



HAL
open science

Évaluation de l'efficacité de l'information délivrée par les sages-femmes de l'unité de médecine de la procréation aux patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation

Cyrielle Petitjean

► To cite this version:

Cyrielle Petitjean. Évaluation de l'efficacité de l'information délivrée par les sages-femmes de l'unité de médecine de la procréation aux patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617959

HAL Id: dumas-00617959

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617959>

Submitted on 31 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**EVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'INFORMATION DELIVRÉE
PAR LES SAGES-FEMMES
DE L'UNITE DE MEDECINE DE LA PROCREATION
AUX PATIENTES SUIVIES
POUR UNE SURVEILLANCE DE L'OVULATION**

Mémoire soutenu le 17 mai 2011

Par PETITJEAN Cyrielle

Née le 10 novembre 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2011

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**EVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'INFORMATION DELIVRÉE
PAR LES SAGES-FEMMES
DE L'UNITE DE MEDECINE DE LA PROCREATION
AUX PATIENTES SUIVIES
POUR UNE SURVEILLANCE DE L'OVULATION**

Mémoire soutenu le 17 mai 2011

Par PETITJEAN Cyrielle

Née le 10 novembre 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2011

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Mme le Docteur Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du jury ;

Mr le Docteur Marc SCHNEIDER, Médecin Gynécologue Obstétricien à la Clinique Belledonne ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble ;

Mme Claire BAUDON, Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Grenoble ;

Mme Maud LIMOUZIN, Sage-femme au CHU de Grenoble ;

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Docteur Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Directrice Technique et d'Enseignement à l'Ecole de Sages-femmes, Directrice de ce mémoire,

Pour le temps et l'aide précieuse accordés à l'élaboration de ce mémoire et à sa relecture ;

Mme Claire BAUBON, Sage-femme enseignante à l'école de sages femmes de Grenoble, guidante de ce mémoire,

Pour son aide quant à la guidance de ce mémoire ;

Mmes Pascale MOUGEY, Sylvie HERRGOTT et Catherine LONGUEVILLE, Sages-femmes dans l'unité de médecine de la procréation du CHU de Grenoble,

Pour leur aide quant à la mise en place et à la diffusion de mon questionnaire dans le service ;

Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme cadre enseignant à l'école de sages femmes de Grenoble,

Pour son aide aux premiers temps de ce mémoire, ainsi que pour ces deux dernières années passées ;

Mmes Geneviève PERESSE et Claudine MARTIN, Sages-femmes enseignantes à l'école de sages femmes de Grenoble,

Pour les deux premières années passées avec vous, votre présence et votre soutien ;

Les professionnels de santé : Sages-femmes, Médecins, Auxiliaires de puéricultures,

Pour leur formation, ce qui fait de nous les professionnels que nous sommes ;

Toutes les personnes qui m'ont soutenue pendant ces 5 années.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	2
II. MATERIEL ET METHODE	4
<i>II.1 Objectifs de l'étude :</i>	<i>4</i>
<i>II.2 Type et site de l'étude :</i>	<i>4</i>
<i>II.3 Population :</i>	<i>4</i>
<i>II.4 Matériel d'étude :.....</i>	<i>5</i>
<i>II.5 Critères de jugement :.....</i>	<i>6</i>
<i>II.6 Méthode statistique :.....</i>	<i>6</i>
III. RESULTATS.....	7
<i>III.1 Caractéristiques socio démographiques de la population.....</i>	<i>7</i>
<i>III.2 Comparaison des réponses aux deux questionnaires</i>	<i>9</i>
<i>III.3 Connaissances initiales des patientes.....</i>	<i>10</i>
<i>III.4 Satisfaction des patientes à propos de l'entretien l'information</i>	<i>11</i>
IV. DISCUSSION	12
<i>IV.1 Limites de l'étude :.....</i>	<i>12</i>
<i>IV.2 Caractéristiques de la population.....</i>	<i>13</i>
<i>IV.3 Comparaison des scores obtenus pour chaque questionnaire ainsi que pour les réponses des questions identiques.....</i>	<i>14</i>
<i>IV.4 Connaissances initiales des patientes</i>	<i>15</i>
<i>IV.5 Satisfaction des patientes à propos de l'entretien d'information.....</i>	<i>16</i>
V. CONCLUSION	17
VI. BIBLIOGRAPHIE	19
<i>VI.1 Articles.....</i>	<i>19</i>
<i>VI.2 Sites Internet</i>	<i>20</i>
<i>VI.3 Articles de loi.....</i>	<i>20</i>
VII. ANNEXES	21
<i>Annexe I : Information délivrée par les sages femmes du service d'AMP du CHU de Grenoble, lors de l'entretien du couple ou de la patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation.</i>	<i>21</i>
<i>Annexe II : Affiche mise dans le service</i>	<i>25</i>
<i>Annexe III : Premier et deuxième questionnaire</i>	<i>26</i>
<i>Annexe IV : Proposition d'un récapitulatif des conseils donnés aux patientes lors de l'entretien</i>	<i>32</i>
VIII. RESUME.....	34

LISTE DES ABREVIATIONS

- AMP : Assistance Médicale à la Procréation
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSP : Code de Santé Public
FIV : Fécondation In Vitro
FSH : Hormone Folliculo Stimulante
HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique
ICSI : Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïdes
LH : Hormone Luteinisante
TEC : Transfert d'Embryon Congelé

I. INTRODUCTION

L'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), est un ensemble de pratiques cliniques et biologiques permettant la procréation en dehors du processus naturel. (Art L. 2141-1 du CSP). [15]. Elle a pour principaux objectifs, de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, ou d'éviter la transmission d'une pathologie grave pour l'enfant à venir. Le couple (un homme et une femme) doit être en âge de procréer, marié ou en mesure de justifier d'au moins deux ans de vie commune. (Art. L2141-2 du CSP), [9; 16]

L'AMP, a débuté à la fin du XVIIIe siècle avec la première insémination artificielle en Ecosse. Puis en 1978, naissait Louise BROWN le premier bébé « éprouvette », issu d'une Fécondation In Vitro (FIV).

Depuis, de nouvelles techniques médicales se sont développées pour pallier à l'infertilité des couples : l'induction thérapeutique de l'ovulation, l'insémination artificielle (avec le sperme du conjoint ou d'un donneur), les techniques de FIV (conventionnelle ou couplée à une technique de micro-injection : l'Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïdes (ICSI)), les Transferts d'Embryons Congelés (TEC), les dons de spermes, d'ovocytes ou d'embryons.

En France, on estime que plus de 60 000 couples consultent chaque année pour un problème d'infertilité, tant dans des unités de médecine de la procréation, qu'en médecine de ville. Cela représente environ 1 couple sur 7. [1; 11; 12]

L'augmentation de ces chiffres durant ces 10 dernières années est en grande partie due à l'âge plus tardif de la première grossesse, lié à l'évolution de la société, ainsi qu'à l'allongement de la durée des études. De ce fait, de plus en plus de couples ont recours à l'AMP. Certaines des patientes sont suivies pour optimiser leurs ovulations, sur un ou plusieurs cycles menstruels. Cette prise en charge simple permet d'aboutir à des grossesses.

