, Jane D. « Doing the Right Thing?: Single Mothers by Choice and the Struggle for Legitimacy ». *Gender and Society* 14, n° 1 (2000): 62-86. <https://doi.org/10.1177/089124300014001005>. (54)
55. « The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF: Journal of Reproductive and Infant Psychology: Vol 23, No 4 », s. d. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830500273566>. (55)
56. Revue Medicale Suisse. « Détresse psychologique des couples infertiles : une approche globale ». <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-549/detresse-psychologique-des-couples-infertiles-une-approche-globale>. (56)
57. Jacob, M. C., S. C. Klock, et D. Maier. « Lesbian Couples as Therapeutic Donor Insemination Recipients: Do They Differ from Other Patients? » *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 20, n° 4 (décembre 1999): 203-15. <https://doi.org/10.3109/01674829909075597>. (57)

58. Guillon, M.-S, et M.-A Crocq. « Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 52, n° 1 (février 2004): 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2003.12.005>. (58)
59. GUERRIN Brigitte, « Estime de soi », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition*. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 185-186. DOI : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0185. URL : <https://www.cairn.info/--9782953331134-page-185.htm> (59)
60. Battle, James, Lucy Jarratt, Sinha Smit, et Dan Precht. « Relations among self-esteem, depression and anxiety of children ». *Psychological Reports* 62 (1988): 999-1005. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.62.3.999>. (60)
61. Brage, D., C. Campbell-Grossman, et J. Dunkel. « Psychological Correlates of Adolescent Depression ». *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc* 8, n° 4 (décembre 1995): 23-30. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1995.tb00547.x>. (61)
62. Carver, C. S., M. F. Scheier, et J. K. Weintraub. « Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach ». *Journal of Personality and Social Psychology* 56, n° 2 (février 1989): 267-83. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>. (62)
63. Hynes, Gloria J., Victor J. Callan, Deborah J. Terry, et Cynthia Gallois. « The Psychological Well-Being of Infertile Women after a Failed IVF Attempt: The Effects of Coping ». *British Journal of Medical Psychology* 65, n° 3 (septembre 1992): 269-78. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01707.x>. (63)
64. Muller, L., et E. Spitz. « [Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population] ». *L'Encephale* 29, n° 6 (décembre 2003): 507-18. (64)
65. Greenfeld, Dorothy A. « The Course of Infertility: Immediate and Long-Term Reactions ». *In Session: Psychotherapy in Practice* 2, n° 2 (1996): 5-16. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199622\)2:2<5::AID-SESS2>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199622)2:2<5::AID-SESS2>3.0.CO;2-O). (65).
66. Favez, Nicolas. « La satisfaction conjugale ». In *L'examen clinique du couple*, 151-70. PSY-Émotion, intervention, santé. Wavre: Mardaga, 2013. <https://www.cairn.info/examen-clinique-du-couple--9782804701680-p-151.htm>. (66)

ANNEXES : I

Accès au don de spermatozoïdes pour les couples de femmes et les femmes non mariées : Premières données descriptives au CHU de Toulouse.

Étude PLEIAD

Promoteur RC31/22/0271

N° ID-RCB: 2022-A01550-43

Initiales patient : |__| |__|
(la 1^{ère} lettre du nom puis la 1^{ère} lettre du prénom)

N° patient : |__|__|__||__|

1.

1.1. Quel est votre âge ? __ ans

1.2. Quelle est votre situation ?

- Femme seule
- Femme en couple homosexuel :
 Qui de vous va porter l'enfant pour ce projet : vous votre conjointe
- Femme en couple hétérosexuel
- Homme en couple hétérosexuel

1.3. Vous êtes dans cette situation depuis : < 1 an 1-3 Ans > 3 ans

1.4. Quelle est votre situation maritale ?

- Célibataire
- Vie maritale (en couple)
- Marié(e)
- Séparé(e)
- Divorcé(e)

