



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sage-femme de Metz

*Sage-femme en Assistance Médicale à la
Procréation,
d'hier à aujourd'hui... Et demain ?*

Mémoire présenté et soutenu par

Chadia AL-ATRASH

Née le 25 Novembre 1987

PROMOTION 2007-2011

Le contenu de cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant participé à l'enquête, ainsi que celles m'ayant aidée et soutenue durant l'élaboration de ce travail : ma directrice de mémoire qui s'est beaucoup investie, tous les membres de ma famille, ma chère amie Kaicy qui m'a fourni toute l'aide possible, et les membres du Centre de planification et d'éducation familiale qui m'ont apporté la motivation nécessaire et permis de finir mon travail dans la bonne humeur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : SAGE-FEMME EN AMP	4
1. QU'EST-CE QUE L'ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION ?	5
1.1. Définition	5
1.2. Historique.....	5
1.2.1. Fin XVIII – Fin XIXe : Premières inséminations artificielles	5
1.2.2. 1968 – 1973 : Cryoconservation du sperme et stimulation ovarienne	6
1.2.3. 1978 – 1984 : Premières naissances après fécondation in vitro et transfert d'embryons congelés.....	6
1.2.4. 1988 : Création de centres agréés et de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction.....	6
1.2.5. 1992 – 1994 : L'ICSI	6
1.2.6. 2004 : L'accueil d'embryons	7
2. L'AMP, UNE ACTIVITÉ BIEN ENCADRÉE	7
2.1. Les lois régissant l'AMP.....	7
2.2. Le dispositif d'AMP vigilance	8
2.3. Le guide des bonnes pratiques en AMP	8
3. LA CRÉATION DES CENTRES	9
3.1. Conditions d'autorisation	9
3.1.1. Les autorisations de création et d'activité.....	9
3.1.2. Accréditation des laboratoires de biologie médicale.....	10
3.2. Conditions de fonctionnement	11
3.2.1. Conditions générales.....	11
3.2.2. Catégories professionnelles requises	12
4. PRISE EN CHARGE DES COUPLES EN AMP	12
4.1. Prise en charge administrative	12
4.1.1. Tenue du dossier médical	13
4.1.2. L'information	13
4.1.3. Professionnels concernés.....	14
4.2. Prise en charge médicale	14
4.2.1. Parcours des couples	14
4.2.2. Professionnels concernés.....	16
4.3. Prise en charge psychologique	17
4.3.1. Un parcours difficile	17
4.3.2. Le besoin d'accompagnement.....	17
4.3.3. Professionnels concernés.....	18
4.4. Place de la sage-femme dans le parcours des couples	18
4.4.1. Cadre légal et formations.....	18
4.4.2. La prise en charge des couples par la sage-femme	21
4.4.3. Dans la recherche et les études	24
PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	25
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	26
1.1. Problématique.....	26
1.2. Objectifs	26
1.3. Hypothèses	26
2. CONSTRUCTION DES OUTILS DE RECUEIL D'INFORMATIONS	27
2.1. Critères de sélection des centres	27

2.2. Identification de la population.....	27
2.2.1. Population concernée.....	27
2.2.2. Population échantillon.....	27
2.3. Modalités de l'enquête.....	28
2.3.1. Choix des outils d'enquête.....	28
2.3.2. Durée de l'enquête.....	28
2.3.3. Mode d'exploitation.....	28
3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	29
3.1. Nombre de personnes sollicitées.....	29
3.2. Répondants définitifs.....	29
3.2.1. Les centres.....	29
3.2.2. Les sages-femmes.....	30
3.2.3. Les médecins.....	44
3.2.4. Les cadres.....	47
3.2.5. Les infirmières.....	47
PARTIE 3 : DISCUSSION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	49
1. DISCUSSION.....	50
1.1. Sur les difficultés d'enquête.....	50
1.1.1. Contacter les centres.....	50
1.1.2. Obtenir les réponses aux questionnaires.....	50
1.2. Sur les résultats.....	50
2. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	50
2.1. Les rôles de la sage-femme en AMP.....	50
2.1.1. Rôle administratif.....	51
2.1.2. Rôle dans la prise en charge psychologique.....	51
2.1.3. Rôle dans la prise en charge médicale.....	51
2.2. L'évolution des fonctions.....	52
2.2.1. Évolutions constatées.....	52
2.2.2. Évolutions envisagées.....	53
2.3. Formations et conditions d'exercices.....	54
2.3.1. Formations quant à la prise en charge médicale.....	54
2.3.2. Formations quant à la prise en charge psychologique.....	55
2.3.3. Conditions d'exercice.....	56
2.4. Utilité des sages-femmes dans le service.....	58
2.4.1. Du point de vue des sages-femmes.....	58
2.4.2. Du point de vue des infirmières.....	58
2.4.3. Du point de vue des médecins.....	58
2.4.4. Analyse des différents avis.....	59
3. PROPOSITIONS.....	60
3.1. Quant à la formation.....	60
3.1.1. Les échographies pelviennes.....	60
3.1.2. Les protocoles en AMP.....	60
3.1.3. La formation psychologique.....	60
3.2. Quant aux conditions d'exercice.....	60
3.2.1. L'effectif des sages-femmes.....	60
3.2.2. Les interactions au sein de l'équipe.....	61
3.2.3. Des compétences clairement définies.....	61
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXES	

Introduction

J'ai choisi de m'intéresser à la place de la sage-femme dans les structures d'AMP, aux différentes missions qui lui sont proposées et au rôle qu'elle y exerce. Ce choix se justifie par l'intérêt de longue date que je porte aux diverses techniques d'assistance médicale à la procréation, ainsi que par certaines rencontres que j'ai faites durant mes stages. En effet, j'ai pu suivre des patientes ayant bénéficié d'une AMP, et cela m'a amenée à me demander comment la sage-femme avait pu intervenir durant leur parcours. Les lectures que j'ai pu faire et les émissions que j'ai visionnées concernant les techniques d'AMP, m'ont également interpellée quant à la place que pouvait occuper la sage-femme dans ces centres, de par sa profession médicale.

Je me suis interrogée sur la chose suivante : la profession de sage-femme étant médicale à compétences définies, et en progression, les conditions de formation et d'exercice proposées en AMP lui permettent-elles d'assurer pleinement ses fonctions, tout en respectant l'autonomie qui lui est propre ?

Afin d'y parvenir, je me suis d'abord renseignée sur la place qu'occupe la sage-femme dans les structures d'AMP. Puis, j'ai réalisé une enquête auprès des sages-femmes sur leur prise en charge des couples, les formations nécessaires et les évolutions possibles. Les médecins ont également été interrogés sur la profession de sage-femme en AMP. Cela m'a permis d'étudier la qualité de la formation, des conditions d'exercice et de prise en charge, ainsi que les progressions constatées et envisageables.

PARTIE 1 :
SAGE-FEMME EN AMP

1. QU'EST-CE QUE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION ?

1.1. Définition

D'après les articles L2141-1, L2141-2, et L2141-3 du Code de la santé publique, l'assistance médicale à la procréation comprend les pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons, l'insémination artificielle, mais également toute technique permettant la fécondation en dehors du processus naturel. L'AMP doit répondre à la demande parentale d'un couple en remédiant à l'infertilité de celui-ci, dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, ou éviter à l'enfant, ou à un membre du couple, la transmission d'une pathologie d'une particulière gravité.

L'AMP est destinée aux couples hétérosexuels, vivants, en âge de procréer, mariés ou ayant partagé deux ans de vie commune et pouvant le justifier.

Il est important de rappeler que le prélèvement d'éléments du corps humain et la collecte de ses produits ne peuvent être pratiqués qu'avec le consentement préalable et révocable à tout moment de la personne concernée. Les activités d'AMP nécessitent donc le recueil du consentement de chaque membre du couple. De plus, tout don d'éléments du corps humain est anonyme et gratuit. [6a] [21]

1.2. Historique

1.2.1. Fin XVIIIe – Fin XIXe : Premières inséminations artificielles

Fin du XVIIIe siècle : la première insémination artificielle intra conjugale est réalisée en Ecosse.

Début du XIXe siècle : les premières inséminations artificielles intra conjugales sont pratiquées en France.

Fin du XIXe siècle : la première insémination artificielle avec don de spermatozoïdes est faite aux Etats-Unis.

1.2.2. 1968 – 1973 : Cryoconservation du sperme et stimulation ovarienne

1968 : les banques de sperme congelé apparaissent aux Etats-Unis. Dans ces mêmes années, les hormones stimulant l'ovulation (les gonadotrophines) sont utilisées.

1969 : une première grossesse est obtenue après injection de gonadotrophines en Israël.

1973 : la technique de cryoconservation du sperme arrive en France avec l'apparition concomitante des CECOS (Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humain). Ces centres organisent le don de spermatozoïdes selon leurs règles éthiques d'anonymat et de gratuité.

1.2.3. 1978 – 1984 : Premières naissances après fécondation in vitro et transfert d'embryons congelés

1978 : en Grande-Bretagne, Louise Brown est le premier enfant né après une fécondation in vitro, une nouvelle technique élaborée pour pallier les lésions des trompes non réparables par chirurgie.

1982 : Amandine est le premier bébé français né après une fécondation in vitro. Dans les années suivantes, les progrès successifs permettent une meilleure maîtrise des traitements hormonaux et des taux de succès augmentés.

1984 : le transfert d'embryon congelé réussit pour la première fois en Australie avec la naissance de Zoé.

1.2.4. 1988 : Création de centres agréés et de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction

Face au développement des techniques d'assistance médicale à la procréation et suite aux réflexions des professionnels concernés, les pouvoirs publics créent des centres agréés ainsi que la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction.

1.2.5. 1992 – 1994 : L'ICSI

1992 : l'injection directe du spermatozoïde au sein du cytoplasme de l'ovocyte (ICSI) est mise au point à Bruxelles, ce qui révolutionne la prise en charge de l'infertilité masculine.

1994 : naissance d'Audrey, premier bébé français conçu par l'intermédiaire d'une ICSI. Cette même année, les premières lois de bioéthiques sont votées en France. Elles définissent l'assistance médicale à la procréation : « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ». Elles réservent ces pratiques aux couples homme/femme, vivants, en âge de procréer, mariés ou pouvant justifier de deux ans de vie commune. Dans les années suivantes, des traitements inducteurs de l'ovulation plus simples d'utilisation font leur apparition. Le nombre d'embryons transférés est diminué afin de réduire les grossesses multiples engendrées. Des normes de qualité s'imposent aux cliniciens et aux laboratoires. Les risques sont ainsi mieux évalués de même que les facteurs pronostics.

1.2.6. 2004 : L'accueil d'embryons

Bien que la loi de 1994 prévoie l'accueil d'embryons, ce n'est qu'en 2004 que cette technique aboutit à la naissance d'un enfant en France. Au cours de la même année, les lois de bioéthique sont révisées, maintenant les principes fixés en 1994 et prévoyant la création de l'Agence de la biomédecine. Cet organisme public placé sous la tutelle du ministère de la Santé rassemble, pour la première fois sous une même autorité, les activités d'assistance médicale à la procréation, de diagnostics prénatal et génétique. Elle a également en charge le don et la greffe d'organes, de tissus et de cellules, précédemment confiés depuis 1994 à l'Etablissement français des Greffes. Elle a pour mission d'agréeer les praticiens concernés, d'autoriser certaines activités, d'évaluer ces pratiques et de contrôler le respect des dispositions légales.

2. L'AMP, UNE ACTIVITÉ BIEN ENCADRÉE

2.1. Les lois régissant l'AMP

Il s'agit des trois lois de bioéthique datant de 1994 et 2004 [12] :

- Loi n° 94-653 (29 juillet 1994), relative au respect du corps humain.
- Loi n° 94-654 (29 juillet 1994), relative aux dons et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'AMP et au diagnostic prénatal
- Loi n° 2004-800 (6 août 2004) :
 - Elle modifie et précise les lois précédentes

- Elle redéfinit l'assistance médicale à la procréation
- Elle crée l'Agence de Biomédecine

2.2. Le dispositif d'AMP vigilance

Il a été établi dans un cadre juridique précis :

- Loi n° 2004-800 (6 août 2004), relative à la bioéthique et confiant à l'Agence de biomédecine la mission de mettre en œuvre un dispositif de vigilance en matière d'activité clinique et biologique en rapport avec l'AMP.
- Décret 2008-588 (19 juin 2008) ; R. 2142-39 à R. 2142-53, qui transpose, en matière de don de gamètes et d'AMP, les directives européennes 2004/23/CE et 2006/86/CE.
- Arrêté du 18 décembre 2008, fixant les éléments d'informations relatifs au signalement d'un incident ou d'un effet indésirable dans le cadre du dispositif d'AMP vigilance. [9] [11] [13]

Ce dispositif est mis en œuvre par l'Agence de biomédecine et doit s'articuler avec les autres systèmes de vigilance sanitaire réglementés, conformément au décret du 19 juin 2008. Il est une garantie pour les personnes ayant recours à l'AMP, et un outil d'évaluation et d'amélioration des pratiques en AMP pour les professionnels. En effet, il a pour objet la surveillance de survenue de tout événement indésirable, plus ou moins grave. Le correspondant local est chargé de les recueillir et les déclarer à l'Agence de biomédecine. (cf. annexes VIII, XVIII et XIX) [2]

2.3. Le guide des bonnes pratiques en AMP

Les règles de bonnes pratiques sont posées par l'arrêté du 11 avril 2008 qui annule celles décrites par l'arrêté du 12 janvier 1999, et complète le cadre légal de l'AMP. De plus, une ordonnance du 22 mai 2008 s'y ajoute en transposant une directive européenne du 31 mars 2004 concernant le don de gamètes et l'AMP. Ces règles sont élaborées par l'Agence de biomédecine et sont appliquées de manière impérative aux centres d'AMP, ainsi qu'aux praticiens y exerçant.

Leur objectif est d'assurer la qualité des activités, la sécurité des gamètes et des embryons, ainsi que la gestion des risques.

Les règles contenues dans ce guide des bonnes pratiques sont relatives à :

- L'organisation et le fonctionnement des centres
- Aux pratiques d'AMP
- A la prise en charge des couples en contexte viral
- Au don de gamètes et à l'accueil d'embryons (cf. annexe XX) [9] [23]

3. LA CRÉATION DES CENTRES

3.1. Conditions d'autorisation

Elles sont mentionnées dans le Code de la Santé Publique (articles L2142-1 à L2142-4), et s'appliquent aux établissements de santé, laboratoires de biologie médicale, et autres organismes dans le cadre de l'AMP.

3.1.1. Les autorisations de création et d'activité

Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui délivrent les autorisations de création de tout établissement de santé, ainsi que la création, conversion, regroupement des activités de soins.

Autorisation des activités d'AMP

En ce qui concerne l'AMP, les activités cliniques, en dehors de l'insémination artificielle et de la stimulation ovarienne, ont l'obligation d'être pratiquées dans un établissement de santé autorisé et doivent être permises selon les dispositions de la sixième partie, livre Ier, titre II, chapitre II du CSP. En effet, le projet doit :

- ♣ Répondre aux besoins de santé de la population, identifiés par le schéma régional ou interrégional d'organisation de soins (selon la démographie et la géographie locale).
- ♣ Etre compatible avec les objectifs fixés par ces schémas,
- ♣ Satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement et d'implantation.

Les activités biologiques d'AMP ont l'obligation d'être pratiquées dans des laboratoires de biologie médicale accrédités (cf. § 3.1.2.).

Quant aux activités relatives aux gamètes en vue de don, elles ne peuvent être pratiquées que dans des établissements de santé publics, ou privés à but non lucratif.

L'autorisation concerne une ou plusieurs activités d'AMP, avec ou sans donneur. Elle est délivrée pour cinq ans à :

- ♣ Un ou plusieurs médecins, associés ou non,
- ♣ Un établissement de santé,
- ♣ Une personne morale souhaitant exploiter un établissement de santé, une activité de soins, ou un équipement matériel lourd, ou alors pratiquer des activités propres aux laboratoires de biologie médicale.

Cette autorisation est délivrée avant le début des travaux, l'installation de l'équipement matériel lourd, ou de la mise en place des activités de soins. Elle permet de plein droit le fonctionnement du centre sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité réalisée dans les six mois suivant le début de l'activité. La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat.

La suspension ou le retrait définitif d'autorisation a lieu en cas de :

- ♣ Violation des prescriptions législatives et réglementaires,
- ♣ Violation des prescriptions fixées par l'autorisation,
- ♣ Insuffisance de qualité des résultats obtenus. [6b] [6f] [15]

Cas de la FIV

D'après les articles R2142-6 et R2142-8, pour toute mise en œuvre de FIV, le ou les titulaires des autorisations à pratiquer les activités cliniques et les activités biologiques nécessaires doivent mettre en place, conjointement et sur un même site, un centre d'AMP ; c'est-à-dire dans un établissement de santé autorisé à pratiquer les activités cliniques. Effectivement, la réunion des autorisations clinique et biologique d'AMP a lieu lorsque les autorisations de pratiquer chacun des types d'activité ont été délivrées :

- ♣ Au même établissement de santé
- ♣ A deux établissements de santé liés par une convention
- ♣ A un établissement de santé et un laboratoire de biologie médicale, ou un organisme, liés par une convention.

L'obtention de l'autorisation de chaque activité est subordonnée à celle de l'autre. [6d]
[15]

Agrément des praticiens et Personne responsable

Seuls les praticiens agréés par le directeur de l'Agence de biomédecine, dans des conditions réglementaires, sont habilités à procéder aux activités cliniques et biologiques d'AMP.

L'agrément reste valide durant cinq ans, sauf en cas de violation des prescriptions législatives et réglementaires, ou des conditions de l'agrément lui-même. En ce qui concerne les praticiens destinés à exercer des activités d'AMP dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale, l'agrément ne peut être délivré qu'au directeur ou au directeur adjoint de ce laboratoire.

Parmi les titulaires de cet agrément, est désignée une personne responsable chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires en ce qui concerne la qualité et la sécurité des gamètes, des tissus germinaux et des embryons. Elle est la seule responsable au regard des obligations quant à l'organisation et la sécurité des soins. [15] [6b]

Importation et exportation de gamètes et tissus germinaux

L'article L2141-11-1 du CSP, créé par l'ordonnance 2008-480 du 22 mai 2008 (transposant en matière de don de gamètes et d'AMP, la directive 2004/23/CE du 31 mars 2004), précise le régime d'importation ou d'exportation des gamètes et des tissus germinaux par les établissements possédant l'autorisation prévue par l'article L2142-1 du CSP. [6a] [11]

3.1.2. Accréditation des laboratoires de biologie médicale

Comme le précise le CSP dans sa partie législative, sixième partie, livre II, titre II, chapitre Ier, pour pouvoir réaliser ses activités, un laboratoire de biologie médicale a l'obligation de faire une demande d'accréditation qui lui sera délivrée par l'instance nationale d'accréditation, à condition de satisfaire à des critères fixés par arrêté ministériel, après avis de la HAS.

La qualité des résultats du laboratoire est évaluée par des organismes externes de contrôle, et toute anomalie est signalée à l'ARS. Si le laboratoire ne satisfait plus les critères requis, l'instance nationale d'accréditation peut lui suspendre ou retirer l'accréditation qu'elle lui avait octroyée. [6g] [15]

3.2. Conditions de fonctionnement

3.2.1. Conditions générales

Une fois autorisé, le centre est tenu de présenter un rapport d'activité annuel à l'Agence de biomédecine, ainsi que d'établir et garder des registres de conservation des gamètes, tissus germinaux et embryons. Les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes doivent permettre de garantir les principes généraux s'appliquant au don et à l'utilisation des

éléments et produits du corps humain (gratuité, consentement, anonymat, sécurité sanitaire, ...). Les conditions de fonctionnement concernant ces activités, ainsi que les obligations concernant la conservation des gamètes et des embryons humains, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

De plus, pour pouvoir fonctionner, les centres ont l'obligation de respecter les règles de bonnes pratiques, précisées dans l'arrêté du 11 avril 2008. [6b] [15]

3.2.2. Catégories professionnelles requises

D'après l'article R. 2142-22 du CSP, un établissement de santé pratiquant des activités cliniques d'AMP doit disposer d'un médecin expérimenté en échographie, un anesthésiste réanimateur et un praticien ayant une qualification chirurgicale. Il doit également s'assurer du concours d'un psychologue ou d'un médecin qualifié en psychiatrie.

En outre, les articles R. 2142-11, R. 2142-12 et R. 2142-13 précisent que l'agrément au titre des activités cliniques suivantes : ponctions d'ovocytes, transferts d'embryons, mise en œuvre de l'accueil d'embryons, ne peut être délivré qu'à un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, en gynécologie médicale ou en endocrinologie et métabolisme. Il doit, de plus, justifier d'une formation/expérience suffisante en médecine de la reproduction d'après les critères de l'Agence de biomédecine. Pour ce qui est du prélèvement de spermatozoïdes, l'agrément n'est accordé qu'à un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, en urologie ou en chirurgie générale. Celui-ci doit également justifier d'une formation/expérience suffisante en andrologie selon les critères de l'Agence de biomédecine.

En ce qui concerne les activités biologiques du centre d'AMP, l'agrément n'est délivré qu'à un médecin, pharmacien, ou exceptionnellement à une personnalité scientifique. Il doit cependant justifier d'une formation/expérience suffisante en biologie de la reproduction selon les critères de l'Agence de biomédecine, ainsi que d'une expérience suffisante dans le traitement des gamètes ou des embryons humains. [6c] [6d] [15]

4. PRISE EN CHARGE DES COUPLES EN AMP

4.1. Prise en charge administrative

En France, les actes d'AMP sont pris en charge par la Sécurité sociale chez les couples dont les membres sont en âge de procréer. L'homme n'a donc pas de limite d'âge, contrairement à la femme dont l'âge maximal a été fixé à 43 ans (paru au Journal Officiel du 30 mars 2005).

4.1.1. Tenue du dossier médical

En AMP, le contenu du dossier médical des couples demandeurs est précisé par l'arrêté du 11 avril 2008. Il comporte au minimum les éléments suivants :

- ♣ La photocopie d'un document officiel comportant la photographie de chaque membre du couple
- ♣ Un justificatif de mariage/document apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans
- ♣ Le consentement écrit du couple, signé avant la mise en œuvre de l'AMP, et renouvelé avant chaque tentative/chaque transfert d'embryons congelés
- ♣ Un engagement écrit du couple d'informer l'équipe pluridisciplinaire de tout changement de situation familiale ou de lieu de résidence, à chaque étape de prise en charge
- ♣ Les éléments cliniques et biologiques communs à toute AMP
- ♣ Les éléments cliniques et biologiques spécifiques à chaque AMP
- ♣ Les comptes rendus/résultats des AMP antérieures
- ♣ Les doubles des comptes rendus des tentatives rendus aux couples
- ♣ Tout élément relatif à la survenue d'un événement indésirable durant le parcours

Tous ces éléments doivent être rigoureusement tenus à jour durant toute la durée de la prise en charge. Certains éléments du dossier médical peuvent être informatisés, notamment la transcription des résultats, ce qui permet un contrôle et une évaluation de l'activité. [9] [23]

4.1.2. L'information

Précisée par le même arrêté, l'information délivrée aux couples demandeurs doit être *« loyale, claire et appropriée sur toutes les étapes de la prise en charge », elle est délivrée « au cours d'entretiens, leur permettant de participer à la prise de décisions »*. Les membres de l'équipe doivent s'assurer *« que les informations ont été bien comprises, que les personnes ont pu poser les questions qu'elles souhaitent et qu'elles [en] ont obtenu les réponses [...] »*, la présence d'un interprète pouvant être nécessaire.

Les techniques doivent être expliquées avec leurs probabilités de réussite et d'échec en terme de naissances, leurs contraintes, effets indésirables possibles et risques potentiels (quant à la

stimulation ovarienne, le risque de grossesses multiples, les gestes chirurgicaux et les techniques biologiques, notamment).

Une information sur la santé des enfants nés après AMP et sur l'obligation de l'Agence de biomédecine « *d'évaluer les conséquences de l'AMP sur la santé des personnes qui y ont recours et des enfants qui en sont issus* » doit également leur être délivrée, en les encourageant à participer à ces études.

Enfin, le couple doit recevoir des informations sur « *les probabilités de concevoir naturellement [...] après chirurgie des trompes ou des voies excrétrices masculines* » et sur l'adoption. Un dossier guide leur est remis pour compléter ce qui leur a été dit.

Ces informations peuvent être données en consultation, mais également lors de réunions collectives. [9] [23]

4.1.3. Professionnels concernés

La tenue du dossier médical ainsi que la délivrance d'informations doivent être réalisées par les professionnels de santé intervenant dans le parcours des couples. Il s'agit principalement des praticiens agréés, des sages-femmes ou des infirmières travaillant dans les centres d'AMP.

4.2. Prise en charge médicale

4.2.1. Parcours des couples

Exploration de l'infertilité

La première consultation permet d'ouvrir le dialogue avec les deux conjoints afin de commencer la prise en charge de ce couple en désir d'enfants. Elle consiste en l'interrogatoire du couple, pour orienter le professionnel, puis l'interrogatoire individuel de la femme et de l'homme. Le mécanisme de reproduction est expliqué, et chacun subit un examen clinique général, des organes génitaux externes, et si besoin, un ou deux cycles de courbe de température et des tests post-coïtaux. Des examens para cliniques seront également réalisés :

- ♣ Première intention ; « bilan minimal » (d'après les recommandations de l'AFSSAPS, avril 2004) : dosages hormonaux plasmatiques de base, hystérosalpingographie, spermogramme/spermocytogramme
- ♣ Deuxième intention :

- chez la femme : échographie, hystérocopie diagnostique, coelioscopie/hydr laparoscopie transvaginale/fertiloscopie, explorations hormonales complémentaires, caryotype, examens biologiques dans le cadre de fausses couches à répétitions.
- chez l'homme : biochimie du sperme, tests immunologiques (si antécédents ou agglutinats des spermatozoïdes), échographie doppler (bourses et endorectale), tests hormonaux, études génétiques, biopsie testiculaire. [21]

Techniques de prise en charge

- ♣ Stimulation de l'ovulation : obtenir la croissance d'un/plusieurs follicules jusqu'au stade follicule mature contenant un ovocyte fécondable.