Dans l'unité d'AMP du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, lors des surveillances simples de l'ovulation, une information détaillée lors d'un entretien d'une heure est donnée aux patientes qui le souhaitent. Les sages femmes leurs expliquent le déroulement naturel d'un cycle et les meilleures conditions pour obtenir une grossesse. (Annexe I)

La bibliographie n'a retrouvé que peu d'études récentes sur les connaissances des femmes à ce propos. Nous nous sommes interrogés sur la connaissance que les femmes et les couples pouvaient avoir sur la physiologie entourant la conception naturelle. Nous avons donc tenté, d'une part d'évaluer l'impact de ces entretiens en tant qu'apport de connaissances pour les patientes, par rapport à leurs connaissances antérieures. D'autre part, nous avons évalué leurs connaissances initiales relatives à la sexualité et à l'intimité du couple. Nous avons pensé que les connaissances relatives à la sexualité et à l'intimité du couple étaient lointaines pour certains, car elles étaient abordées trop tôt dans les études. De plus, beaucoup d'idées reçues semblaient circuler entre les femmes, dont les sources étaient incertaines.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de notre étude, était d'évaluer la performance de l'information transmise par les sages femmes aux patientes ou aux couples suivis dans le cadre d'une surveillance de l'ovulation. Nous avons analysé le gain d'informations obtenu entre les connaissances initiales et les connaissances acquises suite à l'entretien d'information grâce à un score arbitraire.

L'objectif secondaire était d'évaluer les connaissances initiales des patientes.

En effet, s'il s'avérait que les connaissances étaient limitées, il serait souhaitable de rendre cet entretien d'information « obligatoire » pour permettre à toutes les patientes d'en bénéficier.

II.2 Type et site de l'étude :

Il s'agit d'une étude comparative avant après, prospective et monocentrique.

Elle a été réalisée dans une maternité de niveau 3, au sein de l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble, dans l'unité d'Assistance Médicale à la Procréation, du 11 octobre 2010 au 14 mars 2011.

II.3 Population :

Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes suivies dans l'unité d'AMP du CHU de Grenoble pour leur première surveillance d'ovulation, majeures, comprenant le français et ayant donné leur accord de participation à l'étude.

Critères d'exclusion :

Nous avons exclu les patientes ayant des difficultés à comprendre et lire le français, ainsi que celles qui ont refusé de participer à notre étude ou qui avaient déjà bénéficié d'un entretien d'information précédemment lors d'une prise en charge dans le service.

II.4 Matériel d'étude :

L'évaluation de l'information a été faite à l'aide de 2 questionnaires distribués aux patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation, de façon prospective. Ils ont été numérotés pour préserver l'anonymat des patientes. (Annexe III)

Le premier questionnaire a été distribué lors de leur première visite dans le service, avant que les patientes n'aient bénéficié de l'entretien d'information avec la sage femme. Il comprenait 3 parties :

- les caractéristiques sociodémographiques ainsi que le profil obstétrical des patientes, recueillis à l'aide des critères suivants : l'âge, la situation familiale, le niveau d'étude, la parité.
- le fait d'avoir bénéficié ou pas d'une AMP pour ses grossesses précédentes.
- les connaissances relatives à l'ovulation, le moment opportun pour avoir des rapports sexuels à but conceptionnel ainsi que les idées reçues.

Le deuxième questionnaire a été distribué après l'entretien d'information. Les patientes le remplissaient et le ramenaient dès la fin de l'entretien ou lors de la visite suivante dans le service.

Ce deuxième questionnaire comportait deux parties :

- Une première partie commune aux deux questionnaires sur les connaissances relatives à la physiologie de l'ovulation.
- Une deuxième partie concernant la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'entretien d'information.

Les questions étaient ouvertes et fermées, à choix unique ou multiple.

Chaque question était cotée sur 1 ou 2 points, ce qui nous a permis de calculer un score total, en fonction des réponses justes. Certaines questions n'entraînaient aucune cotation, car elles ne testaient pas les connaissances étudiées. (Annexe III)

Concernant le premier questionnaire:

- les réponses aux questions 1, 2, 3, 4 et 7 étaient cotées 1 point
- les réponses aux questions 8 et 9 étaient cotées 2 points
- les questions 5 et 6 n'étaient pas cotées.

Ceci nous a donné un total de 9 points au maximum. Le score final a été ramené à un score sur 20.

Le deuxième questionnaire reposait sur le même principe :

- les réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 5 et 6 étaient cotées 1 point
- les réponses aux questions 7 et 8 étaient cotées 2 points
- les réponses aux questions 9 à 12 n'étaient pas cotées.

Cela nous a donné un total de 10 points. Le score final a été ramené à un score sur 20.

La majorité des questionnaires ont été distribués par les sages femmes du service, mais aussi par moi-même lors de mon stage dans le service d'AMP.

II.5 Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était la différence de score obtenu entre les deux questionnaires.

Le critère de jugement secondaire était basé sur le pourcentage de patientes ayant obtenu la moyenne de 10/20 au premier questionnaire.

II.6 Méthode statistique :

Les variables qualitatives étaient décrites par le pourcentage, et les variables quantitatives par la médiane ainsi que les écarts types. La différence de la note aux questionnaires 1 et 2 a été faite par l'analyse de Student par paire. Le seuil de signification était de 0.05. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Excel.

III. RESULTATS

Sur les 36 questionnaires 1 et 2 distribués aux patientes :

- Trente six patientes ont rempli le questionnaire numéro 1, ce qui nous donne un taux de participation de 100%.
- Trente et un questionnaires numéro 2 ont été récupérés remplis, 5 questionnaires n'ont pas été récupérés, ce qui nous donne un taux de participation de 86.11%.

III.1 Caractéristiques socio démographiques de la population

Les caractéristiques de la population étudiée apparaissent dans le tableau I.

Population n=36		
Age		
Moins de 25 ans	n (%)	6 (16.67)
De 25 à 29 ans	n (%)	7 (19.44)
De 30 à 34 ans	n (%)	10 (27.78)
De 35 ans et plus	n (%)	13 (36.11)
Moyenne d'âge	m (e.t)	31.44 (25.68-37.2)
Niveau d'étude		
Sans diplôme	n (%)	3 (8.33)
Brevet des collèges (BEPC)	n (%)	2 (5.56)
CAP / BEP	n (%)	8 (22.22)
Baccalauréat	n (%)	5 (13.89)
Etudes supérieures	n (%)	18 (50)
Parité		
Nullipare	n (%)	29 (80.56)
Primipare/multipare	n (%)	7 (19.44)

Tableau I : caractéristique de la population m = médiane ; e.t = écart type

L'âge moyen des patientes est de 31 ans, avec un minimum de 21 ans et un maximum de 42 ans. Elles sont majoritairement mariées (52.78%) et ont fait des études supérieures (50%).

Dix neuf pour cent des patientes ont déjà eu des enfants, avec une moyenne de 1.43 enfants. Sur les 19%, 5.55% des patientes ont bénéficié d'une AMP (insémination, et/ou des traitements de l'ovulation) pour avoir un enfant.