1.5. Quelle est votre profession ? _____

1.6. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

1.7. Quel est le type de votre emploi ?

- Stagiaire
- Apprenti
- Indépendant
- Contrat à durée déterminée
- Contrat à durée indéterminée
- Fonctionnaire
- Autres

1.8. Quel est votre formation et niveau de diplôme ?

- CAP, BEP
- Baccalauréat, Brevet
- DEUG, BTS, DUT, DEUST
- Licence, Licence professionnelle, BUT, DNA
- Maitrise, Master 1
- Master, diplôme d'études approfondies, diplôme d'étude supérieurs spécialisées, Diplôme d'ingénieur
- Doctorat/HDR
- Aucun

1.9. Quel est le niveau de vos revenus individuels mensuels (après impôt) :

- < 900 €
- de 900 à 1799 €
- de 1800 à 3500 €
- > 3500 €

1.10. Êtes-vous satisfait(e) de votre situation professionnelle ?

- Tout à fait Moyennement Pas du tout

1.11. Considérez-vous que vous êtes issu(e) d'un milieu social :

- Populaire Moyen Aisé

1.12. Vous avez grandi dans un environnement avec :

- Des parents mariés ou en couple vivant sous le même toit
 Des parents divorcés ou séparés vivant sous le même toit
 Des parents divorcés ou séparés ne vivant pas sous le même toit
 Autre, précisez :.....

1.13. Vous habitez : En Ville En milieu rural

1.14. Vous êtes : Propriétaire

Locataire

Colocataire

Autre. Précisez :

2.

2.1. Avez-vous toujours pensé devenir mère (père) un jour ?

- Oui Non

2.2. Vous considérez le fait d'avoir un enfant comme une chose :

- Peu importante
 Importante
 Très importante
 Essentielle

2.3. En dehors de tout type de contrainte, combien d'enfant(s) souhaiteriez-vous avoir dans l'idéal, dans le futur ?

- Un enfant
- Deux enfants
- Plus de deux enfants

2.4. Est-il selon vous important que votre enfant ait une figure masculine dans son entourage proche ?

- Oui
- Non

2.5. Avez-vous déjà eu une grossesse dans une relation précédente ?

- Oui
- Non (passer à la question 2.6)

- 2.5.1. Si oui, combien de grossesses : __
- 2.5.2. Si oui, nombre d'accouchements : __
- 2.5.3. Si oui, nombre de fausse-couche spontanée : __
- 2.5.4. Si oui, nombre d'interruption volontaire de grossesse : __
- 2.5.5. Si oui, nombre de grossesse extra-utérine : __
- 2.5.6. Si oui, nombre d'interruption médicale de grossesse : __
- 2.5.7. Si oui, comment cette (ces) grossesse(s) a(ont) été obtenue(s) ?

Plusieurs réponses possibles

- Naturellement
- Après assistance médicale
- Après don de spermatozoïde

2.6. Si non, pour quelle raison principale ?

- je n'en n'avais pas le désir
- j'en avais le désir mais pas le(la) bon(ne) partenaire
- j'en avais le désir avec le(la) bon(ne) partenaire mais ce n'était pas le bon moment
- j'en avais le désir avec le(la) bon(ne) partenaire mais cela n'a pas abouti

2.7. Au cours de votre vie, avez-vous eu des relations sexuelles avec :

- un homme
- une femme
- les deux
- aucun des deux

2.8. Votre entourage familial vous soutient-il dans votre décision d'entreprendre un parcours d'AMP avec don de spermatozoïdes ?

- Oui Non Je n'ai pas discuté avec eux sur le sujet

2.9. Votre entourage amical vous soutient-il dans votre décision d'entreprendre un parcours d'AMP avec don de spermatozoïdes ?