La stimulation pauci folliculaire a pour but de recruter un ou deux follicules et accompagne l'insémination artificielle.

La stimulation multi folliculaire (hyperstimulation contrôlée) permet le développement de nombreux follicules dans le cadre d'une fécondation in vitro, afin d'obtenir plusieurs embryons. Toute induction de l'ovulation doit être assortie d'un monitoring échographique et/ou hormonal.

- ♣ Insémination artificielle : après recueil puis préparation du sperme et stimulation pauci folliculaire.

Elle peut être réalisée en intra-cervical ou intra-utérin. Le sperme utilisé est soit celui du conjoint, soit celui d'un donneur. Les règles de bonnes pratiques n'autorisent pas plus de six tentatives pour l'obtention d'une grossesse.

- ♣ Fécondation in vitro (FIV) : après recueil puis préparation du sperme, et stimulation multi folliculaire suivie d'un déclenchement d'ovulation.

Les follicules arrivés à maturité sont ponctionnés dans l'objectif de récupérer des ovocytes fécondables. Les différents types de FIV sont :

- FIV sans micromanipulation (dite classique) : les spermatozoïdes sont mis au contact de l'ovocyte
- FIV avec ICSI (intracytoplasmic sperm injection) : injection d'un spermatozoïde sélectionné dans le cytoplasme ovocytaire, à l'aide d'une micropipette.

- FIV avec IMSI (intracytoplasmic morphologically selected sperm injection) : étude micro morphologique de la tête du spermatozoïde vivant, avant son injection intra cytoplasmique.

Les embryons surnuméraires obtenus peuvent être congelés pour être implantés ultérieurement (en cas d'échec ou si souhait de nouvelle grossesse). [17] [18] [21]

Le diagnostic préimplantatoire (DPI)

Il s'agit d'une technique d'étude des caractéristiques des embryons, trois jours après une FIV. Sa pratique a été autorisée en France à partir de l'année 2000. Le diagnostic peut permettre de détecter une anomalie chromosomique ou génétique, et d'éviter ainsi la transmission d'une maladie grave et incurable à l'enfant à naître.

Trois centres réalisent le DPI en France :

- ♣ Hôpital Antoine Bécclère, à Clamart
- ♣ SIHCUS-CMCO, à Schiltigheim
- ♣ Hôpital Arnaud de Villeneuve, à Montpellier [21]

Don de gamètes et accueil d'embryons

Le recours au don de spermatozoïdes et au don d'ovules est indiqué en cas de stérilité médicale d'un des membres du couple. L'accueil d'embryons, autorisé en France depuis la loi de bioéthique du 6 août 2004, permet de répondre au projet parental d'un couple lorsque la stérilité médicale touche les deux membres. Dans ce cas, les embryons cryoconservés sont cédés par le couple qui est à leur origine. Le don de gamète et d'embryons s'avère également utile s'il existe un risque de transmission d'une maladie particulièrement grave. Ces techniques d'AMP sont gérées par 23 CECOS (Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme) en France et par l'IFREARES (Institut francophone de recherche et d'études appliquées à la reproduction et à la sexologie) de Toulouse. [21]

4.2.2. Professionnels concernés

Les activités cliniques et biologiques d'AMP doivent être réalisées par des praticiens agréés par l'Agence de biomédecine. Cependant, l'insémination artificielle en elle-même (en dehors du recueil et de la préparation du sperme) peut être accomplie par tout praticien car c'est le seul acte d'AMP qui n'est pas soumis à agrément. [21]

4.3. Prise en charge psychologique

4.3.1. Un parcours difficile

D'après les témoignages de certains patients, le parcours en AMP est loin d'être simple. Les difficultés soulevées sont variables. Parfois, le problème d'infertilité évoqué par les patients est sous-estimé par certains professionnels de santé. Quant à l'annonce du diagnostic, elle paraît souvent brutale. Les interventions chirurgicales et les traitements intensifs que subissent certaines femmes alourdissent d'autant plus la situation. Une fois la prise en charge en AMP amorcée, d'autres obstacles se présentent à eux. L'attente peut sembler interminable pour des couples devant recourir à un don de gamètes, celle-ci pouvant durer plusieurs années. Le souci est que certains centres manquent de gamètes, les donneurs étant peu nombreux. Les recours aux dons, eux-mêmes, peuvent être source de difficultés ; en effet, les hommes semblent avoir un vécu de leur stérilité relevant de la honte et du manque de virilité. Chez les femmes, la stérilité est rarement totale, ce qui leur permet de garder un espoir de grossesse par elles-mêmes. Cependant, quand l'AMP par don de gamètes est la seule solution, les couples doivent effectuer le deuil de leur fertilité. De plus, les familles ne peuvent souvent pas aborder le sujet, et le secret reste lourd à porter. La lenteur de progression dans le parcours, les échecs successifs, les fausses couches peuvent aussi rendre les couples défaitistes.

Pour ces patientes, la grossesse reste un rêve dont la transposition à la réalité est délicate. Il est alors compliqué d'élaborer des projets concernant le suivi de la grossesse et la naissance. L'ambivalence est constamment présente dans leurs esprits ; des sentiments partagés entre la peur, la difficulté à croire à la réussite, la réassurance ...

La sexualité de ces couples est également mise à mal. Les protocoles mis en place, pouvant faire appel à des rapports sexuels programmés, leur intimité étant mise à jour, cette sexualité est forcément bouleversée, mettant en danger le couple lui-même. [16] [19] [20] [21]

4.3.2. Le besoin d'accompagnement

Dans ce contexte, il est tout à fait compréhensible que ces couples aient un besoin considérable de soutien et d'accompagnement. Ils déclarent les trouver principalement auprès de leurs proches, de leurs collègues, ou même sur Internet, via différents sites et forum. D'après eux, le soutien psychologique durant le parcours est trop peu sollicité, pas toujours proposé... Pourtant, nombreux sont ceux qui se sentent perdus dans l'hyper médicalisation, voire livrés à eux-mêmes.

Les personnes ayant bénéficié d'un soutien psychologique de la part des professionnels du centre en relatent une expérience positive, les ayant aidés à surmonter certaines difficultés. Des consultations chez un sexologue peuvent également être très utiles aux couples afin de préserver leurs relations intimes et de leur faire explorer une sexualité autre que médicalisée. [19] [22] [24] [25] [28]

4.3.3. Professionnels concernés

Chaque professionnel au contact des couples (praticiens, sages-femmes, infirmières) peut apporter un soutien psychologique durant leur parcours. Cependant, les formations effectuées en la matière sont assez inégales entre les différents intervenants. Le recours à un spécialiste (psychologue ou psychiatre) s'avère généralement nécessaire. [19] [21] [24] [25] [28]

4.4. Place de la sage-femme dans le parcours des couples

4.4.1. Cadre légal et formations

Compétences des sages-femmes

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Les activités autorisées dans l'exercice de celle-ci sont donc précisées dans le Code de la santé publique, et sont rassemblées dans le code de déontologie des sages-femmes.

En effet, selon l'article L4127-1 : « Un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. »

L'exercice général de la sage-femme est défini par les articles L4151-1 à L4151-4 du CSP. Les éléments pouvant se rapporter à l'exercice en AMP sont :

- ♣ « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse [...] »
- ♣ « En cas de pathologie maternelle [...] la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse [...] pathologique[s]. »
- ♣ « Les sages-femmes peuvent prescrire [...] les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une

classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »
(cf. annexe XXI)

Le référentiel métier, définissant les compétences de la sage-femme et proposant des situations types concernant les champs d'activité, comporte des notions intéressantes que l'on peut rapporter à l'activité en AMP :

« Faire la différence entre « être compétent » et « avoir des compétences » ;

« Etre compétent, c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources ». »

« Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires, savoir-faire relationnel avec les patientes, savoir-faire de coopération avec les collègues et d'autres professionnels de la santé, méthodes de raisonnement clinique...) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.» (Guy Le Boterf)

« La profession de sage-femme est une profession médicale qui partage des compétences sur des activités ciblées avec les médecins, les kinésithérapeutes, les infirmières et les pharmaciens [...] »
(Pr. Yves Matillon, Dominique Le Bœuf)

Il n'existe pas de situation type en AMP. La sage-femme adapte ses compétences dans un domaine ou rien n'est clairement défini. [13 [14]

Mise en place de la formation initiale

L'arrêté du 19 décembre 1985, paru au Journal Officiel du 21 janvier 1986 a fixé le programme des études de sages-femmes en quatre ans, inscrivant dans son contenu le chapitre d'Aide Médicale à la Procréation. La partie théorique comprenait les choses suivantes :

Reproduction, stérilité (15 heures de cours)

- ♣ Conditions physiologiques de reproduction
- ♣ Stérilité du couple : méthodes de diagnostic et leur mise en œuvre, moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux, CECOS
- ♣ Insémination artificielle, Fécondation in vitro, Transfert d'embryons.

♣ Aspect éthique

La formation en échographie obstétricale a également été incluse dans ce programme.

Formation initiale actuelle

Selon l'arrêté du 11 décembre 2001, paru au Journal Officiel du 19 décembre 2001, le programme de la formation initiale de sage-femme comporte des cours théoriques concernant la stérilité du couple lors de la deuxième phase des études. Y sont traitées les étiologies, l'exploration, le diagnostic, les traitements, l'AMP alternative, ainsi que la législation, la bioéthique, dons de gamètes. Un chapitre sur la sexologie y est également présent. Ces éléments du programme font partie de la section gynécologie. La physiologie de la reproduction est traitée durant la première phase des études et peut être rappelée lors des interventions sur la stérilité.

De plus, un stage en AMP est possible, et de durée variable en fonction des écoles concernées (jusqu'à trois semaines maximum), dans le cadre de l'ouverture de la formation vers les différentes formes d'exercice de la profession.

Quant au versant psychologique du désir d'enfant, de l'infertilité, il est abordé dans le programme de psychologie de la deuxième phase des études de sage-femme. [29]

Formations complémentaires

Plusieurs formations sont accessibles aux sages-femmes pour améliorer leurs connaissances en AMP et exercer plus aisément dans ces services. (cf. annexes XI à XVII)

Les diplômes universitaires ou interuniversitaires (DU et DIU) :

- ♣ DIU Infertilité masculine et AMP, 2 sessions d'une semaine chacune, à Montpellier et Toulouse.
- ♣ DU Prise en charge pratique de l'infertilité conjugale, NIVEAU 1 : Bases diagnostiques et thérapeutiques de l'Infécondité Conjugale, session d'1 semaine à Montpellier.
- ♣ DU Assistance médicale à la procréation : prise en charge clinique, biologique et génétique, 2 sessions d'une semaine chacune, à Montpellier.

Formation proposée par l'Agence de biomédecine :

- ♣ Place des sages-femmes dans l'accompagnement en AMP, par session d'une journée, à l'Agence de biomédecine, Saint-Denis. [27]

Le devoir de la sage-femme étant d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans un souci d'acquisition de nouvelles techniques, dans la limite des compétences, et afin de participer à une politique de promotion de la santé et de la qualité des soins, elle se doit de participer à une formation continue. Pour cela, il existe des formations non diplômantes, tel que les congrès, les assises, l'enseignement post-universitaire, les formations intra-hospitalières, les sessions de formations diverses...

L'article L4153-1 précise : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. »

Il existe plusieurs congrès tels que :

- ♣ Congrès Fédération Française d'Etude de la Reproduction (FFER), 3 journées
- ♣ Congrès de la Société de Médecine de la Reproduction (SMR), 3 journées
- ♣ Congrès médicaux, Hôpital Américain de Paris, 2 journées [33] [34] [35] [36] [37]

La sage-femme d'AMP a donc des compétences, de par les ressources à sa disposition, et elle devient compétente dans le domaine de l'AMP en s'adaptant aux besoins du service, et à ceux des patients, afin de garantir une qualité et une sécurité des soins.

4.4.2. La prise en charge des couples par la sage-femme

Prise en charge administrative

Le rôle administratif de la sage-femme est variable d'un centre à l'autre. Cette fonction entre dans leur domaine de compétences. Elles ont pour fonction de gérer les dossiers (constitution, actualisation, dont le regroupement des documents relatifs à toute prise en charge), gérer les inscriptions, coter les actes, s'occuper de la programmation annuelle du centre, informatiser les résultats et les grossesses obtenues (afin d'évaluer, de contrôler l'activité). La rédaction et la transmission du bilan annuel d'activité à l'Agence de biomédecine peuvent lui incomber. Les bilans d'activité sont également utiles pour le service et l'enquête nationale Fivnat (données épidémiologiques). La sage-femme est aussi chargée de s'assurer de la prise en charge totale des patientes par la Sécurité sociale, ou de réaliser des devis pour les patientes non prises en charge. [19] [24] [25] [28]

Prise en charge médicale

En tant que professionnel de santé médical, la sage-femme a des missions variées pour ce qui est de la prise en charge des couples. Elles peuvent accomplir certains actes en toute autonomie :

- ♣ Monitoring de l'ovulation par prélèvements sanguins (ou recueil de ces données pour des patientes réalisant les contrôles hors du centre)
- ♣ Visualisation, validation, informatisation, interprétation des examens (sérologies, dosages, échographie, spermocultures)
- ♣ Participation au staff pluridisciplinaire
- ♣ Explications/informations concernant la physiologie du cycle, les protocoles de prise en charge, les techniques, les traitements, leurs effets secondaires possibles, les probabilités de réussite/échec.
- ♣ Organisation de séances de relaxation préimplantatoires (favorisant la nidation d'après une étude)
- ♣ Organisation de séances de préparation à la FIV
- ♣ Participation aux ponctions folliculaires, aux transferts d'embryons, aux inséminations intra utérines
- ♣ Suivi de l'évolution des dosages de bêta-HCG positifs (grossesses, fausses couches précoces ou grossesses extra-utérines)
- ♣ Echographie de début de grossesse
- ♣ Consultations (dépistage, prévention des situations à risque psychosocial)
- ♣ Orientation vers des prises en charge spécifiques, si besoin

Les actes devant être réalisés sous la responsabilité du médecin sont :

- ♣ Réalisation des échographies pelviennes dans le cadre du monitoring folliculaire
- ♣ Adaptation des traitements en fonction des résultats
- ♣ Inséminations utérines intracervicales, pour certaines sages-femmes.

On peut cependant noter que le champ des compétences sages-femmes, étant étendu au suivi gynécologique et à la prévention, est sur le point de comporter la réalisation des échographies pelviennes. Le monitoring folliculaire pourra alors être réalisé par les sages-femmes de façon autonome, en laissant toujours au médecin la responsabilité de l'adaptation des traitements.

Par ailleurs, le docteur Nadine Ribet-Reinhart, de l'Agence de biomédecine, déclare la chose suivante lors des journées de l'Agence de Biomédecine du 14 et 15 décembre 2009 :

« Il conviendrait également d'impliquer les sages-femmes dans le processus d'AMP. L'article 86 de la loi précitée [loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire] fait évoluer la profession de sage-femme, dont le rôle s'exerce dorénavant également dans le domaine du suivi gynécologique et de la prévention. Il est regrettable que leur rôle dans l'AMP n'ait pas été reconnu à cette occasion. » [19] [22] [24] [25] [28]

Prise en charge psychologique

La profession de sage-femme, de par sa formation et ses compétences, englobe le suivi des mères, des couples, des enfants, que ce soit pour des événements heureux, ou douloureux. Ainsi, sa présence auprès des couples en mal d'enfant s'avère plus que nécessaire. La formation de la sage-femme comporte des éléments théoriques et pratiques pour ce qui est de l'accompagnement psychologique des patients dans de nombreuses situations.

En AMP, c'est le désir d'enfant qui motive les couples. Or, la sage-femme étant spécialiste en ce domaine, elle est une interlocutrice de grande qualité. De plus, elle représente symboliquement l'espoir pour les femmes d'accéder à la maternité.

Les situations différentes des couples peuvent être à l'origine de nombreux sentiments, tel que l'inquiétude, la culpabilité, la colère, le découragement. C'est pourquoi, la qualité de leur accueil est primordiale afin d'effacer les climats de tension. L'écoute de tout ce qu'ils peuvent avoir à dire est un des éléments primordiaux.

Par la suite, la sage-femme les aide à se comprendre, à exprimer leurs manques, leurs attentes ; à extérioriser leurs sentiments. Les explications concernant la sexualité, les organes de la femme, leur fonctionnement, touchant l'intime de la patiente, permet à la sage-femme d'explorer le désir d'enfant. Elle peut alors devenir la confidente de cette femme qui lui expose ses craintes, ses espoirs, ses chagrins... Lorsque la patiente souhaite se confier, la sage-femme peut très souvent lui accorder un temps de parole au cours de la prise en charge clinique. Ce qui en émerge entre autre est l'exposition des contraintes que posent les traitements non seulement au corps ou à l'esprit, mais aussi concernant la vie du couple, sa sexualité. La sage-femme a alors l'opportunité d'intervenir à ce niveau, car elle est compétente dans ce domaine, de par sa formation initiale pouvant être complétée par un DIU de sexologie.

Tout ce parcours de prise en charge, amène donc les couples à rencontrer les nombreux membres de l'équipe pluridisciplinaire. La sage-femme est alors la coordinatrice entre les couples

et les professionnels de santé. Elle tisse un lien de confiance ; elle est un trait d'union entre les patients et l'équipe médico-technique.

Souvent, la relation s'établit entre la sage-femme et la patiente, l'homme pouvant être occulté par sa conjointe qui subit les différentes interventions et traitements. Le rôle de la sage-femme est, dans ce cas, de rétablir la présence du futur père dans le parcours, et dans l'esprit de la femme, tout en prenant en compte certains sous-entendus, et en sachant les décrypter.

Lorsque les tentatives se soldent par des échecs, la sage-femme se doit également d'être présente. Parfois, l'AMP n'est plus une solution possible pour réaliser ce désir d'enfant. Elle doit alors aider le couple à faire le deuil de sa fertilité, tout en l'informant de la possibilité d'adoption.

Ces activités semblent être les mêmes que celles pratiquées il y a 15 ans. [19] [22] [24] [25] [28] [32]

Les nouveautés depuis 1996

La mise en oeuvre du DPI est apparue dans l'année 2000 en France, et l'accueil d'embryons s'est mis en place après la création de la loi n° 2004-800. L'Agence de biomédecine a été créée d'après la même loi, afin d'encadrer, améliorer la qualité des pratiques, et les évaluer. La pratique de l'IMSI s'est développée.

Ces évolutions obligent la sage-femme à se tenir informée, parfois à participer au recueil des données (dans le cadre de l'amélioration et l'évaluation de la qualité), et à informer les couples de façon très importante. [21]

4.4.3. Dans la recherche et les études

Certaines sages-femmes ont l'occasion de participer à des recherches ou des enquêtes basées sur l'informatisation des données et la relation qu'elles ont avec leurs patients. Ces travaux sont alors publiés, et elles ont parfois la possibilité de les présenter oralement lors de congrès, par exemple. L'AMP étant un domaine en constante évolution, une mise à jour régulière des connaissances est nécessaire. [19]

PARTIE 2 :
MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1.1. Problématique

Les conditions de formation et d'exercice proposées en AMP permettent-elles à la sage-femme, profession spécifique en progression, d'assurer pleinement ses fonctions, tout en respectant l'autonomie qui lui est propre ?

1.2. Objectifs

- Etudier les missions que remplissent les sages-femmes en AMP par rapport à un cadre juridique.
- Mettre en avant l'évolution des pratiques depuis ces quinze dernières années en considérant les avancées médicales ainsi que les compétences croissantes des sages-femmes.
- Etudier la nécessité de formation des sages-femmes, ainsi que les conditions d'exercice qui leur permettrait d'exercer l'activité autonome, mais en collaboration permanente, propre à cette profession médicale.

1.3. Hypothèses

- La sage-femme a des rôles très variés, et très importants en AMP de par son suivi global et son accompagnement permanent des patientes.
- L'évolution constante des techniques, ainsi que l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes, leur permettraient d'acquérir de nouvelles fonctions par rapport aux années précédentes.
- Les sages-femmes en AMP étant une minorité, la formation initiale de cette profession médicale, ainsi que les conditions d'exercice dans certains centres ne permettraient pas toujours d'exercer en autonomie et collaboration, et devrait être complétée par des formations supplémentaires.

2. CONSTRUCTION DES OUTILS DE RECUEIL D'INFORMATIONS

2.1. Critères de sélection des centres

Afin de sélectionner les centres d'AMP, j'ai consulté la liste des établissements de santé effectuant des activités d'AMP sur le site de l'Agence de biomédecine. J'ai décidé de retenir les établissements publics dont les activités pratiquées sont autorisées par l'Agence de biomédecine, en essayant de choisir au moins un centre par région, en France métropolitaine. Afin de parvenir au but de contacter pratiquement chaque région, j'ai ajouté à la liste quatre centres dont l'une des activités pratiquées n'est pas autorisée par l'Agence. J'ai ainsi sélectionné 32 établissements hospitaliers publics. (cf. annexe I)

2.2. Identification de la population

2.2.1. Population concernée

La population principalement concernée par mon étude est celle des sages-femmes exerçant dans les services d'AMP. J'ai également interrogé les médecins cliniciens, ainsi que les cadres de ces services. Mon intention, quant à ces derniers, était d'avoir l'avis de professionnels de santé ayant un contact rapproché avec les sages-femmes.

Certains centres n'employant pas de sages-femmes, mais des infirmières, j'ai également voulu interroger les infirmières, les médecins cliniciens et les cadres de ces centres. Ceci me permet de confronter les modes de fonctionnement des deux types d'établissements.

2.2.2. Population échantillon

Population des sages-femmes/infirmières

J'ai contacté chaque centre par téléphone afin d'obtenir le nombre précis de sages-femmes ou infirmières y exerçant. J'ai recensé 75 sages-femmes et 7 infirmières.

Population des médecins

Je me suis renseignée de la même façon quant au nombre de médecins cliniciens exerçant dans les centres. Lorsque leur nombre était supérieur à cinq, je faisais parvenir 5 questionnaires

« médecins » par centre. L'échantillon comprend donc 110 médecins dans les centres avec sages-femmes et 14 médecins dans les centres avec infirmières.

Population des cadres

Le nombre de cadres est égal au nombre de centres interrogés. L'échantillon est donc composé de 32 cadres de santé (28 cadres dans des centres employant des sages-femmes, et 4 cadres dans des centres sans sages-femmes).

2.3. Modalités de l'enquête

2.3.1. Choix des outils d'enquête

J'ai commencé par une enquête téléphonique ou par mail auprès des différents centres, afin de connaître leurs caractéristiques et fonctionnement.

J'ai ensuite opté pour des questionnaires adressés aux sages-femmes/infirmières, médecins, cadres, comprenant des questions fermées, semi-ouvertes, ouvertes, à choix multiples, à choix binaire et une question à échelle d'évaluation. (cf. annexes II à VII)

Le choix du support sous forme de questionnaires se justifie par son côté pratique, afin d'obtenir des réponses rapides à travers la France. Il a été testé lors de mon stage en AMP, au centre de Nancy, par l'équipe, afin d'en vérifier la bonne compréhension.

2.3.2. Durée de l'enquête

Il s'agit d'une étude ponctuelle. J'ai commencé l'enquête téléphonique/par mail à partir du 15 septembre 2010. L'étude par questionnaires a été débutée le 10 décembre 2010, après validation de ceux-ci par ma directrice de mémoire.

2.3.3. Mode d'exploitation

Pour exploiter cette enquête j'ai procédé à un dépouillement manuel, sur support informatique à l'aide du logiciel Microsoft Excel®. L'étude comporte des données quantitatives et qualitatives.

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1. Nombre de personnes sollicitées

Dans les 32 centres, j'ai envoyé :

- 75 questionnaires « sages-femmes », 7 questionnaires « infirmières »
- 110 questionnaires « médecins » dans les centres comprenant des sages-femmes et 14 questionnaires aux centres comprenant des infirmières.
- 28 questionnaires « cadres » aux centres avec sages-femmes, 4 questionnaires aux centres sans sages-femmes.

3.2. Répondants définitifs

3.2.1. Les centres

J'ai reçu des réponses de la part de 22 centres sur les 32 sollicités.

Caractéristiques des centres ; n = 22

Centres	Création	SO	IU	FIV	ICSI	IMSI	TEC	BT	CECOS	DO	DS	AE	DPI	PEC	GSP
Tours	1976	X	X	X	X		X		X	X	X	X			
Toulouse	1982	X	X	X	X		X		X	X	X	X			
Besançon	1984	X	X	X	X		X		X	X	X	X			
Rouen	1984	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Schiltigheim	1984	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Caen	1985	X	X	X	X		X		X		X	X			
Reims	1985	X	X	X	X	X	X		X	X	X				
Bordeaux	1986	X	X	X	X		X		X	X	X	X			X
Brest	1986	X	X	X	X						X				
Clermont	1986	X	X	X	X		X		X	X	X	X			X
Metz	1987	X	X	X	X		X	X		X	X	X			
Nancy	1987	X	X	X	X		X		X	X	X	X			
Grenoble	1990	X	X	X	X		X		X	X	X	X			
Nîmes	1991	X	X	X	X		X				X				
Marseille	1994	X	X	X	X		X		X		X	X			
Lorient	1996	X	X	X	X		X								
Limoges	1997	X	X	X	X		X				X				
Rennes	1997	X	X	X	X		X		X	X	X	X			
Angers	2000	X	X	X	X	X	X		X	X	X				
Bonneville	2005	X	X	X	X		X				X				
Créteil	2005	X	X	X	X		X			X					
Poitiers	2008	X	X	X	X		X								

Tableau 1 - Date de création des centres et activités pratiquées

SO : stimulation ovarienne

IUI : insémination intra-utérine

FIV : fécondation in vitro

ICSI : injection intra cytoplasmique d'un spermatozoïde

IMSI : injection intra cytoplasmique d'un spermatozoïde morphologiquement sélectionné

TEC : transfert d'embryons congelés

BT : biopsie testiculaire

CECOS : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme

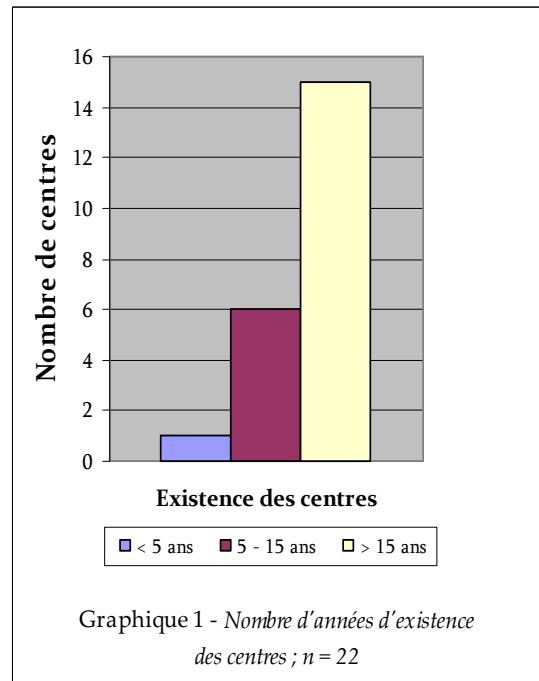
DO : don d'ovocytes

DS : don de sperme

AE : accueil d'embryons

DPI : diagnostic préimplantatoire

PEC CSP : prise en charge des couples séropositifs.

