



HAL
open science

Quelle place la sage-femme occupe-t-elle dans les centres d'assistance médicale à la procréation, en France, en 2012 ?

Charlotte Dupuy

► To cite this version:

Charlotte Dupuy. Quelle place la sage-femme occupe-t-elle dans les centres d'assistance médicale à la procréation, en France, en 2012 ?. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00873488

HAL Id: dumas-00873488

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873488>

Submitted on 15 Oct 2013

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.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 03 avril 2013

Par

Charlotte DUPUY

Née le 02/08/1989

**Quelle place la sage-femme occupe-t-elle
dans les centres d'Assistance Médicale à la
Procréation, en France, en 2012 ?**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Professeur FRYDMAN René

Gynécologue- Obstétricien, Professeur des
universités Paris V Consultant Hôpital Foch
Surenes

JURY :

M. le Pr CABROL Dominique
Mme DIEUDONNE Cécile
Mme SAUVEGRAIN Priscille
Mme CAUBIT Lucile
Mme ATINE Myriam

Directeur technique de l'ESF Baudelocque
Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque
Sage-femme anthropologue, Paris
Sage-femme, Hôpital Cochin-Port-Royal
Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2013PA05MA13

Remerciements

Je remercie,

Monsieur le Professeur René Frydman,

Pour sa gentillesse et sa disponibilité,

Pour avoir accepté de diriger ce mémoire,

Pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de la réalisation de ce travail,

Pour avoir su me faire profiter de son expérience,

Madame Myriam Atine,

Pour avoir co-dirigé ce mémoire,

Pour sa patience et sa disponibilité,

Pour ses nombreuses relectures et conseils avisés,

Madame Catherine Méninat,

Pour avoir été présente aux prémices de ce mémoire et m'avoir guidée dans l'élaboration du questionnaire,

Toutes les sages-femmes, cadres sages-femmes et chefs de clinique pour leur participation de près ou de loin à l'étude de ce mémoire,

Ma famille, pour leur relecture et leur soutien,

Mes amies, pour leur soutien tout au long de ces études et de l'élaboration de ce mémoire.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	II
Liste des annexes	III
Lexique	IV
Introduction.....	1
Première partie Essor de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)	3
1.1 <i>Evolution historique de l'assistance médicale à la procréation</i>	3
1.1.1 Origine et évolution de la préoccupation médicale pour les problèmes de stérilité ..3	
1.1.1.1 <i>Dans l'Egypte Antique</i>	3
1.1.1.2 <i>Hippocrate et la Grèce Antique</i>	4
1.1.1.3 <i>Du moyen-âge au XVIIIème siècle</i>	5
1.1.1.4 <i>La physiologie de la reproduction au XXème siècle</i>	6
1.1.2 Naissance des techniques d'assistance médicale à la procréation	7
1.1.2.1 <i>Définitions</i>	7
1.1.2.2 <i>Début des techniques d'assistance médicale à la procréation</i>	8
1.1.3 Mise en place des dernières avancées technologiques.....	9
1.1.3.1 <i>Le don de gamètes et leur conservation</i>	9
1.1.3.2 <i>La congélation embryonnaire</i>	11
1.1.3.3 <i>L'accueil d'embryon</i>	11
1.1.3.4 <i>La recherche sur l'embryon humain</i>	12
1.1.3.5 <i>Le diagnostic pré-implantatoire</i>	12
1.1.3.6 <i>Et après... ?</i>	13
1.2 <i>Cadre législatif</i>	14
1.2.1 Premières réflexions éthiques et création du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)	14
1.2.1.1 <i>Création du comité consultatif national d'éthique</i>	14
1.2.1.2 <i>CECOS, débats et rapports dans les années 1980</i>	14
1.2.2 Loi de bioéthique de 1994	16
1.2.2.1 <i>Les premières lois de bioéthique</i>	16
1.2.2.2 <i>L'agence de biomédecine</i>	16
1.2.3 Révisions des lois de bioéthiques et code de la santé publique.....	17
1.2.3.1 <i>Définition de l'AMP</i>	17
1.2.3.2 <i>Révisions des lois de 1994</i>	17
1.3 <i>La sage-femme et l'Assistance Médicale à la Procréation</i>	18
1.3.1 <i>La sage-femme au commencement de la fécondation in vitro</i>	18
1.3.2 <i>L'assistance médicale à la procréation dans la formation initiale et continue des sages-femmes</i>	19

1.3.2.1	<i>La formation initiale</i>	19
1.3.2.2	<i>La formation continue</i>	20
1.3.3	Cadre législatif de la profession de sage-femme en assistance médicale à la procréation	20
	Deuxième partie Méthodologie de l'étude	22
2.1	<i>Problématique, hypothèses et objectifs</i>	22
2.1.1	Problématique	22
2.1.2	Hypothèses.....	22
2.1.3	Objectifs	23
2.2	<i>Présentation de l'étude : description de la population</i>	23
2.2.1	Caractéristique des centres d'AMP	24
2.2.2	Nombre moyen de sages-femmes.....	25
2.2.3	Activités des centres d'AMP	25
2.2.4	Population de sages-femmes.	26
2.3	<i>Présentation des résultats</i>	27
2.3.1	Activités des sages-femmes.....	27
2.3.2	Perspective d'évolution de l'activité des sages-femmes.....	32
2.3.3	Point de vue des sages-femmes sur les questionnements éthiques	40
	Troisième partie Discussion	41
3.1	<i>Discussion de la méthode</i>	41
3.1.1	Forces et limites de l'étude	41
3.1.2	Biais de l'étude	42
3.1.3	Perspective de perfectionnement en regard des résultats obtenus	42
3.2	<i>Discussion et analyse des résultats</i>	43
3.2.1	Population de l'échantillon	43
3.2.2	Analyse de l'activité des sages-femmes dans les centres d'AMP	44
3.2.3	Analyse de la place des sages-femmes dans les centres d'AMP	48
3.2.4	Enjeux éthiques des lois de bioéthiques : analyse de l'enquête d'opinion réalisée auprès de l'échantillon de la population P.....	51
3.3	<i>Propositions</i>	52
3.3.1	Propositions concernant les conditions d'exercices des sages-femmes	52
3.3.2	Propositions concernant les perspectives d'évolution de la sage-femme en AMP	53
3.3.3	Propositions concernant la formation initiale de la sage-femme	55
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Annexes	62

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre de sages-femmes exerçant dans les centres d'AMP en fonction de l'activité de ces derniers (activité exprimée en nombre de ponctions ou de cycles FIV sur une année)	25
Tableau 2: Caractéristiques de la population de sages-femmes (P=81)	26
Tableau 3: Précisions concernant les activités diverses observées sur la population P.....	28
Tableau 4: Participation des sages-femmes au staff de monitoring de l'ovulation selon qu'elles réalisent elles-mêmes le monitoring de l'ovulation.....	29
Tableau 5: Codification des actes selon le type de consultation effectuée	31
Tableau 6: Pourcentage de couples revus après l'AMP pour leur suivi.....	32
Tableau 7: Activités des sages-femmes selon leur participation à la recherche médicale..	32
Tableau 8: Création des séances selon le besoin des couples ou des femmes	35
Tableau 9: Evolution personnelle envisagée par les sages-femmes en libre réponse	36
Tableau 10: Points positifs du travail en AMP d'après les sages-femmes interrogées	37
Tableau 11: Points négatifs du travail en AMP d'après les sages-femmes interrogées	38
Tableau 12: Améliorations à apporter au rôle de la sage-femme dans le domaine de la procréation assistée	39
Tableau 13: Avis des sages-femmes sur les réflexions et enjeux éthiques actuels	40
Tableau 14: Comparaison de la population d'étude P à la population générale des sages-femmes en 2010 et 2011	43
Tableau 15: Comparaison de deux populations de sages-femmes travaillant dans les centres d'AMP, à 10 ans d'intervalle	47

Liste des figures

Figure 1: Caractéristique des centres d'AMP employant des sages-femmes	24
Figure 2: Activités observées sur la population P de sages-femmes	27
Figure 3: Moyennes d'interactions entre les différents professionnels de santé et les sages-femmes de la population P	30
Figure 4: Moment de prise en charge (PEC) du couple en AMP, par la sage-femme	31
Figure 5: Avis de la sage-femme sur sa place en AMP en fonction de ses compétences.....	33
Figure 6: Création des groupes de paroles par les sages-femmes au sein des centres d'AMP	34
Figure 7: Création de séances de relaxation par les sages-femmes au sein des centres d'AMP	34
Figure 8: Evolution personnelle envisagée par les sages-femmes.....	35

Liste des annexes

Annexe I : Décret d'application 2012-885 du 17 juillet 2012, relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation.....	63
Annexe II : Liste des centres d'AMP disponible à l'Agence de Biomédecine, en vigueur à la date du 2 avril 2012 (classement alphabétique).....	65
Annexe III : Questionnaire envoyé aux sages-femmes des centres d'assistance médicale à la procréation.....	67
Annexe IV : LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, Titre VI : assistance médicale à la procréation, article 39 concernant la recherche biomédicale.....	72

Lexique

Par ordre d'apparition :

AMP = Assistance Médicale à la Procréation

IAC = Insémination avec conjoint

IAD = Insémination avec donneur

CECOS = Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme

FIV = Fécondation In Vitro

ICSI = Intracytoplasmic Sperm Injection

CSP = Code de la Santé Publique

DPI = Diagnostic Pré-Implantatoire

GPA = Grossesse Pour Autrui

CCNE = Conseil Consultatif National d'Ethique

PACES = Première Année Commune aux Etudes de Santé

DU = Diplôme Universitaire

DIU = Diplôme Inter-Universitaire

Introduction

« Rends moi mère, autrement j'en mourrai »

Rachel, à son mari. (1)

Les Hommes ont toujours cherché à percer le mystère de la conception humaine et ce n'est qu'au XIXème siècle que le mécanisme de la fécondation sera révélé. Les préoccupations sociétales vis-à-vis de la stérilité sont à l'origine de nombreux débats et des débuts de l'assistance médicale à la procréation. La finalité même d'un couple au sein de toutes les cultures est d'obtenir une descendance. L'idée de ne pas pouvoir avoir d'enfant n'est donc généralement pas envisagée et envisageable par le couple. Avec l'avènement de la contraception, le désir d'enfant devient un choix programmable. L'enfant est désiré au moment opportun et quand il ne vient pas, les couples ont recours aux médecines de la procréation. L'enfantement est exigé et vu comme un droit que tout le monde se réserve et auquel on ne peut renoncer.