- Oui Non Je n'ai pas discuté avec eux sur le sujet

2.10. Considérez-vous qu'un entretien psychologique en vue d'une prise en charge en don de spermatozoïdes est ?

- Indispensable
 Utile
 Inutile

2.11. Avez-vous déjà réalisé des tentatives d'AMP avec don de spermatozoïdes à l'étranger ?

- Oui Non (→ passer à la question 2.11.5)

2.11.1. Si oui, combien d'inséminations avec spermatozoïdes de donneur ? _ _

2.11.2. Si oui, combien de fécondation in vitro avec spermatozoïdes de donneur ? _

2.11.3. Si oui, quel est selon vous le point le plus positif de cette prise en charge à l'étranger ?

- La rapidité
 L'organisation
 Les bons résultats affichés
 La qualité du soutien d'ordre psychologique dans le parcours

2.11.4. Si oui, quel est selon vous le point le plus négatif de cette prise en charge à l'étranger ?

- le coût
- le caractère « commercial »
- la difficulté d'organisation par rapport au travail (déplacements)
- le faible soutien d'ordre psychologique au sein de la structure

2.11.5. Si non, pour quelle raison principale ?

- le coût
- le caractère « commercial »
- la difficulté d'organisation par rapport au travail (déplacements)
- le faible soutien d'ordre psychologique au sein de la structure
- aucune car vous ne l'avez pas envisagé du tout

2.12. Avez-vous déjà pensé avoir recours au don de spermatozoïdes «non encadré» c'est-à-dire une situation permettant l'accès à des spermatozoïdes en dehors d'une structure médicale habilitée à l'Assistance Médicale à la Procréation ?

- Oui Non (→ passer à la question 3.1)

2.12.1. Si oui, avez-vous eu recours au don de spermatozoïdes « non encadré » ?

- Oui Non (→ passer à la question 3.1)

2.12.2. Si oui, par quel intermédiaire ?

- Une connaissance directe
- Une connaissance indirecte (ex : via des amis ou proches)
- Un inconnu (ex : via les réseaux sociaux, sites internet...)
- Une « banque de spermatozoïde » à l'étranger

3.

3.1. Concernant la possibilité offerte par la loi aux personnes majeures issues d'un don et qui en font la demande, de connaître l'identité du donneur, êtes-vous ?

- Tout à fait d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas du tout d'accord

3.2. Avez-vous déjà encouragé des hommes à donner leurs spermatozoïdes dans un CECOS* ? *Centres d'étude et de conservation du sperme et des œufs humains

- Oui Non (→ passer à la questions 3.2.4)

3.2.1. Si oui, à qui avez-vous demandé (plusieurs réponses possibles) ?

- un membre de ma famille
 un ami proche
 une connaissance
 un inconnu (ex : réseaux sociaux, forums, associations...)

3.2.2. Si oui, savez-vous s'il s'agissait (plusieurs réponses possibles) ?

- D'un homme en couple hétérosexuel
 D'un homme en couple homosexuel
 D'un homme hétérosexuel non en couple
 D'un homme homosexuel non en couple
 je ne sais pas

3.2.3. Si oui, cet homme avait-il déjà un (des) enfant(s)?

- Oui
 Non
 je ne sais pas

3.2.4. Si non, pour quelle raison principale ?

- je ne le souhaitais pas
 je n'y ai pas pensé
 j'y ai pensé mais je ne l'ai pas fait

3.3. Uniquement pour les femmes : souhaitez-vous faire un don d'ovocytes dans le futur ?

- Non
- Oui mais uniquement si j'ai moi-même un enfant
- Oui que mon projet d'enfant se concrétise ou pas
- Je ne sais pas

3.4. Uniquement pour les femmes : concernant la possibilité maintenant offerte de préserver ses ovocytes sans raison médicale, souhaitez-vous ?

- Y avoir recours après que mon projet d'enfant actuel se soit concrétisé
- Y avoir recours si mon projet d'enfant actuel ne se concrétise pas
- Ne pas y avoir recours
- Je ne sais pas encore si je souhaite y avoir recours

4. Question réservée aux femmes en couple avec une autre femme et aux femmes seules :

4.1. Si le parcours d'AMP pour les femmes seules et les couples de femmes était autorisé mais non remboursé en France auriez-vous entrepris ces démarches ?

