

Faculté de Médecine  
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2018-2019

**Les représentations des professionnels de santé de l'hôpital  
de la Mère et de l'Enfant de Limoges sur la greffe de l'utérus**

Présenté et soutenu publiquement le 13 mai 2019

par

**Elise BONIS**

Expert scientifique : Tristan GAUTHIER

Expert méthodologique : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD



## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction .....	8
1. La greffe utérine.....	8
2. Les représentations, enjeux et réflexions éthiques sur la greffe utérine .....	9
Méthodologie.....	11
1. Type d'étude .....	11
2. Population étudiée .....	11
3. Variables étudiées : les critères de jugement .....	11
4. Matériel.....	11
5. L'analyse prototypique et catégorielle de Vergès ®.....	12
Résultats .....	13
1. Les professionnels .....	13
1.1. Les différentes professions de santé .....	13
1.2. Les secteurs d'activité .....	14
1.3. L'âge .....	15
1.4. La parité .....	15
1.5. La vie maritale .....	15
1.6. Le sexe.....	16
2. L'information sur le projet de greffe .....	16
3. Le positionnement sur la greffe d'utérus .....	17
3.1. Sur les indications de la greffe.....	18
3.2. Sur le don du vivant.....	19
3.3. Sur la transplantation intra familiale.....	19
3.4. Sur un âge rédhibitoire pour le don.....	20
3.5. Sur un âge rédhibitoire pour la receveuse .....	21
3.6. Sur le recours aux immunosuppresseurs pendant la grossesse .....	22
4. Les représentations sociales de la greffe d'utérus.....	23
4.1. Dans la population générale .....	23
4.2. Professions paramédicales et professions médicales.....	24
4.2.1 La population des paramédicaux .....	24
4.2.2 La population des médicaux.....	24
4.2.3 Comparaison entre les professions médicales et paramédicales .....	24
4.3. Information par la réunion d'informations à l'HME et information par un autre moyen .....	25
4.3.1 La réunion d'informations à l'HME.....	25
4.3.2 Autre moyen professionnel d'informations.....	25
4.3.3 Comparaison entre les professionnels selon s'ils ont assisté ou pas à une réunion d'informations à l'HME .....	25
4.4. Professionnels avec ou sans enfant .....	26
4.4.1 Professionnels avec enfants .....	26
4.4.2 Professionnels sans enfant .....	26
4.5. Comparaison des professionnels avec ou sans enfants .....	26
4.6. La population défavorable à la greffe utérine .....	27

5. Les inconvénients à la greffe utérine.....	27
5.1. Dans la population générale.....	27
5.2. Comparaison des inconvénients.....	28
5.2.1 Entre médicaux et paramédicaux.....	28
6. Les avantages à la greffe d'utérus.....	28
6.1. Dans la population générale.....	28
7. Les répercussions psychologiques de la greffe utérine.....	29
7.1. Dans la population générale.....	29
Analyse et discussion.....	30
1. Analyse des résultats.....	30
1.1. Limites et biais de l'étude.....	30
1.2. Points forts de l'étude.....	30
1.3. Les caractéristiques de la population.....	31
1.3.1 L'âge des professionnels.....	31
1.3.2 Les catégories professionnelles.....	31
1.3.3 La recherche d'informations.....	31
1.4. Les représentations de la greffe utérine.....	32
1.4.1 Pour ou contre la greffe.....	32
1.4.2 Les indications de greffe utérine.....	33
1.4.3 Le protocole de la greffe d'utérus.....	35
1.5. Le cœur des représentations sociales.....	39
1.5.1 La grossesse.....	39
1.5.2 La PMA.....	41
1.5.3 La vision de la greffe utérine.....	41
1.6. Les représentations selon la catégorie professionnelle : médicaux et paramédicaux.....	46
1.7. Les représentations selon si les professionnels ont ou pas des enfants.....	47
1.8. Les représentations selon si les professionnels ont assisté ou non à une réunion à l'HME.....	47
Conclusion.....	48
Références bibliographiques.....	50
Annexes.....	52
Annexe I : Questionnaire d'évocation.....	52
Annexe II : Le carré de Vergès.....	56

## Tables des illustrations

---

Tables des figures :

Figure 1: La répartition de la population au sein des catégories professionnelles.....	13
Figure 2: La répartition des professionnels dans les secteurs d'activité .....	14
Figure 3: Le nombre de professionnels par classes d'âges .....	15
Figure 4: Les informations professionnelles.....	16
Figure 5: Le support de l'information .....	16
Figure 6: La recherche personnelle d'informations .....	17
Figure 7: Le positionnement sur la greffe utérine.....	17
Figure 8: Les positionnements sur les indications de greffe.....	18
Figure 9: Le positionnement sur le don du vivant.....	19
Figure 10: Le positionnement sur un âge rédhibitoire pour le don .....	20
Figure 11: Les déterminations d'âges rédhibitoires pour le don .....	20
Figure 12: Les déterminations d'âges rédhibitoires pour la receveuse.....	21
Figure 13: Le positionnement sur le recours aux immunosuppresseurs pendant la grossesse .....	22

Tables des tableaux :

Tableau 1 : Le Carré de Vergès .....	23
Tableau 2: Les inconvénients représentés par plus de 10% des professionnels.....	27
Tableau 3: Les avantages représentés par plus de 10% des professionnels.....	28
Tableau 4: Les répercussions psychologiques de la greffe utérine de la population générale .....	29

## Liste des abréviations

---

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FIV : Fécondation In Vitro

GPA : Grossesse Pour Autrui

HAS : Haute Autorité de Santé

HME : Hôpital de la Mère et de l'Enfant

MRKH : Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SICA : Syndrome d'Insensibilité Complète aux Androgènes

## Introduction

---

### 1. La greffe utérine

De 2007 à 2018, l'Hôpital Mère Enfant (HME) de Limoges a élaboré un projet de transplantation utérine soutenu par des médecins gynécologues-obstétriciens, dont le Pr Tristan Gauthier. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) accepte, en novembre 2015, le projet qui consiste à prélever des utérus sur des patientes en état de mort cérébrale et de les implanter à des femmes dépourvues d'utérus. Le but est d'envisager et de débiter une grossesse sur ce greffon et permettre ainsi à des couples d'avoir un enfant.

Aujourd'hui, ce projet est en attente à l'hôpital de Limoges pour des raisons administratives et organisationnelles.

Dans le cadre de ce projet, 7 femmes receveuses avaient été recrutées en vue d'une greffe utérine. Il avait été jugé préférable que les donneuses soient décédées en raison des risques inhérents au prélèvement et des impacts éthiques relatifs à cette chirurgie dans un contexte de don d'organe non vital (1).

En parallèle, l'hôpital Foch à Paris a mené une réflexion et a élaboré un projet de greffe utérine avec des dons provenant de donneuses vivantes, suivant le modèle entre autre de la Suède. Au mois d'octobre 2018, il était dénombré 52 greffes et 13 naissances dans le monde selon les données du Congrès international de la transplantation utérine qui s'est tenu à Gand en septembre 2018. Parmi les pays précurseurs, on retrouve la Suède, les Etats-Unis, le Brésil, la Serbie et l'Inde (2).

Au niveau mondial, les greffes pratiquées concernent majoritairement des patientes atteintes du syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), indemnes d'autres pathologies ou d'antécédents contre-indiquant l'intervention.

Le syndrome de MRKH est une malformation congénitale qui associe une agénésie utérine avec des cornes utérines rudimentaires et une agénésie vaginale plus ou moins complète. Ces femmes possèdent donc des ovaires fonctionnels mais ne possèdent pas d'utérus et de partie supérieure du vagin. Ce syndrome concernerait 1 naissance sur 4500 en France (1).

La greffe utérine pourrait permettre à ces femmes atteintes d'infertilité utérine d'envisager un projet de maternité et d'accéder à une place de mère dans notre société où la naissance d'un enfant est vue comme l'aboutissement d'un projet de couple, d'une vie, l'accomplissement d'une famille (3). Cette greffe utérine offre un véritable espoir de traiter l'infertilité utérine mais soulève de réels problèmes éthiques.



## **2. Les représentations, enjeux et réflexions éthiques sur la greffe utérine**

La greffe utérine n'est pas comparable aux autres greffes. Elle nous questionne sur l'autorisation d'une greffe non vitale, sur les limites des inventions médicales, sur le besoin vital d'être mère.

En premier lieu, ce type de greffe fait apparaître des idées transhumanistes dans la mesure où elle permet à des femmes de bénéficier d'une nouvelle fonction, non vitale cependant.

Comme toute innovation, les bénéfices et risques ne sont pas encore tous connus. Nous pouvons déjà évoquer ce qu'une chirurgie du bassin, un parcours PMA, une grossesse dans un organe greffé peuvent engendrer comme complications materno-fœtales.

Certes, cette greffe pourrait permettre à de nombreuses femmes d'envisager une grossesse jusque-là inimaginable, mais jusqu'où la médecine peut-elle aller pour répondre aux souhaits des patients ?

Les objectifs des autres greffes d'organe sont différents de ceux de la greffe utérine. La greffe de membres défend l'amélioration de la qualité de vie et diminue la morbi-mortalité des patients. La greffe du visage, permet notamment aux personnes de retrouver une déglutition, une meilleure élocution, un odorat. Cette greffe permet aussi de retrouver une meilleure image de soi et de retrouver une place dans la société (4).

La greffe utérine permet de traiter une fonction reproductrice et de pallier à l'absence de solution thérapeutique de l'infertilité utérine. Elle permet de répondre à une quête de normalité de la part des patientes n'ayant pas d'utérus et également à un souci d'équité devant la PMA. Ce type de greffe a un double bénéfice, elle impacte sur le versant thérapeutique mais aussi sur le versant psychosocial.

Les greffes soulèvent des problèmes éthiques en lien avec le statut de la personne. Elles nous questionnent sur nos représentations socio-culturelles de l'intégrité du corps, du don et de la mort, qui sont propres à chacun (5).

En France, les indications de la greffe utérine sont encore imprécises et son statut est encore indéfini. Une réflexion peut être menée sur l'ouverture à d'autres indications (hystérectomies pour cancer, Syndrome d'Insensibilité Complète aux Androgènes (SICA), hermaphrodismes...). Cela peut soulever des problématiques sur l'avenir de cette greffe.

Jusqu'à présent la greffe utérine était réservée à des femmes biologiquement de sexe féminin n'ayant pas ou plus d'utérus fonctionnel avec pour objectif le projet d'une grossesse et d'un enfant. Or, certains hommes se ressentent intégralement femme. Pour eux, la part de génétique est relative par rapport à la vision féminine qu'ils ont de leur corps. Ainsi ils pourraient souhaiter être femme jusque dans la maternité. La greffe utérine remédierait à ce manque et les comblerait totalement (6).

Une des particularités de cette greffe est qu'elle est éphémère. Après le succès de l'implantation, le greffon est laissé en place le temps d'obtenir un voire deux enfants. Plusieurs problématiques apparaissent. Nous pouvons nous demander s'il existe une durée raisonnable avant d'obtenir une grossesse après la greffe et à combien de tentatives de grossesse les couples ont-ils droit ? La greffe utérine doit-elle imposer un âge pour le retrait du greffon même en cas d'échec de grossesse ?

En pratique, certaines greffes d'organes peuvent être pratiquées entre membres d'une même famille. Aussi, donner son utérus à une femme de son entourage peut soulever certaines interrogations. L'utérus est un organe à part entière en lien direct avec la création de la vie.

Dans un futur plus ou moins proche, il est envisageable que le personnel soignant de gynécologie et d'obstétrique de l'HME de Limoges, soit en contact avec des femmes greffées enceintes ou non et ainsi les suivre lors des différentes étapes de la prise en charge : la PMA, la greffe, la grossesse et éventuellement l'accouchement.

Dans ce contexte, quelles sont les représentations des professionnels de l'HME sur la greffe utérine ?

Notre objectif a été de mettre en évidence les représentations des professionnels de santé sur la greffe utérine. Ces représentations ont été comparées et analysées en fonction de leur catégorie professionnelle et de leurs caractéristiques personnelles (âge, enfants ou non, vie maritale).

## **Méthodologie**

---

### **1. Type d'étude**

Nous avons choisi l'analyse prototypique et catégorielle de Vergès ®. Pour analyser les représentations sociales de la greffe d'utérus. Elle est basée sur la méthode des associations verbales.

### **2. Population étudiée**

La population était constituée de 135 professionnels médicaux et paramédicaux des secteurs de gynécologie-obstétriques de l'HME de Limoges.

L'effectif était constitué de :

- 50 sages-femmes
- 15 gynécologues-obstétriciens
- 20 auxiliaires de puériculture
- 30 aides-soignants
- 20 infirmiers

### **3. Variables étudiées : les critères de jugement**

L'émergence des représentations sociales a été faite grâce au terme inducteur « greffe utérine ».

### **4. Matériel**

Le questionnaire d'évocation était composé de treize questions ouvertes et fermées sur le thème de la greffe utérine (donneuses, receveuses, maladies, grossesses, avantages et inconvénients). (Annexe I) Le mot inducteur « greffe utérine » a permis de recruter 10 mots, termes ou expressions venant spontanément à l'esprit des professionnels

Les variables de l'étude ont été les caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé, leur secteur d'activité principal et leur connaissance du projet de greffe, leur positionnement et avis sur la greffe utérine.

L'étude a été menée de mars à octobre 2018.

## **5. L'analyse prototypique et catégorielle de Vergès ®**

Pour l'analyse prototypique, les mots retenus ont été cités par au moins 10% des personnes interrogées, afin d'avoir les représentations sociales communes au groupe. Nous avons pris en compte la fréquence d'apparition d'un mot et son rang moyen d'apparition pour déterminer le noyau central des représentations et les éléments périphériques. Le croisement de ces deux données a permis la construction du carré de Vergès ®. (Annexe II)

L'analyse catégorielle a permis de regrouper des mots, expressions dont la sémantique est proche.