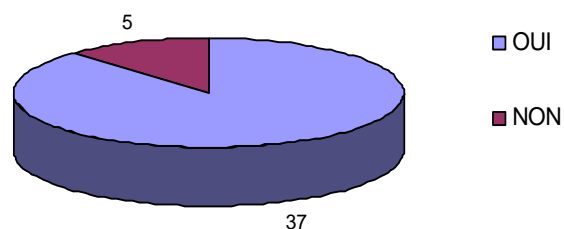


3.2.2. Les sages-femmes

Sur les 75 sages-femmes ayant reçu le questionnaire, 42 m'ont répondu, de 19 centres différents. Ceci représente une proportion de 14/25. J'ai pu exploiter le questionnaire dans sa totalité pour la plupart des sages-femmes. « n » correspond à l'effectif exploitable à chaque question.

Choix du poste

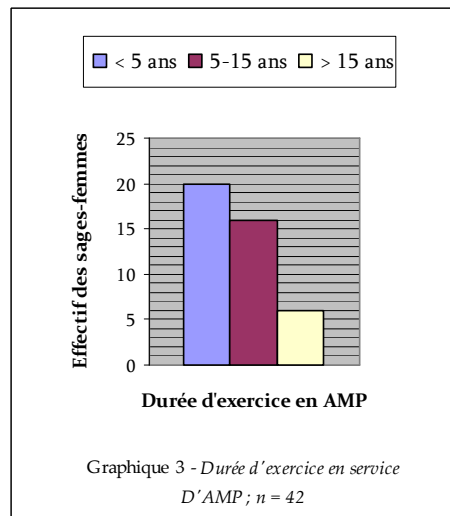
Question 3 : « était-ce un choix de travailler en AMP ? » ; n = 42



Graphique 2 - Choix du poste en AMP ; n = 42

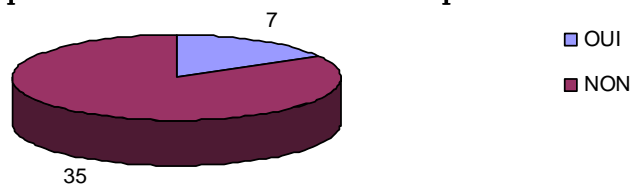
Durée d'exercice

Question 2 : « combien de temps avez-vous travaillé en AMP depuis le début de votre carrière ? » ; n = 42.



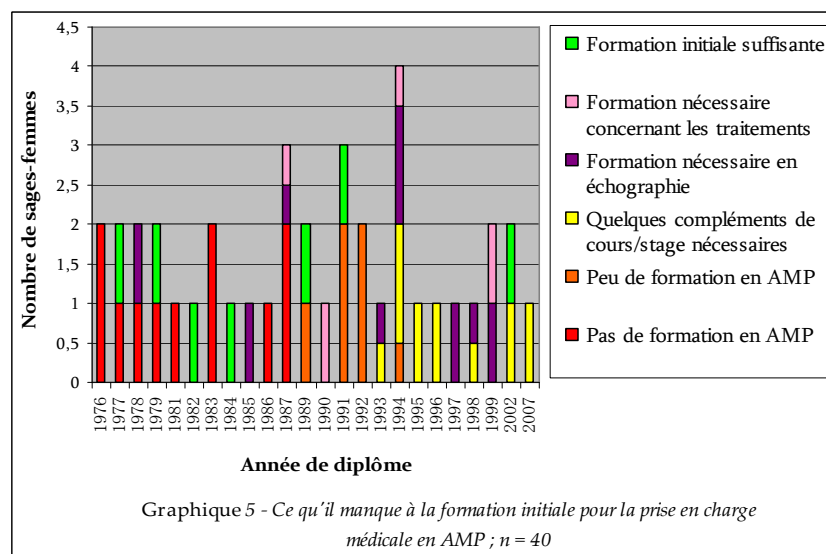
Formations des sages-femmes

Question 4 : « pensez-vous que votre formation initiale vous permet de travailler en service d'AMP ? » ; n = 42



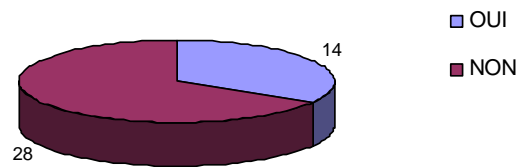
« Si non, que manque-t-il ? » ; n = 33 (Pour éviter un biais lié à l'année de diplôme, j'ai mis cette question en lien avec la suivante)

Question 1 : « depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? » ; n = 42



NB : Lorsque le nombre de sages-femmes est égal à 0,5, cela signifie qu'elle a énoncé deux réponses parmi celles de la légende.

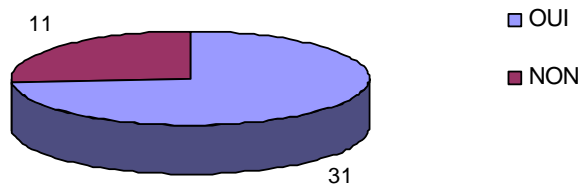
Question 5 : « avez-vous dû suivre des formations complémentaires pour pouvoir intégrer le service d'AMP ? » ; n = 42



Graphique 6 - Formations complémentaires pour intégrer le service ? ; n = 42

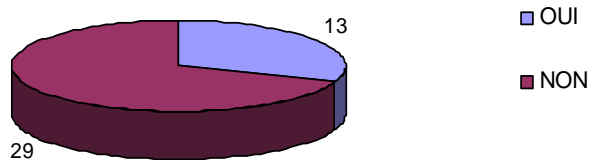
NB : Par cette question, j'entendais des formations à effectuer avant d'intégrer le service, ou à faire dès l'intégration au service.

Question 6 : « depuis que vous exercez dans ce service, avez-vous suivi d'autres formations dans ce domaine ? » ; n = 42



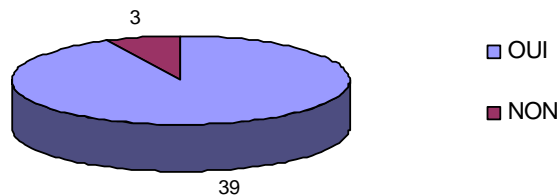
Graphique 7 - Formations complémentaires depuis le début de l'exercice ? ; n = 42

Question 7 : « êtes-vous tenu(e) d'effectuer ces formations ? » ; n = 42



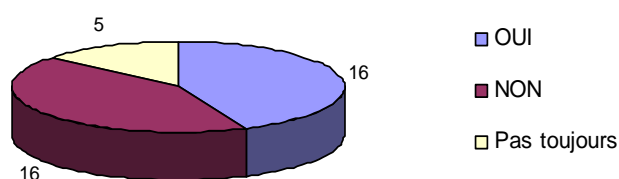
Graphique 8 - Formations complémentaires obligatoires ? ; n = 42

Question 14 : « avez-vous l'impression d'avoir une part importante dans la prise en charge psychologique des patients ? » ; n = 42



Graphique 9 - Prise en charge psychologique des patients ? ; n = 42

« Si oui, votre formation initiale vous permet-elle de bien gérer cet accompagnement ? » ; n = 37



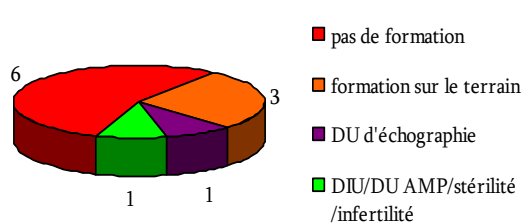
Graphique 10 - Formation initiale suffisante pour la prise en charge psychologique des patients ? ; n = 37

Afin d'éviter les biais liés aux différences de formations initiales, j'ai classé les sages-femmes (SF) en autant de groupes que les items de la légende du *graphique 5* (6 groupes de sages-femmes), en étudiant les formations complémentaires qu'elles ont effectuées (certaines sages-femmes peuvent entrer dans deux groupes) :

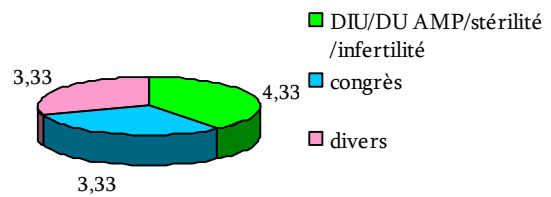
- pour intégrer le service
- au cours de leur exercice

NB : Les chiffres non entiers représentent une sage-femme ayant suivi plusieurs formations. Certains chiffres entiers représentent, en réalité, plusieurs sages-femmes ayant effectué plusieurs formations.

Groupe 1 : Sages-femmes n'ayant pas de formation initiale en AMP ; n = 11

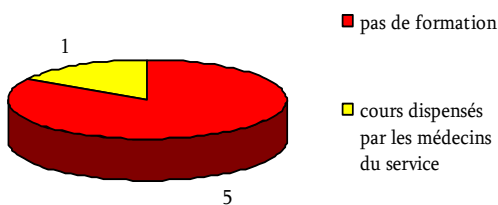


Graphique 11 - SF n'ayant pas de formation initiale en AMP : Formations complémentaires pour intégrer le service ; n = 11

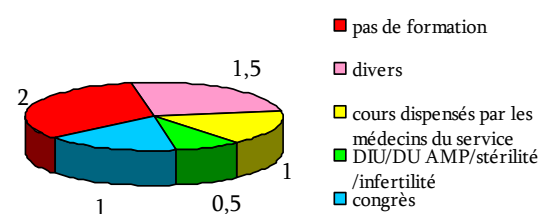


Graphique 12 - SF n'ayant pas de formation initiale en AMP : Formations complémentaires depuis le début de l'exercice en service ; n = 11

Groupe 2 : Sages-femmes ayant peu de formation initiale en AMP ; n = 6

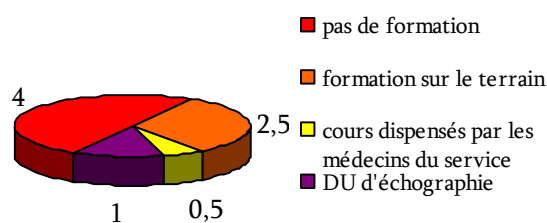


Graphique 13 - SF ayant peu de formation initiale en AMP : Formations complémentaires pour intégrer le service ; n = 6

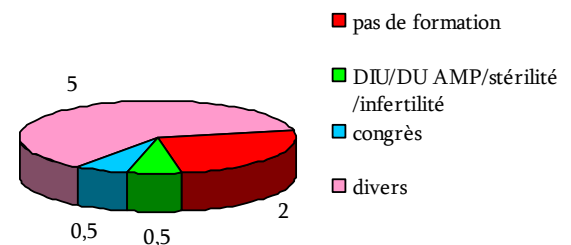


Graphique 14 - SF ayant peu de formation initiale en AMP : Formations complémentaires depuis le début de l'exercice en service ; n = 6

Groupe 3 : Sages-femmes nécessitant quelques compléments de cours/stages ; n = 8

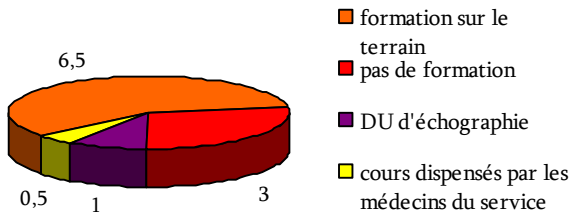


Graphique 15 - SF nécessitant des compléments de cours/stages : Formations complémentaires pour intégrer le service ; n = 8

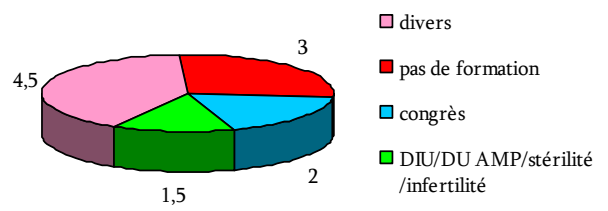


Graphique 16 - SF nécessitant des compléments de cours/stages : Formations complémentaires depuis le début de l'exercice en service ; n = 8

Groupe 4 : Sages-femmes nécessitant une formation en échographie ; n = 11

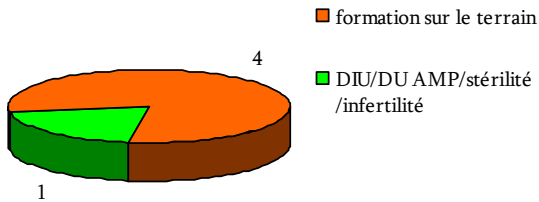


Graphique 17 - SF nécessitant une formation en échographie : Formations complémentaires pour intégrer le service ; n = 11

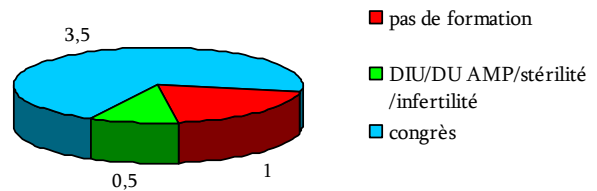


Graphique 18 - SF nécessitant une formation en échographie : Formations complémentaires depuis le début de l'exercice en service ; n = 11

Groupe 5 : Sages-femmes nécessitant une formation concernant les traitements ; n = 5

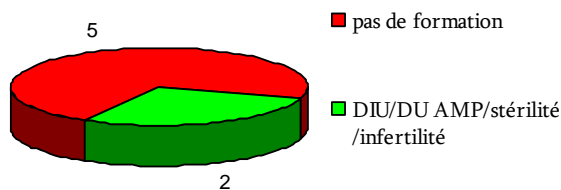


Graphique 19 - SF nécessitant une formation concernant les traitements : Formations complémentaires pour intégrer le service ; n = 5

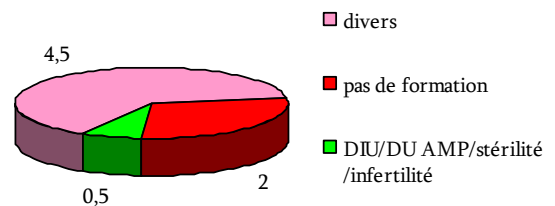


Graphique 20 - SF nécessitant une formation concernant les traitements : Formations complémentaires depuis le début de l'exercice en service ; n = 5

Groupe 6 : Sages-femmes ayant une formation initiale suffisante ; n = 7



Graphique 21 - SF ayant une formation initiale suffisante : Formations complémentaires pour intégrer le service ; n = 7



Graphique 22 - SF ayant une formation initiale suffisante : Formations complémentaires depuis le début de l'exercice en service ; n = 7

NB : Les formations diverses sont des participations à des forum, des séminaires, des journées de formation, ou journées d'observation dans d'autres centres,

Missions des sages-femmes

Question 8 : « quelles sont les missions que vous exercez dans votre structure ? »

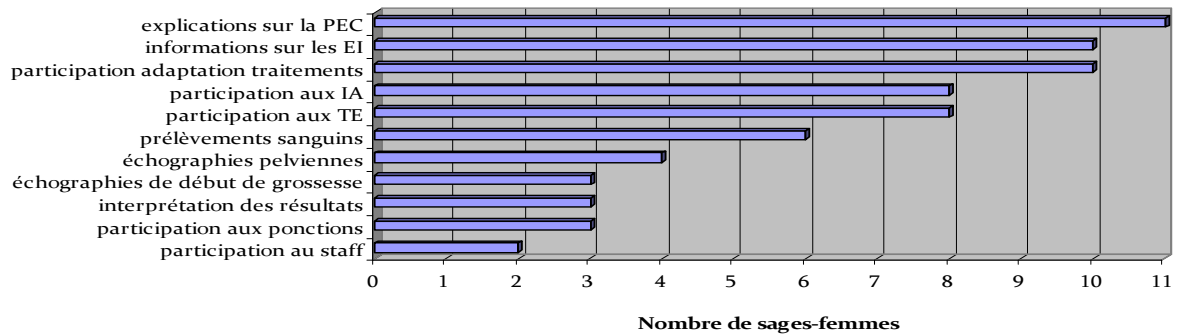
J'ai réalisé, en premier lieu un tableau comprenant les différentes missions des sages-femmes en fonction des centres considérés.

Missions	Centres																	Effectifs		
	Angers	Besançon	Bonneville	Bordeaux	Brest	Caen	Grenoble	Limoges	Lorient	Marseille	Metz	Nancy	Nîmes	Reims	Rennes	Rouen	Schiltigheim		Toulouse	Tours
Médicales																				n = 19
Explication des protocoles de prise en charge aux patients/de l'autoinjection	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19/19
Informations sur les effets indésirables	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19/19
Participation à l'adaptation de ces traitements avec le médecin	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	17/19
Participation aux transferts d'embryons	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X			X	X	X	X	15/19
Participation aux inséminations artificielles	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X				X	X		13/19
Prélèvements sanguins en vue des dosages hormonaux	X	X		X	X		X		X			X				X	X	X	X	11/19
Suivi échographique de l'évolution des stimulations ovariennes	X	X	X			X		X				X	X		X		X	X	X	11/19
Interprétation des résultats biologiques	X	X	X		X			X				X		X	X	X		X	X	11/19
Adaptation des traitements hormonaux		X		X	X					X			X	X						6/19
Participation aux ponctions folliculaires		X								X		X				X		X	X	6/19
Echographie de début de grossesse	X		X					X					X		X	X				6/19
Consultations médicales				X	X			X									X			4/19
Participation au staff pluridisciplinaire				X	X				X			X				X				5/19
Animation de réunions d'informations						X				X										2/19
Planification des traitements/actes						X										X				2/19
Ordonnances de traitements préremplies					X	X														2/19
PEC Hyperstimulations, FCS, GEU								X		X										2/19
PEC des hospitalisations de jour				X															X	2/19
Réalisation de l'hypnose	X																			1/19
Référénte des couples pour le DPI																	X			1/19
Echographie des artères utérines								X												1/19
Gestion du matériel										X										1/19
Réalisation des inséminations artificielles																				0/19
Administratives																				n = 19
Actualisation du Dossier	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19/19
Saisie des actes/résultats	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19/19
Constitution du Dossier Médical		X	X	X	X	X	X	X			X		X	X		X			X	12/19
Cotations/Traçabilité					X						X		X			X		X		5/19
Programmation des RDV													X			X			X	3/19
Accueil téléphonique																			X	1/19
Correspondant de l'ABM										X										1/19
Psychologiques																				n = 19
Entretiens téléphoniques avec les couples	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	18/19
Annonce des résultats aux différents moments de la prise en charge	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	18/19
Accompagnement suite à l'annonce de ces résultats	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	17/19
Entretiens avec les couples		X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	15/19

Tableau 2 - Missions des sages-femmes dans les différents centres

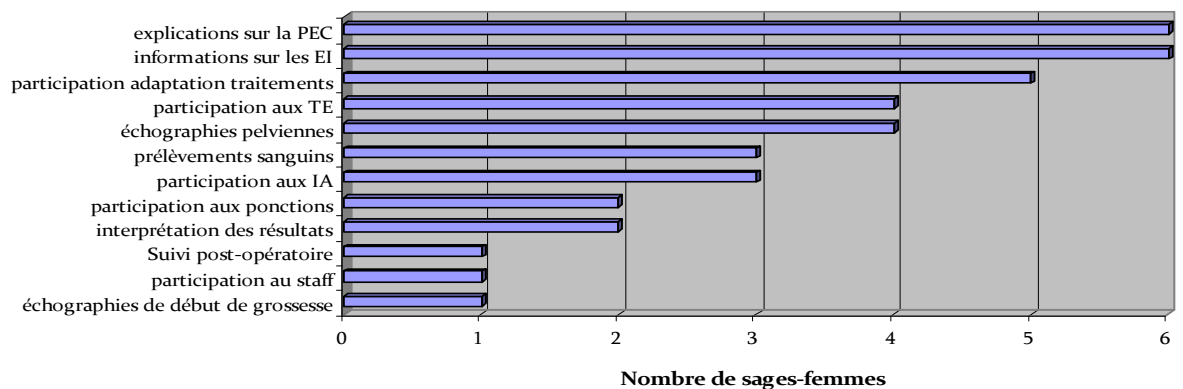
Pour les graphiques suivants, afin d'éviter à nouveau un biais quant aux manques de la formation initiale, j'ai rassemblé les sages-femmes dans les mêmes groupes que précédemment, en étudiant les activités dans chaque groupe.

Groupe 1 : Sages-femmes n'ayant pas de formation initiale en AMP ; n = 11



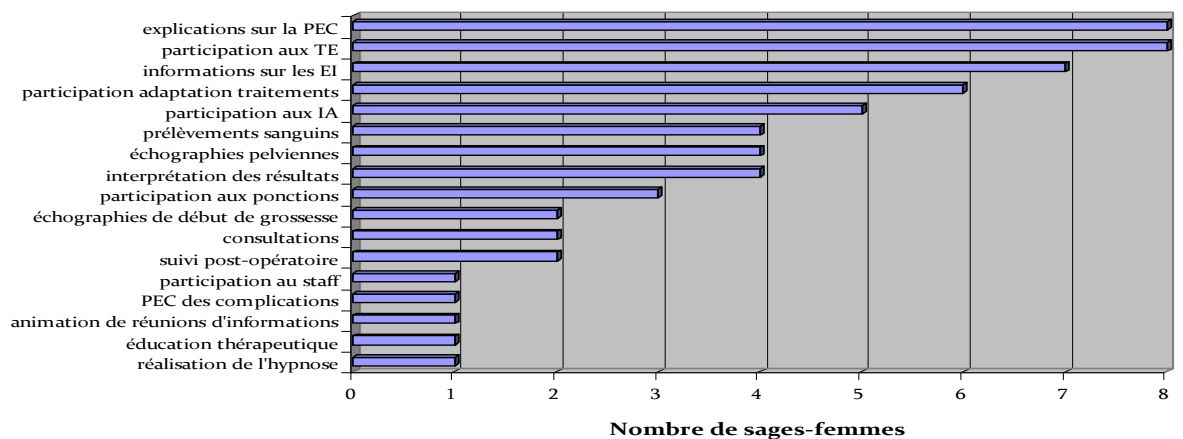
Graphique 23 - Activités réalisées par les SF n'ayant pas de formation initiale en AMP ; n = 11

Groupe 2 : Sages-femmes ayant peu de formation initiale en AMP ; n = 6



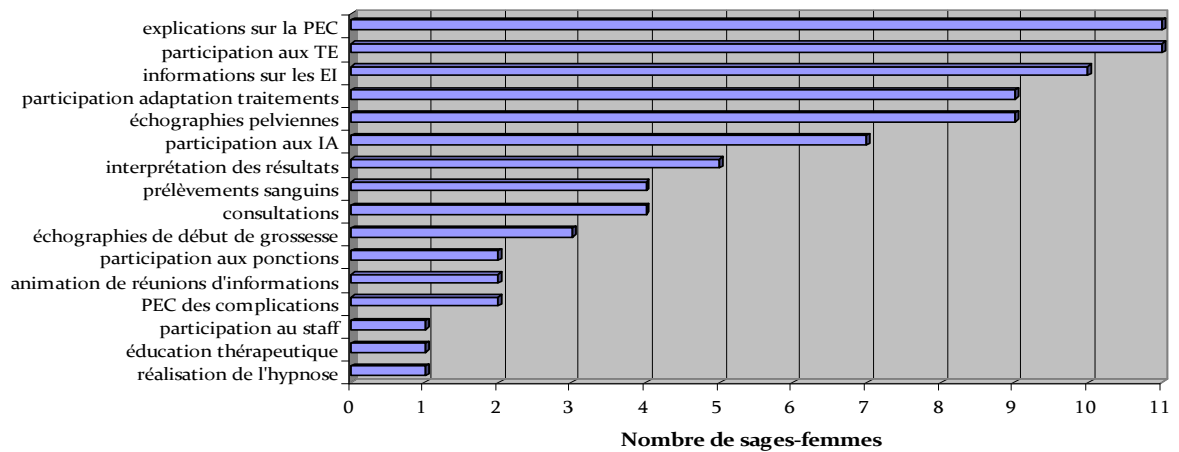
Graphique 24 - Activités réalisées par les sages-femmes ayant peu de formation en AMP ; n = 6

Groupe 3 : Sages-femmes nécessitant quelques compléments de cours/stages ; n = 8



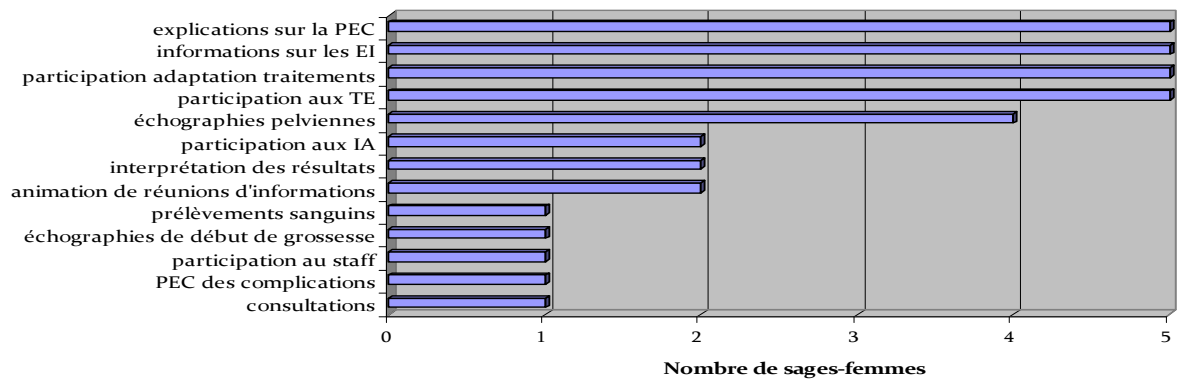
Graphique 25 - Activités réalisées par les sages-femmes nécessitant quelques compléments de cours/stages ; n = 8