L'assistance médicale à la procréation (AMP) vient alors en aide aux couples infertiles et ne cesse d'évoluer. De plus, l'avènement des techniques d'AMP, la médiatisation des premières avancées médicales et l'engouement des médias pour ces techniques ont répandu l'idée que maintenant, la médecine pouvait tout régler.

L'intégration légale des sages-femmes dans les centres d'AMP, grâce à la loi de bioéthique de 2011, amène à s'interroger sur la place actuelle des sages-femmes exerçant en AMP, afin de savoir si les activités qu'elles y réalisent sont en adéquation avec celles décrites dans le décret du 17 juillet 2012. De plus, il est intéressant de pouvoir connaître l'opinion de ces sages-femmes à propos des enjeux éthiques actuels de l'AMP.

L'enquête réalisée est une étude prospective basée sur des questionnaires destinés aux sages-femmes des centres d'AMP de France. Un état des lieux des différentes activités de ces professionnels et une comparaison de leur pratique réelle, à la définition même de leur champ de compétences, sont établis.

Après un bref rappel historique et législatif sur l'essor de l'assistance médicale à la procréation, nous exposerons les résultats de notre étude.

Les résultats seront discutés afin de répondre à notre problématique. Des propositions sur les modalités d'exercice et leurs perspectives évolutives seront alors envisagées et argumentées.

Première partie

Essor de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

1.1 Evolution historique de l'assistance médicale à la procréation

1.1.1 Origine et évolution de la préoccupation médicale pour les problèmes de stérilité

1.1.1.1 Dans l'Egypte Antique

Dans l'antiquité, la stérilité est définie comme un déséquilibre entre les grands principes fondamentaux que sont le chaud et le froid, le sec et l'humide. Elle est considérée comme une malédiction divine.

Les égyptiens sont les premiers à se questionner sur l'origine du liquide séminal mâle et à tenter de comprendre les cas de stérilité conjugale.

Bien qu'elle ne soit pas systématiquement jugée d'origine féminine et que l'homme puisse également être mis en cause, il demeure néanmoins que la stérilité résulte en grande majorité de la femme, notamment en raison de la mauvaise « perception » du flux menstruel. En effet, les médecins de l'époque ignorent l'origine des saignements. Ils considèrent que ce sang sert à la fonction créatrice dans la formation de l'embryon puisqu'il n'en existe pas pendant la grossesse. (2) Ainsi, lorsque surviennent des anomalies du flux menstruel, à titre d'aménorrhée, de dysménorrhée, ou d'irrégularité du volume des saignements, cela n'augure rien de bon. Ces anomalies sont considérées comme des signes ou des causes de stérilité. Par ailleurs, les femmes pour lesquelles la grossesse n'aboutit pas à une naissance vivante à terme, sont aussi considérées comme stériles. Elles risquent alors d'être répudiées, déshonorées. C'est ainsi que l'on retrouve, dans les récits de l'Egypte ancienne, des cas de divorce motivés par l'incapacité des femmes à donner naissance. (3) (4) (5)

C'est encore dans cette même civilisation que sont retranscrits pour la première fois, les traitements médicaux pour la stérilité. Les papyrus égyptiens de Kahoun et d'Ebers pour les plus anciens, relatent les textes traitant de la stérilité et

des remèdes à appliquer aux femmes. Les méthodes thérapeutiques sont rudimentaires, incertaines et non expérimentées. Il est cependant admis que l'utérus possède un orifice ouvert dans la cavité de l'abdomen, permettant de la mettre en communication avec les voies digestives et la bouche. C'est la raison pour laquelle les principaux moyens de pallier les difficultés d'enfantement reposent sur des règles d'hygiène alimentaire, qui agissent sur l'utérus féminin « en captant les odeurs » : « *si l'odeur [de l'ail] passe dans sa bouche, elle enfantera...* ». (4)

Bien que les connaissances théoriques des égyptiens soient innovantes, elles demeurent limitées par rapport à celles des grecs.

1.1.1.2 Hippocrate et la Grèce Antique

En effet, c'est Hippocrate (460-370 environ avant J.-C.) qui établit les premiers principes scientifiques de la procréation, présents dans le *Corpus hippocraticum*. Avec lui, l'utérus devient l'organe central de la procréation. Les maladies n'ont plus d'origine divine. Il propose alors divers tests pour analyser la fertilité des femmes, proches de ceux préconisés par les égyptiens. Cet enseignement hippocratique va perdurer ainsi pendant cinq siècles, jusqu'à Galien, malgré les protestations d'Aristote. En effet, d'après Aristote (384-322 avant J.-C.), la femme a une place mineure dans la conception : elle n'a pas de semence. L'embryon n'est donc formé que par la seule semence mâle.

Galien (129-210) prétend quant à lui, que l'appareil génital de la femme est semblable « en creux » à celui de l'homme. La femme participe à la procréation de par sa semence, qui résulte du mélange des deux « spermies » parentaux dans l'utérus. (4)

Finalement, chez les grecs anciens, la femme est seule responsable de son état de grossesse ou non. On retrouve, comme chez les égyptiens, la notion de sang « créateur » considéré comme la nourriture du fœtus. (2) Cependant, les médecins grecs notent qu'en parallèle d'une grossesse normale, des accidents, tels que des môles embryonnaires : « embryons informes et inertes », peuvent survenir. Ces produits de grossesses avortées sont alors dus à un défaut de la semence masculine. Néanmoins, la môle est considérée comme une promesse de fécondité et le signe précurseur d'une future grossesse. (2)

Toujours à l'époque de la Grèce antique, les récits de sages-femmes retrouvés dans la littérature se rapportent principalement à leur rôle de matrone et

sont donc liés à la naissance et l'accouchement. Rares sont les écrits la faisant intervenir dans le domaine de la gynécologie et donc de la stérilité.

Cependant, il a été retrouvé que dans la Grèce ancienne, les sages-femmes avaient pour mission, hormis celle de suivre la femme en couches et de l'aider, de conseiller l'homme dans son choix d'épouse. Il lui appartenait de choisir une épouse susceptible de donner à l'homme la meilleure descendance possible. (6)

1.1.1.3 Du moyen-âge au XVIIIème siècle

Du Moyen-âge au XVIIIème siècle, il n'y a pas de changements fondamentaux.

Au Moyen-âge, les aspects moraux de la procréation sont établis par les Ecritures qui prennent une plus grande ampleur avec le judéo-christianisme. La stérilité reste imputée à la femme du fait d'une large influence de la culture chrétienne qui, à l'époque, attribue à cette dernière une infériorité et une imperfection fondamentales. En effet, Paul dit dans la Première Epître, à Timothée :

« Adam a été formé le premier, Eve ensuite ; Et ce n'est pas Adam qui a été séduit, c'est la femme qui, séduite, s'est rendue coupable de transgression. Elle sera néanmoins sauvée en devenant mère... » (1)

Dieu est donc clairement impliqué dans la procréation. C'est à lui qu'il faut s'adresser s'il n'y a pas de descendance dans un couple. La stérilité reste donc perçue comme une punition divine puisque, dans l'Ancien Testament, la création de l'homme est subordonnée au souffle divin:

« Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devient un être vivant. » (1)

De plus, diverses méthodes diagnostiques apparaissent alors, principalement basées sur la clinique. C'est ainsi que les médecins étudient, chez l'homme comme chez la femme, les urines, le sperme et le flux menstruel, la pilosité et l'embonpoint. La longueur du nez et la taille de la veine passant derrière l'oreille sont observées uniquement chez l'homme. Le but de toutes ces investigations est toujours d'apprécier la capacité de la matrice à « capter les odeurs ».

Parallèlement, l'exercice des sages-femmes évolue. Aussi, en plus de leur rôle de marieuse et surtout d'accoucheuse, l'identité de la sage-femme prend une dimension particulière à partir des XVIème et XVIIème siècles. Louise Bourgeois, sage-femme royale et ayant reçu sa formation à l'Hôtel-Dieu à Paris, est l'auteure de nombreux écrits obstétricaux tels que « *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruct, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz* ». Dans ce dernier ouvrage, elle expose les raisons pour lesquelles certaines femmes ne peuvent être enceintes et constate que les hommes aussi sont parfois frappés de stérilité. Ses observations restent imprégnées de la théorie des humeurs, théories d'Hippocrate et Galien. Néanmoins, l'utérus n'est plus l'organe au cœur de la procréation. On parle de plus en plus de la place des ovaires. (7) (6) (8). Cet ouvrage reflète pour la première fois la véritable implication des sages-femmes en termes de réflexions et propositions dans le cadre du traitement des couples stériles.

La grande évolution technologique se fait au XVIIIème siècle. Le microscope, apparu à la fin du XVIème siècle, se perfectionne et devient d'usage courant pour tous les chercheurs. L'émulation pour la philosophie et les sciences médicales permet la découverte de la complexité et de l'immensité du monde vivant. (3) (4) Cependant, les connaissances sur la physiologie de la reproduction restent encore succinctes et ne se précisent que vers le milieu du XXème siècle.

1.1.1.4 La physiologie de la reproduction au XXème siècle

Chez la femme, en 1930, la technique des frottis cervico-vaginaux permet d'explorer les cycles ovulatoires. L'évolution des cellules au cours du cycle est étudiée, permettant d'attester de la qualité de ces dernières (taille, forme, type). Papanicolaou, en 1933, aboutit à une méthode de datation de l'ovulation grâce à ces observations. La même année, Séguy et Vimeux montrent que l'état de la glaire cervicale est corrélé au cycle menstruel. La biopsie de l'endomètre évalue la qualité et l'imprégnation hormonale. Corrélée ainsi à la réalisation d'une courbe ménothermique, la qualité du cycle y est aisément appréciée.

Dans les années 1940, apparaissent la laparoscopie et les traitements hormonaux. On utilise des gonadotrophines extraites de l'urine de femmes ménopausées, dans l'induction de l'ovulation.

En 1946, Raoul Palmer réalise la première coélio-scopie pour observer directement l'appareil génital féminin. En 1961, il publie ses travaux portant sur le premier recueil ovocytaire effectué par laparoscopie. Très rapidement, la coélio-scopie évolue et remplace ce procédé.

Depuis 1950, le perfectionnement des dosages hormonaux (FSH, LH, AMH...) est la base de toute exploration de la fertilité féminine. On peut alors, en parallèle, juger de l'action des hormones sur l'ovulation et de la muqueuse utérine pendant le cycle.

En 1982, des équipes danoises et suédoises effectuent le premier prélèvement d'ovocytes sous contrôle échographique, sans recours à la coélio-scopie.