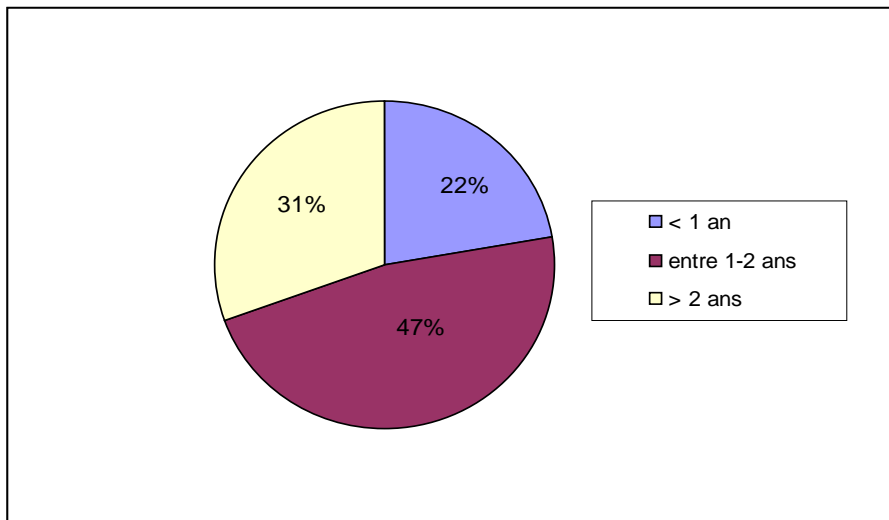


Figure 1 : durée d'essai pour concevoir un enfant avant de consulter dans l'unité d'AMP

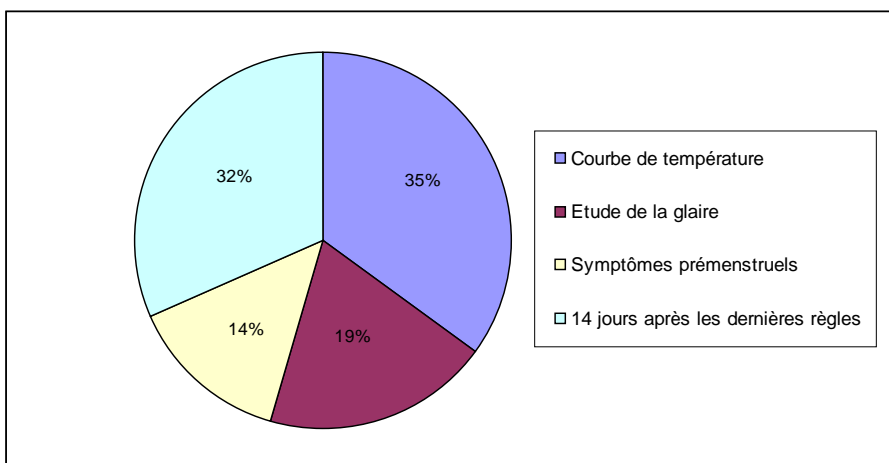


Figure 2 : moyens utilisés par les patientes pour déterminer la date de leur ovulation avant leur rendez-vous d'information

Nous constatons que 35,09% des patientes ont essayé de déterminer la date de leur ovulation par la courbe de température. De même, 50% des patientes ont déjà essayé d'optimiser leurs chances de débiter une grossesse avec l'aide de tests d'ovulation.

III.2 Comparaison des réponses aux deux questionnaires

La note moyenne, la note maximale et la note minimale au questionnaire 1 puis 2 ainsi que le gain entre les deux est représenté figure 3.

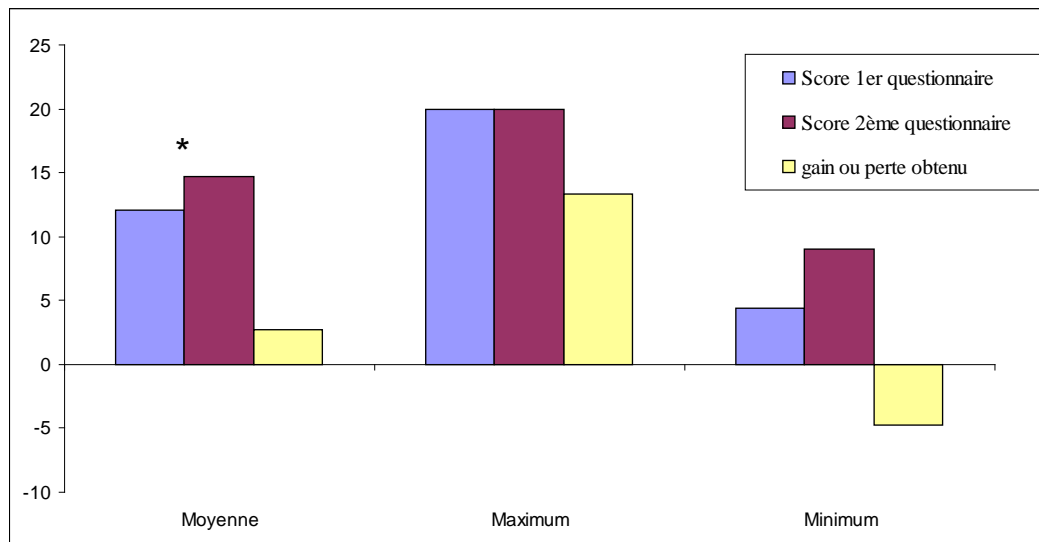


Figure 3 : score obtenu pour chaque questionnaire ainsi que le gain ou la perte obtenu après l'entretien d'information * : la différence des moyennes entre les 2 questionnaires est statistiquement significative car on retrouve un $p = 0.002$

Pour ce qui concerne le 1er questionnaire, la moyenne est de 12,10/20 (7.8-16.4).

Le maximum étant de 20/20 et le minimum de 4,44/20.

Pour le 2ème questionnaire, la moyenne est de 14,66/20 (11.48-17.84). Le maximum est de 20/20 et le minimum de 9/20. Le gain en terme de points entre les 2 questionnaires est de 2,76 points avec un max de gain de 13.33 points et le minimum de - 4,78 points.

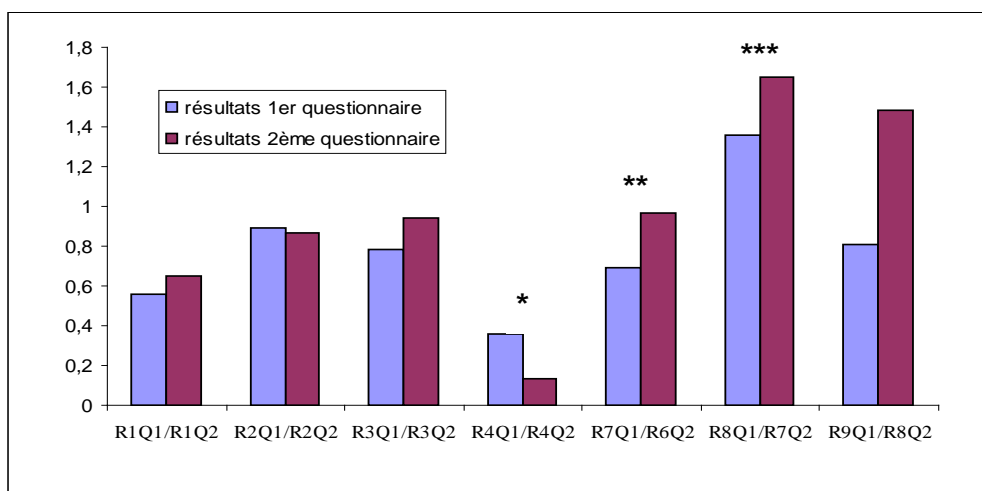


Figure 4 : comparaisons des moyennes des notes de chaque question identique entre les deux questionnaires R = Réponse ; Q = Questionnaire