Groupe 4 : Sages-femmes nécessitant une formation en échographie ; n = 11



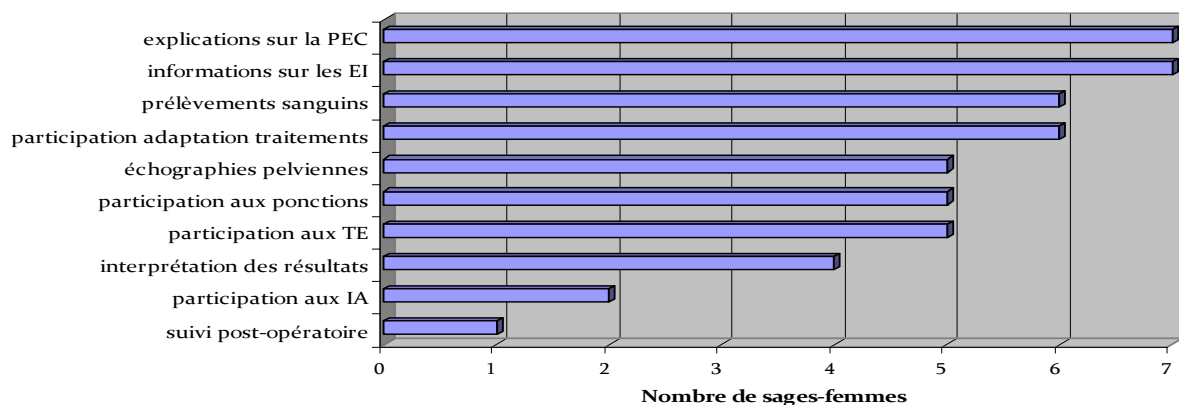
Graphique 26 - Activités réalisées par les sages-femmes nécessitant une formation en échographie ; n = 11

Groupe 5 : Sages-femmes nécessitant une formation concernant les traitements ; n = 5



Graphique 27 - Activités réalisées par les sages-femmes nécessitant une formation concernant les traitements ; n = 5

Groupe 6 : Sages-femmes ayant une formation initiale suffisante ; n = 7

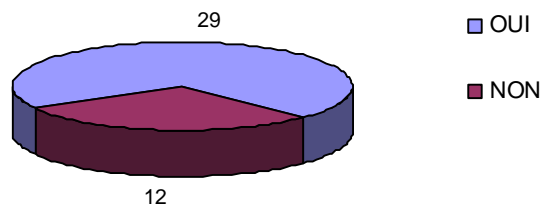


Graphique 28 - Activités réalisées par les sages-femmes ayant une formation initiale suffisante ; n = 7

Prise en charge des couples

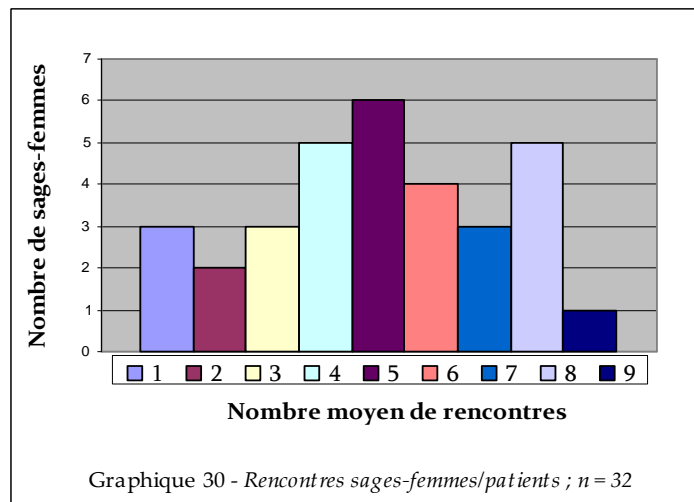
Question 11 : « êtes-vous le professionnel qui rencontre le plus les patients dans le service ? » ;

n = 41



Graphique 29 - La sage-femme est-elle le professionnel qui rencontre le plus les patients ? ; n = 41

Question 12 : « combien de fois en moyenne rencontrez-vous un couple pendant son suivi dans le service ? » ; n = 29

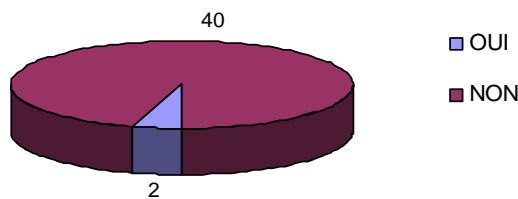


Graphique 30 - Rencontres sages-femmes/patients ; n = 32

La moyenne et la médiane se situent à 5 rencontres moyennes.

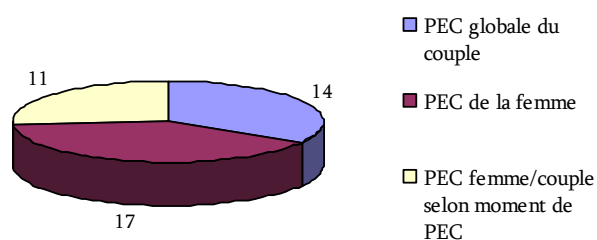
Question 17 : « prenez-vous une place importante dans la prise en charge masculine ? » ;

n = 42



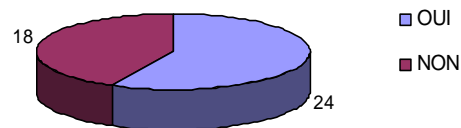
Graphique 31 - Prise en charge masculine importante par les sages-femmes ? ; n = 42

Question 18 : « si non, s'agit-il plutôt d'une prise en charge globale du couple ou davantage de la femme ? » ; n = 42



Graphique 32 - Types de prise en charge des patients par les sages-femmes ; n = 42

Question 19 : « une fois la grossesse en cours, rencontrez-vous à nouveau le couple ? A quel moment et dans quel objectif » ; n = 42



Graphique 33 - Organisation/suivi de début de grossesse par les sages-femmes ; n = 42

Question 13 : « [...] chaque couple est-il suivi par une ou plusieurs sages-femmes ? » ; n = 16

Sur les 16 sages-femmes ayant répondu, la totalité a annoncé que chaque couple était suivi par plusieurs sages-femmes du service. Cependant, l'une d'entre elles a écrit que certains couples du centre où elle exerce ont l'occasion d'être suivis par la même sage-femme.

Le tableau suivant reprend les rapports d'activités 2009 que m'ont révélés 13 centres. Les chiffres sont mis en lien avec le nombre de postes sages-femmes ou infirmières (postes SF/I) du centre concerné. Il y a des notions pour lesquelles le chiffre donné n'est pas précis, ce qui explique les approximations.

Centres	Postes SF/I	IIU	IIU/SF-I	PO	PO/SF-I	TE	TE/SF-I	Grossesses débutantes	GD/SF	Somme des activités/SF-I	Suivi/organisation des GD/(SF)
Marseille	2	345	173	672	336	>600	>300	260	130	>939	0 (0)
Bonneville	2	537	269	426	213	265	133	>205	>103	>718	>205 (1)
Besançon	2	290	145	458	229	>274	>137	245	123	>634	245 (1)
Metz	1,3	657	505	614	472	953	733	320	246	1956	0 (0)
Rouen	1	196	196	336	336	394	394	166	166	1092	166 (1)
Schiltigheim	4	527	132	1103	276	1322	331	554	139	878	0 (0)
Clermont	3	534	178	716	239	954	318	342	114	849	
Reims	1	66	66	237	237	262	262	102	102	667	0 (0)
Nancy	2	421	211	311	156	427	214	122	61	642	0 (0)
Nîmes	1,8	249	139	385	214	377	210	113	63	626	63 (1,8)
Caen	2	80	40	500	250	450	225	100	50	565	100 (1)
Lorient	1	150	150	181	181	128	128	55	55	514	55 (1)
Angers	3	400	133	488	163	440	147	192	64	507	192 (1)

Tableau 3 - Rapports d'activité 2009 corrélés aux postes sages-femmes/infirmières de 13 centres

IIU/SF-I : inséminations intra-utérines par sage-femme ou infirmière

PO/SF-I : ponctions ovocytaires par sage-femme ou infirmière

TE/SF-I : transferts d'embryons par sage-femme ou infirmière

GD/SF : grossesses débutantes par sage-femme

Le nombre entre parenthèses correspond au nombre de sages-femmes pratiquant les échographies de grossesses

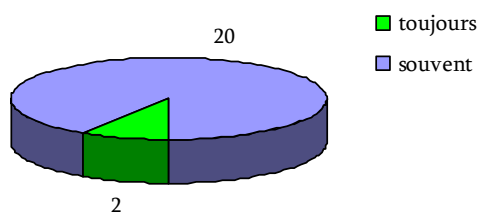
Demandes des couples

Question 15 : « les couples ont-ils des demandes particulières ? Lesquelles ? » ; n = 41

- 32 sages-femmes ont répondu « oui »
 - 22 sages-femmes ont précisé ces demandes
 - 10 sages-femmes ne les ont pas précisées
- 9 sages-femmes ont répondu « non »

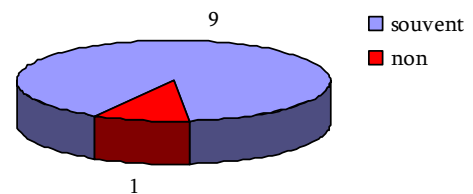
Question 16 : « êtes-vous apte à répondre à ces demandes de façon autonome ? » ; n = 32

Les demandes sont précisées ; n = 22



Graphique 34 - Réponse autonome de la sage-femme aux demandes des couples ; n = 22

Les demandes ne sont pas précisées ; n = 10



Graphique 35 - Réponse autonome de la sage-femme aux demandes des couples ; n = 10

- Les demandes des couples auxquelles les sages-femmes sont toujours aptes à répondre :
« Ecoute, compassion, compréhension, humanité/Très demandeurs d'explications »
- Les demandes des couples auxquelles les sages-femmes sont souvent aptes à répondre :
« Accessibilité, soutien »
« Questions au sujet des protocoles, des chances de succès »
« Plus de temps »
« Besoin d'écoute, temps d'écoute important »
« Questions qu'ils n'ont pas pu poser au gynécologue ou au biologiste »
« Questions de sexologie, problèmes psychologiques »
« Complément d'informations sur les traitements »
« Demande de réassurance, aide dans les traitements, soutien psychologique »
« Des explications concernant les traitements, le déroulement du suivi, le transfert, d'embryons, quant à l'échec, à ses suites, le début de grossesse »
« Très demandeurs du fait de leur angoisse et de leur détresse »
« Ecoute, réponse immédiate et détaillée à toutes leurs questions, reformulation du protocole »
« Prise en charge, suivi par une personne référente »
« Demandes différentes en fonction de leurs convictions religieuses »

Les sages-femmes précisent parfois qu'elles orientent les couples vers le professionnel adapté lorsque la demande dépasse leurs compétences.

Interactions avec les autres professionnels du service

Question 9 : « pouvez-vous me décrire les interactions existant entre vous et les autres catégories professionnelles du service ? » ; n = 31

La plupart des éléments relevés révèlent des interactions positives :

- « Collaboration, interrelation avec les médecins, relation avec le psychologue à qui on adresse des patientes, et avec la secrétaire »
- « La sage-femme est la coordinatrice entre les différents intervenants, avec un travail de transmission et de gestion »

« Travail d'équipe avec médecin, aide-soignante, psychologue et médecin biologiste »
« Interaction excellente, en confiance »

« La sage-femme en AMP est l'élément central organisateur pour le couple, en lien avec toute l'équipe, le bloc, le laboratoire, le CECOS »
« Relation avec le personnel de l'hôpital de jour (pour les visites de sortie) »
« Le pilier du service où s'articulent les relations avec les différents personnels qui y travaillent »
« La sage-femme de PMA est à l'interface de tout le déroulement de la tentative. »

Cependant, l'une des sages-femmes a répondu :

« La sage-femme a peu d'autonomie, pas de rôle prescripteur »

Question 10 : « quelle est votre place entre le médecin et les patients ? » ; n = 32

Comme précédemment, la plupart des réponses révèlent des éléments positifs : (30 sages-femmes)

« Un véritable trait d'union »
« Un rôle de coordinatrice ; de transmission d'informations »
« Relai entre médecin et patients »

« Primordiale, dans l'organisation des gestes en AMP, relai indispensable, prise en charge des donneuses, relai d'informations »

« Le médecin prescrit... nous assurons le reste (explication des traitements, rôle psychologique ++, planification de l'activité...), sauf les actes techniques »
« Intermédiaire, mais la plus importante en terme de présence, d'écoute de conseils »
« Rôle intermédiaire, complémentaire d'écoute et d'information entre les gynécologues, les biologistes et les patients »

« Donner des informations au médecin et vice et versa »

« Rôle charnière indispensable car nous sommes plus à l'écoute et la patience doit être une de nos premières qualités. Notre casquette sage-femme fait que nous sommes plus accessibles »
« Prendre le temps de réexpliquer »

« Sage-femme est une profession médicale à responsabilité limitée. Relation de respect, confiance, échange »

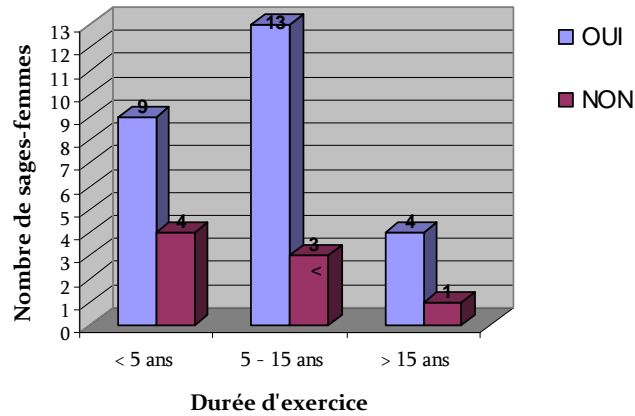
Certaines ont une vision plus péjorative : (2 sages-femmes)

« Intermédiaire, vulgarisation / Place inconfortable »

Evolution des fonctions

Question 20 : « si vous êtes dans le service depuis plusieurs années, avez-vous ressenti une évolution de vos fonctions depuis le début ? » ; n = 34

- « OUI » : 26/34 (soit 13/17)
- « NON » : 4/34 (soit 2/17)



Graphique 36 - Evolution des fonctions des sages-femmes en fonction de leur durée d'exercice ; n = 34

Evolutions constatées : Sur les 26 sages-femmes ayant répondu « oui », 14 ont précisé ces évolutions :

- « Augmentation de la charge administrative et informatique, des tâches dévolues (codage des actes, de plus en plus de responsabilités »
- « Rôle plus organisationnel, participation aux études statistiques et qualité »
- « Il faut sans cesse réactualiser ses connaissances pour répondre aux demandes des couples »
- « Prise en charge active des couples, plus d'entretiens avec eux »
- « Les médecins « se reposent » beaucoup sur nous et interviennent lorsque la situation est compliquée »

Question 21 : « comment envisagez-vous l'évolution de la profession de sage-femme dans les années à venir ? » ; n = 32

Evolutions favorables :

- « Etant donné que l'AMP est un domaine qui évolue énormément et de façon très pointue, il faut sans cesse réactualiser ses connaissances afin de toujours mieux informer les couples »
- « Croissante, vu le nombre de demandes de prise en charge des couples qui augmente aussi »
- « Evolution vers la recherche »
- « Elargissement du cadre de nos compétences,
- « J'aimerais pouvoir réaliser les transferts embryonnaires et les inséminations intra-utérines »
- « Pratique des actes tels que transferts, IAC, IAD, monitoring. Adaptation des traitements selon protocoles »
- « Pratique de l'hypnose plus intense »
- « La sage-femme en AMP pourrait voir ses compétences s'accroître dans ce domaine, surtout si le nombre de gynécologues spécialisés diminuait »
- « Place importante à prendre pour les sages-femmes, aussi bien dans l'accompagnement des couples avec plus de formations psychologiques, que dans l'exploration de l'infertilité et du suivi des stimulations ovariennes »
- « Evolution possible de la prise en charge grâce aux formations continues et DU »

« Nous aimerions faire plus de consultations avec les couples, de réunions avec les infirmières libérales, mais nous sommes bloquées par notre temps de travail »
« Prise en charge plus active des couples (consultations, surveillance des traitements) »
« Avoir des missions clairement établies en rapport avec le DE de sage-femme et effectuer moins de secrétariat. Assister aux consultations des médecins »

« Une collaboration plus étroite avec le médecin, être plus nombreuses dans le centre pour rencontrer les couples plus souvent »
« Plus d'effectif en sages-femmes changeraient nos conditions de travail »

Evolutions défavorables :

« Je pense qu'il y aura de moins en moins de sages-femmes pour des raisons financières (une infirmière coûtera moins cher),
« Aucune évolution dans mon service »
« Le versant administratif est de plus en plus lourd »
« Pas favorable du tout »

Pourquoi des sages-femmes en AMP ?

Question 22 : « selon vous, qu'est-ce qui justifie la présence d'une sage-femme en AMP ? » ; n = 31

« Une fois qu'on a travaillé en AMP, on comprend que c'est une évidence »

« Les médecins ne peuvent pas tout faire ; ils délèguent »
« Notre formation médicale qui nous permet de répondre à bon nombre de questions du couple : les traitements, les effets secondaires, le diagnostic de la grossesse, et ses diagnostics différentiels (FCS, GEU...) »
« Son autonomie, son habitude à prendre des décisions et passer le relai en cas de problème »
« La polyvalence »
« La connaissance globale de la fertilité et des enjeux du désir d'enfant »
« La sage-femme représente le lien entre le désir, le projet d'enfant du couple et la future grossesse »
« Vision et prise en charge globale du couple dans leur projet de parentalité »
« Notre approche de la maternité, de la gestion des résultats de bêta-HCG »
« Pour les patients, sage-femme signifie bébé, donc elle représente plus d'espoir »

« L'approche médicale et l'autonomie de la sage-femme, qui fait que le médecin n'a pas à être sollicité pour toutes les demandes des patients »
« C'est une profession médicale qui peut gérer les grossesses, les urgences (GEU) »
« La sage-femme est à même de prescrire certains traitements antalgiques, des examens de contrôle, de déceler les signes d'hyperstimulation »

« Elle informe, elle rassure, elle prescrit, elle conseille. Si elle ne sait pas, elle se renseigne et rappelle, ou renvoie vers le médecin »
« La sage-femme est la « soupape » importante dans un service d'AMP »
« La connaissance de la physiologie, possibilité d'aborder la sexualité »
« La sage-femme a la connaissance de la femme »

« Notre connaissance en échographie »

« Connaissance de la gynécologie et de ses pathologies, connaissance des pathologies générales associées à la grossesse, avec les risques encourus à induire une grossesse »

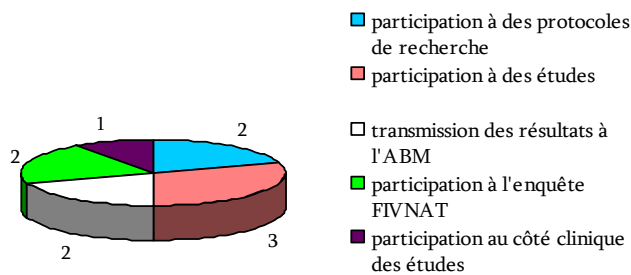
« Connaissance du déroulement des débuts de grossesses. Connaissance de l'obstétrique pour gérer les issues de grossesses, que gèrent habituellement les sages-femmes »

« La prise en charge peut continuer si la patiente est enceinte »

Participation à la recherche

Question 23 : « avez-vous la possibilité de participer à la recherche dans le domaine de l'AMP ? Si oui, de quelle façon ? » ; n = 42

Sur les 42 sages-femmes, 10 ont répondu avoir la possibilité de participer à la recherche.



Graphique 37 - Participation des sages-femmes à la recherche ; n = 10

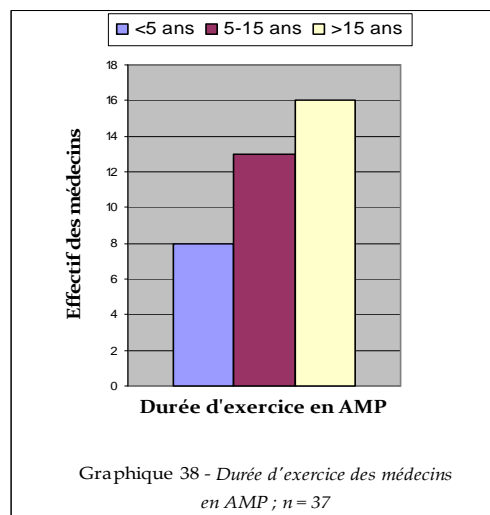
ABM :

Agence de biomédecine

3.2.3. Les médecins

Sur les 124 questionnaires envoyés, j'ai obtenu 37 réponses de la part des médecins cliniciens de 16 centres différents, ce qui représente une proportion d'un peu plus de 9/31. Trente cinq des médecins travaillent dans des centres ayant des sages-femmes, et 2 sont dans des centres avec des infirmières.

Question 2: « Depuis combien d'années exercez-vous en A.M.P. ? » ; n = 37



Graphique 38 - Durée d'exercice des médecins en AMP ; n = 37

Utilité des sages-

femmes en AMP

Question 4 : (centres avec sages-femmes) « quelle vision avez-vous du rôle de la sage-femme dans le service d'AMP ? » ; n = 35

- « Participation aux décisions sur le monitoring »
- « Renforcement de l'équipe d'AMP et soutien du couple »
- « Pivot de l'organisation pluridisciplinaire »
- « Véritable « pilier » du centre, très impliquées »
- « Indispensable pour le lien entre médecin et patients au quotidien, pour la réalisation des échographies, bilans sanguins, aide aux techniques »
- « Partenaire précieux, connaissance de la grossesse et des pathologies de la grossesse débutante »
- « Technique et prise en charge morale et sociale des couples, conseils plus pointus orientés sur la grossesse future, la sexualité, ... du fait de leur formation »
- « Rôle clé, connaissances en physiologie, sexualité, grossesse »
- « Aide aux traitements pour les médecins, suivi clinique lors des grossesses évolutives notamment (spécialistes en sophrologie, hypnose, ...) »
- « Collègue indispensable, pierre angulaire sur laquelle repose tout le système, car elle coordonne l'ensemble du suivi quotidien tout au long de la PMA »
- « Sa seule présence en PMA concrétise déjà la grossesse potentielle »
- « Maillon essentiel intervenant à différentes étapes de la prise en charge »
- « Secondaire, étayer le médecin, contact médical étroit avec le couple »
- « Accompagnement, écoute un peu plus proche des couples, plus de disponibilité »
- « Important « coaching » des patientes »
- « Rôle infirmier »

Un médecin a toutefois précisé la chose suivante :

« Aide importante, mais ce poste n'est pas spécifique au statut de sage-femme, nous avons travaillé avec des infirmières et c'était tout aussi positif »

Question 4 : (centres sans sages-femmes) « penseriez-vous utile la présence d'une sage-femme, de par sa formation et sa place auprès des femmes ? Pouvez-vous justifier votre réponse ? » n = 2

- Un médecin a répondu « oui » (Créteil)

« La sage-femme serait utile pour les programmations, les échographies, le suivi de début de grossesse »

- Un médecin a répondu « non » (Clermont-Ferrand)

« Il est clair pour moi que les sages femmes n'ont pas une compétence particulière pour l'AMP, et en tout cas pas plus qu'une infirmière. [...] »

Les échographies sont réalisées par les sages-femmes dans certaines structures. Dans la notre, ce rôle crucial est entièrement assuré par les médecins, ce d'autant que dans notre service le monitoring est effectué en échographie intégrale sans dosages hormonaux

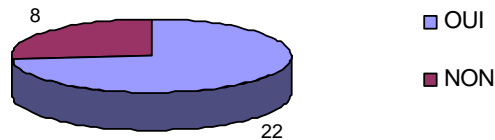
[La sage-femme] finirait dans notre structure très organisée par jouer le rôle d'une infirmière [...]

Il faut savoir que l'implication des sages-femmes en AMP est très spécifique des centres d'AMP publics français. Dans le secteur privé, très peu de sages-femmes sont impliquées et il en est de même dans les centres étrangers. »

A la question 5 (détail du partenariat entre sages-femmes et médecins), j'ai retrouvé les mêmes réponses que celles données par les sages-femmes.