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel EXCEL®. Le test du Chi2 ou le test exact de Fisher avec calcul du « p » ont permis de comparer deux à deux les représentations sociales selon la catégorie socio-professionnelle, la classe d'âge, la présence ou non d'enfants et la participation à une réunion d'informations à l'HME.

Lorsque « p » était inférieur à 0,05, les mots étaient spécifiques d'une population en particulier. Si « p » était supérieur à 0,05, il n'existait aucune différence d'évocation entre les deux groupes, enfin pour un « p » égal à 1 : le mot était commun aux deux populations.

Pour les questions ouvertes, des mots clés ont été dégagés, seuls ceux cités par 10% de la population ont été pris en compte.

## Résultats

---

### 1. Les professionnels

Notre population était composée de 81 personnes, soit 60% de réponse sur les 135 questionnaires distribués.

#### 1.1. Les différentes professions de santé

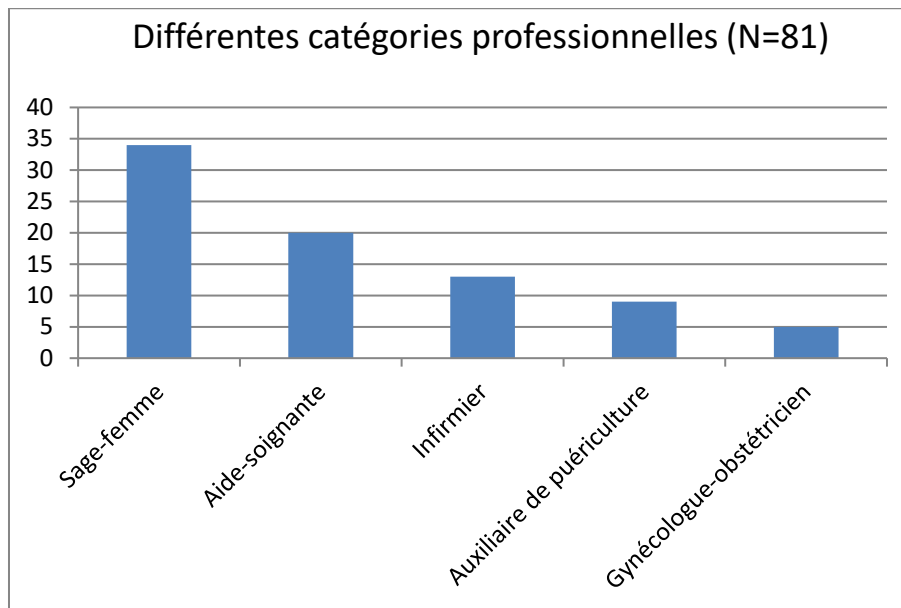


Figure 1: La répartition de la population au sein des catégories professionnelles

La population se répartissait comme suit :

- Sage-femme : 42% soit 34 personnes
- Aide-soignante : 24,7% soit 20 personnes
- Infirmier : 16% soit 13 personnes
- Auxiliaire de puériculture : 11,1% soit 9 personnes
- Gynécologue-obstétricien : 6,2% soit 5 personnes.

## 1.2. Les secteurs d'activité

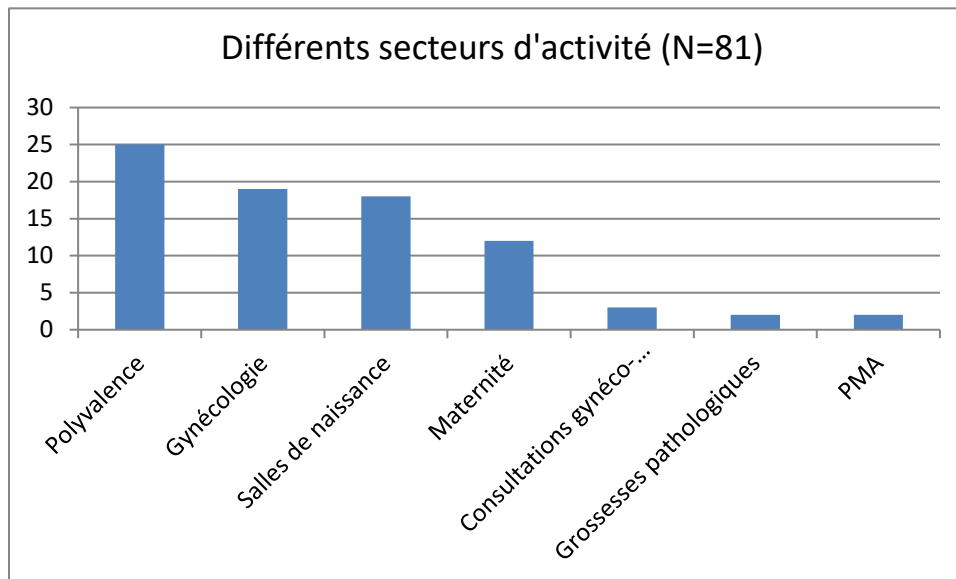


Figure 2: La répartition des professionnels dans les secteurs d'activité

Les professionnels se répartissaient ainsi dans les services de gynécologie-obstétrique :

- Polyvalence : 30,9% soit 25 personnes
- Gynécologie : 23,5% soit 19 personnes
- Salles de naissance : 22,2% soit 18 personnes
- Maternité : 14,8% soit 12 personnes
- Consultations gynéco-obstétricales : 3,6% soit 3 personnes
- Grossesses pathologiques : 2,5% soit 2 personnes
- PMA : 2,5% soit 2 personnes.

### 1.3. L'âge

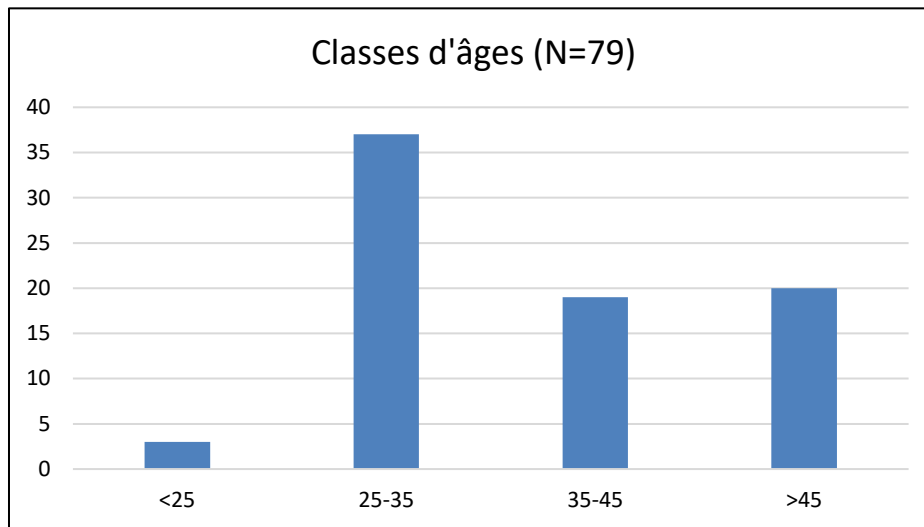


Figure 3: Le nombre de professionnels par classes d'âges

Au sein de notre population, les professionnels avaient entre 24 et 61 ans.

La moyenne d'âge des professionnels était de 38 ans.

La répartition des professionnels de santé était la suivante :

- 46,8% avaient entre 25 et 35 ans soit 37 personnes
- 25,3% avaient plus de 45 ans soit 20 personnes
- 24,1% avaient entre 35 et 45 ans soit 19 personnes
- 3,8% des participants avaient moins de 25 ans soit 3 personnes
- 2 professionnels n'avaient pas répondu à la question.

### 1.4. La parité

Soixante-deux professionnels sur 81 avaient des enfants soit 76,5% et 19 n'en avaient pas, soit 23,5%.

### 1.5. La vie maritale

Soixante-douze professionnels sur 81 vivaient en couple soit 88,9% et 9 avaient déclaré ne pas vivre en couple soit 11,1%.

## 1.6. Le sexe

Les femmes représentaient 96,2% des personnes interrogées, soit 77 femmes. Trois hommes avaient répondu soit 3,8%.

Un professionnel n'avait pas répondu.

## 2. L'information sur le projet de greffe

Soixante-dix-huit professionnels avaient eu connaissance du projet de greffe utérine soit 96,3% d'entre eux et 3,7% n'en avaient pas eu connaissance, soit 3 personnes.

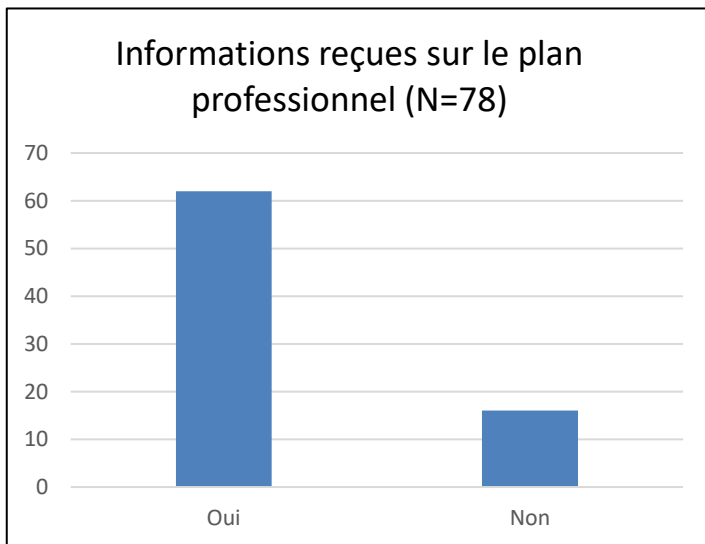


Figure 4: Les informations professionnelles

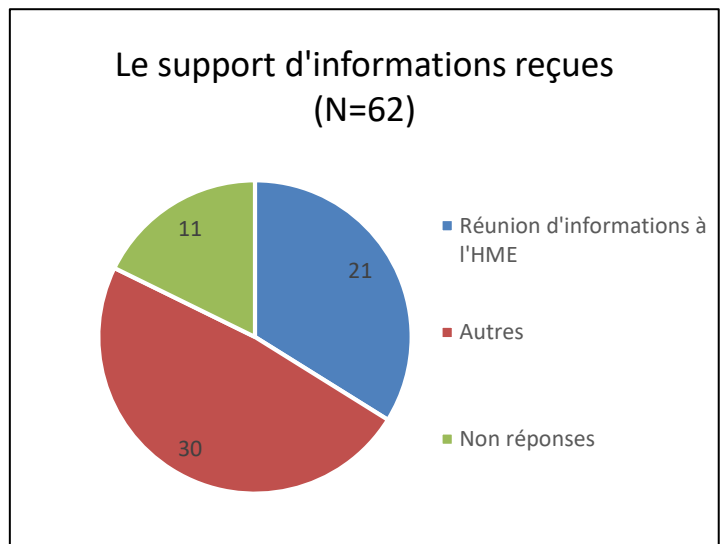


Figure 5: Le support de l'information

Parmi ces 78 professionnels, 62 ont déclaré avoir reçu des informations professionnelles dans le cadre de leur activité soit 79,5%, alors que 16 n'en avaient pas reçu, soit 20,5%.

Le support de l'information était pour :

- Vingt et une personnes, la réunion d'informations à l'HME, soit 33,9%
- Trente professionnels s'étaient informés professionnellement d'une autre façon, soit 48,4%
- 17,8% ne s'étaient pas prononcés soit 11 personnes.

Nous avons également demandé aux professionnels s'ils avaient effectué une recherche personnelle d'informations.



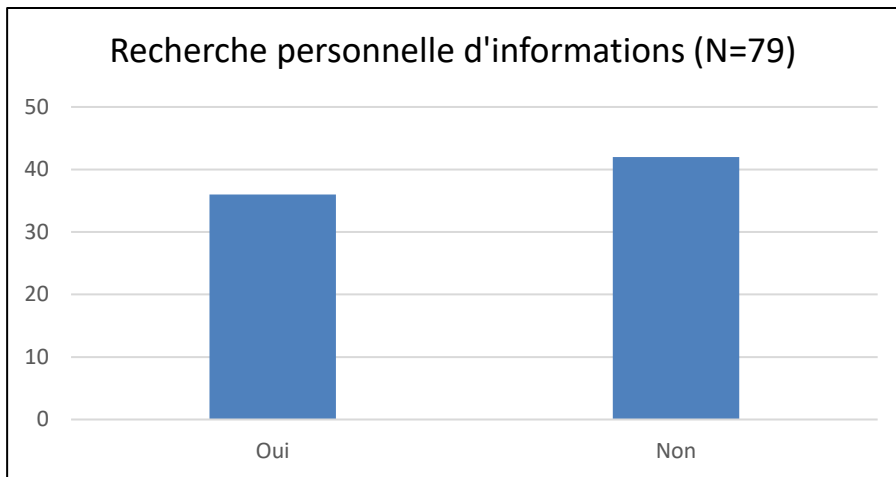


Figure 6: La recherche personnelle d'informations

Trente-six personnes soit 44,5% de la population totale avaient fait des recherches personnelles sur le projet de greffe.

Quarante-trois professionnels n'avaient pas recherché d'informations, soit 53,1%.

Deux personnes, soit 2,4% des professionnels n'avaient pas répondu à la question.