- Oui
- Non

5. Questions réservées aux femmes en couple avec une autre femme :

5.1. La nouvelle loi de Bioéthique stipule que chaque membre d'un couple de femmes qui recourt à une assistance médicale avec don de spermatozoïde doit reconnaître préalablement l'enfant devant un notaire. Comment jugez-vous cette mesure (une seule réponse) ?

- indispensable
- nécessaire
- non nécessaire

5.2. Par rapport à l'institution médicale, considérez-vous que le fait d'être une femme en couple homosexuel est ?

- un avantage
- un désavantage
- ni l'un ni l'autre

6. Questions réservées aux femmes seules :

6.1. Selon vous, Quel est la raison principale qui motive votre demande de don de spermatozoïdes ?

- le stress du temps qui passe (horloge biologique)
- le sentiment d'une certaine stabilité (personnelle /financière/professionnelle..)
- la crainte de ne pas trouver le (la) bon(ne) partenaire pour un projet parental à 2

6.2. Vous qualifiez le choix d'entreprendre ce projet de don de spermatozoïdes comme :

- Un choix assumé d'avoir un enfant seul
- Un choix lié aux circonstances de la vie (horloge biologique, absence de rencontre, etc...)

6.3 Avez-vous déjà été par le passé dans une relation stable (> 1 an) ?

- Oui
- Non

6.4 Êtes-vous inquiète sur le fait que votre enfant grandisse sans père ?

- Oui
- Non

6.5 Souhaitez-vous avoir un partenaire stable dans votre vie future ?

- Oui si ma prise en charge en AMP me permet d'avoir un enfant
- Oui peu importe le résultat de ma prise en charge
- Non

6.6 La solo parentalité vous mettra en responsabilité unique vis-à-vis de votre enfant, jugez-vous important d'avoir une personne qui deviendra « Personne ressource » ? * *Personne ressource : Personne de confiance, membre de la famille ou ami (e) proche, cette personne n'a aucun droit sur le plan juridique mais aura comme rôle de vous soutenir et de vous accompagner.*

- Oui
- Non

6.7 Concernant votre orientation sexuelle, diriez-vous que vous êtes :

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle
- Bisexuelle
- Pansexuelle : Personne attirée sentimentalement ou sexuellement par un individu de n'importe quel sexe ou genre.
- Asexuelle : Personne qui ne ressent pas ou peu d'attraction sexuelle quels que soient le sexe ou le genre des personnes.
- Autres

6.8. Par rapport à l'institution médicale, considérez-vous que le fait d'être une femme seule est ?

- un avantage
- un désavantage
- ni l'un ni l'autre

Échelle HAD : Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre de savoir ce que vous éprouvez sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A Je me sens tendu ou énervé :

- 3 La plupart du temps
- 2 Souvent
- 1 De temps en temps
- 0 Jamais

D Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0 Oui, tout autant
- 1 Pas autant
- 2 Un peu seulement
- 3 Presque plus

A J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3 Oui, très nettement
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 Pas du tout

D Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

A Je me fais du souci :

- 3 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Occasionnellement
- 0 Très occasionnellement

D Je suis de bonne humeur :

- 3 Jamais
- 2 Rarement
- 1 Assez souvent
- 0 La plupart du temps

A Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
- 1 Oui, en général
- 2 Rarement
- 3 Jamais

D J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3 Presque toujours
- 2 Très souvent
- 1 Parfois
- 0 Jamais

A J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Assez souvent
- 3 Très souvent

D Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- 3 Plus du tout
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

A J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3 Oui, c'est tout à fait le cas
- 2 Un peu
- 1 Pas tellement
- 0 Pas du tout

D Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais

A J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3 Vraiment très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Jamais

D Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

Échelle d'estime de soi de Rosenberg :

Pour ce questionnaire, veuillez indiquer votre degré d'accord (entourer la bonne réponse)

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	2	3	4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités	1	2	3	4
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)	1	2	3	4
4. Je suis capable de me débrouiller aussi bien que les autres	1	2	3	4
5. `				
6. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi	1	2	3	4
7. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même	1	2	3	4
8. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi	1	2	3	4
9. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1	2	3	4
10. Parfois je me sens vraiment inutile	1	2	3	4
11. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon-ne à rien	1	2	3	4

Test du brief-COPE :

Maintenant, nous allons vous demander **de penser une situation stressante** que vous avez vécu durant ces deux derniers mois et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation.

Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place.

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Tout à fait
1. Je me suis tourné vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.				
2. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.				
3. Je me suis dit que ce n'était pas réel				
4. J'ai consommé des substances pour me sentir mieux (alcool, psychotropes,...)				
5. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.				
6. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.				
7. J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans mes croyances spirituelles.				
8. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.				
9. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.				
10. J'ai recherché des informations et le conseil d'autres personnes.				
11. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.				
12. Je me suis critiqué.				
13. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.				

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Tout à fait
14. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
15. J'ai abandonné l'espoir de faire face.				
16. J'ai pris la situation avec humour.				
17. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, jouer aux jeux vidéo, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).				
18. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.				
19. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.				
20. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.				
21. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.				
22. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.				
23. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.				
24. J'ai planifié les étapes à suivre.				
25. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.				
26. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qui m'arrivait.				
27. J'ai prié ou médité.				
28. Je me suis amusé de la situation.				

Uniquement pour les personnes en couple (couple hétérosexuel ou couple de femmes)

Dyadic Adjustment Scale :

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple.

Il s'agit donc de votre opinion personnelle.

Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire sur le même instrument.

Pour chaque question, indiquez votre réponse en entourant un des chiffres ou en inscrivant un seul X dans la case appropriée.

Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

(Spanier, 1976, traduit et adapté par Boisvert, 1984 : dans Beaudry et Boisvert, 1988)

		Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1.	Le budget familial	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	Les loisirs	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	La religion	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	Les marques d'affection	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	Les amis	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	Les relations sexuelles	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	Les conventions sociales	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	La philosophie de la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9.	Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10.	Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11.	La quantité de temps passé ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12.	Les prises de décision importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
13. Les tâches ménagères	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14. Les intérêts et les activités pendant les temps libres	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15. Les décisions à propos du travail	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
16. A quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
17. A quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble)?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
21. A quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
22. A quelle fréquence vous et votre partenaire vous "tapez-vous sur les nerfs"?	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	A chaque jour	Presque à chaque jour	A l'occasion	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____
	Tous	Presque tous	Quelques-uns	Très peu	Aucun
24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?	_____	_____	_____	_____	_____

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
25. Avoir un échange d'idées stimulant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
26. Rire ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
27. Discuter calmement	_____	_____	_____	_____	_____	_____
28. Travailler ensemble à un projet	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

	Oui	Non	
29.	_____	_____	Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles
30.	_____	_____	Ne pas manifester d'affection

31. Les points de la ligne suivante représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez encercler le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement.

• • • • • • •

Extrême- ment malheu- reux	Passa- blement malheu- reux	Un peu malheu- reux	Heureux	Très heureux	Extrême- ment heureux	Parfai- - tement heureux
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------	-----------------	-----------------------------	-----------------------------------

32. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport avec l'avenir de votre relation:

- _____ Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferais tout pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

Tous droits réservés - Jean-Marie Boisvert - Hôpital L.-H. La fontaine - Avril 1984

ACCÈS AU DON DE SPERMATOZOÏDES POUR LES COUPLES DE FEMMES ET LES FEMMES NON MARIÉES : PREMIÈRES DONNÉES DESCRIPTIVES AU CHU DE TOULOUSE