* : la différence entre les notes des réponses 4 des 2 questionnaires sont statistiquement significative car $p = 0.012$

** : la différence entre les notes des réponses 7 et 6 du questionnaire 1 et 2 sont statistiquement significative car $p = 0.003$

*** : la différence entre les notes des réponses 8 et 7 du questionnaire 1 et 2 sont statistiquement significative car $p = 0.019$

III.3 Connaissances initiales des patientes

Le score reflétant la connaissance initiale des patientes est présentée dans le tableau II.

Population n=36		
<u>Score initial</u>		
Moins de 10/20	n (%)	13 (36,11)
De 10/20 à 20/20	n (%)	23 (63,89)
<u>Gain obtenu après l'entretien pour les patientes qui ont eu moins de 10/20</u>		
de 0 à 4 points	n (%)	8 (66,66)
de 5 à 9 points	n (%)	2 (16,67)
de 10 à 15 points	n (%)	2 (16,67)
<u>Moyenne des gains</u>	m (e,t)	4.76 (0.93-8.59)

Tableau II : score initial des patientes et gains obtenus en fonction du score initial m = médiane ; e.t = écart type

Au 1er questionnaire, 63.89% des patientes ont un score supérieur à 10/20. De plus, 100% des patientes qui n'ont pas obtenu 10/20 au premier questionnaire, ont augmenté leur score lors du 2^{ème} questionnaire (gain de 0.11 à 13.33 points). La moyenne des gains est de 4.76 points.

III.4 Satisfaction des patientes à propos de l'entretien l'information

Les résultats concernant la satisfaction des patientes par rapport à l'entretien sont représentés dans la figure 6.

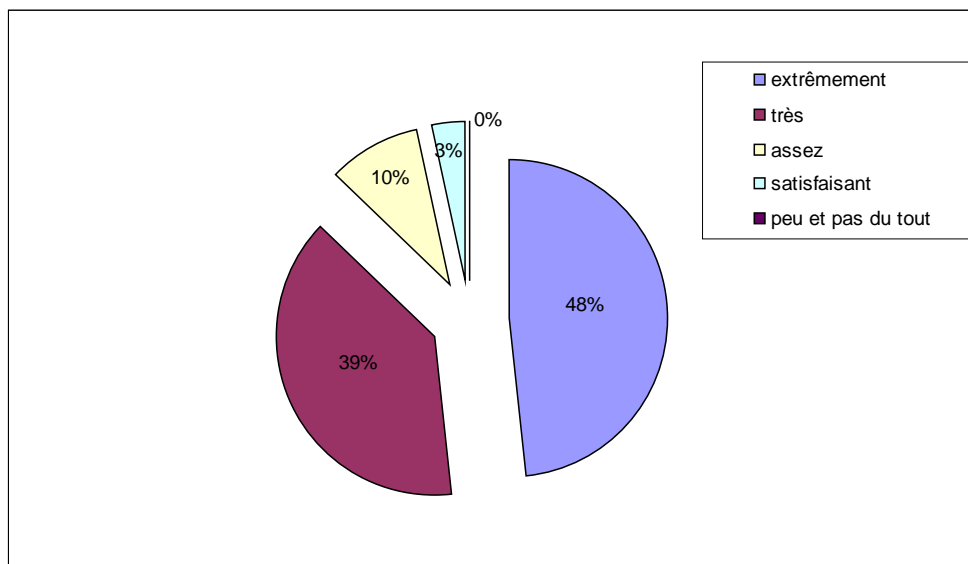


Figure 6 : satisfaction des patientes concernant l'entretien d'information

Sur les 31 questionnaires numéro 2 rendus, 93,55% des patientes ont eu l'impression d'avoir pu poser leurs questions lors de l'entretien, contre 6,45% qui ont pensé le contraire. Quarante vingt dix sept pour cent des patientes n'ont pas eu de questions restées sans réponses, contre 3% à qui ils en restaient.

En ce qui concerne, la satisfaction des patientes au sujet de l'entretien passé avec la sage femme, près de la moitié des patientes sont extrêmement satisfaites (48,39%).

IV. DISCUSSION

IV.1 Limites de l'étude :

Le taux de participation des patientes à cette étude a été de 100% pour le 1^{er} et de 86.11% pour le 2^{ème} questionnaire. Nous pouvons penser que les patientes étaient impliquées dans leur prise en charge.

La limite de cette étude a été le manque de puissance. En effet, sur 5 mois d'étude seulement 36 patientes éligibles ont été interrogées. Ceci peut s'expliquer par le faible nombre de patientes consultant pour une surveillance d'ovulation et parce que les patientes suivies en consultation externe, ne bénéficiaient pas de cet entretien d'information. Enfin, le service d'AMP avait fermé ses portes pendant 2 semaines au mois de décembre.

S'agissant d'un recueil par questionnaire, nous pouvions craindre dans un premier temps, un biais d'informations. En effet, les sages femmes ayant eu connaissance du questionnaire (qu'elles ont aidé à élaborer), auraient pu adapter l'information qu'elles délivraient en fonction des questions posées dans celui-ci. On aurait donc pu avoir une surestimation faussée de l'efficacité de l'information qu'elles délivraient. Les questions posées dans le second questionnaire ont donc différé dans la forme de celles posées dans le premier, pour que les sages femmes ne puissent pas connaître par avance la formulation des questions.

A cela peut s'ajouter un autre biais d'information. En effet, malgré des supports communs, tels que les images ou les représentations dont elles se servaient, les 3 sages femmes du centre d'AMP délivraient l'information de façon différente.

Dans un second temps, un biais de sélection se serait produit, si les sages femmes ne proposaient pas les questionnaires à toutes les patientes lors de l'entretien. J'ai donc fait en sorte de pouvoir distribuer moi-même le plus de questionnaire.

Par ailleurs, les personnes ne parlant pas le français ont été exclues de notre étude. Nous avons supposé que la compréhension du questionnaire aurait pu être plus difficile sans l'aide d'une tierce personne présente pour leur expliquer, ce qui aurait pu influencer leurs réponses, et donc les résultats.

IV.2 Caractéristiques de la population

Age et niveau d'études

Le pourcentage de la population ayant fait des études supérieures est de 50%, ce qui pourrait expliquer que l'âge moyen des patientes soit plus élevé (31 ans) avant qu'elles ne viennent consulter dans l'unité d'AMP. En effet, plus on avance dans l'âge, et plus le nombre de patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation est important. Ainsi, les patientes de 30 à 34 ans étaient au nombre de 27.78%, et celles de plus de 35 ans de 36.11%.