### 3. Le positionnement sur la greffe d'utérus

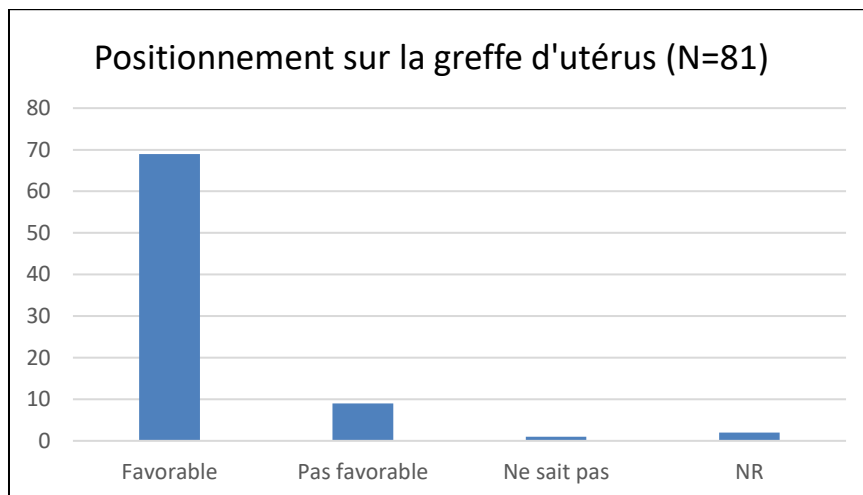


Figure 7: Le positionnement sur la greffe utérine

Parmi les professionnels qui se sont positionnés sur la greffe utérine :

- 69 personnes, soit 85,2% étaient favorables
- 9 personnes, soit 11,1% étaient opposés
- 1 professionnel ne savait pas, soit 1,2%
- 2 personnes n'avaient pas répondu, soit 2,5%.

### 3.1. Sur les indications de la greffe

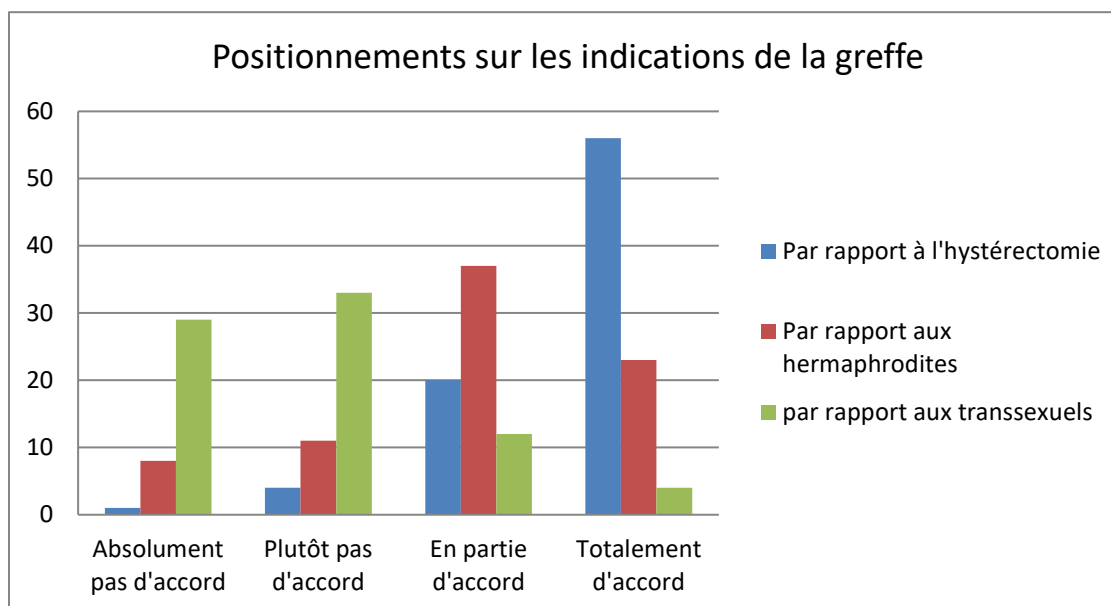


Figure 8: Les positionnements sur les indications de greffe

- Pour l'indication d'hystérectomie, 56 personnes étaient « totalement d'accord » (70%), 20 étaient « en partie d'accord » (24%), au total 94% des professionnels étaient plutôt favorables à la greffe utérine pour cette indication.  
Quatre professionnels étaient plutôt « pas d'accord » (5%) et une personne était « absolument pas d'accord » (1%), au total 6% étaient plutôt défavorables à cette indication.
- En cas d'hermaphrodisme, 23 personnes étaient « totalement d'accord » (28%), 37 étaient « en partie d'accord » (46%), au total 74% des professionnels de santé étaient favorables à cette indication.  
Onze professionnels étaient « plutôt pas d'accord » (14%) et 8 étaient « absolument pas d'accord » (10%). Vingt-quatre pour cent étaient plutôt opposés à cette idée. Deux personnes n'avaient pas répondu (2%).
- En ce qui concerne la transsexualité, 4 étaient « totalement d'accord » (5%), 12 étaient « en partie d'accord » (15%). Vingt pour cent de la population interrogée étaient plutôt favorables à la greffe pour les transsexuels.  
Trente-trois professionnels étaient « plutôt pas d'accord » (41%) et 29 étaient « absolument pas d'accord » (36%). Trois professionnels n'avaient pas répondu (3%).  
Au total, 77% étaient plutôt opposés à la greffe utérine pour les transsexuels.

### 3.2. Sur le don du vivant

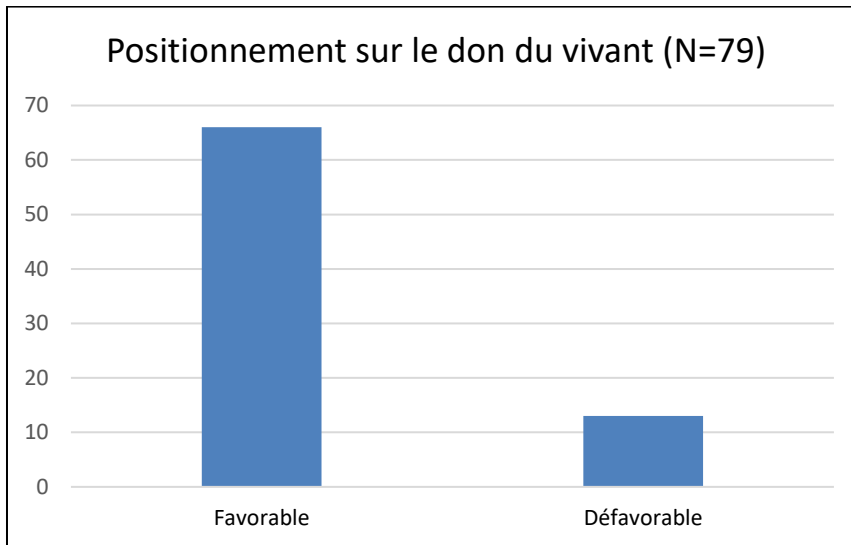


Figure 9: Le positionnement sur le don du vivant

Soixante-six personnes (81,5%) étaient favorables au don d'utérus à partir d'une donneuse vivante alors que 16,1% y étaient opposées (13 personnes). Deux personnes n'avaient pas participé.

### 3.3. Sur la transplantation intra familiale

Vingt personnes (25%) n'étaient pas favorables à la transplantation intra familiale.

Soixante-et-un professionnels (75%) étaient en accord avec ce concept.

- Les professionnels favorables pouvaient choisir une ou plusieurs propositions (entre sœurs, entre une mère et sa fille, entre membres familiaux plus éloignés) :
  - 50 professionnels (82%) étaient favorables à une greffe entre sœurs,
  - 43 personnes (71%) étaient favorables pour une transplantation entre mère et fille,
  - 43 personnes (71%) l'étaient pour une greffe utérine entre membres familiaux plus éloignés.

### 3.4. Sur un âge rédhibitoire pour le don

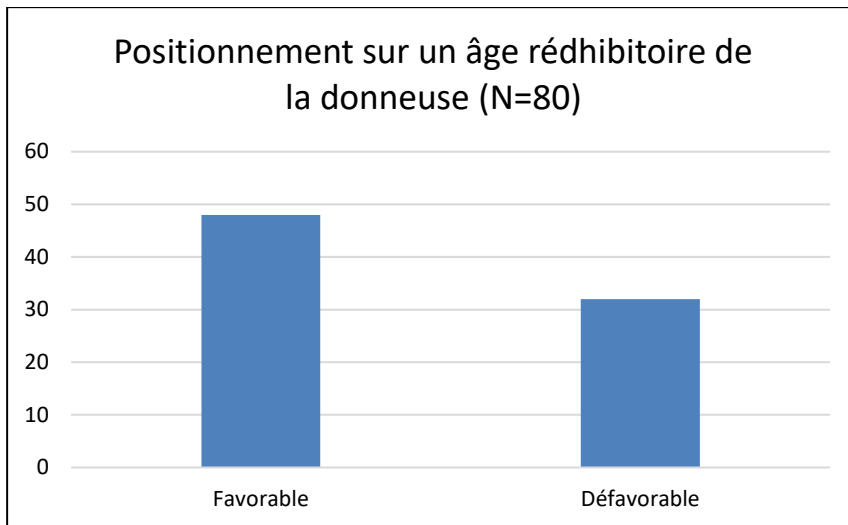


Figure 10: Le positionnement sur un âge rédhibitoire pour le don

Un professionnel ne s'est pas positionné sur un âge rédhibitoire.

Trente-deux professionnels (40%) étaient opposés à l'existence d'un âge rédhibitoire pour le don d'utérus.

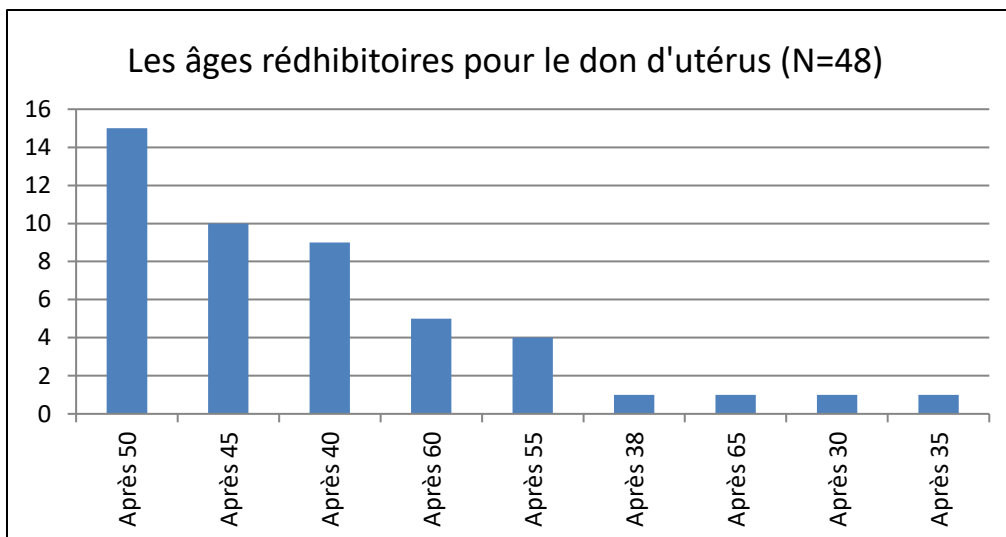


Figure 11: Les déterminations d'âges rédhibitoires pour le don

En ce qui concerne l'âge rédhibitoire :

- La donneuse doit avoir entre 30 et 60 ans
- L'âge rédhibitoire le plus représenté est un âge supérieur à 50 ans
- 44 professionnels avaient mentionnaient un âge supérieur ou égal à 40 ans soit 93,6% des professionnels étaient favorables à un âge rédhibitoire.

### 3.5. Sur un âge rédhibitoire pour la receveuse

Sur les 81 professionnels qui ont répondu, 2 professionnels (2,5%) pensaient qu'il n'y avait pas d'âge rédhibitoire pour la receveuse.

A l'inverse, 79 personnes (97,5%) étaient favorables à l'existence d'un âge rédhibitoire.

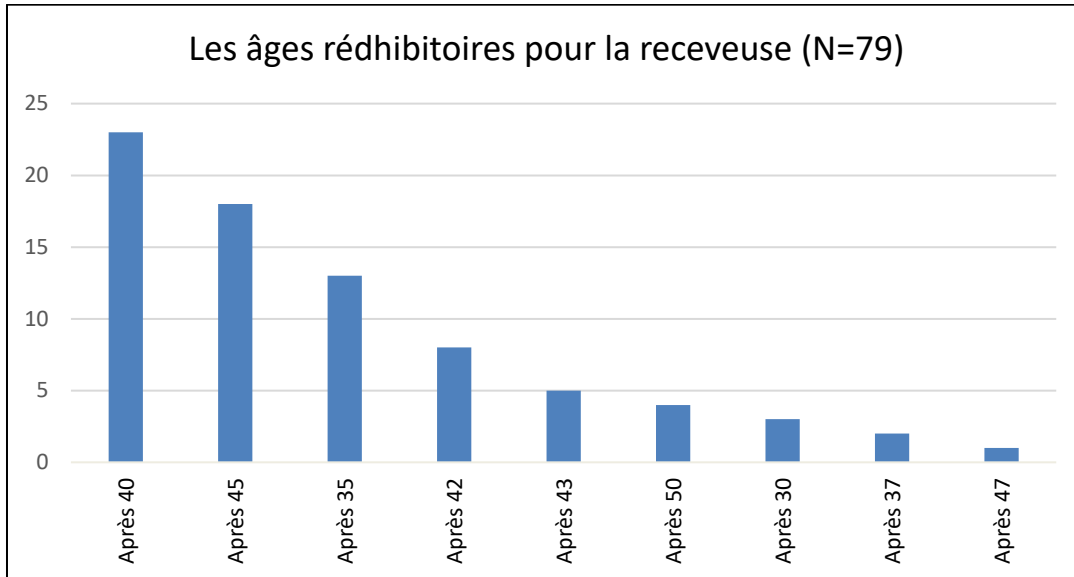


Figure 12: Les déterminations d'âges rédhibitoires pour la receveuse

Il en ressort que :

- L'âge rédhibitoire le plus représenté était un âge supérieur à 40 ans, relevé par 30% des professionnels, soit 23 personnes.
- Deux professionnels n'avaient pas mentionné d'âge.
- Ensuite, les âges cités par au moins 10% de la population sont :
  - o un âge de 45 ans par 18 personnes (24%)
  - o un âge de 35 ans par 13 professionnels (17%)
  - o un âge de 42 ans par 8 personnes (11%).