Evolutions des fonctions des sages-femmes

Question 6 : « avez-vous constaté une évolution de leurs pratiques, en AMP, dans les années précédentes ? Si oui, laquelle ? » ; n = 30

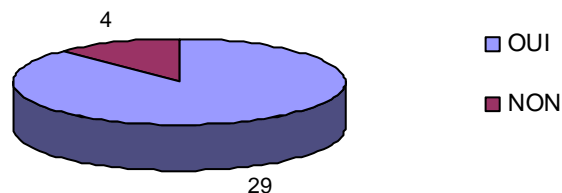


Graphique 39 - Evolution des fonctions des sages-femmes constatées par les médecins ; n = 30

Evolutions constatées :

- « Participation active aux décisions, à l'activité du centre, implication dans la gestion du centre »
- « Participation aux réunions qualité »
- « Coordinatrices des soins »
- « Font maintenant des consultations de couples »
- « Technicité accrue, informatisation importante, charge administrative »
- « Formation en échographie, en hypnose »
- « De plus en plus de suivi des patientes : échographie, .../ participation aux réunions de couples »
- « Sages-femmes de plus en plus performantes, meilleure connaissance des protocoles et du suivi »
- « Apprentissage leur donnant une expertise qui leur permet de régler de plus en plus de problèmes posés aux couples »
- « Très grande sollicitation par les couples »
- « Début des problèmes médico-légaux, poids très important des lois de bioéthique »
- « Formation importante à l'AMP, permettant un travail d'équipe »
- « Dans l'équipe, plus de temps d'information pour la physiologie et l'auto-injection »

Question 7 : « voyez-vous une évolution possible de la profession de sage-femme en AMP dans les années à venir ? »



Graphique 40 - Evolutions des fonctions des sages-femmes envisageables selon les médecins ; n = 33

« Si oui, laquelle ? » ; n = 33

Question 8 : « Qu'en pensez-vous ? » ; n = 13

Evolution envisageables/ Ce qu'en pensent les médecins

- « Consultation de bilan »
- « Consultations partagées avec les médecins »
- « Un certain nombre d'activités pourraient être effectuées par la sage-femme sous contrôle du médecin »
- « Participation plus active aux décisions du staff »
- « Plus d'autonomie, de gestes à réaliser (échographie, ponctions, inséminations, transferts embryonnaires) »
- « Moins de secrétariat, réorientation plus médicale (selon leurs compétences) »
- « Formation à l'échographie pelvienne »
- « Formation acupuncture, hypnose de façon plus importante »
- « Monitoring échographique, participation aux actes »
- « Réunion de couples, consultations, sexologie, création de groupes de paroles en partenariat avec le psychologue »
- « Suivi des grossesses. »

« Du fait de leur formation, de leur expérience, de leur abord différent de la spécialité, la sage-femme a un rôle essentiel à tenir en PMA »

« Problème de leur formation »

« Problème d'effectifs, manque de temps »

« Rôle de la sage-femme en AMP dépend des autres maillons, de l'organisation du centre »

10 médecins annoncent être favorables, voire très favorables à ces évolutions

« Augmentation du rôle administratif et risque de transfert de cette tâche à une secrétaire ou infirmière »

« Vraiment dommage »

3.2.4. Les cadres

Les questionnaires cadres étaient inexploitable car je n'ai reçu que 2 réponses.

3.2.5. Les infirmières

Sur les 7 questionnaires envoyés j'ai reçu 4 réponses : 1 de Poitiers et 4 de Clermont-Ferrand. J'ai décidé d'étudier rapidement les questionnaires, surtout pour comparer les différents modes de fonctionnement.

Année de diplôme, durée d'exercice et choix d'exercice

1977/24 ans ; 1978/25 ans ; 1981/24 ans ; 1996/5 ans

Elles ont toutes choisi de travailler en AMP

Formations et prise en charge

Toutes affirment que leur formation initiale est suffisante pour travailler en AMP. D'ailleurs, leurs fonctions sont identiques (Participation aux ponctions, transferts et inséminations, prélèvements sanguins, interprétation des résultats biologiques, explications des protocoles, informations quant aux effets indésirables, participation à l'adaptation des traitements, entretiens avec les couples, annonce des résultats, accompagnement des couples suite à l'annonce). Trois des infirmières participent au staff pluridisciplinaire. Elles n'occupent pas une place importante dans la prise en charge masculine, mais plus de la femme (pour 3 d'entre elles), ou du couple (pour une). Les infirmières de Clermont-Ferrand rencontrent le couple 5 fois en moyenne, donc plus que les autres professionnels du centre.

Les quatre infirmières trouvent également que leur formation initiale leur permet un accompagnement psychologique des couples sans problèmes. D'ailleurs, les demandes des couples sont de l'ordre de l'accompagnement et de la bonne prise en charge.

Aucune n'a suivi de formations pour intégrer le service (l'une d'elles a été formée sur le terrain par les plus anciennes). Trois infirmières ont suivi des formations complémentaires dans les années suivant leur intégration au service (l'une a obtenu le DU infertilité conjugale de Montpellier, les deux autres infirmières ont participé au congrès FFER). Les quatre infirmières déclarent ne pas avoir l'opportunité de participer à la recherche.

Utilité d'une sage-femme dans le service

Toutes ont répondu « non ». Leurs justifications sont les suivantes :

« C'est un travail infirmier : consultation, apprentissage des auto-injections, ponctions, Pas d'intérêt particulier du fait de la présence d'un médecin/interne pour gérer les échographies, Jamais un couple n'a exprimé une demande dans ce sens, Nous assurons notre fonction avec compétence et rigueur, Nous avons un médecin/interne pour assurer/assumer les échographies et répondre aux difficultés. »

NB : Dans tous les questionnaires, certaines questions n'ont pas été exploitées car elles ne représentaient pas un grand intérêt pour l'étude.

PARTIE 3 :
DISCUSSION ET ANALYSE DES
RÉSULTATS

1. DISCUSSION

1.1. Sur les difficultés d'enquête

1.1.1. Contacter les centres

Le contact préalable des centres était primordial afin d'établir une relation avec les professionnels de santé. Les horaires d'ouverture des centres ont représenté une entrave à la bonne marche de mon étude qui s'étendait sur trente-deux d'entre eux.

De plus j'aurais aimé obtenir, pour mon enquête, le rapport d'activité 2009 des centres étudiés. Cependant, plusieurs centres ont refusé de me le fournir, invoquant une confidentialité des résultats, ne pouvant être révélés qu'à l'agence de biomédecine.

1.1.2. Obtenir les réponses aux questionnaires

Mes questionnaires ayant été envoyés en Décembre, la période de Noël durant laquelle plusieurs centres étaient fermés, cela a réduit le nombre de réponses reçus.

1.2. Sur les résultats

* Formations complémentaires obligatoires pour intégrer le service

Mon but était de savoir si les centres imposaient des formations complémentaires aux sages-femmes. Apparemment, aucune sage-femme n'a été dans la contrainte de réaliser des formations avant d'intégrer le service, au risque de ne pas y être acceptée. Elle les ont plutôt effectuées dès l'insertion dans le service.

La question aurait peut-être été plus pertinente si j'avais demandé « les centres proposent-ils un programme de formation continue, ou est-ce de votre seule responsabilité de vous former ? »

2. ANALYSE DES RÉSULTATS

2.1. Les rôles de la sage-femme en AMP

Par « rôles importants », je pensais à la responsabilité qu'elles peuvent avoir par rapport à ceux-ci.

2.1.1. Rôle administratif

J'ai pu constater que la sage-femme d'AMP possède un rôle administratif très important quel que soit les structures. De par les exigences croissantes de la qualité et la sécurité de prise en charge, ainsi que de la prévention des risques, ce rôle administratif ne cesse de s'alourdir. J'ai vu que cette tâche incombe aux sages-femmes de façon impérative, qu'elles ne peuvent s'en détacher. Elles sont personnel médical, mais plus disponibles que le médecin pour effectuer cette fonction, puisqu'elles appartiennent, la plupart du temps, exclusivement au service d'AMP.

2.1.2. Rôle dans la prise en charge psychologique

Son rôle dans l'accompagnement psychologique est également bien développé. Presque toutes les sages-femmes assurent avoir une part importante dans cette prise en charge. Les outils mis en place pour y parvenir sont la réalisation d'entretiens, l'annonce des résultats et, pour une grande majorité, l'accompagnement suite à cette annonce. A mon sens, c'est un rôle très important à développer quand une sage-femme travaille en AMP. La prise en charge des patients consiste avant tout en l'accueil de la souffrance de ces couples. Si c'est à la sage-femme de les suivre durant leur parcours, il est fondamental qu'elle commence par là, si elle veut accomplir une prise en charge globale du couple et explorer les non-dits.

Les questions de sexologie apparaissent dans les demandes des couples, et cette discipline fait partie du programme de l'école de sage-femme. Celle-ci a les compétences pour s'en charger, et a la possibilité de passer un DU de sexologie.

2.1.3. Rôle dans la prise en charge médicale

Dans la prise en charge médicale des couples, la sage-femme peut avoir une fonction paramédicale, (des prélèvements sanguins, participation aux différents actes selon les structures, du suivi post-opératoire, quand celui-ci est de leur responsabilité).

Le rôle d'information et d'explications est primordial. La totalité des sages-femmes l'effectuent en ce qui concerne les protocoles, et une grande majorité le font pour ce qui est des effets indésirables des traitements. Pour ce faire, elles ont parfois recours à des réunions d'information. Quant au côté médical de sa profession, elle est amenée à pratiquer des échographies de début de grossesse. Une grande partie profite de cette compétence pour pratiquer des échographies pelviennes sous couvert du médecin. Elles sont également compétentes dans le

diagnostic des complications de la prise en charge, tel que les hyperstimulations, les grossesses extra utérines, les fausses couches. Elles peuvent faire des consultations avec les couples.

L'interprétation des résultats leur est également possible à condition d'être informées des normes des valeurs concernées. Cependant, la liste des médicaments prescriptibles par la sage-femme est limitée, et ceux dans le contexte de l'AMP ne figurent pas sur cette liste.

Son rôle de coordinatrice lui permet d'effectuer toutes ces tâches en partenariat avec les autres professionnels, et de planifier les actes, les traitements.

Je me suis donc aperçue de la polyvalence des actes de la sage-femme en AMP, lorsqu'elle utilise ses compétences médicales, paramédicales et de gestion de la planification.

Tous ces éléments sont en conformité avec les données que j'ai pu recenser lors de mes recherches primaires. Ces données me permettent de confirmer ma première hypothèse car, en effet, les rôles de la sage-femme sont très variés, le suivi des patients est global et leur accompagnement est permanent.

2.2. L'évolution des fonctions de la sage-femme en AMP

2.2.1. Évolutions constatées

Pour ce qui est de l'évolution des techniques d'AMP, il y a eu quelques nouveautés. Le diagnostic préimplantatoire est apparu en 2000, en France. La dernière loi de bioéthique a mis en place l'Agence de biomédecine, afin de contrôler, entre autres, le domaine de l'AMP, compte tenu des avancées permanentes et des enjeux de la prise en charge. De plus l'accueil d'embryons, autrement dit leur don à des couples, a également découlé de cette loi. L'IMSI est apparu dernièrement. La demande des couples pour une prise en charge a considérablement augmenté au fil des années.

Ce qu'ont remarqué les sages-femmes, c'est l'augmentation considérable de la charge administrative, en lien avec l'apparition de l'Agence de biomédecine chargée de veiller à la qualité des pratiques et à leur évaluation.

Un dispositif de vigilance a d'ailleurs été mis en place dans ce cadre. Il est normal, dans ce cas, de participer activement au contrôle permanent des activités d'AMP, pour éviter au maximum la survenue des incidents et d'y remédier. Néanmoins, je suis d'accord sur le fait que cette charge de travail prend des proportions importantes au quotidien, et diminue la faculté de prise en charge globale des couples.

Les sages-femmes remarquent tout de même un suivi plus actif des couples, avec des entretiens plus nombreux, et plus de responsabilités au fil du temps. Les médecins constatent aussi

une pratique des échographies plus développée, et une participation plus active aux décisions. En effet, le recul quant aux débuts de l'AMP grandissant, les formations sont de plus en plus pointues. Cela permet un essor de la profession de sage-femme dans ce domaine. Tout ceci nécessite une mise à niveau des connaissances, afin de délivrer une information précise et de proposer une prise en charge rigoureuse des patients. Même si toutes les évolutions ne concernent pas une amélioration concrète des techniques effectuées par la sage-femme, elles doivent être prise en considération. Il me semble inconcevable d'exercer dans un domaine ayant une telle expansion, en s'appuyant sur des notions obsolètes.

2.2.2. Évolutions envisagées

Une évolution de l'effectif est souhaitée par les différents professionnels. En effet, certains centres sont en sous-effectifs en ce qui concerne les sages-femmes. Cela les met en difficulté dans leur pratique.

Quelques unes voient l'évolution en une prise en charge des couples de plus en plus nombreux.

Certaines sages-femmes et certains médecins pensent que les actes d'AMP, tels que l'insémination et les transferts d'embryons pourraient, un jour, leur être confiés. Ils incluent ceci dans l'élargissement du cadre des compétences. Or la profession de sage-femme se consacre à la prise en charge de la physiologie ; la sage-femme ne peut réaliser des actes médicaux en dehors de ce cadre, à moins d'inclure la prise en charge de certaines pathologies dans leur champ de compétences.

Nous pourrions envisager que les consultations de bilan de stérilité soient réalisées par les sages-femmes. Ceci pourrait entrer dans le cadre des compétences en diagnostic, puis orientation vers le professionnel compétent.

Concernant l'évolution des compétences des sages-femmes, la loi HPST permet à ces dernières un suivi gynécologique de prévention sur le point de donner naissance à la possibilité pour elles de pratiquer l'échographie pelvienne. D'après le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, cette nouveauté sera précisée dans la nouvelle version du code de déontologie des sages-femmes qui paraîtra en 2011. L'avantage rapporté à l'AMP, sera l'autonomie des sages-femmes dans la pratique des échographies de monitoring folliculaire, qui sera désormais de leur responsabilité. Elles doivent en prendre conscience car le médecin ne sera plus garant de leur pratique.

Enfin, l'évolution vers la recherche a été proposée par une sage-femme. Celle-ci est déjà mise en place dans certains centres, mais elle est peu proposée aux sages-femmes. L'ouverture de la formation au cursus universitaire en donnerait la possibilité de façon plus importante. Je suppose que l'amorce sera plus aisée dans les centres hospitaliers universitaires, comme c'est déjà le cas actuellement pour les sages-femmes ayant la possibilité de le faire.

En conclusion, la sage-femme a acquis de nouvelles fonctions grâce à l'avancée constante des techniques, ainsi qu'au champ des compétences s'élargissant. J'y ajouterais toutefois un bémol : ces évolutions doivent rester dans le cadre de ses compétences. Il n'est pas question de progression si cela enfreint le cadre légal. Pourtant la pratique des échographies pelviennes en est le témoin, même si elles sont pratiquées sous la responsabilité du médecin. Bientôt ce ne sera plus le cas, mais je me demande si le même genre de dérive pourrait, à nouveau, se produire. Si cela arrivait, il faudrait nécessairement contextualiser ces compétences afin qu'elles correspondent aux spécificités de la profession de sage-femme.

2.3. Formations et conditions d'exercices

La formation initiale concernant l'AMP, proprement dite a été mise en place dans le programme de l'école de sage-femme à partir de 1985, puis complété en 2001. La prise en charge psychologique et les outils la facilitant y sont également inclus, et sont compris dans un cadre plus général que l'AMP. Toutefois, une grande majorité des sages-femmes pensent que cette formation est insuffisante pour exercer en AMP, en citant différentes lacunes.

2.3.1. Formations quant à la prise en charge médicale

*** Sages-femmes ayant une formation initiale suffisante**

Il s'agit d'une minorité de sages-femmes.

Dans ce groupe, une seule sage-femme, diplômée de 1977 a déclaré n'avoir effectué aucune formation complémentaire. Celle-ci ne pratique pas les échographies.

Parmi les 5 sages-femmes pratiquant les échographies pelviennes, seulement 2 déclarent avoir suivi une formation correspondante. Ce n'est pas suffisant, puisque la réalisation de ce type d'échographie nécessite une formation spécifique, et qu'elle est de la responsabilité du médecin.

Je pense, que, même si la formation initiale paraît suffisante pour les actes qu'une sage-femme exerce, les données concernant l'AMP évoluent et il est obligatoire de continuer à se

former régulièrement, comme l'impose la formation continue. Ceci permet de perfectionner les pratiques spécifiques de ce service, et à donner des informations toujours pertinentes et précises.

* Sages-femmes ayant une formation initiale insuffisante

Pratiquement toutes les sages-femmes ont pallié le manque de formation qu'elles avaient énoncé. En effet, la plupart ont suivi des formations complémentaires. Il s'agit d'un résultat très satisfaisant, compte tenu des exigences de la profession.

Le chiffre diminue un peu si j'intègre les sages-femmes s'étant formées en échographie lorsqu'elles les pratiquent, ce qui, à mon avis, permet un exercice optimal en AMP. Ceci donne une proportion assez satisfaisante de sages-femmes ayant bénéficié d'une formation relativement complète. A l'inverse, je trouve absolument surprenant que des sages-femmes, n'ayant parfois pas eu de formation initiale en échographie, ne soient pas formées avant d'en pratiquer.

2.3.2. Formations quant à la prise en charge psychologique

Une proportion très importante de sages-femmes pense avoir une place importante dans la prise en charge psychologique.

Moins de la moitié des sages-femmes trouvent que la prise en charge initiale est suffisante pour cette part de l'exercice. Elles écrivent souvent que c'est l'expérience et la personnalité de chacune qui les aident à satisfaire ce besoin des couples. J'ai alors pensé que la formation relative à la psychologie était peut-être abordée de façon très différente selon les écoles où les sages-femmes ont été formées. A mon sens, lorsque les outils permettant cette prise en charge sont correctement travaillés, ils peuvent être combinés et utilisés dans de très nombreuses situations, dont celles rencontrées en AMP. Cependant, il est vrai que pour parfaire cette pratique, il est souhaitable d'effectuer une formation complémentaire en lien avec les cas rencontrés en AMP. Ceci est nécessaire pour bien comprendre la détresse de ces couples touchés par la stérilité. Certains DU et DIU proposés en AMP permettent d'aborder le versant psychologique de la stérilité, l'infertilité, leur prise en charge.

Quoi qu'il en soit, j'ai retiré de cette analyse que la formation initiale à elle seule, n'est pour le moment pas suffisante pour une prise en charge idéale des patients. Quand ce ne sont pas des points de théorie qui doivent être éclaircis, c'est la formation pratique qui doit être améliorée. La plupart des sages-femmes avaient le souci d'une pratique permettant d'assurer une qualité et une sécurité des soins optimales, ce qui est rassurant compte tenu des enjeux tant médicaux que

psychologiques. Autrement, l'exercice en autonomie ne pourrait se faire dans de bonnes circonstances si la sage-femme avait constamment recours aux autres professionnels. Lorsque ces formations sont effectuées, j'ai pu constater que les sages-femmes sont souvent aptes à répondre aux demandes des couples, tout en maintenant la collaboration avec le médecin, ou d'autres intervenants lorsque la situation dépasse leurs compétences. Ceci est un bon exemple à prendre pour toutes les sages-femmes.

2.3.3. Conditions d'exercice

* Effectif et activité

Dans l'effectif de sages-femmes des 13 centres, j'ai pu constater de très grandes différences d'activité. En effet, la somme des actes effectués est comprise entre 507, pour une sage-femme du centre d'Angers qui ne pratique pas d'échographies et 1956 pour une sage-femme de Metz. Cette différence me paraît considérable. J'ai la certitude que les centres débordant d'activité ne permettent pas des conditions d'activité optimales lorsque le nombre de sages-femmes est restreint à l'identique d'un établissement effectuant 3 ou 4 fois moins d'actes. Ceci a une influence directe sur les rencontres entre les couples et la sage-femme. Effectivement, j'ai remarqué que les sages-femmes étant débordées ont moins l'occasion de multiplier ces rencontres, ce qui, à mon avis, a un effet néfaste sur la relation qu'elles peuvent entretenir avec eux. Il paraît logique qu'une sage-femme ayant l'occasion de les voir plus souvent sera plus proche d'eux, et plus réceptive à leurs demandes. Les requêtes formulées sont, d'ailleurs, celles d'une écoute attentive, un accompagnement soutenu, permanent ; donc une accessibilité de la sage-femme qui leur permettrait également d'obtenir les réponses qu'ils souhaitent. Certains aimeraient d'ailleurs être suivis par la même sage-femme tout au long de leur parcours, ce qui est impossible dans des conditions de travail abondant.

* Interactions au sein du groupe

Les interactions au sein de l'équipe pluridisciplinaire sont satisfaisantes pour la quasi-totalité des sages-femmes. Elles favorisent de bonnes conditions de prise en charge. Très souvent, il a été décrit un travail d'équipe, une relation de confiance, une complémentarité entre les membres du service. La sage-femme est vraiment, la plupart du temps la coordinatrice de toute la prise en charge ; un élément référent pour les couples au centre de ce groupe de soignants. Il en

est de même pour les relations avec le médecin ; elle est le « trait d'union » entre lui et les patients.

Mais les éléments sont plus péjoratifs dans certains centres, où les sages-femmes se sentent parfois lésées :

« *La sage-femme a peu d'autonomie, pas de rôle prescripteur* »

Il est vrai que le rôle prescripteur de la sage-femme étant limité à certains médicaments dans le cadre du suivi de grossesse, du travail, de l'accouchement, des suites de couches ou du suivi gynécologique de prévention, l'usage en AMP est très restreint. Pour le moment, la sage-femme a parfois le devoir de se référer au médecin pour les actes qu'elle effectue. Mais ceci s'applique uniquement aux échographies et à l'adaptation des traitements. Toutes les autres missions étudiées peuvent être réalisées en autonomie. Leur réalisation dépend seulement de ce que l'on veut bien accorder à la sage-femme dans ce service.

▪ « *Intermédiaire, vulgarisation* »

Le terme « vulgarisation » m'a interpellée car littéralement, ce terme (lat. *vulgus*) désigne la partie la moins noble de la population, d'où une connotation actuelle dépréciative. Mais cela peut être compris dans le sens où la sage-femme est au contact du peuple ; plus accessible, populaire. Ceci inverserait alors la connotation et en ferait un critère beaucoup plus valorisant.

▪ « *Place inconfortable* »

La place de la sage-femme entre le couple et le médecin peut ne pas du tout être valorisée. Cela détruit la possibilité d'exploiter les ressources de la profession qui en est pourtant tellement riche.

Dans l'ensemble des prises en charge, lorsque les couples ont des sollicitations particulières, les sages-femmes sont capables d'y répondre, le plus souvent. Si elles sentent que cela dépasse leurs possibilités elles n'hésitent pas à adresser les personnes vers le professionnel compétent, effectuant ainsi un travail en collaboration.

L'analyse de ces résultats me permet de confirmer ma troisième hypothèse, car en effet, toutes les conditions ne sont pas toujours réunies pour un exercice optimal de la profession dans ce domaine. Néanmoins, lorsque les conditions de formation et d'exercice sont réunies, l'exercice en autonomie et coopération est tout à fait réalisable. J'insiste sur la nécessité de la formation continue pour toutes les sages-femmes afin de garder une grande part de cette indépendance, propre à notre métier.

2.4. Utilité des sages-femmes dans le service

2.4.1. Du point de vue des sages-femmes

« Une fois qu'on a travaillé en AMP, on comprend que c'est une évidence »

Les sages-femmes énoncent les points forts de la profession, qui justifient leur présence, tel que des connaissances solides en gynécologie et obstétrique, l'étude de la physiologie, la connaissance en échographie. La vision et la prise en charge globale du couple dans leur projet de parentalité et la compréhension du désir d'enfant, ainsi que la gestion des conséquences possibles de l'incapacité à mettre en œuvre ce projet, sont du ressort de la sage-femme. L'autonomie de la sage-femme est mise en avant.

La sage-femme en AMP concrétise l'espoir de grossesse (comme le précisent les données de la littérature).

Un autre avantage est celui de la continuité de la prise en charge de la grossesse par la sage-femme du centre.

2.4.2. Du point de vue des infirmières

Dans les centres sans sages-femmes, ce sont les médecins qui réalisent tous les actes médicaux de la prise en charge, laissant aux infirmières les activités paramédicales et l'accompagnement psychologique. Elles estiment que leur formation initiale est suffisante pour ce genre d'exercice. Aucune des infirmières ne trouve utile la présence d'une sage-femme dans le service. Pour elles, les couples en AMP ont un problème de stérilité, dont le suivi, en dehors de celui des médecins, est purement paramédical et psychologique. En aucun cas la notion de grossesse est à développer, selon certaines d'entre elles.

« On parle de stérilité, on ne parle pas de grossesse »

Malgré la stérilité qui les pousse à consulter, leur espoir n'est-il pas, tout de même, d'obtenir une grossesse ?

2.4.3. Du point de vue des médecins

Les médecins, dans les centres comportant des sages-femmes soulignent l'importance de leur présence, de par leurs connaissances médicales en gynécologie, obstétrique, et sexualité,

complétées par leurs activités paramédicales. Leur capacité d'écoute et d'accompagnement psychologique est également mise en avant.

« Sa seule présence en AMP concrétise déjà la grossesse potentielle »

« Collègue indispensable, pierre angulaire sur laquelle repose tout le système, car elle coordonne l'ensemble du suivi quotidien tout au long de la PMA »

Un médecin a tout de même fait remarquer son hésitation quant à l'utilité d'une sage-femme en AMP, en précisant que le travail avec une infirmière était identique, tout au moins dans le centre où il exerce.

Dans les centres sans sages-femmes, l'un des médecins est favorable à l'intégration d'une sage-femme dans le service, tandis que l'autre exprime un avis défavorable quant à cette idée.

2.4.4. Analyse des différents avis

Même si la sage-femme pratique des activités paramédicales, elle a des compétences médicales qu'une infirmière ne possède pas. Certes, les centres n'ayant pas recours à une sage-femme peuvent s'en passer puisque toutes les tâches médicales sont effectuées par les médecins (échographies, diagnostic des complications, interprétation des résultats...). Cependant, je pense qu'une grande perte de ressources a lieu. Selon moi, on ne peut pas accueillir et prendre en charge un couple en mal d'enfant sans évoquer ce manque ; ce désir de grossesse et d'enfant. Afin de se décharger de leurs émotions, les membres du couple doivent les exprimer et, le cas échéant, la sage-femme doit les aider à y parvenir. Il est vrai qu'un psychologue peut s'en occuper directement, mais cela multiplierait les interlocuteurs. La sage-femme de par ses compétences en la matière, et les nombreuses formations à sa disposition, est tout à fait apte à entreprendre cette exploration de leurs désirs et de leurs déceptions, utile au bien être des couples. Si elle dépistait des éléments nécessitant un suivi plus approfondi et spécifique, elle les orienterait alors vers le professionnel compétent.

Voilà pourquoi je suis persuadée de la nécessité de la présence d'une sage-femme en AMP ; elle est très enrichissante pour le fonctionnement du service. J'ai pu constater dans certains établissements que sages-femmes et infirmières travaillaient en partenariat, et à mon sens, il s'agit du meilleur fonctionnement. Les infirmières effectuant le versant paramédical de la prise en charge, cela allègerait considérablement les missions de la sage-femme qui pourrait s'investir complètement dans la prise en charge médicale et psychologique.