Moyens utilisés par les patientes pour déterminer la date de leur ovulation

Les patientes ayant des difficultés à concevoir, ont utilisé différents moyens pour déterminer la date de leur ovulation, notamment la courbe de température, les 14 jours après la date des dernières règles, l'étude de la glaire ainsi que les symptômes prémenstruels. Le moyen le plus utilisé par les patientes est la courbe de température (35%), elle permet par une élévation brutale de température de nous indiquer que l'ovulation a eu lieu la veille [3]. L'étude de la glaire est au contraire utilisée en minorité (19%), elle est ignorée par bon nombre de couples, même des jeunes couples qui ont bénéficiés de cours de Science de la Vie et de la Terre (SVT). Et pourtant, selon de nombreuses études, l'analyse de la glaire cervicale est hautement prédictive de l'ovulation. Il y a une différence statistiquement significative en terme de conception entre les jours où la glaire est absente et les jours où elle est présente [4 ; 5 ; 6]. De plus, selon Stanford et Al. [7], l'étude des sécrétions vaginales doit être une première étape pour les couples ayant des difficultés à concevoir.

De ce fait, lors de l'entretien d'information, les sages femmes éduquent les patientes quant à la différence entre une glaire non fertile et fertile. Selon l'Organisation

Mondiale de la Santé, 93% des patientes sont capables de différencier les sécrétions fertiles et non fertiles. L'information délivrée par des professionnels qualifiés tel que les sages femmes est très importante. [3]

IV.3 Comparaison des scores obtenus pour chaque questionnaire ainsi que pour les réponses des questions identiques

Nous pouvons noter certains biais. Ainsi, la cotation du questionnaire a été élaborée de façon simple mais critiquable. Nous avons préjugé des questions et de leur importance en leur accordant un score de 1 ou 2 (Annexe III). Cependant, il n'existe aucun questionnaire validé concernant ces connaissances.

Nous avons souhaité savoir si l'information délivrée par les sages femmes du service d'AMP avait un impact en terme d'apport de connaissances pour les patientes.

En effet, par rapport aux connaissances initiales des patientes, la différence des moyennes obtenues entre les 2 questionnaires est statistiquement significative car la valeur de $p = 0.002$. On pourrait alors proposer de rendre cet entretien obligatoire à toutes les patientes, car il apporte un certain nombre de connaissances aux patientes relatif à la physiologie du cycle, à la sexualité.

De plus, en se basant sur chacune des questions identiques retrouvées dans les 2 questionnaires, nous avons constaté des différences statistiquement significatives.

En effet, les réponses traitant :

- de la fréquence mensuelle des rapports sexuels au sein d'un couple [11],
- du moment le plus favorable pour avoir des rapports sexuels soit les 3 jours précédant l'ovulation pour favoriser la survenue d'une grossesse,
- du fait de ne pas faire de toilette vaginale après un rapport sexuel pour ne pas éliminer et fragiliser les spermatozoïdes,

sont les réponses pour lesquelles la différence avait une différence statistiquement significative, et elles traitent de points clés en terme de chances à concevoir.

Ainsi, la réponse concernant la fréquence mensuelle des rapports sexuels n'est pas connu des patientes. Il faudrait également expliquer aux couples que les rapports sexuels ne se limitent pas aux 3 jours (voire 5 jours) précédant l'ovulation, mais qu'ils sont nécessaires pour l'équilibre du couple.

Par ailleurs, la différence des moyennes entre les réponses aux questions concernant :

- la baisse de la fertilité chez une femme à partir de 35 ans [8],
- le fait qu'on ne puisse pas débuter une grossesse à tout moment durant le cycle mais seulement les 3 jours précédant l'ovulation,
- l'augmentation des rapports sexuels au moment le plus favorable du cycle accroît les chances d'être enceinte,
- la position à adopter après un rapport sexuel pour favoriser la fertilité,

n'est pas statistiquement significative, mais ces réponses ont moins d'impact sur les chances de grossesse.

Les explications données par les sages femmes de l'unité d'AMP, concernant la physiologie du cycle, la sexualité, les « bonnes pratiques » entourant la conception, sont très importantes. Elles vont permettre aux couples ou aux patientes de comprendre les erreurs « inconscientes » pratiquées depuis des années. Par exemple, selon la culture, la toilette vaginale après le rapport sexuel est très répandue. Au-delà du poids de la culture le simple fait de se lever immédiatement pour uriner après le rapport, élimine en partie l'éjaculat donc les spermatozoïdes. Il est donc indispensable d'informer les couples concernant leurs pratiques pour leur permettre de les modifier et d'améliorer leurs chances d'avoir un enfant.

De plus, 36.11% des patientes qui n'ont pas obtenu la note de 10/20 au 1^{er} questionnaire, ont dans 100% des cas une note supérieure au second questionnaire par rapport au premier, ce qui nous montre que cet entretien est d'autant plus important que les patientes ont des connaissances initiales limitées.

De ce fait, on pourrait faire remplir à toutes les patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation un questionnaire pour évaluer leur niveau de connaissance, et en fonction du résultat rendre ou pas l'entretien « obligatoire ».

IV.4 Connaissances initiales des patientes

Nous avons souhaité à l'aide du 1^{er} questionnaire savoir si les patientes avaient des connaissances relatives à la physiologie de la conception ainsi qu'à la sexualité.

La majorité des patientes soit 63.89%, ont obtenu plus de 10/20 à ce 1^{er} questionnaire, ce qui montre un minimum de connaissances. Ceci peut s'expliquer

par le niveau d'études supérieures de la majorité des patientes (50%). Ainsi, plus le niveau d'instruction est élevé, plus la compréhension des patientes serait bonne.

IV.5 Satisfaction des patientes à propos de l'entretien d'information

La plupart des patientes ayant bénéficié de cet entretien sont extrêmement satisfaites (48.39%), ce qui nous montre l'intérêt de cet entretien dans la prise en charge des patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation. De plus, 93.55% des patientes ont eu l'impression d'avoir pu poser leurs questions lors de l'entretien, et 97% des patientes n'ont pas eu de questions sans réponses. Nous pouvons donc constater que cet entretien est un moment d'échange entre le couple ou la patiente et la sage-femme. C'est un moment privilégié pour leur expliquer la physiologie de la conception, les bonnes pratiques relatives à la sexualité, ainsi que pour lutter contre les idées reçues tel que le fait d'effectuer une toilette vaginale ou de mettre les « pieds en l'air » après le rapport sexuel.

Le rôle de la sage femme auprès des couples en AMP est primordial.

Dans un premier temps ce qui pourrait encore améliorer cet entretien, serait de présenter cet entretien avec la sage-femme comme fondamental dans la prise en charge des patientes lors de leur première consultation dans le service avec le médecin. Ceci permettrait aux couples ou patientes, de poser leurs questions lors de cet entretien.

Dans un second temps, après évaluation de l'efficacité de cette prise en charge, les sages femmes pourraient annoncer des statistiques, comme le taux de grossesse obtenu par les patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation. Ceci permettrait aux patientes de se rendre compte indirectement de l'impact que peut avoir cet entretien d'information.