### 3.6. Sur le recours aux immunosuppresseurs pendant la grossesse

Soixante-dix-huit personnes ont répondu à la question sur l'utilisation des immunosuppresseurs pendant la grossesse, soit 96,3% de réponses.

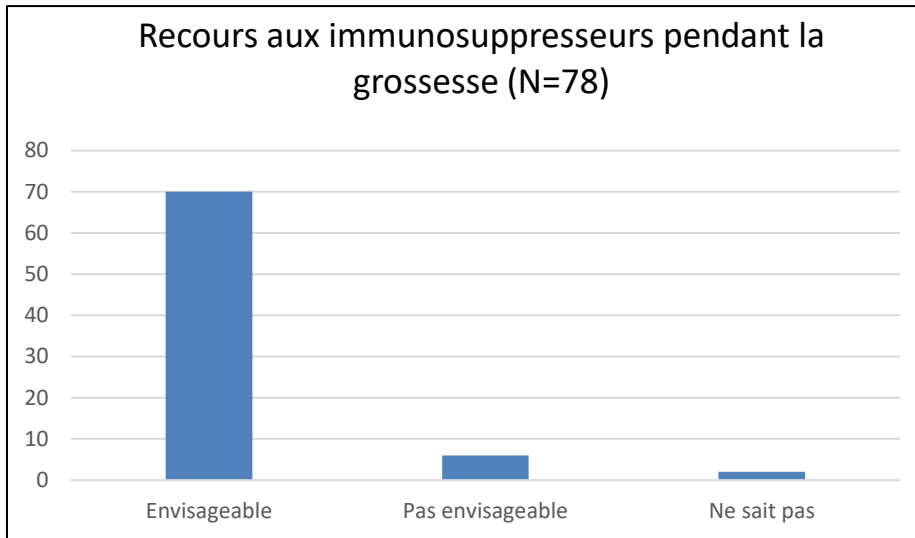


Figure 13: Le positionnement sur le recours aux immunosuppresseurs pendant la grossesse

Le recours aux immunosuppresseurs pendant la grossesse était :

- Envisageable pour 70 professionnels, soit 86,4%
- Non envisageable pour 6 personnes, soit 7,4%
- Deux personnes, soit 2,5% ne savaient pas
- Trois professionnels, soit 3,7%, n'avaient pas répondu.

## 4. Les représentations sociales de la greffe d'utérus

### 4.1. Dans la population générale

Soixante-dix-neuf professionnels ont répondu à la question soit 97,5% de l'effectif.

Nous avons déterminé les représentations sociales grâce à l'analyse prototypique. Les professionnels ont mentionné 163 mots différents.

Les associations verbales étaient caractérisées par 28 mots. La moyenne des fréquences était à 13,14 et la moyenne des rangs à 5,21.

Ci-dessous, les résultats des représentations sociales présentés à l'aide du Carré de Vergès® :

Tableau 1 : Le Carré de Vergès

	Fréquence supérieure à 13,14	Fréquence inférieure à 13,14
<b>Moyenne des rangs inférieurs à 5,21</b>	<b>Grossesse</b> (40 ; 4,20) <b>PMA</b> (17 ; 4,53)	Stérilité (13 ; 5,09) Traitement (13 ; 4,54) Chance (12 ; 4,50) Immunosuppresseur (11 ; 4,27) Ethique (10 ; 4,75) Femme (9 ; 4,88) Avancée (9 ; 4,88) Couple (9 ; 4,89) Bébé (8 ; 4,17) Inédit (8 ; 4,38) Donneuse (8 ; 4,25) Bonheur (8 ; 4,14)
<b>Moyenne des rangs supérieurs à 5,21</b>	Espoir (36 ; 6,13) Don (24 ; 6,29) Enfant (19 ; 5,29) Chirurgie (17 ; 5,38) Progrès (15 ; 6,08)	Infertilité (12 ; 6,45) Risque (12 ; 5,73) Procréation (9 ; 5,88) Naissance (8 ; 6,00) Vie (8 ; 6,00) Désir (8 ; 5,80) Avenir (8 ; 5,38) Maternité (8 ; 6,57)

Le noyau central des représentations était composé de deux mots : « **Grossesse** et **PMA** ».

## 4.2. Professions paramédicales et professions médicales

### 4.2.1 La population des paramédicaux

La population des paramédicaux était composée de 42 personnes (les auxiliaires de puériculture, les aides-soignants et les infirmiers).

Vingt-trois mots différents ont été cités par plus de 10% de cette population, constituant les représentations sociales de notre population.

La moyenne des fréquences était à 7,87 et la moyenne des rangs à 5,20.

Le noyau central des représentations était composé de deux mots : « **Grossesse** (21 ; 4.18) et **Traitement** (9 ; 4.33) ».

### 4.2.2 La population des médicaux

La population des médicaux était composée de 39 personnes (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens).

Vingt-neuf mots ont été répertoriés, constituant les représentations sociales de notre population.

La moyenne des fréquences était à 6,83 et la moyenne des rangs à 5,09.

Le noyau central des représentations sociales était composé de quatre mots : « **Grossesse** (19 ; 4.22), **PMA** (12 ; 4.64), **Enfant** (10 ; 5.00), **Chance** (7 ; 4.80) ».

### 4.2.3 Comparaison entre les professions médicales et paramédicales

Les associations verbales entre médicaux et paramédicaux ont montré :

- Des mots spécifiques aux professions médicales : « **Ethique** (p=0,02), **Procréation** (p=0,02), **Avancée** (p=0,03), **Inédit** (p=0,03), **Malformation** (p=0,03) »
- Des mots qui ont tendance à être spécifiques aux médicaux : « **Rejet** (p=0,06), **Recherche** (p=0,06), **Brebis** (p=0,06) »
- Des mots spécifiques aux professions paramédicales : « **Naissance** (p=0,006), **Vie** (p=0,006), **Femme** (p=0,006), **Maternité** (p=0,01), **Parcours** (p=0,01), **Couple** (p=0,01), **Bonheur** (p=0,03), **Mort** (p=0,03), **Greffon** (p=0,03), **Famille** (p=0,03), **Espoir** (p=0,03) »
- Un mot commun : **Enfant** (p=1).



### 4.3. Information par la réunion d'informations à l'HME et information par un autre moyen

#### 4.3.1 La réunion d'informations à l'HME

Cette population était composée de 21 personnes. Nous avons retrouvé 94 mots différents. Dix-huit mots ont été répertoriés, constituant les représentations sociales de notre population. La moyenne des fréquences était à 4,72 et la moyenne des rangs à 5,48.

Le noyau central des représentations sociales était composé de quatre mots : « **Espoir** (12 ; 4,60), **Grossesse** (11 ; 2,89), **Traitement** (7 ; 3,86) et **Immunosuppresseur** (5 ; 5,40) ».

#### 4.3.2 Autre moyen professionnel d'informations

Cette population est composée de 30 personnes. Nous avons retrouvé 96 mots différents. Trente mots ont été répertoriés, constituant les représentations sociales de notre population. La moyenne des fréquences était à 5,45 et la moyenne des rangs à 4,84.

Le noyau central des représentations sociales était composé de deux mots : « **Grossesse** (17 ; 4,31) et **Chance** (8 ; 4,16) ».

Le mot « **Enfant** » ne faisait pas partie du noyau central des représentations mais était très proche des représentations sociales. En effet, sa fréquence était supérieure à la moyenne des fréquences (8) mais son rang d'apparition était légèrement supérieur à la moyenne des rangs (4,87).

#### 4.3.3 Comparaison entre les professionnels selon s'ils ont assisté ou pas à une réunion d'informations à l'HME

Les associations verbales entre les professionnels ayant assisté à la réunion et ceux s'étant informés d'une autre façon nous ont montré :

- Des mots spécifiques pour les professionnels qui ont assisté à une réunion à l'HME : « **Immunosuppresseur** (p=0,005), **Parcours** (p=0,04), **Greffon** (p=0,04), **Vie** (p=0,04), **Donneuse** (p=0,04), **Naissance** (p=0,02) et **Traitement** (p=0,04) »
- « **Chance** (p=0,06) et **Progrès** (p=0,06) » ont tendance à être spécifiques aux professionnels qui n'ont pas assisté à la réunion
- 4 mots communs avec un p=1: « **Enfant, Chirurgie, PMA et Avancée** ».

## 4.4. Professionnels avec ou sans enfant

### 4.4.1 Professionnels avec enfants

La population des professionnels avec enfants était composée de 62 personnes.

Nous avons retrouvé 21 mots différents constituant les représentations sociales.

La moyenne des fréquences était à 11,52 et la moyenne des rangs à 5,08.

Le noyau central des représentations sociales était composé des mots : « **Grossesse** (33 ; 4.48), **Enfant** (13 ; 4.64), **PMA** (12 ; 4.70) ».

### 4.4.2 Professionnels sans enfant

Ce groupe était composé de 18 personnes.

Nous avons retrouvé 29 mots différents.

La moyenne des fréquences était à 3,28 et la moyenne des rangs à 5,40.

Le noyau central des représentations sociales était composé des mots : « **Grossesse** (7 ; 2.83), **PMA** (5 ; 4.20), **Chirurgie** (5 ; 3.40) ».

## 4.5. Comparaison des professionnels avec ou sans enfants

La comparaison des associations verbales entre les professionnels ayant des enfants et ceux n'en ayant pas nous ont montré :

- Des mots spécifiques pour les professionnels sans enfant : « **Procréation** (p=0,007), **Recherche** (p=0,02), **Bébé** (p=0,02), **Avancée** (p=0,02), **Utérus** (p=0,02) »
- Pour certains mots, nous avons retrouvé une tendance spécifique pour cette même population avec un p=0,08 : « **Aide, Evolution, Inédit, Malformation, Maternité, Naissance, Parcours** et **Brebis** »
- Nous n'avons pas retrouvé de mot spécifique à la population avec enfants
- Six mots communs aux deux populations avec un p=1: « **PMA, Chirurgie, Progrès, Risque, Traitement et Rejet** ».

## 4.6. La population défavorable à la greffe utérine

Les mots cités par les 9 professionnels défavorables à la greffe utérine étaient les suivants :

- Le mot Progrès avec 4 citations, soit 44,4% de la population
- Avec 3 citations, soit plus d'un tiers de la population, les mots :
  - o Inédit
  - o Risque
  - o Chirurgie
  - o Prématurité
  - o Don
  - o Stérilité
  - o Ethique
  - o Grossesse

## 5. Les inconvénients à la greffe utérine

### 5.1. Dans la population générale

Ces 78 professionnels ont relevé 25 inconvénients différents à la greffe utérine.

Ci-dessous, les inconvénients représentés par plus de 10% des professionnels sont au nombre de 9 et par ordre décroissant :

Tableau 2: Les inconvénients représentés par plus de 10% des professionnels

Inconvénients relevés	Nombre de citations	Proportion dans la population
Risque de rejet	34	43,5%
Traitement anti rejet	26	33,3%
Chirurgie lourde	15	19,2%
Protocole long ou lourd	12	15,4%
Risque vital	11	12,8%
Risque d'échec	9	11,5%
Grossesse très surveillée	9	11,5%
Complications	8	10,3%
Risque de grossesse pathologique	8	10,3%

Les trois inconvénients les plus représentés sont le « **Risque de rejet** » avec 34 citations soit 43,5% des professionnels l'ont mentionné, « **Traitement anti rejet** » avec 26 citations soit 33,3% des professionnels et « **Chirurgie Lourde** » avec 15 citations soit 19,2% des professionnels.

## 5.2. Comparaison des inconvénients

### 5.2.1 Entre médicaux et paramédicaux

La comparaison des inconvénients cités par les médicaux et par les paramédicaux a montré :

- Des inconvénients spécifiques à la population :
  - o Des médicaux : « **Risque vital** (p=0,006) »
  - o Des paramédicaux : « **Grossesse très surveillée** (p=0,008) et **Risque d'échec** (p=0,03) »
- Un inconvénient commun aux deux populations : un « **Protocole long ou lourd** (p=1) ».

## 6. Les avantages à la greffe d'utérus

### 6.1. Dans la population générale

Soixante-seize professionnels ont répondu et 5 se sont abstenus. Nous avons répertorié 24 avantages différents.

Ci-dessous, par ordre décroissant, les avantages mentionnés par au moins 10% d'entre eux :

Tableau 3: Les avantages représentés par plus de 10% des professionnels

Avantages relevés	Nombre de citations	Proportion dans la population
Avoir un enfant	34	44,7%
Avoir une grossesse	22	28,9%
Traitement contre l'infertilité	13	17,1%
Statut de femme	8	10,5%
Avancée médicale	8	10,5%
Espoir	8	10,5%

Les avantages les plus représentés sont d'« **Avoir un enfant** » avec 34 citations soit 44,7% des professionnels qui l'ont mentionné, « **Avoir une grossesse** » avec 22 citations soit 28,9% des professionnels et « **Traitement contre l'infertilité** » avec 13 citations soit 17,1% des professionnels.

## 7. Les répercussions psychologiques de la greffe utérine

### 7.1. Dans la population générale

Au total, 62 professionnels ont répondu à cette question, le taux de réponse est de 76,5%. Nous avons eu 19 non réponses. Ils pouvaient énumérer plusieurs répercussions psychologiques.