3. PROPOSITIONS

3.1. Quant à la formation

3.1.1. Les échographies pelviennes

Etant donné les nouvelles compétences de la sage-femme, la formation initiale en échographies pelviennes devra être approfondie. Les stages aux urgences gynécologiques et obstétricales pourraient permettre la mise en application de la formation.

Les sages-femmes diplômées devraient être impérativement formées par les médecins si ça n'a pas été le cas auparavant. Il en va de leur responsabilité.

3.1.2. Les protocoles en AMP

Ce sujet étant déjà abordé en formation initiale et actualisé au fur et à mesure, le manque, le souhait de compléments devrait systématiquement donner lieu à des formations complémentaires. Celles-ci pourraient être promues par les structures employant les sages-femmes, et ces dernières devraient constamment se tenir informées des formations possibles et des notions nouvelles.

3.1.3. La formation psychologique

Elle est mise en place, et parfois très poussée lors de la formation initiale par l'intermédiaire d'outils permettant l'entretien et l'animation de réunions. Les outils d'élocution y sont également travaillés. Cependant, des stages pourraient être proposés dans des structures permettant leur mise en pratique régulière. Les centres de planification familiale, les centres médicosociaux sont des lieux déjà proposés. L'idéal serait d'augmenter la quantité des stages au sein de ces lieux, ou d'en trouver d'autres, afin de diversifier les types de population.

3.2. Quant aux conditions d'exercice

3.2.1. L'effectif des sages-femmes

Il est vrai qu'un effectif faible ne permet pas l'exploitation de toutes les missions possibles en AMP. L'idéal serait de l'améliorer dans toutes les structures afin de permettre un suivi plus complet des patientes par chaque sage-femme, et d'alléger la charge administrative de chacune.

Malheureusement, cet effectif étant en lien avec le budget de l'hôpital, souvent peu conséquent, il n'est pas forcément la priorité des améliorations de l'établissement de santé.

3.2.2. Les interactions au sein de l'équipe

Les interactions avec les autres professionnels dépendent principalement des mentalités du service. Ce dernier doit garder en objectif une prise en charge de qualité des patients, dans leur intérêt, en permettant à chaque intervenant d'agir en exploitant au maximum ses compétences. Si la sage-femme se sent lésée dans l'exercice de sa profession, l'idéal serait d'en informer l'équipe pour essayer de trouver des solutions qui conviennent à tous, en se référant à l'objectif cité précédemment.

3.2.3. Des compétences clairement définies

Le référentiel métier comporte des situations types permettant de guider les sages-femmes dans leurs différents exercices. Une situation type pourrait être créée concernant l'AMP, afin de permettre un exercice concret aux sages-femmes, et ce, de façon nationale.

Le Conseil de l'Ordre m'a précisé qu'il est prévu, dans la loi de Bioéthique, que « les sages-femmes peuvent concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation dans les conditions définies par décret » (Adoption par l'Assemblée Générale en 1^{ère} lecture, le 10 février 2011). La loi devra être votée au Sénat avant d'être adoptée. Ceci permettrait peut-être, enfin, de mettre en place des dispositions communes à tous les centres. Cette disposition me semble capitale pour donner des repères aux sages-femmes afin d'adapter leurs compétences à ce service et de pouvoir ainsi « être compétentes » en AMP.

Conclusion

La sage-femme, profession spécifique de par sa prise en charge physiologique de la femme à tous les âges de la vie, a la possibilité d'exercer en AMP. Ses compétences ont été adaptées afin de lui permettre également la prise en charge des couples en mal d'enfant. Mon objectif était d'étudier les conditions et les limites de celle-ci, mais également le moyen d'y parvenir de façon optimale. Pour cela, j'ai tout d'abord étudié le cadre légal dans lequel exercent les sages-femmes et les types de prise en charge lui appartenant. Puis j'ai réalisé une enquête évaluant les formations des sages-femmes, leurs conditions d'exercice et l'évolution, au fil du temps, des différentes missions qu'elles exercent, en lien avec la progression actuelle de leurs attributions. Cela m'a permis de constater une réelle nécessité de celles-ci dans un service d'AMP. Ce besoin est fondé sur leurs compétences médicales et paramédicales, couplées à des notions de psychologie développées en la matière, et sur la disponibilité dont elles font preuve pour se consacrer aux demandes de ces couples en détresse. Leur charge de travail étant souvent très conséquente, l'idéal serait de travailler en binôme avec une infirmière. Dans ces conditions, leur autonomie serait respectée et elles pourraient exploiter pleinement les fonctions particulières leur étant attribuées dans ce domaine. Actuellement, tous les centres ne le permettent pas, et les sages-femmes n'ont pas toujours l'occasion d'aller jusqu'au bout de leurs possibilités.

Il serait très intéressant de savoir ce que les couples ont à dire quant à cette prise en charge.

Bibliographie

1. Agence de la biomédecine, Missions et objectifs, Livret d'informations.
2. Agence de la biomédecine, Guide d'aide à la mise en place du dispositif d'AMP vigilance, juin 2010.
3. Agence de la biomédecine, Plaquette d'informations « le dispositif d'AMP vigilance ».
4. Agence de la biomédecine, Plaquette d'informations « dons d'ovocytes ».
5. Agence de la biomédecine, Plaquette d'informations « don de spermatozoïdes ».
6. Code de la Santé Publique :
 - a. Partie législative, Deuxième partie, Livre Ier, Titre IV, Chapitre Ier.
 - b. Partie législative, Deuxième partie, Livre Ier, Titre IV, Chapitre II.
 - c. Partie réglementaire, Deuxième partie, Livre Ier, Titre IV, Chapitre II, Section 2.
 - d. Articles R2142-1, R2142-6, R2142-8, R2142-22, R2142-37.
 - e. Articles L4151-1 à L4151-4.
 - f. Partie législative, Sixième partie, Livre Ier, Titre II, Chapitre II.
 - g. Partie législative, Sixième partie, Livre II, Titre II, Chapitre Ier.
 - h. Article L6211-2, article R6211-11.
7. Directives européennes 2004/23/CE et 2006/86/CE.
8. Décret 2008-588 du 19 juin 2008.
9. Arrêtés du 11 avril 2008
10. Arrêté du 18 décembre 2008.
11. Ordonnance du 22 mai 2008.
12. Lois de bioéthique : 94-653, 94-654 et 2004-800.
13. Code de déontologie des sages-femmes.
14. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. CASSF, CNOSF. Janvier 2010.
15. Assistance médicale à la procréation. Dictionnaire permanent, Bioéthique et biotechnologies. Septembre 2009. [extraits]

16. Mehl D. Enfants du don. Procréation Médicalement Assistée : parents et enfants témoignent. Robert Laffont. Paris 2007.
17. Hamamah S, Saliba E, Benahmed M, Gold F. Médecine et biologie de la reproduction, des gamètes à la conception. Deuxième édition. Masson. 2004.
18. Oliiviennes F, Hazout A, Frydman R. Assistance Médicale à la Procréation, 3^e édition. Masson ; 2006.
19. Blanchet V. Les Dossiers de l'obstétrique/n° 296/juillet 2001. Rôle de la sage-femme dans un service d'Assistance Médicale à la procréation. p. 37 à 44.
20. Mignot S. Profession sage-femme/n°145. Parcours d'obstacles. p. 4 à 7.
21. Frydman R, Rossin B, Davy C, Oliiviennes F, Marchetti C, Dewailly D, Frydman N, Hesters L, Fanchin R, Feyereisen E, Jouannet P, Chalas C, Fauque P, Juillard J-C, Kunstmann J-M, Dudkiewicz-Sibony C. La Revue du praticien/n°5/tome 56/15 mars 2006. Monographie : fécondation, stérilité, AMP, les règles de bonnes pratiques. p. 477 à 531.
22. V. Blanchet. La revue sage-femme/volume 5/n°6/décembre 2006. Le parcours des couples qui entreprennent une FIV dans les centres d'AMP. p. 286 à 289.
23. Ponte C. Vocation sage-femme/n°64/juillet-août 2008. AMP, de nouvelles règles de bonnes pratiques. p. 38-39.
24. Sauvageon B. Vocation sage-femme/n°68/janvier 2009. Sage-femme en AMP, l'accompagnement avant tout. p. 15-16.
25. Francillon F. Vocation sage-femme/n°54/juillet-août 2007. Le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des couples. p. 9
26. Epelboin S. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction/vol 37. Suivi des femmes après AMP. [résumé]
27. www.agence-biomedecine.fr (consulté le 4 février 2011)
28. www.cairn.info. Bouet C. Spirale/n°32/2004-4. L'expérience d'une sage-femme dans la création d'une unité de FIV. (consulté le 17 septembre 2010)
29. www.elpea.fr. Les Dossiers de l'Obstétrique. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. (consulté le 5 mars 2011)
30. www.isocochin.fr (consulté le 7 décembre 2010)

31. www.imr-marseille.com (consulté le 5 février 2011)
32. Lalande M. Mémoire de fin d'études. Rôle des sages-femmes en AMP. Bordeaux, 1996.
33. www.ka-events.fr/ffer/ (consulté le 7 mars 2011)
34. www.s-m-r.org/tag/congres-smr (consulté le 7 mars 2011)
35. <http://congres.eska.fr/home> (consulté le 7 mars 2011)
36. www.s-m-r.org/medias/2010/01/Prog-XIIJournées-SMR.pdf (consulté le 10 mars 2011)
37. www.salf.fr/site/doc/FR/Avant_programme_FFER_Paris_2010.pdf (consulté le 10 mars 2011)

ANNEXES

ANNEXE I

Liste des centres sollicités pour l'enquête

AMIENS : CHU d'Amiens, centre de gynécologie-obstétrique

ANGERS : CHU d'Angers

BESANÇON : CHU Saint Jacques

BONNEVILLE : Hôpital de Bonneville

BORDEAUX : CHU Pellegrin

BREST : CHRU Hôpital Morvan

CAEN : CHRU de Caen

CLAMART : Hôpital Antoine Béclère (APHP)

CLERMONT-FERRAND : CHU Hôtel Dieu

CRETEIL : CHI de Créteil

GRENOBLE : CHU de Grenoble, Pôle Hôpital Couple-Enfant

LE HAVRE : Hôpital Jacques Monod

LILLES : CHR Jeanne de Flandre

LIMOGES : CHU Dupuytren

LORIENT : CH de Bretagne Sud

METZ : Hôpital Maternité de Metz

MARSEILLE : Hôpital Saint Joseph, 8^e arrondissement

MONTPELLIER : CHU Arnaud de Villeneuve

NANCY : Maternité régionale universitaire de Nancy

NANTES : CHU de Nantes Hôpital Mère-Enfant

NIMES : GH Caremeau

PARIS :

- Hôpital Saint Vincent de Paul (APHP)
- Institut Mutualiste Montsouris, 14^e arrondissement
- Hôpital Tenon (APHP), 20^e arrondissement

POITIERS : CHU La Milettrie

REIMS : Hôpital Maison Blanche

RENNES : CHR Hôpital Sud

ROUEN : CHU Charles Nicolle

SCHILTIGHEIM : SIHCUS/CMCO

SEVRES : Centre hospitalier des quatre villes, site de Sèvres

TOULOUSE : CHU Paule de Viguier

TOURS : CHRU Bretonneau

APHP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

ANNEXE II

Questionnaire sages-femmes

1. Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ?
2. Combien de temps avez-vous travaillé en service d'AMP **depuis le début de votre carrière** ?
3. Etait-ce un **choix** de travailler en AMP ?
 - Non
 - Oui ; quelles étaient vos motivations ?
4. Pensez-vous que votre **formation initiale** vous permet de travailler en service d'AMP ?
 - Oui
 - Non ; que manque-t-il à votre formation ?
5. Avez-vous du suivre des formations complémentaires **pour pouvoir intégrer le service d'AMP** ?
 - Non
 - Oui ; lesquelles ?
6. **Depuis que vous exercez dans ce service**, avez-vous suivi d'autres formations dans ce domaine ?
 - Non
 - Oui ; lesquelles ?
7. Etes-vous **tenu(e) d'effectuer** ces formations ?
 - Oui
 - Non
8. Quelles sont les **missions** que vous exercez dans votre structure (cocher les items correspondant) ?
 - Administratif :
 - Constitution du dossier médical
 - Actualisation du dossier
 - Saisie des actes
 - Autres :
 - Médical :
 - Prélèvements** sanguins en vue des dosages hormonaux
 - Suivi échographique** de l'évolution des **stimulations ovariennes**

ANNEXE II

Questionnaire sages-femmes

- **Interprétation des résultats** biologiques
- **Adaptation des traitements** prescrits en fonction des résultats biologiques
- **Participation à l'adaptation de ces traitements** avec le médecin
- **Explication** des protocoles aux patients
- **Informations** au couple concernant les effets indésirables possibles des traitements.
- **Participation** aux ponctions folliculaires
- **Participation** aux transferts d'embryons
- **Réalisation** des inséminations artificielles
- **Participation** aux inséminations artificielles
- **Consultations** médicales
- **Echographie** de début de grossesse
- Autres :
- Psychologique :
 - **Entretiens** avec les couples
 - **Entretiens téléphoniques**
 - **Annonce** des résultats aux différents moments de la prise en charge
 - **Accompagnement** suite à l'annonce de ces résultats
 - Autre :
 - Autres missions :

9. Pouvez-vous me décrire les interactions existant **entre vous et les autres catégories professionnelles du service**?

10. Quelle est votre place **entre le médecin et les patients** ?

11. Etes-vous le professionnel qui **rencontre le plus les patients** dans le service ?

- Oui
- Non

12. **Combien** de fois en moyenne rencontrez-vous un couple pendant son suivi dans le service ?

ANNEXE II

Questionnaire sages-femmes

13. S'il y a plusieurs sages-femmes, exercent-elles les **mêmes missions simultanément** ou est-ce un **roulement au cours de la semaine** ? Ainsi, chaque couple est-il **suivi par une ou plusieurs** sages-femmes ?

14. Avez-vous l'impression d'avoir une part importante dans la **prise en charge psychologique des patients** ?

- Non
- Oui

Si oui, votre formation de sage-femme vous permet-elle de bien **gérer cet accompagnement** ?

15. Les couples ont-ils des **demandes particulières** ? Lesquelles ?

16. Etes-vous apte à répondre à ces demandes **de façon autonome** ?

- Oui, toujours
- Souvent
- Non

17. Prenez-vous une place importante dans la **prise en charge masculine** ?

- Non
- Oui ; laquelle :

18. Si non, s'agit-il plutôt d'une **prise en charge globale du couple**, ou d'avantage **de la femme** ?

19. Une fois la **grossesse en cours**, rencontrez-vous à nouveau le couple ?

- Non
- Oui ; à quel moment et dans quel objectif ?

20. Si vous êtes dans le service **depuis plusieurs années**, avez-vous ressenti une **évolution de vos fonctions** depuis le début ?

21. Comment envisagez-vous **l'évolution de la profession de sage-femme en A.M.P.** dans les **années à venir** ?

22. Selon vous, qu'est-ce qui justifie la présence d'une sage-femme en AMP ?

23. Avez-vous la possibilité de **participer à la recherche** dans le domaine de l'AMP ?

- Non
- Oui ; de quelle façon ?

ANNEXE III

Questionnaire médecins (centres avec sages-femmes)

1. Depuis quelle année êtes vous diplômé(e) ? Quelle est votre spécialité ?
2. Depuis combien d'années exercez-vous en A.M.P. ?
3. Quelles sont vos fonctions en A.M.P. ?
4. Quelle vision avez-vous du rôle de la sage-femme dans le service d'AMP ? Pouvez-vous justifier votre réponse ?
5. Pouvez-vous détailler votre partenariat avec les sages-femmes au sein du service ?
6. Avez-vous constaté une évolution de leurs pratiques, en AMP, dans les années précédentes ?
 - Non
 - Oui ; laquelle ?
7. Voyez-vous une évolution possible de la profession de sage-femme en A.M.P. dans les années à venir ?
 - Non
 - Oui ; laquelle ?
8. Qu'en pensez vous ?

ANNEXE IV

Questionnaire médecins (centres sans sages-femmes)

1. Depuis quelle année êtes vous diplômé(e) ? Quelle est votre spécialité ?
2. Depuis combien d'années exercez-vous en A.M.P. ?
3. Quelles sont vos fonctions en A.M.P. ?
4. Penseriez-vous utile la présence d'une sage-femme dans le service, de par sa formation et sa place auprès des femmes ?
 - Oui
 - Non

Pouvez-vous justifier votre réponse ?

ANNEXE V

Questionnaire infirmières

1. Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ?
2. Combien de temps avez-vous travaillé en service d'AMP **depuis le début de votre carrière** ?
3. Etait-ce un **choix** de travailler en AMP ?
 - Non
 - Oui ; quelles étaient vos motivations ?
4. Pensez-vous que votre **formation initiale** vous permet de travailler en service d'AMP ?
 - Oui
 - Non ; que manque-t-il à votre formation ?
5. Avez-vous du suivre des formations complémentaires **pour pouvoir intégrer le service d'AMP** ?
 - Non
 - Oui ; lesquelles ?
6. **Depuis que vous exercez dans ce service**, avez-vous suivi d'autres formations dans ce domaine ?
 - Non
 - Oui ; lesquelles ?
7. Etes-vous **tenu(e) d'effectuer** ces formations ?
 - Oui
 - Non
8. Quelles sont les **missions** que vous exercez dans votre structure (cocher les items correspondant) ?
 - Administratif :
 - Constitution du dossier médical
 - Actualisation du dossier
 - Saisie des actes
 - Autres :
 - Médical :
 - Prélèvements** sanguins en vue des dosages hormonaux
 - Interprétation des résultats** biologiques
 - Adaptation des traitements** prescrits en fonction des résultats biologiques
 - Participation à l'adaptation de ces traitements** avec le médecin
 - Explication** des protocoles aux patients
 -

ANNEXE V

Questionnaire infirmières

- **Informations** au couple concernant les effets indésirables possibles des traitements.
 - **Participation** aux ponctions folliculaires
 - **Participation** aux transferts d'embryons
 - **Participation** aux inséminations artificielles
 - Autres :
- Psychologique :
 - **Entretiens** avec les couples
 - **Entretiens téléphoniques**
 - **Annonce** des résultats aux différents moments de la prise en charge
 - **Accompagnement** suite à l'annonce de ces résultats
 - Autre :
 - Autres missions :
9. Pouvez-vous me décrire les interactions existant **entre vous et les autres catégories professionnelles du service**?
10. Quelle est votre place **entre le médecin et les patients** ?
11. Etes-vous le professionnel qui **rencontre le plus les patients** dans le service ?
- Oui
 - Non
12. **Combien** de fois en moyenne rencontrez-vous un couple pendant son suivi dans le service ?
13. S'il y a plusieurs infirmières, exercent-elles les **mêmes missions simultanément** ou est-ce un **roulement au cours de la semaine** ? Ainsi, chaque couple est-il **suivi par une ou plusieurs** infirmières ?
14. Avez-vous l'impression d'avoir une part importante dans la **prise en charge psychologique des patients** ?
- Non
 - Oui ; votre formation initiale vous permet-elle de bien **gérer cet accompagnement** ?
15. Les couples ont-ils des **demandes particulières** ? Lesquelles ?
16. Etes-vous apte à répondre à ces demandes **de façon autonome** ?
- Oui, toujours
 - Souvent
 - Non

ANNEXE V

Questionnaire infirmières

17. Prenez-vous une place importante dans la **prise en charge masculine** ?
- Non
 - Oui ; laquelle :
18. Si non, s'agit-il plutôt d'une **prise en charge globale du couple**, ou d'avantage de **la femme** ?
19. Une fois la **grossesse en cours**, rencontrez-vous à nouveau le couple ?
- Non
 - Oui ; à quel moment et dans quel objectif ?
20. Avez-vous la possibilité de **participer à la recherche** dans le domaine de l'AMP ?
- Non
 - Oui ; de quelle façon ?
21. Penseriez-vous utile la présence d'une sage-femme dans le service ?
- Non ; pourquoi ?
 - Oui ; en quoi ?

ANNEXE VI

Questionnaire cadres (centres avec sages-femmes)

1. Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Dans quelle profession ?
2. Depuis quelle année exercez vous la fonction de cadre ?
3. Depuis quand exercez-vous cette fonction au sein du service ?
4. Avez-vous suivi des formations complémentaires en rapport avec l'A.M.P. ? Si oui, lesquelles ?
5. Quelles missions devez vous remplir au sein du service ?
6. Quelles sont les différents professionnels de santé composant l'équipe d'AMP ? Pouvez-vous détailler leur nombre dans chaque catégorie ? (Y compris les professionnels intervenant de façon ponctuelle, comme les psychologues, les sexologues, les conseillers conjugaux....)
7. Existe-t-il des fiches de postes et de fonction dans le service concernant les missions de chaque professionnel ?
8. Comment sont-elles élaborées (par qui et d'après quoi) ?
9. Est-il possible d'en obtenir un exemplaire en ce qui concerne les sages-femmes ?
10. Quelles sont les interactions existant entre la sage-femme et les autres personnels du service ?
11. Quelle vision avez-vous du rôle de la sage-femme dans ce service ?
12. Si vous travaillez dans le service depuis plusieurs années, avez-vous constaté une évolution de leur profession dans les années précédentes ?
 - Non
 - Oui ; laquelle ?
13. Voyez-vous une évolution possible de la profession de sage-femme en A.M.P. dans les années à venir ?
 - Non
 - Oui ; laquelle ?
14. Qu'en pensez vous ?

ANNEXE VII

Questionnaire cadres (centres sans sages-femmes)

1. Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Dans quelle profession ?
2. Depuis quelle année exercez vous la fonction de cadre ?
3. Depuis quand exercez-vous cette fonction au sein du service ?
4. Avez-vous suivi des formations complémentaires en rapport avec l'A.M.P. ? Si oui, lesquelles ?
5. Quelles missions devez vous remplir au sein du service ?
6. Quelles sont les différents professionnels de santé composant l'équipe de la structure d'AMP ? Pouvez-vous détailler leur nombre dans chaque catégorie ? (Y compris les professionnels intervenant de façon ponctuelle, comme les psychologues, les sexologues, les conseillers conjugaux....)
7. Existe-t-il des fiches de postes et de fonction dans le service concernant les missions de chaque professionnel ?
8. Comment sont-elles élaborées (par qui et d'après quoi) ?
9. Pouvez-vous décrire les interactions entre les différentes catégories professionnelles dans le service ?
10. Penseriez-vous utile la présence d'une sage-femme dans le service, de par sa formation et sa place auprès des femmes ?
 - Oui
 - Non

Pouvez-vous justifier votre réponse ?

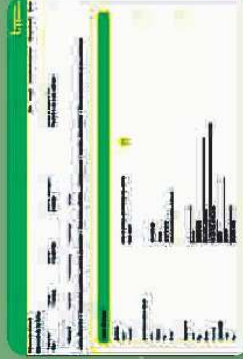
ANNEXE VIII

Plaquette « dispositif d'AMP vigilance »

Agence de la biomédecine

Informations pratiques

- Pour remplir en ligne la fiche de déclaration d'AMP vigilance : www.sipg.sante.fr
 - Pour télécharger la fiche de déclaration d'AMP vigilance : www.agence-biomedecine.fr
 - Pour télécharger le guide d'aide à la mise en place du dispositif d'AMP vigilance : www.agence-biomedecine.fr
 - Pour télécharger le guide de remplissage de la fiche de déclaration : www.sipg.sante.fr
- * accès réservé avec login et mot de passe



Agence de la biomédecine

Établissements relevant du ministère de la Santé
 Pour contacter le Pôle Sécurité-Qualité de l'Agence de la biomédecine :
 Mail : ampvigilance@biomedecine.fr
 Tel : 01 55 93 69 03 ou 64 53
 Fax : 01 55 93 69 36

Adresse postale :
 Agence de la biomédecine
 Direction médicale et scientifique
 Pôle Sécurité-Qualité
 1 avenue du Siècle de France
 93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Qu'est-ce qu'un événement indésirable ?

Les événements indésirables comprennent des effets indésirables et des incidents.

→ **Un effet indésirable** recouvre toute réaction nocive liée ou susceptible d'être liée aux activités d'AMP*, survenant chez une personne ayant recours à l'AMP ou chez un donneur de gamètes.

* stimulation ovarienne, ponction folliculaire, insémination, transfert embryonnaire

Un effet indésirable grave est défini comme tout effet indésirable susceptible d'entraîner la mort ou de mettre la vie en danger, d'entraîner une invalidité ou une incapacité, de provoquer ou de prolonger une hospitalisation ou tout autre état morbide, ou susceptible de se reproduire chez un ou plusieurs donneurs ou personnes qui ont recours à l'AMP.

→ **Un incident** recouvre tout accident ou erreur survenant au cours des différentes étapes du processus d'AMP, susceptible d'entraîner un effet indésirable sur la personne ou la perte de gamètes, de tissus germinaux ou d'embryons.

Un incident grave est défini comme tout incident susceptible d'entraîner des effets indésirables graves. Doit également être considéré comme incident grave tout incident susceptible d'occasionner une erreur d'attribution ou une perte de gamètes, tissus germinaux ou embryons avec dissociation des chances de procréation.



↑ Laboratoire IVF - réalisation des documents de suivi des consignes de biologie

Un dispositif d'AMP vigilance pourquoi ?

Les patients qui recourent à une assistance médicale à la procréation (AMP) peuvent se trouver confrontés à des risques d'événements indésirables, parfois graves. Il peut s'agir, par exemple, de syndromes d'hyperstimulation ovarienne ou de complications opératoires, ou encore de perte de chance liée à des défauts matériels ou à des problèmes d'étiquetage.

Afin de garantir la sécurité des soins et d'améliorer la qualité des pratiques, la loi de bioéthique a prévu la mise en place d'un dispositif d'AMP vigilance dans lequel les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout événement indésirable survenant au cours d'une procédure d'AMP. Ce dispositif est articulé avec les autres systèmes de vigilance sanitaire réglementés (pharmacovigilance, biovigilance, matériovigilance).

Un dispositif d'AMP vigilance pour qui ?