Enfin, il serait intéressant de créer une plaquette sur laquelle, un rappel des points clés de cette information serait inscrit. Ceci aurait l'avantage de permettre aux patientes d'avoir un support papier, car l'information qui leur est donnée est assez importante, ce qui pourrait entraîner des oublis sur le long terme.

Une plaquette d'informations est proposée en annexe. (Annexe IV)

V. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la performance de l'information transmise par les sages femmes aux patientes ou aux couples suivis dans le cadre d'une surveillance de l'ovulation. L'objectif secondaire était d'évaluer les connaissances initiales des patientes.

La différence des moyennes entre les 2 questionnaires est statistiquement significative, malgré un score initial des patientes majoritairement supérieur à 10/20 (63.89%). Les patientes qui n'ont pas obtenu 10/20 ont dans 100% des cas augmenté leur note au second questionnaire.

La participation de la sage-femme à la prise en charge des couples infertiles est efficace, et cruciale. Après 2, 5 ou 10 ans d'infertilité, nombreux sont ceux qui ignorent la base de la fertilité. La sage femme exerçant dans une unité d'AMP a un rôle éducatif auprès des couples ou des patientes, notamment au niveau de la physiologie du cycle ainsi que de la sexualité. Ceci permet de comprendre les erreurs « inconscientes » que le couple pratique depuis des années, et ainsi les aider à les modifier. Enfin, cet entretien permet d'aborder avec le couple des problèmes de sexualité sous jacents, et de leur donner quelques conseils ou de les orienter vers un spécialiste si nécessaire.

Cependant, notre étude a manqué de puissance car seulement 31 patientes nous ont permis d'évaluer la performance de cette information. De plus, nous avons exclu les patientes ne parlant pas le français.

Ainsi, il serait intéressant de réaliser une étude sur une plus longue période, en incluant toutes les patientes et en modifiant la cotation des questionnaires. Ceci nous permettrait d'avoir des résultats plus objectifs vis-à-vis de cet entretien.

Par ailleurs, il serait intéressant de réaliser une autre étude pour évaluer l'apport de cet entretien en terme de survenue de grossesse.

Pour conclure mon mémoire, une plaquette d'information simple et concise a été réalisée pour les patientes. Elle résume les conseils de bon sens pour permettre aux patientes d'augmenter leurs chances de fertilité. Cette plaquette doit être finalisée et validée par les médecins responsables du service de Médecine de la Procréation, elle sera imprimée par un laboratoire qui attend dès à présent la version définitive.

VI. BIBLIOGRAPHIE

VI.1 Articles

(1) Papaharitou Stamatis, Nakopoulou Evangelia, Moraitou, Hatzichristou Dimitrios
Assisted reproduction and midwives: Student and certified midwives'
educational needs on reproductive biology

Sexual & Reproductive Healthcare 1 (2010) 163–168.

(2) Bruno Scarpa, Ph.D.,^a David B. Dunson, Ph.D.,^b and Elena Giacchi, M.D.^c
Bayesian selection of optimal rules for timing intercourse to conceive by using
calendar and mucus

*Fertil Steril_ 2007;88:915–24. _2007 by American Society for Reproductive
Medicine.*

(3) Stephen R. Pallone, MD, and George R. Bergus, MD
Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning
J Am Board Fam Med 2009;22:147–157

(4) Bigelow J, Dunson DB, Stanford JB, Ecochard R, Gnoth C, Colombo B.
Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception
than timing of intercourse.

Hum Reprod 2004;19:889–92.

(5) Ivo Scarpa B, Dunson DB, Colombo B.
Cervical mucus secretions on the day of intercourse: an accurate marker of highly
fertile days.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;125:72–8.

(6) Stanford JB, Smith KR, Dunson DB.
Vulvar mucus observations and the probability of pregnancy.

Obstet Gynecol 2003;101:1285–93.

(7) Stanford JB, White GL, Hatasaka H.

Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence.

Obstet Gynecol 2002; 100:1333–41.

VI.2 Sites Internet

(8) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000441469>

(9) http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/amp/codes.asp

(10) http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090623_sondage_BVA_fertilite.pdf

(11) http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_24.htm

(12) <http://www.procreationmedicale.fr/dl/2010/05/agence-de-la-biomedecine-amp.pdf>

(13) <http://www.science.gouv.fr/fr/actualites/bdd/res/2551/enquete-sur-le-contexte-de-la-sexualite-en-france-/>

(14) http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2009/donnees/procreation/01-amp/00_synthese/synthese.php#t4

VI.3 Articles de loi

(15) [Code de la santé publique - art. L2141-1 \(V\)](#)

(16) [Code de la santé publique - art. L2141-2 \(V\)](#)

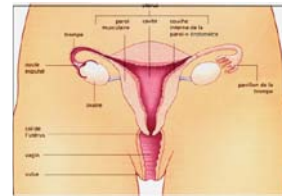
VII. ANNEXES

Annexe I : Information délivrée par les sages femmes du service d'AMP du CHU de Grenoble, lors de l'entretien du couple ou de la patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation.

1. L'anatomie féminine :

L'appareil génital de la femme se compose de :

- La vulve et du vagin
- l'utérus constitué par le col, le corps, ainsi que les trompes utérines
- les deux ovaires



2. Rappel du cycle menstruel et du rôle des organes génitaux féminins :

La femme possède sa propre réserve ovarienne dès la naissance, qu'elle utilise jusqu'à la ménopause. L'homme produit des spermatozoïdes en continu, de la puberté jusqu'à la fin de sa vie. Chaque éjaculat est en fabrication depuis environ 3 mois. Le premier jour du cycle menstruel correspond au premier jour des règles. Un cycle dure environ 28 jours, et se termine quand les règles suivantes commencent. Un seul ovaire fonctionne à chaque cycle, souvent en alternance.

Un cycle menstruel est divisé en 2 phases :

1. La première phase du cycle est appelée **Phase Folliculaire**.

Elle dure environ 14 jours mais peut varier selon la durée des cycles (courts ou longs). Durant cette phase, l'hypophyse (une glande située à la base du cerveau, qui contrôle les sécrétions hormonales), secrète une hormone : l'Hormone Folliculo Stimulante ou FSH, elle va permettre à un certain nombre de follicules ovariens, de grossir et d'arriver à maturité. Vers le 6^{ème} jour du cycle, 5 à 6 follicules émergents visibles à l'échographie, mais un seul devient mature, on parle du follicule de De Graaf ou follicule dominant, il mesure 18 à 20 mm de diamètre vers le 13 - 14^{ème} jour.

Quand le follicule croît, il sécrète des estrogènes ou estradiol en quantité suffisante, ce qui informe l'hypophyse de la maturité folliculaire et déclenche l'ovulation par un pic d'Hormone Luteinisante ou LH.

Un follicule mature contient un ovule ou ovocyte, qui sera expulsé du follicule, puis capté par la trompe utérine au moment de l'ovulation. Il sera ensuite fécondé par un spermatozoïde dans son tiers externe.