Les répercussions psychologiques de la greffe utérine sont par ordre décroissant :

Tableau 4: Les répercussions psychologiques de la greffe utérine de la population générale

Répercussions psychologiques relevées	Nombre de citations	Leur proportion dans la population
Anxiété	21	33,9%
Utérus d'une autre femme	16	25,8%
Accepter les contraintes de la greffe	12	19,4%
Accepter un corps étranger	12	19,4%
Se sentir femme/mère	9	14,5%
Utérus d'une femme décédée	9	14,5%
Dépression	8	12,9%
Echec	7	11,3%

Quatre répercussions psychologiques sont relevées, comme le mot « **Anxiété** » cité par un tiers de la population avec 21 citations, l' « **Utérus d'une autre femme** » avec 16 citations soit 25,8% des professionnels, « **Accepter les contraintes de la greffe** » et « **Accepter un corps étranger** » avec 12 citations soit 19,4% des professionnels.

## **Analyse et discussion**

---

### **1. Analyse des résultats**

#### **1.1. Limites et biais de l'étude**

Nous avons obtenu une population hétérogène. Au sein des différents corps de métiers, deux populations étaient plus représentées : les sages-femmes et les aides-soignants. L'effectif des autres catégories professionnelles était sous représenté et a limité l'analyse des résultats. Il faut noter toutefois que l'effectif théorique des gynécologues obstétriciens était faible, soit 15 professionnels.

La population de l'HME est en très grande majorité une population féminine rendant impossible la comparaison des représentations sociales selon le genre.

Les résultats obtenus ne sont pas extrapolables à la population française car l'hôpital de Limoges a la particularité d'être l'hôpital pilote du projet de greffe. Les professionnels de santé sont donc sensibilisés à la greffe utérine.

De plus, il aurait été intéressant de connaître la raison de l'absence de participation de certains professionnels. Est-ce par manque d'intérêt pour ce sujet, le refus de se positionner, ... ?

#### **1.2. Points forts de l'étude**

Tous les questionnaires ont été exploitables.

Notre population de 81 professionnels apparaît comme un effectif convenable pour connaître les avis des professionnels de l'HME.

Les questionnaires étaient totalement anonymes.

Les effectifs des médicaux (N=39) et paramédicaux (N=42) sont comparables en terme d'effectifs.

Lors du recueil des questionnaires, les professionnels paraissaient intéressés par ce sujet d'actualité et certains nous ont fait part de leur intérêt.

Les représentations sociales ont été riches. Ces résultats ont apporté des connaissances sur la vision et le positionnement des professionnels de santé sur la greffe utérine.

### **1.3. Les caractéristiques de la population**

#### **1.3.1 L'âge des professionnels**

Nous relevons que près d'un professionnel sur deux est âgé de 25 à 35 ans. L'autre moitié des professionnels est âgée en grande majorité de plus de 35 ans. La classe d'âge des moins de 25 ans est minoritaire.

Pour les professionnels médicaux, qui représente la moitié de notre effectif, le nombre d'années d'études et l'âge auquel ils débutent leur carrière peuvent expliquer le faible effectif dans la catégorie des moins de 25 ans.

#### **1.3.2 Les catégories professionnelles**

La majorité de notre population est représentée par les sages-femmes. Ceci pouvait être expliqué par plusieurs raisons. Il s'agissait d'un sujet qui concerne la grossesse et la maternité, les sages-femmes travaillent au plus près de la femme enceinte et de sa prise en charge et sont sensibilisées aux techniques de PMA. A cela, nous pouvons ajouter que cette recherche a été réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'études de sages-femmes, ce qui mobilise probablement davantage le corps professionnel des sages-femmes. De plus, cette profession est représentée dans cinq des six services interrogés.

Concernant les gynécologues-obstétriciens, le dépôt et la récupération des questionnaires ont été plus compliqués à organiser que pour les autres catégories professionnelles qui étaient rattachées à un service. Les relances pour le retour des questionnaires ont été moins efficaces pour les médecins que pour les autres professions.

#### **1.3.3 La recherche d'informations**

La grande majorité des professionnels a eu accès à l'information sur la greffe utérine dans le cadre de son activité professionnelle.

Sachant qu'un tiers de la population avait assisté à la réunion d'informations, nous pouvons penser que les professionnels ont discuté de manière plus ou moins formelle entre eux, ce qui a contribué à la diffusion de l'information. En effet, il n'est pas rare qu'ils échangent sur des sujets médicaux particuliers. Cependant, les réponses ne nous permettent pas réellement de savoir de quelle façon les professionnels avaient eu recours à l'information dans le cadre de leur exercice professionnel.

En parallèle, près de la moitié ont réalisé des recherches personnelles. Cela laisse supposer que la greffe utérine alimentait la curiosité des professionnels de l'HME concernés par le projet de greffe. Ce projet est soutenu depuis une dizaine d'années à Limoges, ce qui a pu faciliter la connaissance de celui-ci par les équipes de soins. Il avait également été valorisé par la communication du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) par le biais d'internet, par le journal régional sur « France 3 » ou des articles dans le journal local « Le Populaire » (7,8).

## **1.4. Les représentations de la greffe utérine**

### **1.4.1 Pour ou contre la greffe**

Dans le contexte de projet de greffe d'utérus à l'HME de Limoges, nous avons cherché à savoir si les professionnels avaient des représentations sociales positives en faveur de la greffe d'utérus.

Nous avons noté qu'une très grande majorité des personnes était favorable à la greffe utérine. Le fait que l'équipe de Limoges soit à l'origine du projet de greffe d'utérus influence probablement les représentations en ce sens. En effet, d'autres équipes obstétricales ont un avis plus contrasté. Comme le professeur Roger Henrion et son équipe, pour qui, les différents aspects de la greffe sont encore discutés, notamment le choix entre Grossesse pour autrui (GPA) et greffe utérine mais aussi le don d'utérus de vivant ou post-mortem (9). Cette greffe est également sujet à controverse au sein de la communauté médicale et non médicale de par son rôle non vital, de sa balance bénéfices-risques pour la donneuse et la receveuse. Cela peut déboucher sur une contestation du projet de greffe par les professionnels médicaux.

Dans notre étude, 1 professionnel sur 10 était opposé à cette greffe. Nous pouvons nous demander si cette opposition concernait exclusivement la greffe utérine ou si elle s'appliquait aussi aux autres greffes, ce que nous n'avons pas étudié. En effet, l'enquête menée par l'Agence de Biomédecine en 2012, montrait que 81% des français était favorables au don d'organes après leur mort (10). Cette donnée est proche de celle de notre étude. Nous pouvons nous demander si le positionnement recueilli dans notre étude n'est pas celui de la greffe en général et qu'il diffère peu de celui de la greffe utérine.



Lisa Guntram, chercheur et maître de conférence, a étudié les risques médicaux pour les mères porteuses et ceux rencontrés au cours de la greffe utérine. Elle conclut que la transplantation utérine « est une option moralement supérieure à la maternité de substitution, non seulement parce qu'elle offre ce que la maternité de substitution ne peut pas, à savoir la gestation, mais aussi parce que cette option engendre moins de difficultés éthiques et réglementaires et des dilemmes que la maternité de substitution » (11). Ainsi, les professionnels de l'HME se positionnent peut-être favorablement à la greffe en ayant à l'esprit les arguments de cette auteure.

#### **1.4.2 Les indications de greffe utérine**

Nous avons proposé aux professionnels de se positionner sur trois indications de greffe utérine à savoir l'hystérectomie, l'hermaphrodisme et la transsexualité.

L'hystérectomie est un acte médical souvent réalisé dans un contexte de pathologie sévère qui met en jeu le pronostic vital (cancer, hémorragie gynécologique ou obstétricale). C'est une chirurgie relativement bien connue des équipes obstétricales. Cela peut expliquer que les professionnels soient très majoritairement favorables à cette indication pour la greffe.

Elle peut être assimilée à la « réparation » d'un préjudice médical et permettre à ces femmes de rétablir leur fonction de reproduction. Comme l'écrit L.Beltran, psychologue, « l'hystérectomie représente la fin du rêve de grossesse, la perte de l'organe qui leur a permis de porter leur enfant et cette absence les fait se sentir inutiles » (12).

Les professionnels étaient également favorables en majorité à l'indication de greffe pour l'hermaphrodisme. En effet, près de la moitié des avis était en partie favorable et au final la grande majorité était globalement en faveur de cette indication. Il s'agit d'une pathologie pourtant plus éloignée des préoccupations premières des professionnels qui se manifeste par un trouble de la différenciation sexuelle. Cette pathologie médicale qui peut donc se retrouver chez des patients génétiquement masculins (46, XY). La greffe pourrait alors permettre d'accéder à la procréation tout en étant dans une situation éthiquement ambiguë avec l'ambivalence génétique homme/femme.

Les professionnels semblent enclins à ouvrir la greffe utérine à d'autres indications médicales que le syndrome de MRKH.

La dernière proposition concernait la transsexualité. La greffe ne serait pas considérée comme un traitement médical mais plus proche d'une chirurgie pour raison personnelle d'un individu génétiquement masculin souhaitant devenir femme.

Pour cette indication, la grande majorité des professionnels était plutôt opposée à l'accès à la greffe utérine. Nous pouvons nous demander si ce positionnement concernait une opposition à une greffe et une grossesse chez un homme transsexuel ou plus généralement une opposition à ce qu'un homme transsexuel ait un enfant.

Certains professionnels ont pu se questionner sur la naissance d'un enfant dans une famille « atypique » avec la problématique de la place de l'enfant dans ce choix de vie. Dans le livre « Le discours transsexuel sur le corps », Jean-Pierre Jacques explique que depuis des décennies les militants transsexuels et les psychanalyses ont une position opposée à propos du rapport au corps et de la vision de la féminité. Le choix d'une transformation féminine est une réelle réparation pour les transsexuels mais décrite comme une mutilation pour les psychanalystes. De nos jours, la transsexualité est vue par certains psychanalystes comme une maladie mentale à type de psychose tout comme l'homosexualité avait pu l'être jusqu'en 1985, période à laquelle elle a été officiellement supprimée du Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales (13).

Laurence Hérault, anthropologue, s'est penchée sur la thématique de la parenté chez les personnes transsexuelles. Elle relève, qu'en France, la population « trans » est très hétérogène sur leurs souhaits de devenir parents et sur les solutions utilisées pour y accéder. Certains couples, dont l'un des deux partenaires est transsexuel, ont pu avoir recours à la PMA dans le cas des Centres d'Étude et Conservation des Œufs et du Spermé humains (CECOS). En cela, nous pouvons voir que le corps médical n'est pas opposé à l'idée de proposer une aide médicale pour ces couples (14). Ces exemples sont peut-être le reflet de l'état d'esprit des professionnels interrogés.

### 1.4.3 Le protocole de la greffe d'utérus

Nous avons interrogé les professionnels de santé sur les particularités qui entourent la greffe utérine.

- Les immunosuppresseurs

Le 1<sup>er</sup> point concernait l'utilisation des immunosuppresseurs. La grande majorité de professionnels était favorable à leur utilisation.

Ce traitement est indispensable à tous types de greffes et devra être maintenu au cours de la grossesse. Les équipes médicales ont aujourd'hui plus de 50 ans de recul sur les effets des traitements anti rejet. Quelques professionnels ont peut-être pris en charge des patientes greffées. En effet, les immunosuppresseurs sont prescrits au cours de grossesses chez des patientes greffées rénales par exemple. Certaines études récentes ont pourtant démontré un effet cancérogène à long terme, des cas d'entérocolites ulcéronécrosantes chez les nouveau-nés ou des enfants sous-immunisés suite à un traitement par immunosuppresseurs pendant la grossesse (15–17).

Éric Thervet dans un article « Grossesses sous immunosuppresseurs : Cinquante ans d'expérience » explique qu'il est raisonnable d'attendre deux ans après une greffe d'organe pour envisager une grossesse. Ces deux ans correspondent à un délai de sécurité où le terrain immunologique sera considéré comme stabilisé et où l'organe greffé sera fonctionnel et capable de supporter les remaniements d'une grossesse (15).

Les représentations sociales des professionnels apportent les mots : « **Cancer** et **Complications** », qui témoignent de la connaissance des professionnels sur les effets délétères des traitements immunosuppresseurs. Ils sont pourtant plutôt favorables au recours à ces molécules pendant la grossesse.

- Les liens familiaux

En 2<sup>ème</sup> point, nous avons proposé aux professionnels plusieurs situations possibles de dons d'utérus basées sur des liens familiaux plus ou moins éloignés entre la donneuse et la receveuse.

Une minorité de professionnels était opposée au don intra familial, que ce soit entre sœurs, entre une mère et sa fille ou entre membres familiaux plus éloignés. Les professionnels sont globalement favorables.

La particularité de la greffe utérine est qu'elle est destinée à donner la vie à un enfant et cette situation nous pousse à la réflexion. Même si aucun partage cellulaire n'est fait entre ces deux femmes (donneuse et receveuse) sur le plan de la procréation, certains peuvent être opposés à ce qu'un enfant soit construit au sein même de l'utérus de la sœur ou de la mère de la patiente. Un risque de confusion peut émerger : qui est la mère ? Faut-il expliquer à l'enfant les circonstances de sa naissance et comment l'aborder ? Cet enfant est génétiquement conçu par ses parents mais son existence est conditionnée par l'implication d'une tierce personne, d'une autre femme du cercle familial.