Chez l'homme, c'est en 1940 que débutent les premières explorations, notamment avec les premiers spermogrammes et spermocytogrammes. Ces examens, couplés aux techniques immunologiques et biologiques, permettent de vérifier la qualité du sperme. (5)

En parallèle, les nouvelles techniques d'imagerie médicale permettent d'explorer par le détail l'appareil génital féminin, notamment avec l'hystérosalpingographie. Enfin, depuis les années 1980, l'échographie permet d'estimer l'état du tractus chez l'homme et la fonction ovulatoire chez la femme. (9) Cette technique d'imagerie ne cesse d'ailleurs de se perfectionner.

Une fois le diagnostic de « stérilité » posé, il a fallu trouver un moyen d'y remédier pour permettre aux couples de procréer.

1.1.2 Naissance des techniques d'assistance médicale à la procréation

1.1.2.1 Définitions

Très vite, les travaux des épidémiologistes ont permis de définir et de distinguer clairement les différents termes suivants que sont la fertilité, la fécondité, l'infertilité et l'infécondité. Ces termes sont nécessaires pour pouvoir comprendre et aiguiller les couples dans leur désir d'enfants.

La fertilité est l'aptitude à procréer. A l'inverse, l'infertilité est donc l'incapacité à procréer. Elle peut être primaire (absence de grossesse chez une femme après un

an minimum de rapports sexuels non protégés et chez qui il n'y a jamais eu de grossesse) ou secondaire (chez une femme qui a déjà eu une ou plusieurs grossesses).

La fécondité est le fait d'avoir procréé. L'infécondité est le fait de ne pas avoir procréé, et ce de manière volontaire ou involontaire.

1.1.2.2 Début des techniques d'assistance médicale à la procréation

A la fin du XVIIIème siècle, John Hunter réalise pour la première fois dans le monde, une insémination artificielle intraconjugale (IAC) chez l'Homme, en Ecosse. En France, l'insémination intraconjugale voit le jour au début du XIXème siècle. La première insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) est réalisée aux États-Unis à la fin du XIXème siècle.

En 1973, suite à l'émergence de cette technique, la congélation des gamètes, et plus particulièrement des spermatozoïdes, à l'azote liquide, devient possible. Georges David crée alors en France les premiers Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS), ce qui permet le don de spermatozoïdes.

Afin de répondre aux attentes des couples pour lesquels une infertilité féminine serait diagnostiquée, telle que les lésions des trompes irréparables par une chirurgie, la fécondation in vitro (FIV) apparaît. C'est en 1978 que le premier enfant né de cette technique voit le jour en Grande-Bretagne : Louise Brown. En France, la première naissance par FIV sera celle d'Amandine, surnommée le « bébé-éprouvette », en 1982 à l'hôpital Antoine Béchère de Clamart.(9)

Ainsi, les progrès ne cessent de croître, permettant une meilleure maîtrise des traitements hormonaux, en parallèle d'une augmentation du taux de réussite des FIV. La FIV s'impose comme la solution pour traiter des problèmes de stérilités idiopathiques et ceux liés à l'endométriose. En revanche, les infertilités masculines dont les paramètres spermatiques sont altérés, posent quelques difficultés. En effet, le taux de fécondation in vitro y est significativement abaissé par rapport aux performances obtenues avec des spermés normaux, et les risques complets d'échecs de fécondation ne sont pas négligeables. Il convient donc d'améliorer le

pronostic de ces infertilités masculines. Diverses approches sont étudiées pour finalement aboutir, en 1992, à la micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte directement, après traversée de la zone pellucide : c'est la technique par injection intra-cytoplasmique de sperme (ICSI).(9) C'est ainsi que naît, en 1994, Audrey, le premier bébé conçu grâce à une ICSI, technique majeure dans le traitement des infertilités d'origine masculine.

Un nouveau pouvoir apparaît dès lors : celui de maîtriser et de diriger la procréation chez l'homme. Ce qui est caché dans l'intimité du corps utérin devient transparent.

1.1.3 Mise en place des dernières avancées technologiques

Avec la création des CECOS et la première naissance par FIV, de nombreuses discussions éthiques apparaissent, avec à la clé les lois de Bioéthique de 1994. Dès lors, l'assistance médicale à la procréation apparaît clairement au grand public.

Il est maintenant possible d'enfanter grâce à la médecine. De nouvelles innovations voient donc le jour, pas toujours approuvées par le législateur, garant d'un des grands principes de la République : le respect de la personne humaine et de son intégrité corporelle.

Du don de gamètes au diagnostic pré-implantatoire, l'AMP s'est enrichie de succès techniques ouvrant un champ d'investigations où la dimension éthique de l'acte médical devient de plus en plus préoccupante.

1.1.3.1 Le don de gamètes et leur conservation

Le don de gamètes masculins et féminins s'impose comme une éventualité pour pallier les infertilités vraies, des hommes et des femmes. La procréation leur sera possible grâce à un tiers. Les médecins doivent informer régulièrement leurs patients sur le don de gamètes. Celui-ci est stipulé dans la loi comme consistant en l'apport par un tiers, de spermatozoïdes ou d'ovocytes en vue d'une assistance médicale à la procréation.

Le don instauré, se pose alors le problème de la conservation des gamètes.

La découverte de cryoprotecteurs, tels que le glycérol utilisé pour la première fois en 1949, permet la mise au point de techniques de congélation/décongélation dès 1963. Les premières naissances après inséminations de sperme congelé datent des années 1950, au Japon et aux Etats-Unis. La congélation des ovocytes est plus difficile que celle du sperme ou des embryons. En effet, le composant principal des ovocytes est l'eau dont 30% sont liés aux macromolécules. Celles-ci sont non congelables. Le reste, alors libre, va s'échanger avec le milieu extracellulaire. C'est la formation de glace intra et /ou extracellulaire qui représente une réelle difficulté pour la congélation lente.

En 1986, la méthode de congélation lente ovocytaire a permis la première naissance humaine vivante, en Chine. En France, ce n'est qu'en novembre 2010 que cette naissance vivante (gémellaire de surcroît) a lieu, grâce à l'équipe du Pr. Frydman. Mais cette technique pose des problèmes en termes de survie de l'ovocyte, avec des taux variables de 50 à 80 % selon les équipes. Une amélioration apparaît nécessaire. Ainsi, la vitrification, technique de congélation ultra-rapide, avec une plongée rapide à -196°C, s'impose comme une solution évidente. La première naissance vivante a lieu en Australie, en 1996, suivie par un millier d'autres depuis dans le monde.

En France, la loi de Bioéthique du 7 juillet 2011, par l'article 31, permet la congélation des ovocytes par « *la technique de congélation ultra-rapide* ». (10)
C'est un réel avancement en matière de reproduction, les résultats sont beaucoup plus encourageants qu'avec la technique de congélation lente, jusqu'ici utilisée. Le taux de survie après décongélation est de 90% et le taux de fécondation de 75%.
(11)

La congélation permet également la mise en réserve des gamètes, du sperme comme des ovocytes, des jeunes hommes et jeunes femmes atteints de tumeurs ou subissant des traitements agressifs qui entraîneront une potentielle infertilité. Il s'agit d'une congélation pour convenance médicale. A l'heure actuelle, la préservation de la fertilité pour des raisons non médicales (cryopréservation ovocytaire de convenance) n'est pas autorisée en France. (5)

1.1.3.2 La congélation embryonnaire

Lors d'un cycle de FIV, plusieurs ovocytes peuvent être ponctionnés et donc fécondables. Ainsi, plusieurs embryons sont potentiellement obtenus mais tous ne seront pas transférés à la femme pour limiter le risque de grossesses multiples. Que faire alors de ces embryons non transférés, dits « surnuméraires » ? La solution proposée est celle de les conserver et de les mettre en attente, en les congelant. Cette technique est utilisée en France dès les années 1981-1982. La congélation permet à la fois de diminuer le risque de grossesse multiple et, d'offrir, en cas d'absence de grossesse, une chance supplémentaire de succès sans recourir d'emblée à un nouveau protocole de stimulation ovarienne. (4)

Les embryons congelés sont conservés dans les CECOS, tout comme les gamètes. La loi de bioéthique de 1994 autorise cette pratique mais la première naissance n'a lieu qu'en juin 2004. Ce retard est dû premièrement au fait que les embryons congelés peuvent être gardés dans le centre pendant une durée de cinq ans, avant que les couples ne prennent une réelle décision. Deuxièmement, le décret n'a été publié qu'en novembre 1999, soit 5 ans après.

1.1.3.3 L'accueil d'embryon

Le don (ou autrement dit l'accueil) d'embryon constitue l'une des techniques offertes à un couple pour lequel l'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur ne peut ou n'a pu aboutir. Il s'agit de transférer à un couple demandeur les embryons d'un autre couple, conçus lors d'une précédente FIV et qui avaient, à ce moment-là, été congelés. Mais, la loi précise que ce don doit être exceptionnel. Ainsi, elle établit une hiérarchie d'acceptabilité : elle veut favoriser en priorité l'AMP interne au couple, puis l'AMP avec donneur (IAD ou don d'ovocyte) et, seulement en dernier lieu l'accueil d'embryon. La filiation de l'enfant à naître est établie comme en matière d'AMP avec donneur. (12)

Ainsi, chaque année, le centre ayant congelé ces embryons, demande aux parents leur devenir. Le couple se retrouve donc dans l'obligation de faire un choix :

- Celui de détruire les embryons ;
- Celui de faire don des embryons à un autre couple receveur.
- Celui de donner les embryons à la recherche ;

En l'absence d'une réponse du couple au bout de cinq ans, les embryons sont automatiquement détruits.

Si 16% des couples se déclarent favorables à un don envers un autre couple, à peine 6% des couples le font réellement. (13)

1.1.3.4 La recherche sur l'embryon humain

Le troisième choix peut être celui du don à la recherche. Le cadre législatif est fixé par l'article L2151-5 du code de la santé publique (CSP):

« La recherche sur l'embryon humain, les cellules souches embryonnaires et les lignées de cellules souches est interdite ». (14)

Cependant, par dérogation, la recherche est autorisée si certaines conditions se trouvent réunies. De plus, une recherche ne peut être menée qu'à partir d'embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental. La recherche ne peut être effectuée qu'avec le consentement écrit préalable du couple, ou du membre survivant de ce couple, dont les embryons sont issus. C'est l'Agence de la biomédecine qui autorise les protocoles de recherche, et les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation par la suite. (14)

La recherche permet ainsi d'aboutir à de nouvelles découvertes. Par exemple, dans le cadre de maladies génétiques, la recherche permet de déterminer le statut sain ou atteint de tout embryon conçus in vitro, pour telle ou telle maladie.