Les estrogènes agissent à 3 niveaux sur :

- la glaire cervicale qui devient abondante, humide, filante et transparente, elle a un rôle « d'ascenseur pour les spermatozoïdes », en les aidant à migrer vers la trompe pour féconder l'ovocyte. Il s'agit d'un filtre pour les spermatozoïdes, elle empêche également les bactéries de passer.
- l'endomètre, qui s'épaissit pendant les 14 premiers jours du cycle, pour accueillir l'embryon et lui permettre de s'y implanter et de se développer.
- le déclenchement du pic de LH, favorisant l'ovulation et la transformation du follicule en corps jaune.

2. La deuxième phase est appelée **Phase lutéale**.

Elle dure 14 jours. Une fois que le follicule a expulsé l'ovocyte, il se transforme en un kyste du corps jaune. Celui-ci sécrète de la progestérone (hormone de la Grossesse), nécessaire pour maintenir la survie de l'embryon au niveau de l'endomètre. Si la fécondation n'a pas lieu, il n'y a pas d'embryon, le corps jaune disparaît alors, vers le 12^{ème} jour. De ce fait, la sécrétion de progestérone chute, ce qui entraîne le retour des règles.

3. Le lien entre l'information et le suivi au sein du service :

La surveillance de l'ovulation consiste à suivre la croissance folliculaire, grâce à une surveillance échographique et biologique. Elle débute le 9^{ème} jour du cycle menstruel, et se reproduit tous les deux jours environ, jusqu'au jour de l'ovulation.

La surveillance échographique par voie endovaginale, a pour but de mesurer l'épaisseur de l'endomètre, et d'apprécier quantitativement les follicules ovariens et

leur taille (un follicule mature pouvant contenir un ovocyte mature mesure environ 16 à 20 mm de diamètre).

L'échographie nous permet aussi de savoir si l'on se rapproche de la période ovulatoire, et donc de savoir si les rapports sexuels peuvent être féconds. Si le nombre de follicules dépasse 2, une grossesse gémellaire est possible et le suivi sera donc interrompu.

En effet, seuls les 3 jours qui précèdent l'ovulation permettent de débiter une grossesse (+/- 2 jours car la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire peut être de 5 jours). Ainsi la surveillance de l'ovulation permet de cibler les jours les plus propices pour avoir des rapports sexuels féconds.

La surveillance échographique est corrélée à des prélèvements hormonaux sanguins tels que :

- l'oestradiol (appréciation qualitative de la maturité folliculaire),
- la LH (renseigne sur l'imminence de l'ovulation, si elle est en cours ou passée),
- parfois, la progestérone, pour confirmer que la deuxième phase du cycle est en cours et que l'ovulation a déjà eu lieu.

Le suivi du cycle grâce à la surveillance échographique et hormonale, permet de dépister un possible dysfonctionnement. De ce fait, après le suivi d'un cycle sans traitement, le service d'AMP peut intervenir et mettre en place un traitement ayant une action sur les 3 phases du cycle (Des injections de FSH pour stimuler la maturation des follicules, un déclenchement de l'ovulation par l'HCG ainsi qu'un complément de progestérone par voie vaginale pendant la phase lutéale). Le but est d'améliorer toutes les phases du cycle pour obtenir un « idéal hormonal » et favoriser une grossesse.

Le Test de Hühner ou Test Post Coïtal y est également expliqué :

Un rapport sexuel doit avoir lieu la veille du test, tard dans la soirée entre 22h30 et minuit, pour que le délai entre le rapport sexuel et le test soit compris entre 6 et 12 heures.

Il est conseillé d'uriner, puis de prendre une douche avant le rapport sexuel, afin de rester tranquillement allongé après le rapport sexuel, ce qui facilite l'ascension des spermatozoïdes. A la suite d'un rapport sexuel, la toilette vaginale est fortement déconseillée car elle fragilise et élimine en partie les spermatozoïdes. Le matin du prélèvement, une douche est autorisée mais pas de toilette vaginale. Après pose du spéculum, le gynécologue va évaluer l'aspect de la glaire, le nombre de spermatozoïdes par champ au microscope, ainsi que la mobilité et la survie des spermatozoïdes dans la glaire cervicale (Score d'Insler).

Le vocabulaire de cette information est adapté au couple et à son niveau de compréhension.

Une étude est en train d'être réalisée auprès des patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation.

2 questionnaires sont à remplir.
Vous pouvez les demander aux Sages - Femmes.

Annexe III : Premier et deuxième questionnaire

Cyrielle PETITJEAN
Ecole de sages femmes
Echirolles

Madame, Mademoiselle,

Je suis étudiante sage femme en 4^{ème} année à l'école de sages femmes de Grenoble. En vue de l'obtention de mon diplôme de fin d'études, j'effectue un mémoire ayant pour but d'évaluer la qualité de l'information délivrée par les sages femmes aux patientes suivies pour une surveillance de l'ovulation.

Pour réaliser cette étude, j'ai besoin de votre participation en répondant à 2 questionnaires :

- l'un vous sera donné lors de votre première visite dans le service
- l'autre après avoir bénéficié de l'information.

Ces questionnaires sont anonymes, et nous aiderons à mieux adapter votre prise en charge. Merci d'y répondre seule et sans aide.

Ce travail est encadré par le Docteur Pascale HOFFMANN MCU-PH gynécologue - obstétricienne au CHU de Grenoble et Claire BAUDON Sage Femme enseignante.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Cyrielle PETITJEAN

N°

Etude sur l'information délivrée lors d'une surveillance de l'ovulation

FICHE SIGNALETIQUE

Date du jour : / /

Quel âge avez-vous ? _____ Ans

Quelle est votre situation familiale ?

- En couple
- Mariée

Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP / BEP
- Baccalauréat
- Etudes supérieures

Travaillez-vous ?

- Oui
- Non

Si oui, quel est votre emploi : _____

Avez-vous déjà des enfants ?

- Non
- Oui. Combien ?

Si oui, avez-vous eu besoin d'une assistance médicale pour démarrer la (les) grossesse(s) ?

- Non
- Oui

Si oui, de quel type d'aide avez-vous eu besoin ?

- Traitement de l'ovulation
- Insémination
- Fécondation in vitro

Depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ?

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 2 ans
- Plus de 2 ans

7/ Selon vous, quand faut-il avoir des rapports sexuels pour favoriser la survenue d'une grossesse ? (1 seule réponse possible) **(1 point)**

- Les 3 jours avant l'ovulation
- Le lendemain de l'ovulation
- Pendant les règles
- N'importe quel jour

8/ Pensez vous qu'il faut effectuer une toilette vaginale après un rapport sexuel ? **(2 points)**

- Oui
- Non

Pourquoi ? (1 réponse possible)

- Infections
- Fragilité des spermatozoïdes

9/ Selon vous, y a-t-il une position à adopter après un rapport sexuel pour favoriser la fertilité ? **(2 points)**

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ? (1 réponse possible)

- Debout
- A plat ventre
- Allongée à plat dos
- Les pieds au mur

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

n°

**Etude sur l'information délivrée lors
d'une surveillance de l'ovulation**

DEUXIEME QUESTIONNAIRE

1/ D'après vous à partir de quel âge la fertilité commence t-elle à diminuer chez la femme ? **(1 point)**