Anne-Marie Fixot, professeure, s'interroge sur une éventuelle redevabilité du receveur qui ne sait ni quand ni comment ce geste peut être rendu au donneur. Elle parle d'endettement, de non réciprocité lors d'un don sans « contre-don » (18). Une situation problématique peut s'installer entre ces deux femmes et des troubles relationnels peuvent apparaître avec des sentiments de redevabilité de cette nouvelle mère. La patiente greffée peut ressentir une obligation de succès lorsque l'identité de la donneuse est connue et qui plus est de sa famille. Les conséquences psychologiques peuvent être importantes.

Nous nous demandons aussi de quel ordre doit être la relation qui unit ces deux femmes et quel impact aura la greffe sur cette relation ? Toutes les répercussions doivent être comprises par les deux femmes. Que la greffe soit un succès ou un échec, de nouveaux sentiments peuvent apparaître entre elles et au sein même de la famille.

#### - Don de vivant

Outre le don intrafamilial, la majorité des professionnels était favorable à un don avec une donneuse vivante. Les professionnels ont éventuellement conscience que la qualité du greffon est plus importante lors d'un don de vivant. Selon l'Agence de Biomédecine, il existe une meilleure compatibilité et une augmentation des chances de succès de la greffe comme une meilleure planification du prélèvement et de la réimplantation de l'organe (10). Certains chiffres de l'Agence de Biomédecine vont dans ce sens, pour le don de rein de vivant,  $\frac{3}{4}$  des greffons sont fonctionnels après 10 ans. Les explications de ce succès sont que le prélèvement est fait dans d'excellentes conditions et la réimplantation pratiquée sans délai pour de meilleurs résultats concernant l'efficacité des immunosuppresseurs ainsi que pour le fonctionnement et le maintien du greffon (19).

Cependant, le don d'utérus est à risque de morbi-mortalité pour la donneuse (plaie viscérale, urétérale, risque hémorragique, infectieux ou vital et impact sur la vie sexuelle) et qui peuvent engendrer des séquelles à long terme pour la statique pelvienne.

- Don post-mortem

Un deuxième type de don existe, avec des donneuses décédées, en état de mort encéphalique. Cette technique est peu développée car le don post-mortem engendre, entre autres, certains inconvénients que le don de vivant n'a pas.

Comme l'écrit R. Henrion, le prélèvement sur donneuse décédée rend « impossible le choix de la donneuse et l'ajustement de l'incompatibilité. La logistique (le rapprochement de la receveuse, la disponibilité des équipes médicales) que demande la greffe peut impacter sur le temps d'ischémie du greffon » (9). La greffe doit être rapidement réalisée.

Par ailleurs, la qualité du greffon peut être moindre que pour un don avec une donneuse vivante (état du corps ou de la cause du décès). Ces éléments peuvent être les raisons pour lesquelles la majorité des chirurgiens ont préféré la greffe avec des donneuses vivantes.

Avec un donneur décédé, les remaniements psychiques pour la receveuse peuvent également être présents. Anne Marie Fixot avance que le don « doit la vie à la mort d'un autre homme ». Selon elle, cette tyrannie du don peut être atténuée par le don anonyme voire supprimée par la neutralité des professionnels médicaux sur le don d'un organe. Les praticiens essaient d'effacer les empreintes qui reliaient cet organe à son donneur en comparant le cœur à une pompe ou le foie à un filtre (18).

Le Comité Consultatif National d'Éthique s'est positionné sur le don d'organes de vivant ou post-mortem en vue de la révision de la loi de bioéthique de 2018-2019. Concernant le don post-mortem, il note également qu'il existe « une difficulté éthique relevant du dilemme que constitue le passage de l'objectif de réanimation d'une personne à un objectif utilitariste et solidaire » (20).

Aujourd'hui, plusieurs tentatives de greffes d'utérus suite à un don post-mortem ont été réalisées dans le monde. En décembre 2017, le premier bébé est né au Brésil.

Emilie Erau, anthropologue, aborde elle aussi, les particularités et les problématiques du don post-mortem. Elle relève la complexité du consentement du donneur et de sa famille au cours de ces situations. Mais aussi la représentation du corps décédé et l'atteinte de son intégrité par le prélèvement d'organe. Concernant la receveuse, elle s'interroge sur la cause réelle du rejet dans un processus de greffe, qu'il soit psychologique ou simplement immunologique (21).

Ces différents points de vue expliquent peut-être le positionnement des professionnels de l'HME en faveur d'un don du vivant.

#### - L'âge de la donneuse

Concernant l'âge de la donneuse, les avis étaient mitigés car 4 personnes sur 10 étaient opposées à un âge limite pour le don. Il est vrai que contrairement à la fonction gonadique, la ménopause n'a pas d'impact direct sur la qualité utérine. C'est l'arrêt de l'ovulation et du schéma hormonal (qui empêchent les femmes ménopausées d'avoir des enfants) qui a pour conséquence l'involution de la muqueuse utérine sans altération réelle de son fonctionnement. Ainsi, la greffe d'un utérus « ménopausé » chez une patiente non ménopausée, le rendrait à nouveau fonctionnel. Les hormones remettraient en activité l'utérus et les cycles menstruels.

La majorité des professionnels a fixé un âge rédhibitoire à 40 ans ou plus. Ce seuil a peut-être été fixé en raison de la dégénérescence cellulaire liée à l'âge qui pourrait avoir un impact néfaste sur la fonctionnalité utérine sur le plan vasculaire, la qualité des tissus, la régénérescence tissulaire, le risque d'artériosclérose, de prééclampsie majorée par un défaut d'insertion placentaire et le risque de cancer. Un article sur le cancer de l'endomètre rappelle que « le principal facteur de risque interne est l'âge » et que le risque augmente après 50 ans et devient majeur après 65 ans (22). Au près des donneuses vivantes, il sera pratiquées des biopsies de l'endomètre afin d'écarter ce risque oncologique.

Nous pouvons évoquer le don intrafamilial entre une mère et sa fille. Dans ce cas, la donneuse sera âgée d'environ une cinquantaine d'années ce qui pourrait remettre en question la balance bénéfices-risques d'un tel don. Nous avons d'un côté, les avantages d'une bonne compatibilité histologique et la possibilité d'une meilleure planification de la greffe. Mais, d'un autre côté, nous retrouvons les inconvénients d'un greffon plus à risque sur un plan médico-pathologique.

#### - L'âge de la receveuse

De même, la quasi-totalité des professionnels étaient favorables à un âge limite pour la receveuse. Les professionnels ont déclaré une tranche d'âge entre 40 et 45 ans comme période limite à l'accès à la greffe. Cet âge correspond à l'âge limite d'accès à la PMA qui est de 43 ans mais aussi à un âge limite à la maternité dans l'esprit de la population (23).

De plus, les risques obstétricaux augmentent comme le risque d'hypertension artérielle, de troubles thromboemboliques, de diabète gestationnel dans cette tranche d'âge (24). Il pourrait être déraisonnable d'aller au-delà de cet âge.

Le don est une notion importante pour les professionnels. Le mot « **Don** » a été cité par plus d'un tiers des professionnels dans les représentations sociales. En France, le don est généralement bien connu de la population et est représenté par de multiples organisations (don de produits sanguins, de moelle, de rein, de cellules fœtales par don de sang de cordon, don post-mortem...). De nombreux documentaires, films, livres abordent ce sujet. Pour exemple, le film-documentaire « *Un cœur qui bat* » de Sophie Révil et Christophe Barraud tourné en 2010 aborde les avancées sur la greffe cardiaque et regroupe plusieurs témoignages de patients greffés (25).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, tous les citoyens français sont des potentiels donneurs d'organes sauf s'ils se sont préalablement inscrits au registre des refus accessible sur internet. Cette nouvelle mesure a rendu populaire le don et la greffe et a permis aux français de débattre sur ce sujet et de donner éventuellement leur avis. Ceci peut expliquer la place attribuée au « **Don** » dans les représentations.

## **1.5. Le cœur des représentations sociales**

Le noyau central des représentations de la population générale est composé des mots « **Grossesse** et **PMA** ».

### **1.5.1 La grossesse**

Le mot « **Grossesse** » a été cité par la moitié des professionnels. Il compose le noyau central des représentations des professionnels médicaux et paramédicaux.

La grossesse, qui correspond à l'état d'une femme enceinte, est l'objectif essentiel de la greffe et les professionnels ont cela majoritairement à l'esprit. Ce terme « grossesse » englobe plusieurs significations : une étape nécessaire pour obtenir un bébé mais aussi une période importante et marquante dans la vie d'une femme.

Le choix de ce mot peut être rapporté à plusieurs raisons. Notre population est en majorité féminine et la classe d'âge la plus représentée est celle des 25-35 ans. Ces professionnelles ont pu s'identifier à ces femmes greffées ou en attente de greffe.

De plus, les sages-femmes sont majoritaires et leur profession est directement en lien avec la grossesse. Comme le décrit l'Ordre des sages-femmes, « La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse » (26).

Le mot grossesse est enrichi par d'autres mots : « **Naissance, Maternité, Accouchement, Procréation, Gestation** ou encore le mot **Ventre rond** » qui image la femme enceinte.

- Une vision optimiste

La « **Grossesse** » est l'un des avantages cités par notre population. Pour renforcer cette idée, elle a mentionné le fait d' « **Avoir un enfant et Avoir une grossesse** ».

« **Avoir un enfant** », qui est le principal objectif de la greffe utérine et la plus importante motivation des couples qui adhèrent au projet de greffe. L'avantage premier est double, l'enfant sera génétiquement celui de ses parents et la femme portera cet enfant.

« **Avoir une grossesse** » permet, au-delà d'avoir un enfant, de vivre la maternité et la croissance de son propre enfant. Ceci n'est pas permis par l'adoption ou par le recours à une mère porteuse. Cette grossesse agit directement sur la construction d'un « nouveau moi ». L'organe absent depuis la naissance va être greffé et en même temps apporter la fonction de procréation, la possibilité d'une descendance, de créer une famille et d'être conforme à la norme sociale (9). Un champ lexical est relatif à la construction d'une famille : « **Enfant, Femme, Couple, Bébé, Naissance et Maternité** ».

- Une vision plus nuancée
  - o Une « **Grossesse pathologique** »

Parmi les inconvénients, la grossesse est associée au risque de « **Grossesse pathologique** ». Les professionnels ont conscience du risque de complications important en raison du greffon, des risques vasculaires, infectieux et du risque d'accouchement prématuré. Ils sont sensibilisés à la notion de grossesse pathologique car ils travaillent au sein d'un hôpital de type III où sont prises en charge des grossesses à hauts risques.

- o Une « **Grossesse très surveillée** »

D'ailleurs, ils apportent la précision que la grossesse sera une « **Grossesse très surveillée** ». Les professionnels ont en tête l'existence d'une grossesse réellement atypique avec une surveillance accrue du bien-être fœto-maternel.

Nous avons noté une gradation des complications gravidiques à travers les mots utilisés. Les professionnels paramédicaux parlent de « **Grossesse très surveillée** » qui laisse entrevoir l'idée d'une surveillance en vue d'un dépistage d'une pathologie. Pour les professionnels médicaux, nous avons d'emblée la notion de « **Grossesse pathologique** ».

Ces mots rend bien compte de la complexité de cette greffe et des risques pouvant même être vitaux.



## 1.5.2 La PMA

La « **PMA** » est le deuxième mot du noyau central des représentations. Son champ lexical est enrichi par les mots : « **Traitement contre l'infertilité, Procréation, Aide, Fertilité** »

En phase de pré-greffe, les couples auront recours à des techniques de PMA pour concevoir in vitro des embryons et les congeler dans le but de les réimplanter dans ce nouvel utérus.

La greffe utérine nécessite le recours de la PMA pour répondre à son objectif de fertilité et d'enfant. Selon la loi n° 2004-800, article 24, la PMA « a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué » suite « à la demande [...] d'un couple » (27).

Aujourd'hui « près d'1 enfant sur 30 est conçu par assistance médicale ». Chaque année, « 25 à 30 000 couples s'adressent à un centre de PMA » (28).

## 1.5.3 La vision de la greffe utérine

Cette innovation médicale nous renvoie en premier lieu à une évolution positive de la médecine, comme à travers les mots « **Progrès** et **Avancée** ». Les progrès médicaux ont évolué au cours des siècles et ont été façonnés par notre histoire (les maladies, les guerres). Ces termes décrivent le franchissement d'une étape, le passage à une médecine nouvelle et innovante.

Les professionnels ont à l'esprit que cette greffe est une technique « **Inédite** » qui décrit la greffe comme une évolution dans nos pratiques tout en notant l'originalité de cette innovation. Cette technique est une première française. Au cours des prochaines années la médecine évoluera encore, se perfectionnera grâce aux nouvelles technologies, tout particulièrement avec l'intelligence artificielle. Ces innovations émergeront de plus en plus dans nos pratiques et c'est pour cela que nous pouvons parler d'avenir.

Les professionnels avaient peut-être aussi à l'esprit l'« **Avenir** » de la greffe utérine à l'hôpital de Limoges. Aujourd'hui, la greffe est toujours à l'état de projet dans un protocole long à se mettre en place.

- La notion de risque omniprésente

- o Le « **Risque de rejet** »

C'est le principal risque nommé par les professionnels et inévitablement présent au cours d'une greffe. Cette notion de rejet est bien connue du grand public et des professionnels avec l'augmentation du nombre de don et de greffe. En 2017, le nombre de greffe a dépassé « le cap des 6 000 » en France (29).

Ce risque peut être minimisé par le « **Traitement anti rejet** » que les professionnels considèrent aussi comme un inconvénient à la greffe. Le traitement peut avoir un impact sur la mère à long terme mais aussi sur le fœtus.

Le vocabulaire en rapport avec le rejet est très présent : « **Immunosuppresseurs, Echec, Rejet, Corps étranger, Greffon, Compatibilité, Résistance** ».