Le dispositif d'AMP vigilance introduit une expertise qui bénéficie à tous :

- Il est une garantie pour les personnes qui ont recours à l'AMP : il contribue à la sécurité des soins ;
- Il est un outil au service des professionnels : il contribue à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques ;
- Il met à disposition des différents acteurs une base d'informations permettant notamment de :
 - mettre en commun les données ;
 - générer et gérer des alertes ;
 - émettre des recommandations ;
 - faire un bilan national annuel d'AMP vigilance.

Le dispositif d'AMP vigilance

Sécurité des soins et amélioration des pratiques en assistance médicale à la procréation

ANNEXE VIII

Plaquette « dispositif d'AMP vigilance »



Les principaux acteurs

- Dans les centres d'AMP
- un correspondant local d'AMP vigilance : professionnel de santé doté d'une expérience dans le domaine de l'AMP, interlocuteur privilégié de l'Agence de la biomédecine en matière d'AMP vigilance. Il est le socle du dispositif ; il recueille les événements indésirables, les déclare sans délai à l'Agence, informe les autres correspondants locaux d'AMP vigilance si nécessaire et les autres vigilances sanitaires de son établissement, participe aux investigations, avise l'Agence du résultat des investigations, informe l'Agence en cas de difficulté de fonctionnement du dispositif ;
 - une personne responsable : elle garantit le respect de la qualité et de la sécurité des produits biologiques, des pratiques et des personnes et veille à la transmission des informations entre le correspondant local d'AMP vigilance et l'Agence de la biomédecine.
- Tout autre professionnel de santé qui constate un événement indésirable chez un patient doit le signaler, directement à l'Agence de la biomédecine, ou de préférence auprès du correspondant local d'AMP vigilance du centre qui a pris en charge la personne dans le cadre de l'AMP.
- L'Agence de la biomédecine
- le pôle Sécurité-Qualité de la direction médicale et scientifique organise et anime le dispositif au niveau national. Il est destinataire de toutes les déclarations d'événements indésirables ainsi que de leurs conclusions, évalue les informations recueillies grâce à un réseau d'experts internes et externes. Il alerte si nécessaire les acteurs concernés, les autres vigilances sanitaires, les États membres de l'Union Européenne. L'Agence établit aussi un rapport annuel d'AMP vigilance adressé au ministre chargé de la Santé et à la Commission Européenne ;
 - un groupe de travail constitué de gynécologues et biologistes de la reproduction apporte son expertise.
- La commission nationale d'AMP vigilance, chargée notamment d'adopter le rapport annuel d'AMP vigilance rédigé après de l'Agence de la biomédecine. Elle peut être saisie par le ministre en charge de la Santé pour toute question ayant trait au domaine de sa compétence.

Le cadre juridique

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 (Art. L.4438-1 du Code de la santé publique) relative à la bioéthique confiée à l'Agence de la biomédecine la mission de mettre en œuvre un dispositif de vigilance en matière d'activités cliniques et biologiques relatives à l'assistance médicale à la procréation (AMP vigilance).

Décret n° 2008-585 du 19 juin 2008 (Art. R.2142-39 à R. 2142-53) qui transpose en matière de don de gamètes et d'assistance médicale à la procréation les directives européennes 2004/23/CE et 2005/36/CE

Arrêté du 18 décembre 2008 relatif aux éléments d'information relatifs au signalement d'un incident ou d'un effet indésirable dans le cadre du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation

Dispositif mode d'emploi

L'AMP vigilance a pour objet la surveillance des événements indésirables relatifs aux gamètes, tissus germinaux et embryons utilisés à des fins d'assistance médicale à la procréation ou de préservation de la fertilité.

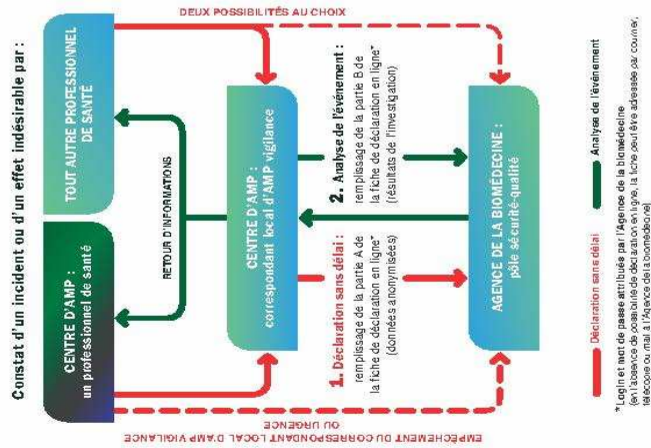
Un outil de recueil et d'analyse des incidents et des effets indésirables

Le dispositif comporte :

- le signalement et la déclaration de tout incident et de tout effet indésirable susceptibles d'être liés aux activités concernant les gamètes, les tissus germinaux et les embryons : recueil, prélèvement, préparation, conservation, transport, mise à disposition, importation, exportation, greffe, insémination, transfert ;
- le recueil et la conservation* des informations relatives aux incidents et effets indésirables ;
- le recueil, dans le respect de la confidentialité, des informations relatives aux donneurs et aux personnes qui ont recours à l'AMP concernés par les événements indésirables ;
- l'évaluation et l'exploitation des informations en vue d'identifier la cause de l'événement indésirable et de prévenir la survenue de tout nouvel événement indésirable ;
- la réalisation de toute étude et/ou action corrective relative à ces événements indésirables.

* Le traitement a fait l'objet de la procédure d'examen préalable par la CNIL, Commission nationale de l'informatique et des libertés, prévue par la loi informatique et libertés

Déclaration d'un événement indésirable



ANNEXE IX

Procédure de signalement dans le cadre de l'AMP vigilance

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Arrêté du 18 décembre 2008 fixant les éléments d'information relatifs au signalement d'un incident ou d'un effet indésirable dans le cadre du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation

NOR : SJSP0830456A

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,
Vu les articles L. 1418-4 (4^o), R. 2142-51 et R. 2142-52 du code de la santé publique ;
Vu l'avis de l'Agence de la biomédecine en date du 4 décembre 2008,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les éléments d'information relatifs au signalement immédiat (partie A) ou après conclusion (partie B) d'un incident ou d'un effet indésirable lié ou susceptible d'être lié aux activités concernant les gamètes, les tissus germinaux ou les embryons utilisés à des fins d'assistance médicale à la procréation sont fixés en annexe du présent arrêté.

Ces éléments sont transmis par écrit à l'Agence de la biomédecine par le correspondant local du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation ou par tout professionnel ayant connaissance de la survenue d'un tel incident ou effet indésirable.

Art. 2. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 18 décembre 2008.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

ANNEXE

PARTIE A

Signalement immédiat

Structure concernée.

Personne qui effectue le signalement.

Précision : gamètes, tissus germinaux ou embryons.

Le cas échéant, numéro d'identification unique du don.

Indications sur la ou les personnes concernées en cas d'effet indésirable.

Activité(s) d'AMP concernée(s).

Date de survenue de l'incident ou de l'effet indésirable.

Date de constatation de l'incident ou de l'effet indésirable.

Date et lieu, le cas échéant :

– du recueil ou du prélèvement de gamètes ou de tissus germinaux ;

– de l'insémination artificielle ;

– du transfert des embryons.

Etape de survenue de l'incident ou de l'effet indésirable.

Description de l'événement :

[Texte précédent](#)

[Page suivante](#)

[Texte suivant](#)

ANNEXE IX

Procédure de signalement dans le cadre de l'AMP vigilance

- typologie de l'événement selon la classification fournie par l'Agence de la biomédecine ;
- gravité de l'incident ou de l'effet indésirable selon la classification fournie par l'Agence de la biomédecine ;
- ventilation de l'incident ou de l'effet indésirable :
 - défaut de gamètes, tissus germinaux, embryons ;
 - équipement défectueux ;
 - erreur humaine ;
 - autre.

Conséquences de l'incident ou de l'effet indésirable.

Mesures préventives ou correctives mises en place y compris la mise en œuvre d'une procédure empêchant la mise à disposition des gamètes, des tissus germinaux ou des embryons.

Signalement à une autre vigilance.

PARTIE B

Conclusion du signalement

Confirmation de l'incident ou de l'effet indésirable et date de confirmation.

Changement de typologie, le cas échéant.

Changement de gravité, le cas échéant.

Mesures préventives ou correctives mises en place.

Evolution clinique, le cas échéant.

Maîtrise de l'incident ou de l'effet indésirable.

Evitabilité de l'incident ou de l'effet indésirable.

Description de la cause de l'incident ou de l'effet indésirable.

Résultats de l'investigation et conclusion finale.

ANNEXE X

Membres de la commission d'AMP vigilance

Décrets, arrêtés, circulaires

MESURES NOMINATIVES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Arrêté du 9 février 2010 portant nomination à la Commission nationale du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation

NOR : SASP1003886A

Par arrêté de la ministre de la santé et des sports en date du 9 février 2010, sont nommés membres de la Commission nationale du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation, pour une durée de quatre ans renouvelable :

I. – Au titre du 2° de l'article D. 2142-45 du code de la santé publique

a) En qualité de personnalités exerçant la fonction de personne responsable mentionnée à l'article L. 2142-3-1 :

M. Grecourt (Yann).
M. Jimenez (Clément).

b) En qualité de personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du recueil, de la préparation, de la conservation et de la mise à disposition de gamètes ou tissus germinaux :

M. Royère (Dominique).
Mme Mandelbaum (Jacqueline).

c) En qualité de personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du prélèvement de gamètes ou de tissus germinaux ou du transfert d'embryons :

M. Nicollet (Bernard).
Mme Hoffmann-Cucuz (Pascale).

d) En qualité de personnalités choisies en raison de leurs compétences en immunologie, en infectiologie ou en virologie :

Mme Matheron (Sophie).
Mme Leruez-Ville (Marianne).

e) En qualité de personnalités choisies en raison de leurs compétences en épidémiologie, dont une sur proposition du directeur général de l'Institut de veille sanitaire :

Mme Grandjean (Hélène).
Mme Le Moal (Joëlle).

f) En qualité de personnalités exerçant les fonctions de correspondant local du dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation :

Mme Lesourd (Florence).
M. Larue (Lionel).

g) En qualité de médecin ou de pharmacien inspecteur de santé publique :
Mme Ben-Sadoun (Martine).

h) En qualité de personne représentant les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national en application de l'article L. 1114-1 :

Mme Morin (Paulette).

II. – Président et vice-président de la commission

Présidente : Mme Grandjean (Hélène).
Vice-président : M. Nicollet (Bernard).

ANNEXE XI

Programme 2010 du D.U. d'A.M.P.

« Prise en charge clinique, biologique et génétique »

Première semaine - Montpellier

D. U. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION : PRISE EN CHARGE CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET GENETIQUE 2009-2010 Responsables : Prs. S. Hamamah, H Dechaud, B. Hedon 1^{ère} Semaine du 13 décembre au 17 décembre 2010	
--	--

Lundi 13/12/2010 UPM ALGECO 2	Mardi 14/12/2010 UPM ALGECO 2	Mercredi 15/12/2010 UPM ALGECO 2	Jendredi 16/12/2010 UPM ALGECO 2	Vendredi 17/12/2010 UPM ALGECO 2
8h30 - 9h00 : Introduction H. Dechaud -S. Hamamah 9h00-10h30 : Consultation et bilan du couple infertile H. Dechaud 11h00-12h30 : Consultation et bilan génétique du couple infertile C. Coubes	8h30-10h30 : Bilan avant mise en place d'une AMP B. Hedon 11h00-12h30 : Prise en charge thérapeutique hors AMP B. Hedon	8h30-10h30 : Ovogenèse: données nouvelles S. Hamamah 11h00-12h30 : Age de l'homme et AMP S. Hamamah	8h30-10h30 : Les techniques d'AMP et leur indication H. Dechaud 11h00-12h30 : Choix des protocoles de stimulations ovariennes pour AMP H. Dechaud	8h30-9h30 : Induction de l'ovulation hors AMP C. Brunet 10h00-12h00 : Inséminations : Aspects cliniques C. Brunet Aspects biologiques C. Bruno
UPM ALGECO 2	UPM ALGECO 2	UPM ALGECO 2	UPM ALGECO 2	UPM ALGECO 2
14h00-15h00 : Gènes et Spermatogenèse S. Hamamah fait par A Ferrière 15h00-16h00 : Comment doit on interpréter un spermogramme ? S. Hamamah fait par A Ferrière 16h30-17h30 : TMS, pièges à éviter C. Bruno	14h00-16h00 Consultation biologique du couple infertile A. Ferrière Qualité ovocytaire et protocole de stimulation A. Ferrière	16h30-18h30 : Avortements à répétition C. Dechanet Age de la femme et AMP C. Dechanet 16h00-18h00 : Cas cliniques C. Dechanet - C. Bruno	14h00-16h00 : CORUM	14h00-15h00 : Rôles du psychologue dans la prise en charge du couple infertile D. Pascual 15h30-17h30 : Cas cliniques C. Brunet - A. Ferrières

ANNEXE XII

Programme 2010 du D.U. d'AMP

« Prise en charge clinique, biologique et génétique »

Deuxième semaine - Montpellier

D.U. ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION : PRISE EN CHARGE CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET GENETIQUE Responsables : Pr S. Hamamah, Pr H Dechaud, Pr B. Hedon 2ème Semaine du 22 mars au 26 mars 2010				
Lundi 22/03/2010 salle 2 Lapeyronie	Mardi 23/03/2010 salle 2 Lapeyronie	Mercredi 24/03/2010 salle 2 Lapeyronie	Jeudi 25/03/2010 salle 2 Lapeyronie	Vendredi 26/03/2010 salle 3 Lapeyronie
<p>9h00-11h00 : FIV : Aspects cliniques B. Hedon Aspects biologiques S. Hamamah</p> <p>11h00-11h30 : Pause</p> <p>11h30-12h30 : FIV : cas difficiles S. Hamamah - L. Reyftmann</p>	<p>8h30-9h30 : Don gamètes V. Loup</p> <p>9h30-10h30 : Technique de ponction C. Dechanet</p> <p>10h30-11h00 : Pause</p> <p>11h00-12h30 : Aspect biologique de la FIV et ICSI S. Hamamah</p>	<p>8h30-9h30 : Grossesses et enfants en AMP L. Reyftmann</p> <p>9h30-10h30 : DPI : S. Hamamah (cours commun DU DIU Salle 2)</p> <p>10h30-11h00 : Pause</p> <p>11h00-12h30 : Cytogénétique des gamètes et embryons T. Anahory</p>	<p>8h30-10h00 : Femme PCO en AMP C. Brunet</p> <p>10h30-11h00 : Pause</p> <p>11h00-12h00 : Gestion des risques dans un centre AMP S. Hamamah</p>	<p>8h30-9h30 : Congélations de gamètes et embryons V. Loup</p> <p>9h30-10h30 : Aspects légaux de l'AMP B. Hedon</p> <p>10h30-11h00 Pause</p> <p>11h00-12h00 : Cellules souches et gamètes S Assou (cours commun DU DIU)</p>
<p>salle 2 Lapeyronie</p> <p>14h00-15h00 : Phase lutéale en AMP C. Brunet</p> <p>15h30-18h00 : Cas cliniques C. Brunet - V. Loup</p>	<p>salle 2 Lapeyronie</p> <p>14h00-15h00 Technique de transfert embryonnaire H. Dechaud</p> <p>15h30-17h30 : Cas cliniques H. Dechaud - S. Hamamah</p>	<p>salle 2 Lapeyronie</p> <p>14h00-15h30 : Cas cliniques T. Anahory OK - C. Dechanet</p> <p>16h00-18h00 : Virus et AMP L. Bujan (cours commun DU DIU)</p>	<p>salle 4 Lapeyronie</p> <p>14h00-15h30 : Préservation de la fertilité L. Reyftmann - V. Loup</p> <p>15h30-16h00 pause</p> <p>16h00-18h00 : CAT devant 1 échec d'AMP aspects cliniques L. Reyftmann aspects biologiques S. Hamamah (cours commun DU DIU)</p>	<p>salle 2 Lapeyronie</p> <p>14h00-17h00 : Examen</p>

ANNEXE XIII

Programme 2011 du D.I.U. Infertilité masculine et AMP Montpellier

DIU infertilité masculine et AMP

Responsables : Prs L. Bujan, S. Hamamah
Montpellier du 28 au 01 Avril 2011

Lundi 28/03/2011 Salle xx	Mardi 29/03/2011 salle xx	Mercredi 30/03/2011 salle xx	Jeudi 31/03/2011 salle xx	Vendredi 01/04/2011 salle xx
<p>8h30-9h30 L'exploration de l'infécondité féminine C. Brunet</p> <p>9h30-10h30 Fécondation in vivo J. Parinaud</p> <p>10h30-11h00 Pause</p> <p>11h00-12h30 Stimulation de l'ovulation J. Parinaud</p>	<p>8h30-9h30 ICSI: indications, réalisations et résultats S. Hamamah</p> <p>9h30-10h30 L'ICSI difficile S. Hamamah</p> <p>10h30-11h00 Pause</p> <p>11h00-12h30 Pause Les enfants de l'ICSI C. Dechanet</p>	<p>8h30-9h30 : AMP par don V. Loup</p> <p>9h30-10h30 : DPI : S. Hamamah (cours commun DU DIU Salle 2)</p> <p>10h30-11h00 Pause</p> <p>11h00-12h30 Gestions des risques dans un centre d'AMP S.Hamamah</p>	<p>8h30-9h30 : Traitements à risque pour la fertilité L. Bujan</p> <p>9h30-10h30 Etudes de cas cliniques : autoconservation de sperme et de tissu germinale L. Bujan</p> <p>10h30-11h00 Pause</p> <p>11h00-12h00 : Sexualité et infécondité L. Bujan</p>	<p>8h30-9h30 : Congélations de gamètes et embryons V. Loup</p> <p>9h30-10h30 : Aspects légaux de l'AMP B. Hedon</p> <p>10h30-11h00 Pause</p> <p>11h00-12h00 : Cellules souches et gamètes S Assou (cours commun DU DIU)</p>
<p>salle xx</p> <p>14h00-15h00 Etudes de cas cliniques : exploration – orientations thérapeutiques J. Parinaud+ C. Dechanet</p> <p>15h00-15h30 pause</p> <p>15h30-17h30 Part de l'homme dans les fausses couches à répétition S. Hamamah</p>	<p>Salle xx</p> <p>14h00-15h00 Etudes de cas cliniques : conseil génétique, anomalies génétiques et AMP, DPI T. Anahory</p> <p>15h00-15h30 pause</p> <p>15h30-17h30 Anonymat/secret/don V. Loup</p>	<p>salle xx</p> <p>14h00-15h00 Environnement et reproduction L.Bujan</p> <p>15h00-15h30 pause</p> <p>15h30-17h30 Virus et AMP L. Bujan (cours commun DU DIU en salle 2)</p>	<p>salle xx</p> <p>14h00-15h30 : Préservation de la fertilité S. Bringer, V. Loup</p> <p>15h30-16h00 pause</p> <p>16h00-18h00 : CAT devant 1 échec d'AMP aspects cliniques C. Brunet aspects biologiques A. Ferrieres (cours commun DU DIU)</p>	<p>14h00-17h00 : Examen</p>

ANNEXE XIV
Programme 2009 du D.U.
« Prise en charge pratique de l'infertilité conjugale »
Montpellier

<p>Diplôme d'Université PRISE EN CHARGE PRATIQUE de l'INFERTILITE CONJUGALE</p> <p>du 16 mars 2009 au 20 mars 2009</p> <p>NIVEAU 1 : Bases diagnostiques et thérapeutiques de l'Infécondité Conjugale</p> <p><i>Niveau 2 : réalisation des Rôles des Professionnels dans les explorations fonctionnelles et la thérapeutiques de l'ovulation et d'Assistance Médicale à la Procréation</i></p>
--

<i>Lundi 16 mars 2009 cours UPM salle 5 toute la journée</i>		
8h 15	Accueil	
8h 30 – 10h 00	Prise en charge du couple infécond L'histoire du couple La démarche médicale	B. HEDON
10h 30 - 12h 00	Epidemiologie de la fertilité Définitions Variations physiologiques et pathologiques de la fertilité (MST, contraception, âge)	L. REYFTMANN
14h 00 - 15h 30	Facteurs de pronostic : âge, tabac, antécédents, cancer...	C. DECHANET
16h 00 – 17h 30	Spermogramme, test de Huhner, test de pénétration. Immunologie des gamètes	A. FERRIERES
<i>Mardi 17 mars 2009 cours UPM salle 5 toute la journée</i>		
8h 30 - 10h 00	Exploration de l'homme	BENAHOUIM
10h 30 - 12h 00	La trompe : physiologie, exploration	B. HEDON
14h 00 - 15h 30	Stérilité avec endométriose	M CAYRAC
16h 00 - 17h 30	Stérilité utérine : physiologie de l'implantation, exploration	H. DECHAUD
<i>Mercredi 18 mars 2009 cours UPM salle 5 toute la journée</i>		
8h 30 - 10h 00	L'ovulation : physiologie, exploration	N BRASHA
10h 00 – 11h 30	Stérilité par anomalie de l'ovulation	C. DECHANET
13h 00 – 14h 30	Les endoscopies (cœlioscopie, hystéroscopie)	V. LETOUZEY
14h 30 – 16h 00	Psychologie et fertilité	D. PASCUAL
16h 00 - 17h 30	Les hormones de substitution	C. DECHANET

ANNEXE XV

Formation proposée par l'Agence de biomédecine « Place des sages-femmes dans l'accompagnement en AMP »

NOUVELLE FORMULE

Place des sages-femmes dans l'accompagnement en AMP

Code Fx_ 34/2011

Public

Sages-femmes des centres clinico-biologiques d'AMP et des CECOS.

Objectifs

Mieux comprendre ce qu'est le rôle des sages-femmes, notamment en matière d'accompagnement des couples lors des démarches d'AMP. Mieux définir les enjeux et la place des professionnels dans cette activité.

Contenu de la formation

Ressources humaines impliquées dans l'AMP
Rôle des sages-femmes au sein d'une équipe multidisciplinaire d'un centre d'AMP
Identification des situations de vulnérabilité nécessitant un accompagnement particulier
Sages-femmes : limites des prescriptions, consultations, suivi

Méthodes et moyens pédagogiques

Apports théoriques
Etudes de cas
Documentation
Bibliographie

Intervenants

Médecins de la direction médicale et scientifique de l'Agence de la biomédecine
Praticiens cliniciens
Sage-femme

Coordonnateurs de la session

Dr. Françoise MERLET
Tél. 01 55 93 65 09
e-mail : francoise.merlet@biomedecine.fr

Lieu de formation

Agence de la biomédecine
1 Avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Renseignements et inscriptions

Catherine FAESSEL
Tél. : 01 55 93 65 20
Fax : 01 55 93 65 61
e-mail : formation@biomedecine.fr

Inscription en ligne

<http://www.agence-biomedecine.fr/professionnels/plan-annuel-de-formation.html>

Organisme formateur

Agence de la biomédecine

Durée

1 jour

1 session en 2011

La date exacte sera communiquée sur le site de l'Agence.