1.1.3.5 Le diagnostic pré-implantatoire

Le Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI) permet le diagnostic d'une maladie génétique, d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Il se réalise à partir d'une voire deux cellules de l'embryon conçu in vitro, comme le stipule l'article L2131-4 du CSP, depuis la révision des lois de bioéthique de 2011. Il ne peut être pratiqué, sous certaines conditions, que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet, par l'Agence de la biomédecine. (14)

En cas de diagnostic sur un embryon de l'anomalie ou des anomalies responsables de la maladie, les deux membres du couple, s'ils confirment leur intention de ne pas poursuivre leur projet parental en ce qui concerne cet embryon, peuvent consentir à ce que celui-ci fasse l'objet d'une recherche ou à ce qu'il soit

détruit. Les embryons sains seront transférés au couple et congelés si cela est possible.

Et si le couple a déjà un enfant atteint qu'il souhaite guérir ? Les cellules souches du sang de cordon ombilical sont indifférenciées et peuvent être utilisées en vue d'une greffe. Ceci permet de « guérir » les personnes atteintes d'une maladie incurable, à l'origine. La loi, par l'article L 2134-1 du CSP, autorise les parents à concevoir un enfant sain grâce au DPI et d'utiliser les cellules du cordon ombilical de façon à soigner leur premier enfant, qui serait atteint. Ce sont les bébés « double-espoir » ou encore dits « bébés médicaments ».

1.1.3.6 Et après... ?

Enfin, d'autres possibilités sont envisageables dans le cadre de l'AMP, notamment à l'étranger : c'est le cas de la gestation pour autrui (GPA). En France, cette possibilité n'est pas légale pour la raison première qu'elle s'oppose à l'un des principes fondateurs du droit républicain : la filiation. Cette pratique y est fortement réprimandée par le Code pénal, de déontologie médicale et de la santé publique.

Au regard de notre législation, il est intéressant de noter que dans d'autres pays comme le Canada, le Royaume-Uni, la Grèce et certains états des Etats-Unis, la gestation pour autrui est autorisée à titre gratuit. (15)

Par ailleurs, la maîtrise des techniques d'AMP et la demande de certains couples amènent la problématique de la procréation post-mortem. En effet, de part la congélation des gamètes, tout semble possible sur le plan technique. L'idée est simple : il s'agit de procéder à l'insémination d'une femme avec le sperme recueilli du vivant d'un homme, décédé depuis, ou de transférer un embryon conçu avec ses gamètes. Cependant, cette procréation post-mortem soulève indubitablement de nombreuses questions éthiques. Au niveau du droit, le législateur affirme clairement l'interdiction de la procréation post-mortem avec la définition même de l'AMP :

« L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants [...] » et « fait obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons le décès de l'un des membres du couple », article L2141-2 et suivants du CSP. (16)

Toutes ces avancées techniques conditionnent l'émergence de nouveaux questionnements sur ce qui fonde l'identité d'être humain.

Ces questionnements laissent donc place à de multiples débats sur le pouvoir médical et les limites que certains membres de la société veulent imposer.

1.2 Cadre législatif

1.2.1 Premières réflexions éthiques et création du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)

1.2.1.1 Création du comité consultatif national d'éthique

Dans les années 1980, l'activité d'assistance médicale à la procréation est en plein essor. La FIV a succédé à l'IAD et fonctionne sans législation spécifique. En effet, la législation repose sur des textes régissant l'activité hospitalière et les principes constituant la chartre des CECOS. (15)

Dans ce contexte, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) est créé par le décret du 23 février 1983, à l'initiative du Président de la République, François Mitterrand. Cet organisme national est chargé de l'étude des questions d'ordre bioéthique. (17) Il n'a qu'un rôle consultatif, et pour chaque question qui lui est posé, il rend un rapport accompagné d'avis ou de recommandations. Ces questions lui sont posées, en règle générale, à l'initiative de hauts personnages de l'Etat mais aussi par tout citoyen ayant une question éthique jugée fondamentale. Il n'a aucune légitimité à produire des lois ou à prononcer des interdictions. (18)

La France est le premier pays à créer ce type de comité dont les travaux vont servir de socle à la promulgation des premières lois de bioéthiques en 1994.

Auparavant, l'absence de législation a conditionné le recours au droit existant afin de condamner certaines pratiques. Mais les principes du droit civil se sont vite révélés insuffisants à encadrer les nouvelles techniques dans le domaine des sciences de la vie.

1.2.1.2 CECOS, débats et rapports dans les années 1980

Plusieurs réflexions éthiques ont alors émergé dont la première par Georges David en 1972, relative à l'utilisation des CECOS et sur les IAD.

Mais, les années 1980 marquent aussi l'apparition de grands débats éthiques, auxquels les médias ont contribué en alertant l'opinion publique. Les scandales du

sang contaminé (à partir de 1980) et de la maladie de Creutzfeld-Jakob (1990), en sont des exemples probants. En ce qui concerne l'AMP, ce sont les problématiques sur la fin de vie (1978) et sur la congélation embryonnaire (1984) qui seront retenues. Ces débats auront permis d'alerter les médecins et les chercheurs qui, inquiets des questions éthiques soulevées par leurs innovations, se poseront la question d'une loi de bioéthique dès la fin des années 1980.

Des réflexions pluridisciplinaires qui s'en suivent, naissent de nombreux colloques, comme celui de « Génétique procréation et droit », en 1985.

En parallèle, en 1986, l'association FIVNAT est créée afin d'évaluer et de contrôler l'activité de la fécondation in vitro en France. Elle constitue aujourd'hui le plus important registre épidémiologique au monde.

De nombreux documents de réflexion, accompagnant les débats parlementaires, se succèdent de 1986 à 1993. (19) Par exemple, le CCNE sort en décembre 1986, l'avis n°8, relatif aux recherches et utilisations des embryons humains in vitro à des fins médicales et scientifiques. (20) Cet avis a servi de base à l'instauration des lois de bioéthique. (18)

A la fin de l'année 1988, le Premier Ministre, Michel Rocard, demande à Guy Braibant de constituer un groupe de travail dont la mission est de faire des propositions juridiques pour régler la question du diagnostic prénatal, des procréations médicalement assistées, de l'utilisation des éléments du corps et de l'embryon humain. Guy Braibant remet, en mars 1989, un avant-projet de loi relatif « aux sciences de la vie et aux droits de l'homme » qui suscitera pressions, résistances et obstructions. Une étude sera élaborée à partir de ce rapport et rendue publique par le sénateur Frank Sérusclat, en février 1992. (21)

Et, en 1991, le rapport Noëlle Lenoir insiste sur la nécessité de légiférer sur la procréation médicalement assistée, d'obtenir le consentement libre avant toute intervention de nature médicale, de protéger le patrimoine génétique, et de prendre des mesures législatives sur la non-commercialité du corps humain, la technique des empreintes génétiques et l'épidémiologie. (7)

Les questions sociales, éthiques et juridiques soulevées par les nouvelles avancées médicales ont donc alimenté plusieurs débats publics. Ceci a permis d'aboutir à l'adoption des lois de bioéthiques de 1994 qui ont pour but d'encadrer le développement du progrès biomédical pour protéger les droits fondamentaux de la personne humaine.

1.2.2 Loi de bioéthique de 1994

1.2.2.1 Les premières lois de bioéthique

Le terme de bioéthique est apparu pour la première fois en 1971, dans le livre *Bioethics. Bridge to the future*, du biologiste Van Rensselaer Potter. Étymologiquement, ce terme signifie les mœurs de la vie et a vocation à couvrir l'ensemble des questions d'ordre éthique qui se passent dans le domaine de la santé. (22)

Le 29 juillet 1994, la loi n° 94-653 relative au respect du corps humain est promulguée ainsi que la loi n° 94-654 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Elle repose sur un grand principe, auquel le CCNE a conféré une valeur supérieure à la loi : le respect de la dignité de la personne humaine. L'AMP y est clairement définie.

Par la suite, les professionnels de l'AMP souhaitent créer une autorité qui régulerait et expertiserait spécifiquement les activités de la médecine de la biologie et de la reproduction. Il s'agit pour eux, de s'exprimer et faire valoir librement leur point de vue. Cette autorité est l'Agence de Biomédecine.

1.2.2.2 L'agence de biomédecine

Cette agence d'expertise rassemble des domaines qui ont en commun un essor rapide, dû au progrès des connaissances et des techniques et à l'évolution de la société. Sa mise en place est effective depuis le 10 mai 2005, à la suite du décret d'application 2005-420 du 4 mai 2005.(14) Ainsi, sous la tutelle du ministère de la Santé, elle négocie un contrat de performance renouvelable tous les 4 ans, et permettant de définir avec précision les objectifs stratégiques de chaque centre. Son premier objectif est de sécuriser l'offre de soins pour les couples. Toutes les activités d'AMP relèvent donc de ses compétences. De par ce même décret, sont également créés les centres d'assistance médicale à la procréation. (23)

La volonté d'encadrement des pratiques a conduit à cette loi dite de bioéthique et à sa réévaluation tous les 5 ans pour contrecarrer l'évolution des mœurs et de la médecine.

1.2.3 Révisions des lois de bioéthiques et code de la santé publique

1.2.3.1 Définition de l'AMP

En 1994, « *l'assistance médicale à la procréation s'entend des 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* », article L 152-1 du CSP. (14)

La loi de bioéthique du 7 juillet 2011 rajoute à cette définition « *la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons* » et le fait que « *les pratiques sont réservées aux couples hétérosexuels vivants, en âge de procréer, mariés ou pouvant justifier d'au minimum deux ans de vie commune.* », par l'article L 2141-1 du CSP.(14) Il s'agit bien du respect d'un modèle familial classique. (15)

L'année suivante, le code de déontologie médicale adapte les pratiques professionnelles aux nouvelles lois sur la bioéthique et les expérimentations biomédicales, via le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995.

1.2.3.2 Révisions des lois de 1994

En 1999, le conseil d'Etat rend un rapport visant à actualiser les lois de bioéthique de 1994. En effet, ces lois sont réévaluées de façon périodique, tous les 5 ans. Ainsi, le 6 août 2004, la loi n° 2004-800 relative à la bioéthique est promulguée. Elle modifie et précise les lois précédentes. Elle redéfinit l'AMP via l'article L2141-2 du Code de la santé publique. Ainsi, destinée à répondre à la demande parentale d'un couple, l'assistance médicale à la procréation ne peut avoir pour objet que :

- De remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ;
- Ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. (14)

Il est précisé qu'en cas de décès d'un des deux membres du couple, la procédure est annulée. Il en est de même lors de toute séparation de corps, divorce ou annulation de consentement.

A ce jour, la dernière révision de la loi relative à la bioéthique est celle promulguée au 07 juillet 2011 : loi 2011-814.