Contexte : La loi de Bioéthique du 02 Août 2021 autorise désormais, en plus des couples hétérosexuels, l'accès au don de spermatozoïdes pour les couples de femmes et les femmes non mariées. L'accueil de cette nouvelle patientèle exige de nous, professionnels de santé, de bien la connaître. **Objectif :** Disposer d'un état des lieux des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents reproductifs, des motivations et de l'état psychique de l'ensemble des personnes éligibles au don de spermatozoïdes. **Matériels et méthodes :** Les patient(e)s sont invité(e)s à répondre à un questionnaire avant leur première consultation avec le psychologue du centre. Ce questionnaire comprend des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, les motivations, ainsi que les antécédents procréatifs des patients. Il comprend également quatre tests psychologiques auto-administrés (HADS, Échelle d'estime de Soi de Rosenberg, Brief-COPE et le DAS) Les données présentées pour ce travail sont des données préliminaires de l'étude PLEIAD issues des 3 premiers mois d'inclusion. Nous avons analysé les réponses fournies par les femmes seules (n=24) et les femmes en couple homosexuel (n=34). **Résultats :** Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques sociodémographiques mis à part un âge plus avancé chez les femmes seules (37 ans vs 32 ans). Dans les deux groupes le projet parental est anticipé, désiré avec un bon étayage familial et amical. Pour la majorité des femmes seules ce choix est d'abord lié aux circonstances de la vie (54,2%), pour la grande majorité (79%) elles ont déjà connu une relation stable dans le passé et souhaitent avoir un partenaire dans leur vie futur (95,8%). Les couples de femmes présentent un bon « ajustement marital ». La majorité des patientes ne présentait pas de symptomatologies psychopathologiques avérées pour les dimensions évaluées, mis à part une symptomatologie anxieuse qui a été détectée chez certaines. **Conclusion :** Nos résultats préliminaires sont globalement rassurants, cependant il faut rester prudent quant à leur interprétation et ne pas en faire une généralité. Notre étude a pour objectif d'inclure 300 patients dans les 18 mois à venir afin de nous permettre de disposer à terme de résultats plus représentatifs.

ACCESS TO SPERM DONATION FOR FEMALE COUPLES AND UNMARRIED WOMEN: FIRST DESCRIPTIVE DATA AT THE TOULOUSE UNIVERSITY HOSPITAL

Context: The Bioethics Law of August 2, 2021, now authorizes, in addition to heterosexual couples, access to sperm donation for female couples and unmarried women. The reception of this new patient base requires us, health professionals, to know it well. **Objective:** To have an overview of the socio-demographic characteristics, reproductive history, motivations and psychological state of all patients eligible for sperm donation. **Materials and methods:** Patients were asked to complete a questionnaire before their first consultation with the center's psychologist. This questionnaire includes questions on the socio-demographic characteristics, motivations, and procreative history of the patients. It also includes four self-administered psychological tests (HADS, Rosenberg Self-Esteem Scale, Brief-COPE, and the DAS). The data presented in this work are preliminary data of the PLEIAD study from its first 3 months of inclusion. We analyzed the responses provided by single women (n=24) and women in lesbian couples (n=34). **Results:** No significant difference was found concerning the socio-demographic characteristics except for an older age in the single women (37vs 32). In both groups, the parental project was anticipated and desired with good family and friend support. For the majority of single women, this choice is often linked to life circumstances (54.2%), for the vast majority (79%) they have already had a stable relationship in the past and wish to have a partner in their future life (95.8%). The women's couples showed a good "marital adjustment". The majority of the patients did not present any proven psychopathological symptomatology for the dimensions evaluated, except for an anxious symptomatology that was detected in some patients. **Conclusion:** Our preliminary results are globally reassuring, however we must remain cautious about their interpretation and not make a generalization. The aim of our study is to include 300 patients in the next 18 months in order to obtain more representative results.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie -Biologie médicale

MOTS-CLES : Don de spermatozoïdes, couple de femmes, femme non mariée, caractéristiques sociodémographiques, antécédents reproductifs, motivation, AMP, psychologie, anxiété, dépression, estime de soi, coping, ajustement dyadique

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur LEANDRI Roger