Nombre de participants

18 personnes

Coût de l'inscription

472 Euros déjeuner inclus.

ANNEXE XVI

Avant-programme 2010 du congrès FFER de Paris

Mercredi 6 Octobre 2010

ATELIERS

08h30 – 09h00	Accueil des participants aux ateliers Atelier SFEFF : " L'infertilité inexpliquée : les causes cachées"
09h05 – 09h30	Quand parler d'infertilité inexpliquée et quelle prise en charge proposer ? Jean-Claude Donnard
09h30 – 09h55	Les troubles de l'ovulation à minima : insuffisance ovarienne débutante, profil OPK like, insuffisance lutéale Isabelle Cédric-Durnerin
09h55 – 10h20	Les causes mécaniques malgré HSG normale : l'intérêt de la coelioscopie, Hervé Déchaud
10h20 – 10h35	<i>Pause</i>
10h35 – 11h00	Les causes spermatiques et problème de fécondance : quelles explorations autres que le spermogramme ? Christophe Sifer
11h00 – 11h25	Les causes embryonnaires : l'intérêt de la génétique, Emmanuelle Ginglinger
11h25 – 11h50	Les troubles de l'implantation : quelles explorations réaliser et que proposer ? Nathalie Lédée
11h50 – 12h00	<i>Synthèse et conclusions</i>

Mercredi 6 Octobre 2010

ATELIERS

09h00 – 12h00	Atelier CECOS : « Quoi de neuf en spermologie ? » Les nouvelles données OMS La mobilité progressive La vitalité dont l'intérêt n'est pas connu de tous <i>Pause</i> La morphologie exercice pratique avec des lames virtuelles <i>Discussion</i> Atelier SCGP : « Comment je fais ? » Modérateurs : Jean-Louis Benifla ; Hervé Foulot ; Philippe Merviel Myomectomie hystéroscopique, Nicolas Castaing Section de synéchie complexe, Chadi Yazbeck Section de cloison utérine, Yves Benzakine Résection de tissu trophoblastique ou placentaire, Frédérique Renouvel Qualité endométriale échographique en AMP, Joël Créquat Transfert embryonnaire sous contrôle échographique, Richard Ballet Amélioration de la qualité endométriale, Sylvia Bulwa
---------------	--

ANNEXE XVI

Avant-programme 2010 du congrès FFER de Paris

Mercredi 6 Octobre 2010

CONGRES

12 ^h 30	Accueil des congressistes
13 ^h 50 – 14 ^h 00	Ouverture du congrès
14 ^h 00 – 16 ^h 15	Session SFEFF / GRECOT / GEDO - partie 1 Modérateurs : Karine Reynaud, Alain Gougeon, Hélène Letur/Patrick Fénel
14 ^h 00 – 14 ^h 25	La formation de l'ovaire, Béatrice Mandon-Pépin
14 ^h 25 – 14 ^h 50	Qu'est-ce qu'un follicule primordial ? Pourquoi tant d'apoptose ? Danielle Monniaux
14 ^h 50 – 15 ^h 15	Contrôle du démarrage de la croissance. Rôle de l'ovocyte, des autres follicules ? Du stroma ? Alain Gougeon
15 ^h 15 – 16 ^h 15	Symposium organisé par le Laboratoire Shering Plough
16 ^h 15 – 16 ^h 45	<i>Pause</i>
16 ^h 45 – 18 ^h 15	Session SFEFF / GRECOT / GEDO - partie 2
16 ^h 45 – 17 ^h 35	In vitro follicular growth and maturation, Susan Barrett
17 ^h 35 – 18 ^h 00	Atrésie folliculaire, Brigitte Lefebvre
18 ^h 00 – 18 ^h 15	Existe-t-il des médicaments fertilo-protecteurs en cas de chimiothérapie chez la femme ? Patrick Fénel
	<i>Dîner des orateurs</i>

15

Jeudi 7 Octobre 2010

09 ^h 00 – 12 ^h 00	Session ouverte FFER – Invitée Mme PRADA BORDENAVE
09 ^h 00 – 10 ^h 30	Session GEFF-FIVNAT : « Evaluation des résultats d'AMP » Modérateurs: Joelle Belaisch Allart , Philippe Merviel Les résultats de l'AMP, comment les exprimer ? Jean-Luc Pouly Peut-on individualiser une population de référence ? Le point de vue de l'épidémiologiste, Elise de la Rochebrochard Le véritable apport de la congélation , Jacqueline Mandelbaum
10 ^h 30 – 11 ^h 00	<i>Pause</i>
11 ^h 00 – 12 ^h 00	Session ouverte suite FFER – ABM groupe expert pour l'évaluation « Evaluation des résultats d'AMP » Le registre national objectifs et perspectives - ABM Le rendu des résultats fiche par fiche. Les premières données et perspectives - ABM Analyse des premiers résultats à partir d'un item, présentée par un professionnel de l'AMP Discussion avec la salle et représentant de l'ABM
12 ^h 00 – 12 ^h 30	Conférence d'actualité : la vitrification
12 ^h 30 – 13 ^h 30	Lunch-Symposium organisé par les Laboratoires Genévrier

16

ANNEXE XVI

Avant-programme 2010 du congrès FFER de Paris

Jeudi 7 Octobre 2010

14 ^h 00 – 15 ^h 00	<p>6 Communications orales sélectionnées à partir des résumés soumis Modérateurs : Sylvie Epelboin, Pascal Briot</p>	
15 ^h 10 – 16 ^h 10	<p>Sessions parallèles : 1^{ère} partie</p>	
15 ^h 10 – 15 ^h 30	<p>Session 1 : GRECOT / CECOS Modérateurs : Catherine Poirot, Sylviane Hennebicq GRECOT : Chimiothérapie, préservation de fertilité et fonction ovarienne</p>	<p>Session 2 : SCGP - Cavité utérine et Fertilité Modérateurs : JL. Benifla, C. Chapron, P. Descamps</p>
15 ^h 30 – 15 ^h 50	<p>Suivi de la fonction ovarienne des patientes traitées pour lymphome, Christine Decanter</p>	<p>Hystérocopie diagnostique : doit-elle être systématique ? Jean-Marc Mayenga</p>
15 ^h 50 – 16 ^h 10	<p>Fonction ovarienne des patientes ayant bénéficié d'une cryoconservation ovarienne, Jean-Christophe Pech</p>	<p>Myomectomie hystérocopique : quelles précautions et recommandations ? Hervé Foulot</p>
16 ^h 10 – 16 ^h 40	<p>Fonction ovarienne des patientes traitées par des chimiothérapies peu gonadotoxiques, Leslie Sitruk</p>	<p>Section de cloison utérine : doivent-elles être toutes sectionnées ? Olivier Garbin</p>
16 ^h 10 – 16 ^h 40	<p style="text-align: center;"><i>Pause</i></p>	

17

Jeudi 7 Octobre 2010

16 ^h 40 – 17 ^h 40	<p>Sessions parallèles : 2^{ème} partie</p>	
16 ^h 40 – 17 ^h 00	<p>Session 1 : suite CECOS Modérateurs : Catherine Poirot, Sylviane Hennebicq</p>	<p>Session 2 : suite SCGP Modérateurs : JL. Benifla, C. Chapron, Ph. Descamps</p>
17 ^h 00 – 17 ^h 20	<p>Préservation de la fertilité chez les adolescents avant traitement du cancer (ADOPREFERTICA), Myriam Daudin</p>	<p>Synéchie utérine : le jeu chirurgical en vaut-il la chandelle ? Mathilde Piketty</p>
17 ^h 20 – 17 ^h 40	<p>Paramètre spermatiques et cancer du testicule, Nathalie Rives</p>	<p>Embolisation : Y-a-t-il des conséquences sur l'endomètre ? Yann Delpech</p>
17 ^h 40 – 18 ^h 30	<p>Spermatogenèse après traitement du cancer : résultats préliminaires de GAMATOX, Louis Bujan</p>	<p>Synéchie utérine postopératoire : Quels moyens préventifs ? Christophe Poncelet</p>
17 ^h 40 – 18 ^h 30	<p>Conférence le point sur la loi de Bioéthique ou sur un sujet d'actualité</p> <p style="text-align: center;"><i>Soirée de synthèse de la FFER 2010</i></p>	

18

ANNEXE XVI

Avant-programme 2010 du congrès FFER de Paris

Vendredi 8 Octobre 2010

13 ^h 15 – 14 ^h 15	Communications orales - 2^{ème} partie Modérateurs: Dominique Cornet, Jean-Philippe Wolf
14 ^h 15 – 16 ^h 15	SALF et AFU – Session plénière : « Prise en charge des blessés médullaires » Modérateurs : Jean-Marc Rigot et un biologiste
14 ^h 15 – 14 ^h 50 14 ^h 50 – 15 ^h 10 15 ^h 10 – 15 ^h 35 15 ^h 35 – 15 ^h 55 15 ^h 55 – 16 ^h 15	Physiologie de l'éjaculation, François Giuliano Prise en charge chez le blessé médullaire, JM Soller Prise en charge d'une anéjaculation compliquant une maladie générale, François Marcelli Quel sperme et prise en charge en AMP ? Jeanne Perrin Retentissement sur le couple, Françis Collier
16 ^h 15	Clôture du congrès et remise des prix FFER 2010 Passage du relais à Jean-Marie Grillo – Président de la FFER 2011 - Marseille

20

Vendredi 8 Octobre 2010

09 ^h 00 – 10 ^h 30	CECOS/BLEFCO : « Le parcours de l'homme infertile et critère de choix de l'AMP » Modérateurs: Jérôme Pfeffer, Florence Eustache
09 ^h 00 – 09 ^h 20 09 ^h 20 – 09 ^h 40	Choix de la technique d'AMP en fonction du spermocytogramme, Fabrice Guerif Leçon d'expérience de la technique mi FIV - mi ICSI, Hervé Lucas (Intégrant les résultats d'autres équipes Lyon, Strasbourg, Bondy)
09 ^h 40 – 10 ^h 00 10 ^h 00 – 10 ^h 20	Quels sont les critères de choix des spermatozoïdes en IMSI ? Nathalie Rives Echecs d'ICSI : part masculine - part féminine, Dominique Le Lannou
10 ^h 20 – 10 ^h 50	<i>Pause</i>
10 ^h 50 – 11 ^h 10	Suite session CECOS/BLEFCO Modérateurs: Jérôme Pfeffer, Florence Eustache
10 ^h 50 – 11 ^h 10 11 ^h 10 – 11 ^h 30	IAD après échec d'ICSI, Mehdi Benchaïb Devenir d'une cohorte d'hommes infertiles, Marie Walschaerts
11 ^h 30 – 12 ^h 30	Symposium organisé par le Laboratoire IPSEN
12 ^h 30 – 13 ^h 15	<i>Pause déjeuner</i>

19

ANNEXE XVII

Programme 2010 des XII^o Journées nationales de la SMR

Mercredi 19 mai de 8h30 à 18h00

Journée de Formation Chirurgicale de l'infertilité
CMCO SIHCUS - Salle E78 - 19 RUE LOUIS PASTEUR - 67300 SCHILTIGHEIM

Accueil des participants : 8h30

Retransmission en visio du Bloc opératoire du CMCO :

Cas chirurgicaux : Hystérectomie opératoire, endométriose, myomectomie

Modérateurs : A. Wattiez, J. Hamou, A. Audebert, O. Garbin

14h00 - 18h00

Présentations

Règles chirurgicales de la prise en charge de l'endométriose pour préserver la fertilité (A. Wattiez)

Intérêts et limites de l'hystérectomie opératoire dans l'adénomyose (J. Hamou)

Choix des techniques chirurgicales des myomectomies afin d'éviter les complications obstétricales (O. Garbin)

Controverses : Chirurgie et/ou AMP

Endométriose et infertilité (V. Thoma, C. Rongieres) - Myome et infertilité (E. Baulon, J. Ohl)

Stérilité tubaire (A. Audebert, K. Bettahar)

Chaque présentation sera évaluée par des QCM et agrémentée par un cas clinique

S'INSCRIRE IMPERATIVEMENT EN ADRESSANT UN MAIL A : secretariat@s-m-r.org (Places limitées à 80)

Judi 20 mai Matin

Salle SCHUMAN : Stimulations : nouveaux concepts - Séance FIVnGOF - AGOF

Modérateurs : J.C. EMPERAIRE, G. CHABRIER

8h30 : Facteurs prédictifs d'une récupération d'une fonction ovarienne chez les patientes avec IOP : P. Touraine

8h50 : Polymorphisme des récepteurs à la FSH : de la théorie à la pratique : J.N. Hugues

9h10 : Intérêt des diverses isoformes de FSH : J. C. Emperaire

9h30 : Nouvelles stimulations : adjonctions (*apport de la LH*) et perspectives (*FSH retard*) : N. Massin

9h50 - 10h20 : PAUSE

Controverses : de la stimulation au transfert

10h20 - Pourquoi je stimule fort : N. Chevalier / Pourquoi la stimulation douce : G. Porcu

10h40 - Ponction : Pourquoi je flushe : O. Pirrello / Pourquoi je ne flushe pas : R. Peikrishvili

11h00 - Pourquoi je transfère : sous écho (C. Rongieres) / sans écho (J.J. Chabaud)

11h30-12h15 Conférence plénière "Quelle perspective pour la génétique ?" (J.L. Mandel)

12h15 - 13h45 : Symposium Laboratoires Ferring

Rôle des hMG dans les stimulations ovariennes

Modérateurs : J.F. VELEZ de la CALLE & C. RONGIERES

Intervenants : P. Barriere, M. Camus, N. Chevalier, O. Coll

Salle TIVOLI 2 : 9h00 - 10h00 : Communications libres

11h30 - 12h15 : Embryo assessment in the future :

Genomics, Proteomics and Metabolomics : D. Sakkas *avec le soutien de Reprovia*

Salle TIVOLI 2 : 12h30 - 13h30 : Nouvelle interface web 3D

Entrez dans le monde Endocell - Conférence de presse des Laboratoires Genévrier

ANNEXE XVII
Programme 2010 des XII^o Journées nationales de la SMR

Jeudi 20 mai
Après-midi

Salle SCHUMAN

**14h30 - 16h00 : Classification de spermatozoïdes en IMSI :
Le Consensus Français**

Modérateurs : J.F.VELEZ de la CALLE & P.COHEN-BACRIE

Intervenants : J. De Mouzon, G. Cassuto, M. Dumont, J. Pfeffer

14h30 - Les classifications du MSOME actuellement utilisées : J. Pfeffer

15h15 - Le contrôle de Qualité en IMSI : J. de Mouzon

Salle TIVOLI 2

14h30 - 16h00 : Infertilité et Diagnostic prénatal

Modérateurs : R. FAVRE & B. BROUSSIN

AMP et DPN

14h30 - Incidence de l'âge paternel dans le risque de malformation fœtale : J.F. Velez de la Calle

15h00 - Grossesses triples : y a t'il une légitimité de faire une réduction de trois à un : R. Favre

15h30 - Mise au point du dépistage de la trisomie 21 appliqué à l'AMP : B. Broussin

16h00- 16h30 PAUSE

Salle SCHUMAN

16h30 - 18h00 : Préservation de la fertilité féminine

Modérateurs : I. KOSCINSKI & N. CHEVALIER

16h30 - Quelles indications pour une conservation d'ovaires, d'ovocytes ou d'embryons ? : L. Reyftman

16h50 - Grossesse après congélation ovarienne : mythe ou réalité... : P. Piver

17h10 - La congélation d'ovocytes : avec ou sans vitrification : L. Hesters

17h30 - La MIV : une option envisageable dans la préservation de la fertilité ? : R. Fanchin

18H00 - Assemblée Générale

19H45 - Concert à la Cathédrale

20H45 - Réception Dînatoire à la Mairie de Strasbourg

ANNEXE XVII
Programme 2010 des XII^o Journées nationales de la SMR

Vendredi 21 mai Matin

Salle SCHUMAN

8h30-10h30 Biologie de la Reproduction

La Voie Séminal s'ouvre à nous avec la participation de la SALF

Modérateurs : J.F. VELEZ de la CALLE & C. JIMENEZ

8h30 : Infectiologie de la voie séminale : F. Staerman

9h00 : Rôle de l'épididyme dans la maturation du spermatozoïde : J. L. Dacheux

9h30 : Les biopsies testiculaires : perspectives 20 ans après ... : V. Izard

10h00 : Nouveaux marqueurs séminaux prédictifs de la spermatogénèse : Ch. Pineau

Salle TIVOLI 2

8h30-10h30 Chirurgie de la Reproduction

La place de l'endoscopie pour optimiser les résultats de la FIV

Modérateurs : A. WATTIEZ & A. AUDEBERT

1 - Les endoscopies diagnostiques en cas de bilan de base normal :

8h30 - L'hystérocopie doit-elle être systématique avant une FIV ? : L. Schindler

9h00 - L'endoscopie pelvienne est-elle contributive dans ce contexte ? : A. Watrelot

2 - Les endoscopies opératoires :

9h30 - Les principaux gestes hystérocopiques validés : O. Garbin

10h00 - Quand la coelioscopie opératoire améliore-t-elle les résultats de la FIV ? : A. Audebert

10h30 - 11h00 PAUSE

10h45-11h45 - Egg banking : J. Remohi (*Valencia, Espagne*)

avec le soutien de Reprovie

11H00 - 12h15 Conférence plénière :

Modérateurs : I. NISAND

Le droit à l'enfant : V. Fournier - Unité d'éthique, Clinique de Cochin

Salle SCHUMAN

12H15 - 13h45 Symposium Merk-Serono

La démarche qualité, base d'une démarche vers l'excellence

Intervenants : P. Barrière , G. Porcu , B. Camier, J. Parinaud

ANNEXE XVII
Programme 2010 des XII^o Journées nationales de la SMR

Vendredi 21 mai
Après-midi

Salle SCHUMAN

14h00-15h30 - L'ère du médico légal en AMP : Situations à risque

Modérateurs : B. NICOLET & K. BETAHAR

14H00 - L'infertilité du couple est-elle liée aux modes de vie et l'environnement ?

Le point en 2010 : S.Alvarez

14H20 - Les situations à «risque»

Bilan, chirurgie, indications et risque opératoire, suivi : J.M. Dreyffus

14H40 - L'identification, les risques potentiels d'erreur (*+ spécifiques des biologistes*) : P. Clément

15H00 - Les juridictions auxquelles nous risquons d'être confrontés :
quelques cas issus de la jurisprudence : D. Descamps-Mini

15H30 - 16H30 - La souffrance des soignants : D. Lemler

Salle TIVOLI 2

14h00-15h30 - Session Follow-Up «suivi des enfants de l'AMP et de leurs familles»

Modérateurs : J. OHL & J. DE MOUZON

14H00 - Introduction : la base follow-up : P. Cohen-Bacrie

14H10 - Étude d'une cohorte de 25000 enfants nés entre 1998 et 2009 :
Données de la naissance à 3 ans : E. Devouche

14H30 - Risque malformatif après FIV et ICSI :
Analyse d'une cohorte de 15162 enfants nés entre 2003 et 2007 : G.Viot

14H50 - Et après ? Projet d'enfant, contraception, nouvelle AMP
chez 1200 mères d'enfants de 3 à 5 ans conçus en AMP : S. Epelboin et C. Avril

15H10 - Données préliminaires sur une étude
«Grossesse après AMP et sexualité du couple» : P. Barrière

15H20 - Conclusion et perspectives : F. Olivennes

ANNEXE XVIII

Effets indésirables en AMP Vigilance Correspondant local

Effets indésirables observés chez les patients ayant recours à l'AMP, et les donneurs de gamètes

Incidents (tout accident ou erreur) survenant au cours des différentes étapes du processus d'AMP ou de préservation de la fertilité, risquant d'entraîner des effets indésirables sur la personne, ou d'aboutir à la perte de gamètes, de tissus germinaux ou d'embryons.

Le correspondant local d'AMP vigilance est un professionnel de santé médical ou paramédical, ayant une compétence dans le domaine de l'AMP, désigné par le centre clinico-biologique et le laboratoire d'insémination artificiel desquels il fait partie. Il est l'interlocuteur privilégié du pôle sécurité qualité de l'Agence de biomédecine. C'est lui qui est chargé de recueillir l'ensemble des informations concernant les événements indésirables, et de les lui déclarer. Il doit ensuite participer aux investigations concernant cet événement et aviser l'Agence de biomédecine du résultat de ces dernières, tout en l'informant d'éventuelles difficultés risquant de compromettre le bon fonctionnement du dispositif.

ANNEXE XIX

L'Agence de biomédecine

L'Agence de biomédecine est née de la loi n° 2004-800, et est placée sous la tutelle du ministre de la santé. C'est un établissement public national, ayant son siège à Saint-Denis, en région parisienne, qui intervient dans quatre domaines de biologie et de médecine humaine : l'assistance médicale à la procréation, le diagnostic prénatal et génétique, la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires ainsi que le prélèvement et la greffe d'organes, de tissus et de cellules. Ce sont des activités médicales dont les enjeux thérapeutiques, sanitaires et éthiques sont considérables. Elle a pour but d'améliorer la prise en charge des patients en apportant des réponses collectives aux questions auxquelles sont confrontés les professionnels de santé et les chercheurs. Elle a la responsabilité de ces activités, dont elle garantit l'équité, l'éthique et la transparence, et anticipe leur évolution.

Dans le domaine de l'AMP et du diagnostic prénatal et génétique, elle doit sécuriser l'offre de soins et renforcer la qualité de soins en autorisant les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et préimplantatoire, en agréant les praticiens concernés par chaque activité, en délivrant un avis sur les autorisations d'établissements pour les activités d'AMP, en mettant en place un dispositif d'AMP vigilance, en évaluant les activités d'AMP, en instaurant un suivi de l'état de santé des personnes ayant eu recours à l'AMP, des enfants en étant issus, et des donneuses d'ovocytes. Elle informe également sur le don de gamètes et autorise l'importation et exportation de gamètes et le déplacement d'embryons. [1] [4] [5]

ANNEXE XX

Le guide des bonnes pratiques

- Organisation et fonctionnement des centres par rapport :

- Au management de la qualité :

- Désignation d'un responsable qualité (devant assurer la qualité et la sécurité des produits biologiques, des pratiques et des personnes), d'un coordinateur (chargé de veiller à la concertation pluridisciplinaire préalable à toute mise en œuvre d'AMP) et disposition d'un manuel qualité
- Bonne tenue du dossier médical, des registres de conservation des gamètes, tissus germinaux et embryons
- Traçabilité des produits et matériels en contact avec les gamètes et embryons, ainsi que de leurs prélèvements et déplacements
- Dispositifs de vigilance liés aux activités d'AMP et système d'informations qui garantit la confidentialité

- Au management du personnel :

- Gestion en fonction des besoins afin de garantir la continuité des activités et des soins.
- Elaboration de fiches de poste (décrivant les activités et tâches de chaque poste, les horaires, les obligations de service, ainsi que les exigences de qualifications requises) et de fonctions (pour chaque personnel, comprenant identification, diplômes, fonctions précédentes, formations complémentaires, activités, tâches du poste et responsabilités)
- Nécessité de périodes d'apprentissage théorique et pratique avant toute prise de fonction précédant la délivrance d'une habilitation à exercer les actes par le responsable clinique
- Formation théorique adaptée à chaque poste et formation continue nécessaires
- Evaluation périodique des compétences du personnel
- Hygiène et sécurité du personnel

- Au management des locaux :

- Doivent être adaptés à l'activité
- Doivent permettre le maintien de la qualité et la sécurité des gamètes, tissus germinaux et embryons

- A la gestion de l'équipement et des matériels, des milieux de culture/solutions en contact avec les gamètes, tissus germinaux et embryons, du transport et de l'étiquetage.

ANNEXE XX

Le guide des bonnes pratiques

- Pratiques d'AMP :
 - Entretien des personnes concernées avec l'équipe médicale pluridisciplinaire :
 - Information claire aux personnes concernées sur leur prise en charge
 - Confirmation de demande de recours à l'AMP par les couples
 - Indications de recours aux méthodes d'AMP
 - Tests de sécurité sanitaire : sérologies VIH, VHB, VHC, syphilis, rubéole, toxoplasmose.
 - Tenue d'un dossier médical commun du couple
 - Aux différents actes d'AMP :
 - Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint (IAC), Fécondation in vitro avec sperme du conjoint (FIVC)
 - Biopsie testiculaire
 - Conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons
- Prise en charge des couples en contexte viral :
 - Organisation spécifique et adaptée des installations et des locaux
 - Composition et formation d'une équipe pluridisciplinaire appropriée
 - Modalités de prise en charge spécifiques à chaque infection
- Don de gamètes et à l'accueil d'embryons [9] [23]

ANNEXE XXI

Code de la santé publique

- [Partie législative](#)
 - [Quatrième partie : Professions de santé](#)
 - [Livre Ier : Professions médicales](#)
 - [Titre V : Profession de sage-femme](#)

Chapitre Ier : Conditions d'exercice.

Article L4151-1

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 \(V\)](#)

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles [L. 4151-2](#) à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article [L. 4127-1](#).

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Article L4151-2

Modifié par [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 103 JORF 11 août 2004](#)

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L4151-3

Modifié par [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 104 JORF 11 août 2004](#)

En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

Article L4151-4

Modifié par [Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 37 JORF 20 décembre 2005](#)

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

ANNEXE XXII

Liste des CECOS en France Métropolitaine

CHR D'AMIENS - CECOS PICARDIE

24 Rue Desmoulins
8000 AMIENS

CHU BESANÇON

CECOS BESANÇON Franche Comté
Hôpital SAINT-JACQUES
Place Saint-Jacques - 25000 BESANÇON

CHU BONDY

HOPITAL JEAN VERDIER - CECOS
Avenue du 14 juillet
93143 BONDY CEDEX

CHU BORDEAUX - CECOS AQUITAINE

Maternité de l'Hôpital PELLEGRIN
Place Amélie Raba Léon
33076 BORDEAUX CEDEX

CHU CAEN - CECOS CAEN

Hôpital Côte de Nacre
14033 CAEN CEDEX

CHU CLERMONT FERRAND

CECOS - CHU ESTAING
1 Place Lucie Aubrac
63003 CLERMONT FERRAND cedex 1

CHU DIJON

10 Bd Ml de Lattre de tassigny
21034 DIJON CEDEX

CHU GRENOBLE - CECOS GRENOBLE

Hôpital Nord - 38700 LA TRONCHE

CHRU LILLE

Hopital Calmette
Bd du Pr Jules Leclercq
59037 LILLE Cedex

CHU LYON

HOPITAL FEMME MERE ENFANT - CECOS
59 BOULEVARD PINEL
69677 BRON Cedex

CHU MARSEILLE - CECOS MARSEILLE CHU

Hôpital de la Conception - 147 Bd Baille
13385 MARSEILLE CEDEX 05

CHU MONTPELLIER - CECOS MONTPELLIER

Hôpital Arnaud de Villeneuve
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

CHU NANCY - CECOS NANCY

10 rue du Dr HEYDENREICH
54000 NANCY

CHU NANTES

Biologie de la Reproduction
5 allées de l'Île Gloriette
44035 NANTES

CHU NICE

Hôpital de l'Archet
151, route de Saint Antoine de Ginestière
06200 NICE

CHU PARIS TENON - CECOS PARIS-TENON

4, rue de la Chine
75970 PARIS CEDEX 20

CHU PARIS COCHIN - CECOS PARIS-COCHIN

123 Bd Port-Royal - (Pavillon Cassini - Niveau 6)
75014 PARIS

CHU REIMS - CECOS CHAMPAGNE- ARDENNES

Hôpital Maison Blanchen, 45 rue Cognacq Jay
51120 REIMS CEDEX

CHU RENNES - CECOS de l'OUEST

Hopital SUD
16 Boulevard de Bulgarie
35200 RENNES

CHU ROUEN - CECOS HAUTE-NORMANDIE

Pavillon Derocque - Hôpital Charles NICOLLE
1 Rue de Germont
76031 ROUEN CEDEX

CHU STRASBOURG - CECOS ALSACE

SIHCUS- CMCO
19 Rue Louis Pasteur
67300 STRASBOURG

CHU TOULOUSE

CECOS MIDI-PYRENEES-TOULOUSE
Hôpital Paule de Viguier
330 avenue de Grande Bretagne
31059 TOULOUSE CEDEX

TOULOUSE - IFREARES

(structure privée à but non lucratif)
20 Route de Revel
31000 TOULOUSE

CHU TOURS - CECOS REGION CENTRE OUEST

Hôpital BRETONNEAU - Bd Tonnelle
37044 TOURS CEDEX

RÉSUMÉ

Depuis toujours et jusqu'à aujourd'hui, la sage-femme est présente pour accompagner la femme dans la concrétisation de sa maternité. Elle l'aiguille, lui donne des repères utiles pour s'épanouir dans sa nouvelle vie de famille. Et lorsqu'elle ne parvient pas à être enceinte... ? Ce travail de recherche expose la place de la sage-femme dans les structures d'Aide Médicale à la Procréation, en mettant l'accent sur tout ce qui lui permet d'y exercer avec autonomie et dans le respect de son champ de compétences. Les points forts de la profession, justifiant sa présence dans le domaine y sont présentés. Les évolutions des pratiques, permises par les avancées techniques et l'élargissement des attributions des sages-femmes, sont mises en évidence. On y retrouve l'avis de différentes catégories professionnelles.