Elle accorde aux sages-femmes l'autorisation de concourir aux activités d'AMP, dans des conditions fixées par le décret n°2012-885 du 17 juillet 2012. De plus, elle définit de nouvelles modalités et de nouveaux critères permettant d'autoriser les techniques d'assistance médicale à la procréation et d'encadrer leur amélioration. (14) (10)

Il convient de noter qu'à l'exception des inséminations artificielles et des stimulations ovariennes, les activités d'assistance médicale à la procréation doivent être pratiquées dans des établissements de santé par des praticiens agréés par l'Agence de la biomédecine. Elles doivent répondre aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques définies par l'arrêté du 03 août 2010 (articles L2142-1 et suivants du Code de la santé publique). (24) (25)

1.3 La sage-femme et l'Assistance Médicale à la Procréation

1.3.1 La sage-femme au commencement de la fécondation in vitro

Au XXème siècle, lorsque les médecins commencent « l'aventure » de la FIV, tout se fait en secret. Les expérimentations commencent la nuit ou lorsque l'activité en salle de naissance est moindre. La complicité sage-femme/médecin établie entre certains a permis à ces dernières d'observer et de participer à la prise en charge des femmes infertiles. (26) Ainsi, les sages-femmes ont été présentes lors des premières FIV et sont, bien sûr, en salle de naissances pour mettre au monde ces bébés issus de FIV. Leur formation dans ce domaine a été concomitante à la formation des médecins qui découvraient également le monde de la FIV.

De plus, le témoignage d'une sage-femme dans la création d'un centre de FIV au CHU de Caen, en 1986, nous apprend les prémices de la profession dans ce domaine. (27) Il a fallu à cette sage-femme une formation complémentaire. Elle peut ainsi programmer les tentatives de FIV, informer les couples sur le parcours, et gérer les dossiers. La part administrative est essentielle. Elle accompagne les couples et les familles dans leur démarche, répond à leurs questions (en faisant parfois office de relais téléphonique permanent entre le couple et le médecin), les aide et les

rassure. La complicité et le travail conjoint avec le médecin et toute l'équipe médicale et notamment les biologistes, est nécessaire. Elle participe alors à une réflexion commune autour des choix techniques, de l'observance clinique et des aspects psychologiques. Une fois formée à ce métier, c'est elle qui enseigne et forme à son tour ses collègues sages-femmes. (27)

Ainsi, l'implication des gynécologues-obstétriciens dans le domaine de la procréation, a ouvert aux sages-femmes la possibilité de jouer un rôle dans le processus de la reproduction.

Dès lors, l'AMP est instaurée dans le programme de formation initiale des sages-femmes.

1.3.2 L'assistance médicale à la procréation dans la formation initiale et continue des sages-femmes

1.3.2.1 La formation initiale

Au XXème siècle, l'arrêté du 19 décembre 1985, paru au Journal Officiel en janvier 1986, a fixé le programme des études de sages-femmes en quatre ans. Dans son contenu, le chapitre sur l'AMP est inscrit. La partie théorique comprend les thèmes suivants :

- Les conditions physiologiques de reproduction
- La stérilité du couple : méthodes de diagnostic et leur mise en œuvre, moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux, CECOS
- Les inséminations artificielles, FIV et transferts d'embryons
- L'aspect éthique

La formation en échographie obstétricale est également incluse dans ce programme.

Pendant la première phase des études, la physiologie de la reproduction est abordée. Ceci est la base pour comprendre l'infertilité féminine. Par la suite, l'arrêté du 11 décembre 2001 précise le programme de la formation initiale de la sage-femme. Il comporte des cours théoriques concernant la stérilité du couple lors de la deuxième phase des études. Sont traités les étiologies, l'exploration, le diagnostic, les traitements, l'AMP alternative, ainsi que la législation, la bioéthique, et les dons

de gamètes. Un chapitre sur la sexologie est également présent. Ces éléments du programme font partie de la section gynécologie.

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.

Actuellement, le changement de recrutement des étudiants sages-femmes via la première année commune aux études de santé (PACES), a induit l'obtention d'une licence de maïeutique et courant 2013 sera entériné le décret attestant du Diplôme d'Etat de sage-femme niveau grade master.

1.3.2.2 La formation continue

Une fois diplômée, la sage-femme peut ensuite améliorer ses connaissances et compétences en AMP grâce aux formations disponibles.

Ainsi, des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) supplémentaires peuvent être obtenus.

En effet, le devoir de la sage-femme est d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, dans un souci d'acquisition de nouvelles techniques et dans la limite de ses compétences. Elle participe ainsi à une politique de promotion de la santé et de la qualité des soins. A ce titre, elle se doit d'avoir une formation continue, appelée développement professionnel continu, dans le code de déontologie des sages-femmes. (28)

1.3.3 Cadre législatif de la profession de sage-femme en assistance médicale à la procréation

La promulgation du décret n°2012-885 du 17 juillet 2012 crée les articles D 4151-20 et suivants du Code de la santé publique par rapport à la participation des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation. Ce décret figure en annexe I.

C'est donc tout récemment que l'activité des sages-femmes dans le champ d'application de l'AMP a été clairement légiférée. Ainsi, les sages-femmes concourent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryons. (14) (25)

De plus, l'article 20 de la loi de bioéthique n°2011-814 corrige le fait que seul le médecin pouvait recueillir le consentement écrit des patientes, avant la réalisation des actes déterminés de l'assistance médicale à la procréation et du dépistage prénatal, et y autorise donc les sages-femmes.

Il apparaît que ces activités restent des possibilités dans le centre et non une obligation pour la sage-femme. Cela dépend donc des pratiques instaurées dans les centres par les praticiens médicaux.

Parallèlement, ce même décret du 17 juillet 2012 précise l'obligation, pour les sages-femmes, de développer leurs compétences professionnelles qui s'intègrent désormais dans le développement professionnel continu. Ceci implique « la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs ». (14)

Deuxième partie

Méthodologie de l'étude

2.1 Problématique, hypothèses et objectifs

2.1.1 Problématique

Nous avons alors cherché à savoir si, la place actuelle des sages-femmes exerçant dans les centres d'assistance médicaux à la procréation est en adéquation avec les activités décrites dans le décret du 17 juillet 2012, et quel est le ressenti de ces sages-femmes sur les enjeux éthiques actuels de l'AMP.

2.1.2 Hypothèses

Hypothèse n°1 :

- L'activité attendue des sages-femmes correspond au champ de compétences décrit dans le décret précité.

Hypothèse n°2 :

- Les sages-femmes sont désireuses de faire évoluer leur métier dans ce domaine.

Hypothèse n°3 :

- Les sages-femmes sont, du fait de leur métier, favorables à la révision des lois de bioéthique du 07 juillet 2011, au regard des restrictions qui sont à ce jour en vigueur.

2.1.3 Objectifs

- Etablir un état des lieux des activités des sages-femmes dans les centres d'AMP.
- Comparer la pratique réelle des sages-femmes à la définition de leur champ de compétences telle qu'elle est décrite dans la dernière loi de bioéthique.
- Connaître le ressenti des sages-femmes exerçant dans les centres d'AMP :
 - par rapport à l'application des lois de bioéthique.
 - par rapport à leur exercice dans les centres.

2.2 Présentation de l'étude : description de la population

Nous avons choisis de mener une étude prospective, auprès des sages-femmes travaillant dans les différents centres d'AMP de France métropolitaine.

L'étude s'est déroulée du 1^{er} août au 21 décembre 2012.

Les sages-femmes ont été interrogées au moyen d'un questionnaire, préalablement testé auprès des sages-femmes de l'équipe de l'hôpital Antoine Béclière, à Clamart, en avril et mai 2012. Ce questionnaire figure en annexe II.

Afin de déterminer la présence et le nombre de sages-femmes exerçant dans les centres, mais aussi le caractère privé ou public des centres, nous avons contacté les responsables cliniques, chefs cliniciens et cadres sages-femmes des centres, à partir de juillet 2012. Au cours de cette prise de contact, au préalable par téléphone puis par courrier postal ou électronique, une information a été diffusée précisant le thème et les objectifs généraux de l'étude afin de sensibiliser les sages-femmes.

100 centres ont ainsi été contactés, dont 52 centres publics et 48 privés. La liste complète de ces centres est indiquée en annexe III.

Au total, les sages-femmes exercent dans 44 centres (soit 44% de tous les centres), et leur activité est essentiellement concentrée dans le service public (93,2%).

Les questionnaires ont été transmis à partir d'août 2012, par courrier postal ou électronique, selon le désir des responsables et sages-femmes concernées. La relance de certains centres s'est faite par téléphone, directement auprès des sages-femmes ou responsables de service.

Dans les 44 centres employant des sages-femmes :

118 questionnaires ont été distribués
81 ont été renvoyés (soit un taux de réponse de 68,60%)
37 n'ont pas été renvoyés (soit 31,40%)

Ces questionnaires définissent notre population cible, désignée P = 81.

Les résultats présentés ont été, au besoin, statistiquement analysés par les tests du Chi2, du Chi2 corrigé de Yates ou par le test exact de Fisher.