- o Le « **Risque vital** »

La mort est une notion très présente dans la greffe utérine alors que le but premier est de donner la vie. Les professionnels ont peut-être à l'esprit un risque de décès pour la femme au cours de la chirurgie ou dans un second temps, pour le couple mère-enfant. Il peut s'agir d'une prise de risque non négligeable pour des femmes en bonne santé, condition nécessaire à la greffe. L'ambivalence vie/mort est une réflexion qui revient souvent au cours de nos résultats.

- o Le « **Risque d'échec** »

Il poncture toutes les étapes du protocole depuis la PMA avec la congélation des embryons, le prélèvement de l'utérus, puis ensuite le succès de la greffe, le maintien en place du greffon et tout simplement la grossesse et la naissance. Ce risque d'échec sera peut-être difficile à supporter car il perdure dans le temps et ce jusqu'à la naissance de l'enfant.

L'idée d'échec est associée au greffon avec le mot « **Rejet** » mais aussi aux potentielles conséquences de l'acte comme la « **Pathologie, l'Hémorragie** » qui peuvent à l'extrême aboutir à la « **Mort** », au « **Décès** ».

Nous relevons un antonyme au mot échec, la « **Réussite** » qui est l'objectif de la greffe. De même, elle peut faire écho à la réussite mondiale avec le succès des greffes utérines dans plusieurs pays. De très nombreux articles ont récemment abordé et mis en avant les succès de greffe utérine et les naissances qu'elles ont permises. Un article du « Figaro » mettant en avant une première mondiale : une naissance après une greffe utérine à partir d'une donneuse décédée (30). Sur internet, plusieurs sites ont médiatisé ce succès.

Les termes relatifs aux inconvénients « **Risque de rejet, Risque vital et Risque de grossesse pathologique** » sont présents que les professionnels aient assisté ou non à la réunion d'informations. La transmission d'informations au sein des équipes médicales a sûrement permis la prise de conscience de ces risques.

- L'ambivalence des émotions

Au risque d'échec, s'oppose l' « **Espoir** », mot fréquent dans les représentations sociales des professionnels. Ce mot « **Espoir** » est significativement plus représenté chez les paramédicaux par rapport à la population des médicaux.

Nous pouvons l'interpréter comme une note d'optimisme malgré tous les risques présents.

Dans le même sens, les professionnels voient en cette greffe une réelle « **Chance** ». Le mot chance peut supposer une notion de probabilité, une possibilité que la greffe aboutisse à un succès. En effet, nous sommes actuellement aux prémices de cette innovation, les chances de réussite restent incertaines.

Le registre des émotions est très présent avec des mots à connotation positive comme « **Bonheur, Désir, Joie, Miracle, Courage, Amour, Fierté** ». Ils décrivent l'état d'esprit de ces couples. Mais ce registre est également à connotation négative avec un champ lexical autour de la difficulté : « **Difficile, Inquiétude, Cicatrice, Manque** » et pouvant faire partie du registre des émotions comme : « **Patience, Souffrance, Douleur, Chagrin, Crainte, Peine, Peur** » qui nous montre l'ambivalence des émotions.

- Une prise en charge « lourde »

La greffe utérine demande un investissement sur le long cours pour les couples. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont en accord et considèrent le « **Protocole long ou lourd** ». Dès le moment où le couple a connaissance de la greffe utérine jusqu'au retrait du greffon après la grossesse, plusieurs années peuvent s'écouler. Toutes les étapes nécessitent la disponibilité du couple et surtout de la patiente. Il peut découler de ces années une fatigue physique, psychologique où le projet de vie est orienté autour de la greffe.

Nous pouvons rapprocher cette notion à la « **Chirurgie lourde** » de la greffe. Le mot lourd peut caractériser différents temps, l'anesthésie, la préparation de la patiente à l'opération, la durée de l'intervention, l'effectif médical et le matériel nécessaire mais aussi la douleur post-opératoire et les traitements indispensables pour une réussite de la greffe.

Il s'agit d'une intervention du petit bassin où les risques hémorragiques sont majeurs. L'organe utérin devra être fonctionnel et à terme porter un embryon et permettre une croissance satisfaisante de l'enfant.

La convalescence et le bien-être du patient après une chirurgie lourde sont des sujets que la Haute Autorité de Santé (HAS) met en avant par la mise en place de différentes stratégies de soins. Depuis 2016, un « Programme de récupération améliorée après chirurgie, la convalescence accélérée » a été rédigé (31). Selon la HAS, certains facteurs impactent directement sur la rapidité de récupération des patients après une chirurgie ou un acte médical comme « la douleur, le stress, la fatigue et la perturbation du sommeil, les nausées et les vomissements, la dénutrition, les sondes et les drains ou l'immobilisation » (32). Le vocabulaire utilisé par les professionnels montre qu'ils ont assimilé ces notions.

- Les limites à la greffe
  - o L' « **Attente de compatibilité** »

Parmi les contraintes de la greffe, nous retrouvons l'« **Attente de compatibilité** » qui est très présente à Limoges car le greffon sera prélevé sur une personne en état de mort encéphalique. De plus, il est nécessaire que la potentielle donneuse n'est pas refusée en amont le don d'organe et que son entourage l'accepte.

- o « **Limitée à certaines femmes** »

Par ailleurs, le recours à la greffe est « **Limitée à certaines femmes** ». La greffe utérine est un projet récent en France. Les premiers protocoles sont encore très restrictifs sur l'accès à la greffe. A Limoges, il est question d'inclure seulement des femmes atteintes du syndrome de MRKH indemnes d'autres pathologies ou complications. Comme toute innovation, il faut souvent plusieurs années avant d'étendre les indications même si les professionnels de l'HME semblent y être favorables. Les représentations sociales sont composées des mots : « **Hystérectomie, Endométriose, Rokitansky, Malformation** » qui décrivent clairement les idées d'indications des professionnels.

La greffe utérine concerne des femmes atteintes d'« **Infertilité, de Stérilité** ». Ces mots énoncés par les professionnels décrivent un manque, un dysfonctionnement de l'organisme humain. Cette infertilité donne d'ailleurs accès à la PMA et ici à celui à la greffe utérine.

- « **Accepter les contraintes de la greffe** »

Au sein de ce long parcours de la greffe les couples doivent « **Accepter les contraintes de la greffe** ». Cela suppose dans un premier temps de faire des sacrifices dans leur vie sociale et professionnelle mais aussi d'accepter les effets indésirables des traitements, des contraintes de temps, des douleurs liées aux interventions.

Au sein de la greffe utérine deux protocoles s'additionnent, celui de la PMA et celui de la greffe, avec chacun leur inconvénients et leurs contraintes. Cela rend indispensable une bonne information des patientes et des couples avant de se lancer dans ce projet.

D'après le protocole de recherche du professeur T. Gauthier, les patientes doivent se présenter, en amont de la greffe, à des consultations auprès de différents spécialistes (néphrologue, anesthésiste, dermatologue, ORL). Elles auront aussi des examens d'imagerie (IRM, échographies) et des bilans sanguins.

Il en découle que ces grossesses seront sûrement plus anxiogènes pour les couples qu'une grossesse obtenue naturellement. La surveillance porte aussi sur le versant psychologique, les couples se rendront en amont de la greffe à 4 consultations psychologiques imposées puis un suivi sera mis en place tous les 3 mois tout le long du projet.

Certains mots évoquent la greffe et ses difficultés : « **Traitement, Risque, Rejet, Difficile, Complications, Convalescence, Contrainte, Souffrance** ». D'autres sont relatifs à la prise en charge : « **Soins, Examens, Suivi, Médicalisation** ». Enfin, des mots sont en lien avec les complications obstétricales : « **Prématurité, Souffrance, Pathologie** » voire des complications extrêmes telles que « **Décès, Mort** ».

- Un versant « **Ethique** » :

Autour de la greffe utérine, la notion d'éthique peut se retrouver sur de nombreux versants. A la suite de la naissance obtenue aux Etats-Unis, un article reprend les points de la greffe utérine encore sujets à discussion (33). Il évoque la prise de risque pour la donneuse vivante, l'utilisation des immunosuppresseurs pour une greffe non vitale, un parcours difficile pour une faible chance de réussite. Nous pouvons rajouter les possibilités que pourrait permettre cette innovation : différentes infertilités utérines pourraient être résolues avec la greffe comme l'endométriose, les fausses couches récidivantes. A cela s'additionnent la « **Dérive** » vers d'autres indications comme la transsexualité ou la grossesse chez un homme.

Les problématiques éthiques ont été soulevées autour de différents thèmes. En effet, les professionnels se questionnent sur son utilisation à « **Usage unique** » dans un objectif « **Pas vital** ». Ils relèvent son stade d'« **Expérience** » et se demandent quelle sera l'issue « **Juridique** » de la greffe en cas de complications ou d'échec du projet.

La notion d'« **Artificiel** » est mise en avant par les professionnels. Malgré l'avantage capital de la greffe d'avoir un enfant, les personnes s'interrogent sur la « **Moralité** » de la greffe utérine.

Les mots « **Transsexuel** et **Transgenre** » sont relatifs aux dérives possibles aux yeux des professionnels qui étaient retissant à l'extension de la greffe à cette population.

Le mot « **Dérive** » souligne une forme de risque liée à cette pratique. Nous pouvons imaginer les dérives possibles du clonage, du diagnostic préimplantatoire ou de la modification de l'ADN. Il en est de même pour la greffe utérine. Quand est-ce qu'existera l'utérus extracorporel, l'implantation chez une personne transsexuelle ou un homme qui souhaiteraient connaître la maternité ? Quelles sont les limites ? Jusqu'où pouvons-nous raisonnablement aller ? En effet, cela nous interroge également sur la question du financement de cette prise en charge lourde.

Au total, les professionnels ont des représentations plutôt positives de la greffe même s'ils ont conscience des risques liés à la greffe.

## **1.6. Les représentations selon la catégorie professionnelle : médicaux et paramédicaux**

Nous souhaitons étudier les représentations sociales selon le groupe professionnel.

Pour les médicaux, nous avons obtenu un champ lexical « médical » et technique. Parmi les mots spécifiques, nous avons retrouvé l'indication de greffe (**Malformation**), les risques (**Rejet**), l'évolution médicale (**Avancée, Inédit**), le but de la greffe (**Procréation**) et ses sujets à réflexion (**Ethique**). Ils vont jusqu'à citer la **Brebis**, chez qui la greffe a été tout d'abord tentée. La greffe est vue par l'équipe médicale comme une innovation encore au stade de **Recherche** pouvant être à terme une solution contre l'infertilité utérine.

Les mots « **Décès, Prématurité** et **Difficile** » assombrissent la vision de la greffe en révélant des risques directs de cette transplantation. Le décès est la condition du prélèvement chez la donneuse dans le cas du don post-mortem. Il peut aussi concerner le couple mère-enfant.

Les paramédicaux, abordent des sujets autour de la **Vie**, de la **Naissance**, de la **Mort**, qui est le processus naturel de la vie humaine. La notion de **Famille** est un critère nécessaire pour accéder à la PMA mais c'est aussi le but de la greffe, créer une famille. La mission de la greffe est claire : obtenir une naissance et permettre au couple d'avoir des enfants. Le mot **Bonheur** est aussi représenté et rappelle qu'en cas de succès le couple sera comblé par l'arrivée d'un enfant. Le mot « **Enfant** » est commun aux médicaux et paramédicaux. Il représente le but final de la greffe et le souhait premier des couples.

La notion de pathologie retrouvée dans la population générale est remplacée par la notion de « **Surveillance accrue** » dans la population des paramédicaux. Le risque médical semble plus présent pour les médicaux. Le « **Risque vital** », le risque ultime de la greffe, est une notion plus présente pour eux que pour les paramédicaux. Les médicaux relèvent des risques ciblés alors que les paramédicaux citent des risques plus généraux de la greffe. Les termes des médicaux comparés à ceux des paramédicaux nous paraissent tout de même moins optimistes. Les paramédicaux voient-ils la greffe utérine plus réalisable et plus bénéfique que les médicaux ?

La réunion sur le projet de greffe a été probablement proposée à tous les professionnels mais nous ne connaissons pas la proportion des différentes professions présentes. Cela peut avoir un impact sur nos résultats.

### **1.7. Les représentations selon si les professionnels ont ou pas des enfants**

Nous nous sommes intéressés aux représentations selon la présence ou non d'enfant.

En confrontant ces deux groupes nous avons constaté une différence entre les deux noyaux centraux des représentations : le mot « **Enfant** » présent chez les professionnels avec enfants est remplacé par le mot « **Chirurgie** » chez les professionnels sans enfant. Ces derniers ont éventuellement plus de difficultés à se projeter sur l'objectif premier de la greffe : avoir un enfant alors que les professionnels ayant connu la maternité et la naissance d'un nouveau-né peuvent s'identifier plus aisément aux couples en attente d'une greffe. La population des professionnels avec enfants citent ces mots : « **Bébé, Maternité, Naissance, Procréation** ».

### **1.8. Les représentations selon si les professionnels ont assisté ou non à une réunion à l'HME**

Les représentations sociales communes aux deux populations sont les mots : « **Enfant, Chirurgie, PMA et Avancée** ». Deux inconvénients sont aussi partagés par ces deux groupes : « **Risque de rejet et Risque vital** » et ils ont un avantage commun : « **Accès à la parentalité** ». Ces mots sont communs probablement suite à un partage d'informations entre les professionnels après la réunion.

Les professionnels ayant assisté à la réunion ont des connaissances plus complètes sur le sujet avec la notion d'immunosuppresseurs et de traitement mais également au travers des mots « **Donneuse, Greffon** » ou encore « **Traitement** » anti rejet. Nous obtenons deux champs lexicaux très différents mais tout aussi optimistes. La différence est probablement dû au fait que la transmission d'informations n'est jamais exhaustive. Ils ont transmis à leurs collègues ce qui leur a semblé important.