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 25 ans | <input type="checkbox"/> 40 ans |
| <input type="checkbox"/> 30 ans | <input type="checkbox"/> 45 ans |
| <input type="checkbox"/> 35 ans | |

2/ Selon vous, une grossesse peut-elle démarrer à n'importe quel moment du cycle de la femme ? **(1 point)**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

3/ Pensez vous que l'on augmente ses chances d'être enceinte en multipliant les rapports sexuels au moment le plus favorable ? **(1 point)**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

4/ Selon-vous, quelle est la fréquence idéale des rapports sexuels lorsque l'on désire être enceinte ? **(1 point)**

- 3 fois par mois
- 9 fois par mois
- 12 fois par mois

5/ Comment pourriez-vous connaître la date de votre ovulation ? **(1 point)**

- par la courbe de température
- par l'étude de la glaire
- par le repérage des symptômes prémenstruels
- 14 jours avant la date des prochaines règles

6/ Selon vous, quand l'on désire être enceinte, quand faut-il avoir des rapports sexuels ? (1 seule réponse possible) **(1 point)**

- Les 3 jours avant l'ovulation
- Le lendemain de l'ovulation
- Pendant les règles
- N'importe quel jour

7/ Pensez vous qu'il faut effectuer une toilette vaginale après un rapport sexuel ?
(2 points)

- Oui Non

Pourquoi ? (1 seule réponse possible)

- Infections
 Fragilité des spermatozoïdes

8/ Selon vous, y a-t-il une position à adopter après un rapport sexuel pour favoriser la fertilité? (2 points)

- Oui Non

Si oui, laquelle ? (1 seule réponse possible)

- Debout
 A plat ventre
 Allongée à plat dos
 Les pieds au mur

9/ A la fin de l'entretien, avez-vous eu l'impression d'avoir pu poser toutes les questions qui vous préoccupaient concernant la fertilité?

- Oui Non

10/ Avez-vous des questions restées en suspend ?

- Non Oui

Si oui, lesquelles ? _____

11/ Comment avez-vous trouvé cette information ? (1 seule réponse possible)

- Extrêmement satisfaisante Satisfaisante
 Très satisfaisante Peu satisfaisante
 Assez satisfaisante Pas du tout satisfaisante

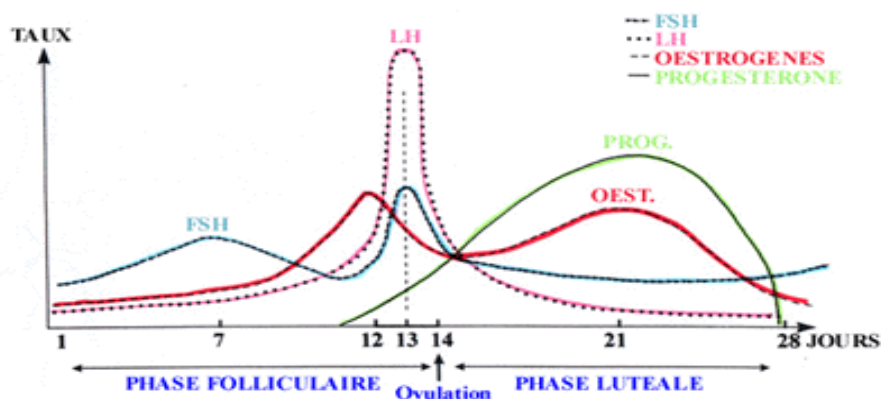
12/ Avez-vous des améliorations à suggérer vis-à-vis de cette information ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe IV : Proposition d'un récapitulatif des conseils donnés aux patientes lors de l'entretien

Comment réaliser : une surveillance d'ovulation dans les meilleures conditions

VARIATIONS DES TAUX PLASMATIQUES DES HORMONES HYPOPHYSAIRES ET OVARIENNES AU COURS DU CYCLE MENSTRUEL



Les rapports sexuels féconds correspondent aux 3 jours précédant l'ovulation (le 4 et 5^{ème} jours précédant l'ovulation peuvent l'être aussi de par la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire cervicale).

Objectifs : réunir les conditions optimales

- 1 follicule de 18 à 20 mm
- 1 dosage d'estradiol supérieur ou égal à 250 picogramme
- 1 endomètre d'une épaisseur de 7 à 10 mm

Privilégier :

- L'étude de la glaire cervicale car même en absence de suivi d'ovulation seul l'auto-examen permet d'apprécier le moment optimal pour avoir des rapports sexuels féconds. La glaire cervicale fertile est abondante, humide et filante.
- La position allongée après le rapport sexuel

A éviter :

- Le lever immédiat après un rapport sexuel pour uriner ou se laver.
- La toilette vaginale après un rapport sexuel (cela élimine et fragilise les spermatozoïdes).

Rappels pour la réalisation du Test Post Coïtal ou Test de Hühner :

- Uriner et se laver avant le rapport sexuel
- Avoir un rapport sexuel entre 22h et 0h
- Ne pas faire de toilette vaginale après le rapport sexuel
- Se présenter dans le service de Médecine de la Procréation du CHU de Grenoble à 8h30 le lendemain matin.

En dehors des 3 jours pré-cités, les rapports sexuels sont nécessaires à l'équilibre du couple, ainsi qu'à la bonne maturation des spermatozoïdes dans le testicule. Ainsi, il n'est pas nécessaire de concentrer les rapports dans cette période.

La plaquette d'informations sera imprimée par un laboratoire, après validation par les médecins responsables du service de Médecine de la Procréation.

VIII. RESUME

Introduction : En France de nombreux couples ont recours à l'AMP, et plus spécifiquement à l'optimisation de l'ovulation. Dans le service d'AMP du CHU de Grenoble, un entretien est réalisé par les sages femmes auprès des patientes afin de les informer de la physiologie entourant la conception naturelle. Notre objectif a été d'évaluer l'impact de cet entretien en terme d'apport de connaissances pour les patientes, par rapport à leurs connaissances antérieures.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude comparative avant-après, réalisée par questionnaire auprès de 36 patientes, suivies dans le service d'AMP du CHU de Grenoble du 11 octobre 2010 au 14 mars 2011. L'objectif principal, était d'évaluer la performance de l'information transmise par les sages femmes aux patientes en surveillance de l'ovulation. L'objectif secondaire était d'évaluer leurs connaissances initiales des patientes.

Résultats : La différence des moyennes entre les 2 questionnaires est statistiquement significative car on retrouve un $p = 0.002$. Concernant les connaissances initiales des patientes 63.89% ont un score supérieur à 10/20 au 1^{er} questionnaire. De plus, 100% des patientes qui n'ont pas obtenu 10/20 au premier questionnaire, ont gagné des points à la note finale du 2^{ème} questionnaire (gain de 0.11 à 13.33 points). La moyenne des gains étant de 4.76 points.

Discussion et conclusion : La prise en charge des couples infertiles par la sage-femme apparaît comme une nécessité. Elle permet d'identifier et corriger les erreurs « inconscientes » faite par les couples depuis des années. Il serait intéressant de réaliser une étude pour évaluer le gain de cet entretien en terme de survenue de grossesse.

Mots clés : Assistance médicale à la procréation ou AMP ; entretien d'information ; sage-femme ; surveillance de l'ovulation.