2.2.1 Caractéristique des centres d'AMP

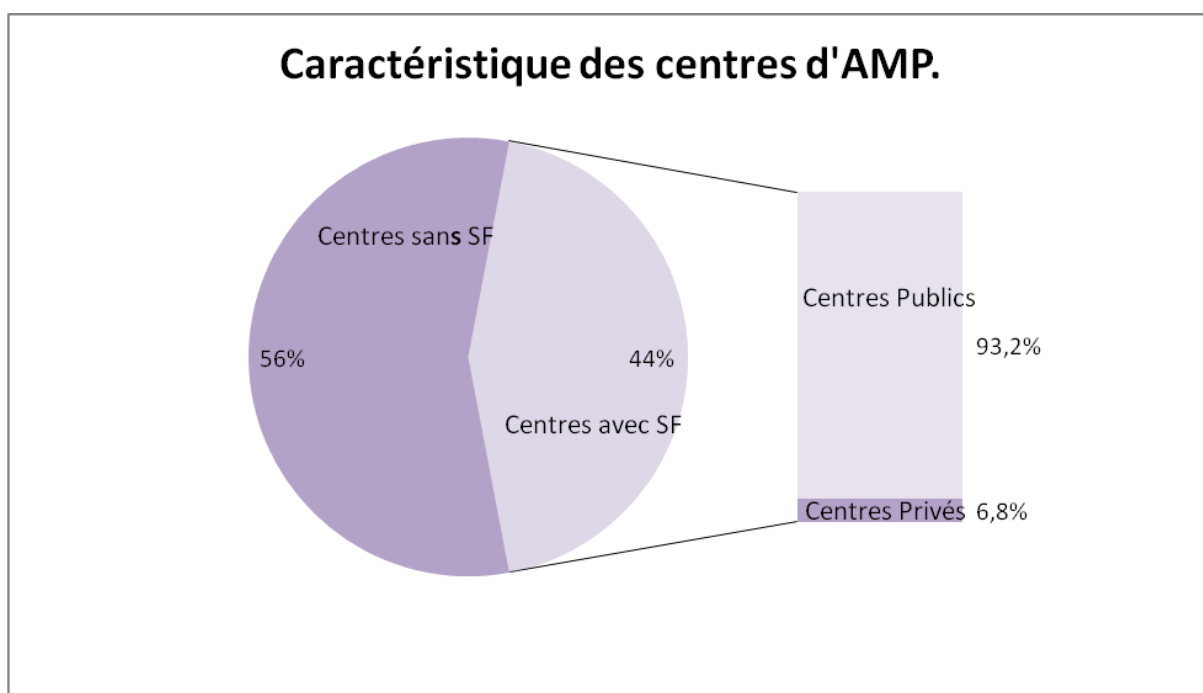


Figure 1: Caractéristique des centres d'AMP employant des sages-femmes

Parmi tous les centres d'AMP de France, répertoriés par l'Agence de Biomédecine, 44% d'entre eux (soit n = 44) emploient des sages-femmes. Ces 44 centres regroupent 93,2% de centres publics (n=41) et 6,8% de centres privés (n=3).

2.2.2 Nombre moyen de sages-femmes

Le nombre moyen de sage-femme par centre est de 1,2 (de 1 à 7 selon les centres).

2.2.3 Activités des centres d'AMP

Les centres d'AMP ont été classés en fonction du nombre de ponctions ou de cycles de FIV réalisé sur l'année. Il s'agit de déterminer dans quels types de centre les sages-femmes travaillent majoritairement.

Tableau 1: Nombre de sages-femmes exerçant dans les centres d'AMP en fonction de l'activité de ces derniers (activité exprimée en nombre de ponctions ou de cycles FIV sur une année)

	Nombre de sages-femmes selon l'activité des centres d'AMP n (%)
SOUS TOTAL	54 (66,6%)
Nombre de ponction/an	43 (79,6%)
[<300]	2 (4,6%)
[300-500]	8 (18,6%)
[500-1000]	21 (48,8%)
[>1000]	12 (28%)
Nombre de cycle FIV/an	11 (20,4%)
[<50]	1 (9,1%)
[50-500]	6 (54,5%)
[>500]	4 (36,4%)

Il apparait que le nombre moyen de ponctions des centres sur une année est de 649,7.

De plus, les sages-femmes travaillent en majorité dans les grands centres d'AMP de France où plus de 500 ponctions annuelles sont réalisées.

Le sous-total de la population (n=54) est justifié par le fait que 27 sages-femmes sur 81 n'ont pas répondu à cette question (33,3%).

Enfin, 43 sages-femmes ont répondu en nombre de ponctions par an (79,6%) et 11 sages-femmes ont répondu en nombre moyen de cycles FIV par an (20,4%).

2.2.4 Population de sages-femmes.

Tableau 2: Caractéristiques de la population de sages-femmes (P=81)

CARACTERISTIQUES	n (%)
SEXE	
Masculin	1 (1,2%)
Féminin	80 (98,8%)
AGE (ans)	
[20-30]	7 (8,6%)
[30-40]	19 (23,5%)
[40-45]	19 (23,5%)
[≥45]	36 (44,4%)
ANNEE DU DIPLÔME	
[<2002]	68 (84%)
[2002-2007]	8 (9,9%)
[>2007]	5 (6,1%)
TEMPS D'EXERCICE EN AMP (ans)	
[<1]	13 (16%)
[1-5]	24 (29,6%)
[1-10]	17 (21%)
[>10]	27 (33,4%)
QUALITE DU POSTE	
[Fixe]	48 (59,2%)
[SDN]	5 (6,2%)
[Cs]	5 (6,2%)
[Autres]	23 (28,4%)
DIPLÔMES SUPPLEMENTAIRES	
[aucun]	39 (48,1%)
[1]	30 (37%)
[≥2]	12 (14,9%)

Parmi les centres employant des sages-femmes, 93,2% d'entre eux sont des centres publics.

Les sages-femmes exerçant en AMP sont majoritairement de sexe féminin, d'âge supérieur ou égal à 45 ans, et diplômées depuis plus de 10 ans.

Leur ancienneté moyenne est de plus de 10 ans en AMP, sur un poste fixe.

Presque la moitié des sages-femmes n'ont pas de diplômes supplémentaires à celui de maïeutique.

2.3 Présentation des résultats

2.3.1 Activités des sages-femmes

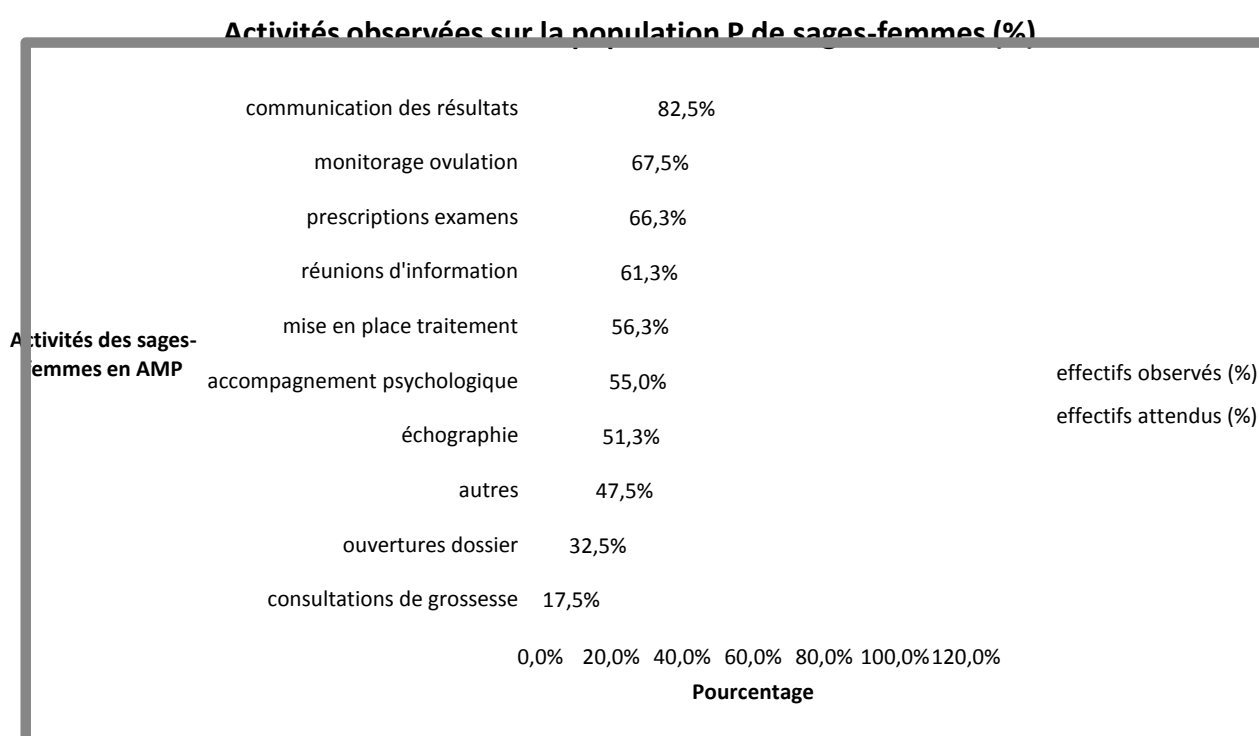


Figure 2: Activités observées sur la population P de sages-femmes

LEGENDE : L'activité « ouvertures de dossier » correspond à un recueil administratif des données.

1 sage-femme n'a pas répondu à la question (soit 1,2% de la population P).

L'activité « autres » est renseignée dans le tableau ci-après.

Tableau 3: Précisions concernant les activités diverses observées sur la population P

ACTIVITES DIVERSES	n
Encadrement managérial	2
Consultation sages-femmes	19
Psychologie	2
Post-FIV	1
Explication des traitements	5
AMP 1 ^{ère} fois	7
Don ovocyte/sperme	3
Tabacologie	1
Administratif	10
Secrétariat	1
Programmation des tentatives	5
Permanence téléphonique	2
Récupérer compte-rendu divers	1
Gestion planning pour DPI	1
Activité de maintenance et d'hygiène	1
Aide opératoire (IIU, PO, TE, TEC)*	15
Formation en anesthésie MEOPA	1
Dossiers	9
Informatisation	6
Contrôle & préparation pour le médecin	3
Surveillance Pré et Post opératoire	2
Prise de sang	7
Divers	6
Surveillance des HSO**	2
Suivi des BHCG si FCS / GEU***	3
Agence de Biomédecine	7
Issues de grossesses / statistiques	4
Réfèrent qualité pour norme ISO9001	3

LEGENDE :

* IIU = insémination intra-utérine, PO = ponction ovocytaire, TE = transfert d'embryon, TEC = transfert d'embryon congelé

** HSO = hyperstimulation ovarienne

*** FCS = fausse couche spontanée, GEU = grossesse extra-utérine

Parmi toutes les activités recensées, les sages-femmes ont également été interrogées sur leur participation quotidienne au staff de monitoring de l'ovulation.

Sur la population P,

- 3 sages-femmes n'ont pas renseigné l'item 17 correspondant à cette activité (soit 3,7% des sages-femmes) ;
- 73 sages-femmes participent au staff de monitoring de l'ovulation (soit 90,1%)
- 5 sages-femmes n'y participent pas (soit 6,2%)

Tableau 4: Participation des sages-femmes au staff de monitoring de l'ovulation selon qu'elles réalisent elles-mêmes le monitoring de l'ovulation

		Staff +	Staff -	
	n manquants (%)	n (%)	n (%)	p (Fisher)
SOUS TOTAL = 80				
Monitoring de l'ovulation +	1	53 (100%)	0 (0%)	0,002
Monitoring de l'ovulation -	1	20 (80%)	5 (20%)	

LEGENDE :

« Staff+ » = sages-femmes participant au staff journalier

« Staff- » = sages-femmes ne participant pas au staff journalier

« Monitoring de l'ovulation + » = sage-femme réalisant les échographies de croissance folliculaire

« Monitoring de l'ovulation - » = sage-femme ne réalisant pas les échographies de croissance folliculaire

1 sage-femme n'a répondu à aucune des deux questions concernées (7 et 17).