## Conclusion

---

La greffe utérine a émergé en France de façon concomitante à l'apparition de multiples autres innovations médicales telles que l'intelligence artificielle, la modification du génome, les chirurgies robotisées... La greffe est tout de même une avancée à part entière. Les professionnels de santé de l'HME ont conscience que cette expérience inédite pourra entraîner la survenue de complications et de contraintes pour le couple mère-enfant mais sont tout de même favorables au projet de greffe avec une donneuse vivante. Ils ont plutôt des connaissances de qualité sur la greffe utérine si l'on se réfère aux termes mobilisés par les associations verbales.

A une époque où les droits des patients sont les piliers de nos prises en charge, les lois sont en constante évolution pour garantir des pratiques de soins éthiques et morales. Les lois de bioéthique seront prochainement réécrites. Dans ce contexte, il semblerait intéressant de connaître le positionnement de la population générale sur la greffe utérine et notamment d'évaluer si les représentations de la greffe dont le caractère est non vital sont différentes de la greffe d'un organe vital comme un cœur ou un rein.

Notre étude a été menée au sein de l'hôpital pilote du projet de greffe avec donneuse en état de mort encéphalique et peut, par conséquent, ne pas correspondre en tout point aux avis de la population française.

Ils ont à l'esprit certaines particularités de la greffe comme le traitement par immunosuppresseurs pour lequel ils sont favorables mais mettent tout de même en avant les risques d'une utilisation pendant la grossesse.

Ils abordent le sujet de la GPA qui aujourd'hui est décrite par certains auteurs comme l'alternative à la greffe d'utérus. La greffe utérine est à l'état de projet en France alors que la GPA fait débat. Il s'agit d'une pratique interdite mais elle est autorisée et utilisée dans des pays frontaliers même par des couples français.

La transsexualité est aussi relevée dans leurs représentations, davantage comme une dérive possible de cette pratique médicale. La greffe utérine pourrait permettre d'accéder à une étape clef de leur transformation corporelle féminine.

Les structures de PMA ont connu de grandes avancées au cours des dernières années et les couples qui ont recours à ces techniques de procréation sont toujours plus nombreux. En 2019, la population pouvant accéder à la PMA est susceptible de croître encore si le projet de loi permet l'accès aux femmes seules et aux couples de femmes.



A côté de cela, le syndrome de MRKH, pathologie touchant la fertilité des femmes, peut correspondre aux indications des centres de PMA. Le développement de cette pratique reste incertain car nous sommes aux prémices de cette greffe mais les succès à l'échelle mondiale encouragent grandement les praticiens concernés à faire de ce projet une technique d'avenir.

Dans le cas où la greffe serait menée à terme, il serait intéressant de proposer une réunion similaire à un plus grand nombre de professionnels notamment à des disciplines intervenants à différentes étapes de la greffe.

## Références bibliographiques

---

1. "Transplantation utérine. État des lieux." Gauthier T, et al, Mesnard C, Marquet P, Pichon N, Guillaudeau A, et al. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2012;40(11):691–694.
2. "Organizing a uterus transplantation programme: The designation of Uterus Transplantation Centres in France." Lavoué V, Dion L, Tardieu A, Garbin O, Ayoubi JM, Agostini A, et al. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. sept 2018; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468784718303520>
3. "Réflexions sur l'infertilité et la maternité." Tidoum. 2017 Disponible sur: <https://tidoum.wordpress.com/2017/01/29/reflexions-sur-linfertilite-et-la-maternite/>
4. "Visage greffe enjeux éthique" revue suisse Choisir.doc - visage\_greffe\_enjeux\_ethique.pdf. Disponible sur: [http://www.ee-paca-corse.com/IMG/pdf/visage\\_greffe\\_enjeux\\_ethique.pdf](http://www.ee-paca-corse.com/IMG/pdf/visage_greffe_enjeux_ethique.pdf)
5. "Aspects éthiques de la greffe d'utérus". Disponible sur: [http://www.jle.com/download/mtg-297017-aspects\\_ethiques\\_de\\_la\\_greffe\\_duterus--WaaCIX8AAQEAAADNA4NoAAAAE-a.pdf](http://www.jle.com/download/mtg-297017-aspects_ethiques_de_la_greffe_duterus--WaaCIX8AAQEAAADNA4NoAAAAE-a.pdf)
6. "Uterus transplantation in transgenders: Will it happen one day?" Tardieu A, Sallée C, Dion L, Piver P, Lavoué V, Gauthier T. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. nov 2018; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468784718305051>
7. "Greffe d'utérus à Limoges : interview du Dr Tristan Gauthier". France 3 Nouvelle-Aquitaine. Disponible sur: <http://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/haute-vienne/limoges/greffe-d-uterus-limoges-interview-du-dr-tristan-gauthier-848271.html>
8. "Une équipe du CHU de Limoges autorisée à greffer des utérus - Limoges (87000) - Le Populaire du Centre. Disponible sur: [https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/une-equipe-du-chu-de-limoges-autorisee-a-greffer-des-uterus\\_11654755/](https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/une-equipe-du-chu-de-limoges-autorisee-a-greffer-des-uterus_11654755/)
9. "La transplantation utérine." Henrion R, Milliez J.
10. "Contacts presse : Shadow Communication pour l'Agence de la biomédecine." Cattoen C, Doukkali K.
11. "Positioning uterus transplantation as a 'more ethical' alternative to surrogacy: Exploring symmetries between uterus transplantation and surrogacy through analysis of a Swedish government white paper." Guntram L, Williams NJ. *Bioethics*. 2018;32(8):509-18.
12. "Hystérectomie : le point de vue du psychologue." Beltran L.
13. "Le discours transsexuel sur le corps." Jacques J-P. *Cah Psychol Clin*. 14 mars 2008;n° 30(1):147-58.
14. "La Parenté transgenre." Fine A. Laurence Hérault (dir.) Aix-en-Provence, Presses de l'Université de Provence, 2014. *Clio Femmes Genre Hist*. 1 déc 2015;(42):269-71.
15. "Grossesses sous immunosuppresseurs : cinquante ans d'expérience." Disponible sur: <https://docplayer.fr/47563648-Grossesses-sous-immunopresseurs-cinquante-ans-d-experience-pregnancies-and-immunosuppressive-treatment-the-first-50-years.html>

16. "Cancers et immunosuppression: effet pro- et anti-tumoral des traitements immunosuppresseurs." Thaumat O, Morelon E. Néphrologie Thérapeutique. mars 2005;1(1):23-30.
17. "Entérococolite ulcéronécrosante du prématuré et traitement maternel immunosuppresseur." Viaud M, Huguenin Y, Cenraud-Halçaren C, Doireau V, Borocco A, Choulot J-J, et al. SFP-P138 – Néonatalogie – Arch Pédiatrie. 1 juin 2008;15(5):984.
18. "Don, corps et dette - une approche maussienne." Fixot - 2010
19. " Greffe rénale à partir d'un donneur vivant" Agence de la biomédecine
20. "Contribution du comité consultatif national d'éthique" CCNE Disponible sur: [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis\\_129\\_vf.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_vf.pdf)
21. "Perspectives anthropologiques de la greffe d'organes." Érau É.
22. "Prévention des cancers en France : quel rôle pour les professionnels de santé ?" Lasserre A, Gaillot J, Deutsch A, Chauvet C, Bessette D, Ancellin R. Bull Cancer (Paris). mars 2017;104(3):237-44.
23. "Devenir mère à 40 ans : quelle différence ?" Allo Docteurs.- Le Magazine de la santé. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=8H8\\_1E3Pm\\_A](https://www.youtube.com/watch?v=8H8_1E3Pm_A)
24. "Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : étude rétrospective dans la population de l'île de la Réunion." Roman H, Robillard P-Y, Julien C, Kauffmann E, Laffitte A, Gabriele M, et al. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 nov 2004;33(7):615-22.
25. "Un coeur qui bat" (Documentaire) Imineo.- France 2. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=BOFc7HZ6Ohc>
26. "Les compétences des sages-femmes". Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
27. "Loi 2004 800 PMA." Legifrance.gouv.fr - Loi relative à la bioéthique
28. "Médicale à la procréation en France." Rochebrochard - 2018
29. "Etat des lieux des greffes." Agence de la biomédecine- 2018
30. "Première naissance après une greffe d'utérus provenant d'une donneuse décédée." 2018 - Le Figaro- Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/premiere-naissance-apres-une-greffe-d-uterus-provenant-d-une-donneuse-decedee/>
31. "Programme de récupération améliorée après chirurgie – Convalescence accélérée". Haute Autorité de Santé - Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2664285/fr/programme-de-recuperation-ameliee-apres-chirurgie-convalescence-acceleree](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2664285/fr/programme-de-recuperation-ameliee-apres-chirurgie-convalescence-acceleree)
32. "Chirurgies lourdes : opérer autrement pour améliorer et raccourcir la convalescence". Haute Autorité de Santé - Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2672290/fr/chirurgies-lourdes-operer-autrement-pour-ameliorer-et-raccourcir-la-convalescence](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2672290/fr/chirurgies-lourdes-operer-autrement-pour-ameliorer-et-raccourcir-la-convalescence)
33. "Greffe utérus à Dallas." 2017 - Aurélie Haroche

## Annexes

---

### Annexe I : Questionnaire d'évocation

#### Les représentations de la greffe utérine par les professionnels de santé

Bonjour, je m'appelle Elise Bonis, je suis étudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année. Je souhaiterais connaître votre point de vue sur la greffe utérine. Le questionnaire doit être complété si possible en une seule fois, sans échange avec d'autres personnes. Ce questionnaire est ANONYME et une quinzaine de minutes sont nécessaires pour le compléter.

Je vous remercie d'avance de votre implication dans ma recherche.

1. Avez-vous eu connaissance du projet de l'hôpital de Limoges sur la greffe utérine ?

Oui

Non

Si oui,

Professionnellement

Réunion d'informations à l'HME

Autres

Personnellement (médias, entourage...)

2. Etes-vous favorable à la greffe utérine ?

Oui

Non

3. Donnez les dix termes ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez : « **Greffe utérine** » : (notez les dans le tableau ci-dessous selon l'ordre alphabétique)

MOT		MOT	
A.		F.	
B.		G.	
C.		H.	
D.		I.	
E.		J.	

4. Dans ce même tableau, hiérarchisez les mots en attribuant dans la colonne de droite un chiffre correspondant à l'idée que vous avez de la « Greffe utérine » :

- ✓ 10 étant le mot le plus représentatif de l'idée que vous avez de la greffe utérine puis 9, 8, ...
- ✓ 1 qui est le mot le moins représentatif de l'idée que vous avez de la greffe d'utérus

5. Citez les avantages de la greffe utérine. (3 maximum)

-  
-  
-

6. Citez les inconvénients de la greffe utérine. (3 maximum)

-  
-  
-

7. Pendant la grossesse, le recours aux immunosuppresseurs du fait de la greffe est :

- Envisageable
- Pas envisageable

8. Citez les répercussions psychologiques d'une greffe d'utérus :

■  
■  
■  
■  
■  
■  
■  
■  
■

9. Quelle est votre positionnement sur les indications de greffe d'utérus ?

	Totalement d'accord	En partie d'accord	Plutôt pas d'accord	Absolument pas d'accord
Hystérectomie				
Hermaphrodites				
Transsexuels				

10. Selon vous, la donneuse du greffon peut-elle être vivante?

Oui

Non

11. Etes-vous favorable à la transplantation intrafamiliale ? (plusieurs réponses possibles)

Oui

Non

Si oui,

Entre sœurs

Entre une mère et sa fille

Entre membres familiaux plus éloignés

12. Selon vous, existe-il un âge rédhitoire pour le don d'utérus ?

Oui

Non

Si oui, ..... ans

13. Selon vous, existe-il un âge rédhitoire pour la receveuse ?

Oui

Non

Si oui, ..... ans

14. Quel est votre profession ?

Sage-femme

Gynécologue-obstétricien

Auxiliaire de puériculture

Aide-soignante

Infirmier

15. Au sein de quel secteur êtes-vous préférentiellement affecté ?

- Polyvalence
- Salles de Naissance
- Maternité
- Grossesses Pathologiques
- Consultations gynéco-obstétricales
- PMA
- DAN
- Gynécologie

16. Quel est votre âge ?

..... ans

17. Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

18. Êtes-vous en couple ?

- Oui
- Non

19. Vous êtes ?

- Une femme
- Un homme

20. Êtes-vous d'accord pour que ces résultats soient utilisés à des fins scientifiques ?

- Oui
- Non

Annexe II : Le carré de Vergès

Carré de Vergès		Rang d'apparition du mot	
		Inférieur à la moyenne	Supérieur à la moyenne
Fréquence des citations du mot	Supérieur à la moyenne	Noyau Central	Noyau périphérique
	Inférieur à la moyenne	Noyau périphérique	Noyau périphérique secondaire





## **Les représentations des professionnels de santé de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges sur la greffe de l'utérus**

---

L'Hôpital Mère-Enfant de Limoges s'est investi en 2015 dans le projet de greffe d'utérus. Au sein de cet hôpital pilote, nous nous sommes intéressés aux représentations sociales des professionnels de santé sur cette greffe.

Cette étude, réalisée auprès de 81 professionnels, a montré un positionnement plutôt favorable à la greffe utérine. Ils ont mentionnés les risques inhérents de cette greffe, que ce soit pour un don post-mortem ou de vivant et ont à l'esprit les nombreuses particularités de cette transplantation non vitale. Ils se sont questionnés sur le versant éthique de ce don comme les indications d'accès, le sujet de la GPA, la transsexualité ou encore l'utilisation des immunosuppresseurs.

---

Mots-clés : Greffe utérus, Don, Ethique, Professionnel, Rokitansky, Représentations