Parmi les sages-femmes réalisant le monitoring de l'ovulation, toutes participent par la suite au staff médical quotidien.

Cependant, parmi les 32,5% de sages-femmes qui n'effectuent pas ce monitoring de l'ovulation (n=26), 77% d'entre elles assistent au staff (n=20).

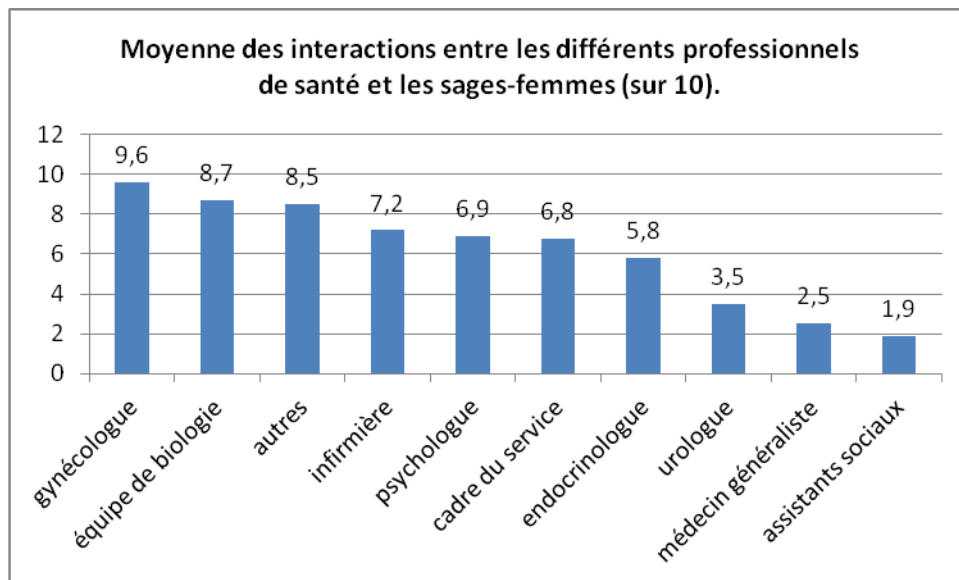


Figure 3: Moyennes d'interactions entre les différents professionnels de santé et les sages-femmes de la population P

Les sages-femmes interagissent le plus souvent avec le gynécologue et l'équipe de biologie puisque ce sont les principaux acteurs d'un centre d'AMP. Le personnel infirmier et les psychologues arrivent ensuite.

La catégorie « autres » était une catégorie libre réponse. En majorité, les sages-femmes y ont répondu les secrétaires et les anesthésistes.

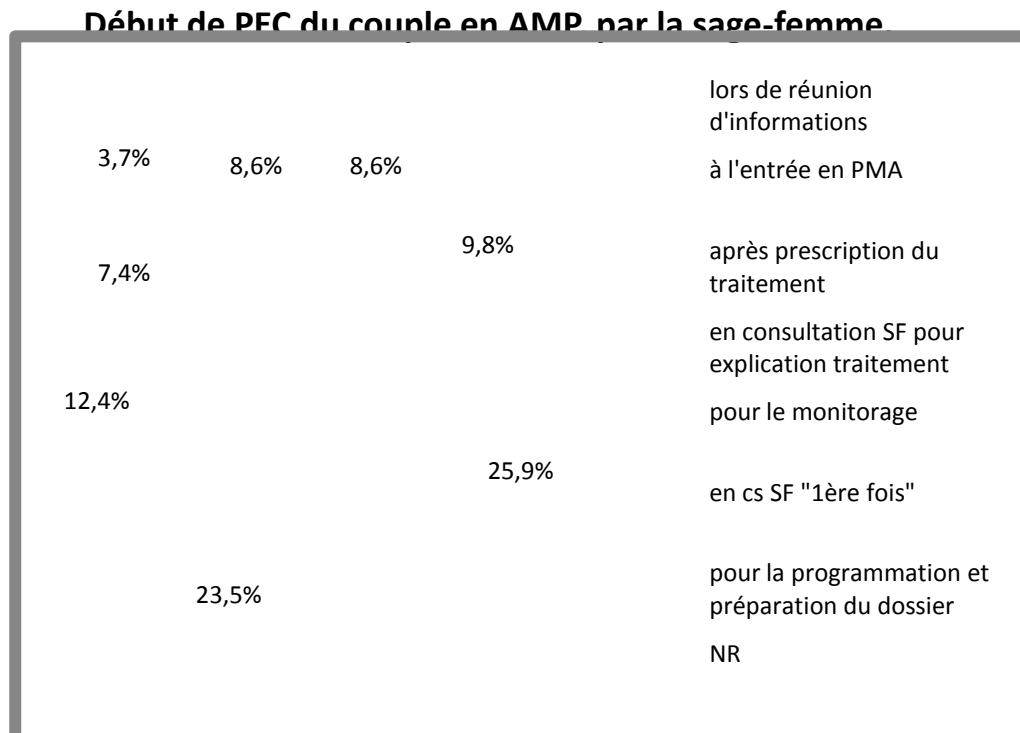


Figure 4: Moment de prise en charge (PEC) du couple en AMP, par la sage-femme

Majoritairement, les sages-femmes prennent en charge le couple une fois le traitement donné par le médecin pour réexpliquer ou non les modalités de prise du traitement (49,4%).

Tableau 5: Codification des actes selon le type de consultation effectuée

	n manquants (%)	Consultation SF + n (%)	Consultation SF - n (%)	p (Chi2)
TOTAL = 81				
Codification actes SF +	0	41 (50,6%)	1 (1,2%)	2,04
Autre codification	0	10 (12,3%)	29 (35,9%)	

LEGENDE : Le terme « Consultations SF + » regroupe tous les types de consultations effectuées par les sages-femmes, que ce soit des consultations de grossesse ou des consultations dans le cadre de l'AMP.

Les sages-femmes codifient leurs actes selon la nomenclature générale des actes professionnels, allouée à l'exercice de la profession de sage-femme, pour plus de la moitié d'entre elles.

Parmi les 51 sages-femmes qui consultent, 19,6% d'entre elles (n=10) ne codifient pas leurs actes en actes SF.

Tableau 6: Pourcentage de couples revus après l'AMP pour leur suivi

TOTAL	NR	COUPLE REVU	COUPLE NON REVU
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
81 (100%)	13 (16%)	26 (32,1%)	42 (51,9%)

Pour plus de la moitié d'entre elles, les sages-femmes ne revoient pas les couples par la suite pour assurer leur suivi (51,9% vs 32,1%).

Tableau 7: Activités des sages-femmes selon leur participation à la recherche médicale

		SF RECHERCHE MEDICALE +	SF RECHERCHE MEDICALE -	
	n manquants (%)	n (%)	n (%)	p (Chi2, Yates)
TOTAL = 81				
Service recherche +	26 (32,1%)	23 (28,4%)	32 (39,5%)	0,0009
SF statistiques +	30 (37%)	14 (17,3%)	37 (45,7%)	0,79
Réunion ABM +	68 (84%)	6 (7,4%)	7 (8,6%)	0,29

LEGENDE :

* ABM = Agence de la Biomédecine

Globalement, les sages-femmes ne participent pas à la recherche médicale et ne vont que très peu aux réunions de l'ABM. Cependant, presque 50% d'entre elles réalisent les statistiques de l'activité du service pour l'ABM.

2.3.2 Perspective d'évolution de l'activité des sages-femmes

La question 8 du questionnaire nous permet de savoir si, parmi toute notre population d'étude P, les sages-femmes ayant plus de 2 ans d'exercice en AMP ont remarqué une évolution de leurs pratiques.

Cette population de sages-femmes est égale à P' = 55, sachant que sur toute notre population P, 26 sages-femmes ne répondent pas à la question (32%).

Après analyse, 40% des sages-femmes de la population P' (soit n=22) considèrent avoir remarqué une évolution de leurs actes depuis les dernières lois de bioéthique.

Les évolutions constatées sont les suivantes :

- L'amélioration de la tenue des dossiers avec une augmentation de la charge administrative (n=6 soit 27,3%) ;
- La promulgation du décret du 17/07/2012 (n=4 soit 18,2%) ;
- La réalisation des échographies de monitoring de l'ovulation (n=3 soit 13,6%) ;
- La technique de vitrification embryonnaire ou ovocytaire, la reconnaissance des médecins pour le travail des sages-femmes, le nombre croissant de couples demandeurs (n=8 soit 36,4%) ;

Les sages-femmes précisent en majorité (plus d'une sur deux) que ces évolutions peuvent leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences dans le domaine de l'AMP et d'assurer leur participation au service.

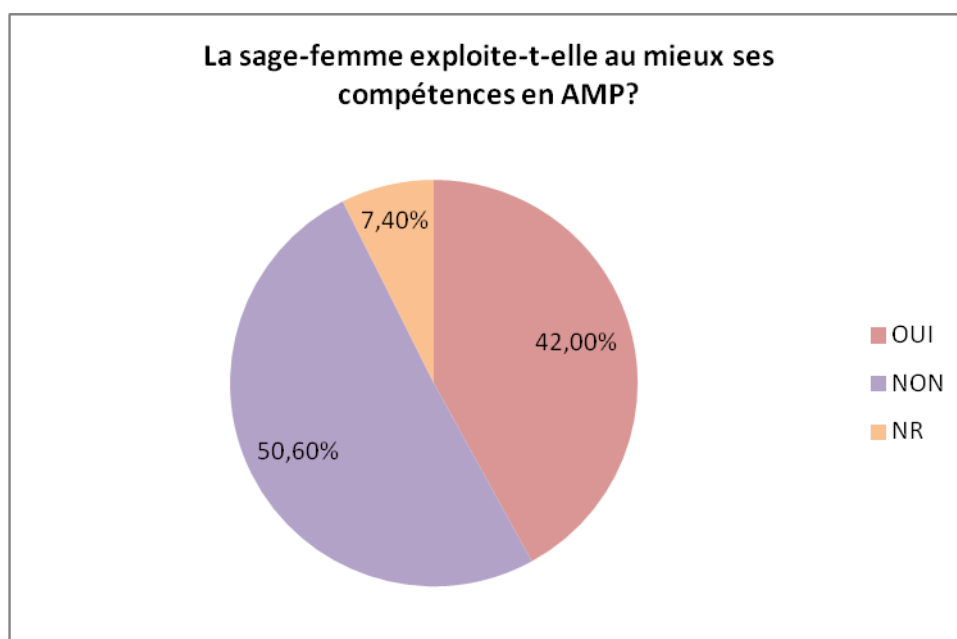


Figure 5: Avis de la sage-femme sur sa place en AMP en fonction de ses compétences

Pour 51,3% des sages-femmes, soit plus d'une sur deux, la sage-femme n'exploite pas au mieux ses compétences en AMP.

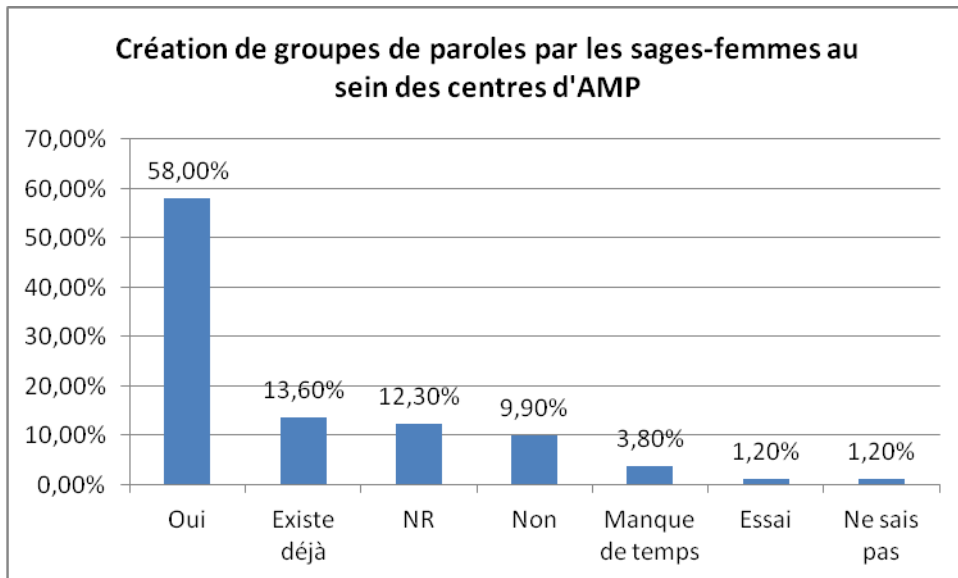


Figure 6: Création des groupes de paroles par les sages-femmes au sein des centres d'AMP

LEGENDE :

NR = non renseigné

Les sages-femmes sont majoritairement prêtes à créer des groupes de paroles pour les femmes et couples demandeurs. Il est à noter que cette activité est déjà au programme dans le ou les centres où 13,6% d'entre elles exercent.

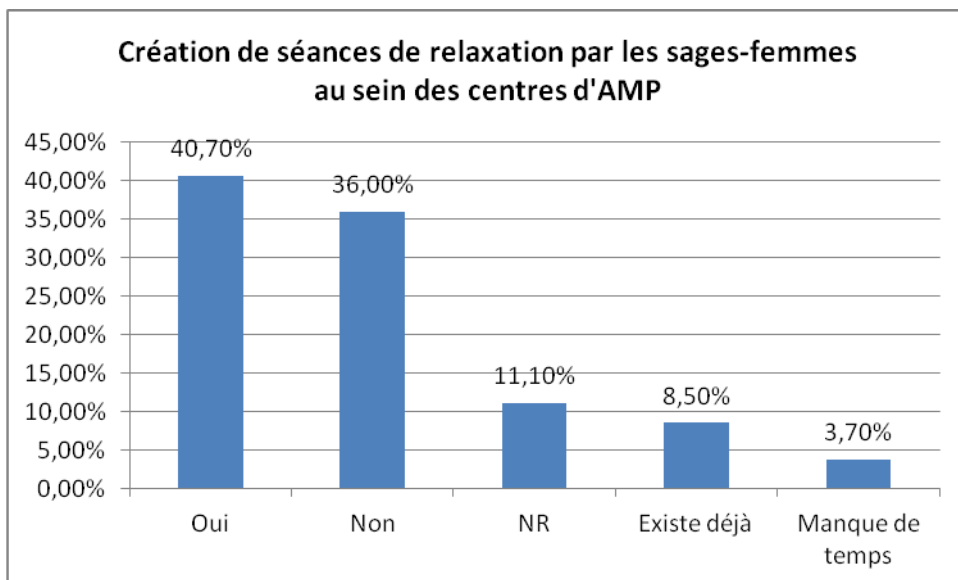


Figure 7: Création de séances de relaxation par les sages-femmes au sein des centres d'AMP

LEGENDE :

NR = non renseigné

Contrairement aux groupes de paroles, pour les séances de relaxation les sages-femmes sont partagées et seulement 40,7% d'entre elles pourraient organiser ces séances.

Tableau 8: Création des séances selon le besoin des couples ou des femmes

		BESOIN DES FEMMES +	BESOIN DES FEMMES -	
	n manquants (%)	n (%)	n (%)	p (Fisher)
TOTAL = 81				
Séances de relaxation +	48 (59,3%)	31 (38,3%)	2 (2,4%)	1
Groupe de paroles +	34 (42%)	46 (56,8%)	1 (1,2%)	0,03

Les groupes de paroles sont majoritairement créés quand les femmes en ont vraiment besoin.

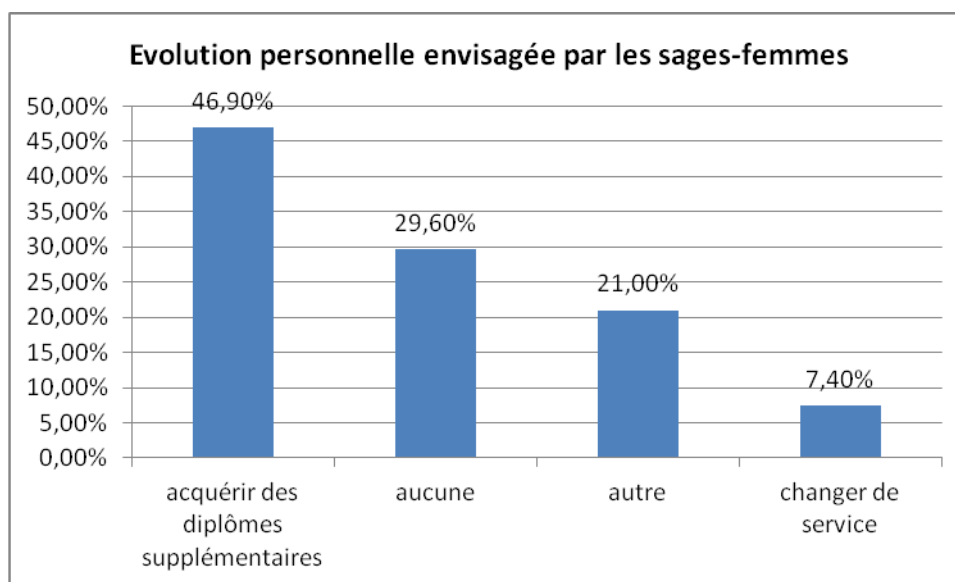


Figure 8: Evolution personnelle envisagée par les sages-femmes

4 sages-femmes n'ont pas répondu à cette question (4,9%).

Devant le faible taux de non-réponse, notre population d'étude se porte donc à $P=77$, pour cette question.

De plus, 8 sages-femmes ont répondu à plusieurs items à la fois.

Il apparaît alors que 46,9% des sages-femmes souhaitent acquérir des diplômes supplémentaires. Un tiers n'envisage aucune évolution professionnelle et moins de 10% (n=6) désirent changer de service. Sur ces six sages-femmes souhaitant changer de service, la moitié a entre 1 et 5 ans d'exercice en AMP et un tiers a plus de 10 ans de fonction au sein d'un service d'AMP.

De plus, sur les 38 sages-femmes ayant pour objectif d'acquérir des diplômes supplémentaires, quasiment une sur deux n'en possède aucun initialement (soit 44,7% d'entre elles).

La catégorie « autre » était inscrite sous forme de réponse libre. Ces réponses sont répertoriées dans le tableau ci-après.

Tableau 9: Evolution personnelle envisagée par les sages-femmes en libre réponse

AUTRES	17	100%
Acquisition de plus de pratique	5	29,4%
Spécialisation en consultations diverses *	4	23,4%
Spécialisation en Qualité	1	5,9%
Participation au staff de monitoring	1	5,9%
Spécialisation en psychologie	1	5,9%
Spécialisation en éthique et DPC** en AMP	1	5,9%
Amélioration du rôle de la sage- femme	1	5,9%
Départ en retraite	1	5,9%
Retour en maternité pendant 1 an	1	5,9%
Non précisé	1	5,9%

LEGENDE :

* Consultations diverses = acupuncture, hypnose, ergonomie, sexologie

** DPC = développement professionnel continu

Parmi les sages-femmes envisageant une évolution professionnelle différente de celles proposées dans le questionnaire, presque 30% d'entre elles demandent plus de pratiques.

Tableau 10: Points positifs du travail en AMP d'après les sages-femmes interrogées

	Nombre de sages-femmes n (%)
Compétences & qualifications	
Bonne technicité	7 (14,00%)
Nouvelles compétences & diversité des activités	14 (28%)
Vis-à-vis du couple	
Reconnaissance, suivi, écoute, accompagnement	40 (80%)
Image positive de la sage-femme et lien avec le médecin	4 (8%)
Revoir les couples pendant ou après la grossesse	1 (2%)
Apport personnel	
Travail en équipe	10 (20%)
Horaires de jour	6 (12%)
Autonomie	2 (4%)
Satisfaction personnelle, épanouissement, valorisation	9 (18%)
Centres et professionnels favorables aux SF en AMP	1 (2%)

Les calculs effectués portent sur la population P'=50.

31 sages-femmes de la population P n'ont pas répondu à la question et ne sont donc pas prises en considération (soit 38,3% de la population d'origine P).

De plus, 31 sages-femmes ont quant à elles répondu à plusieurs items.

Pour 80% d'entre elles, le point positif du travail en AMP est la reconnaissance du couple, son suivi, l'écoute et l'accompagnement qu'elles leur portent.

Tableau 11: Points négatifs du travail en AMP d'après les sages-femmes interrogées

	Nombre de sages-femmes n (%)
Métier de sage-femme	
Isolation du cœur de l'obstétrique	4 (8,9%)
Pas d'évolution, perte de qualité et charge de travail importante	3 (6,7%)
Pas de reconnaissance de la part des pairs	9 (20%)
Compétences – Qualifications	
Peu d'actes techniques	4 (8,9%)
Rôles disparates selon les centres	1 (2,2%)
Pas assez de formations initiale et continue	3 (6,7%)
Vis-à-vis des couples	
Gestion difficile de l'échec	6 (13,3%)
Pas assez de suivi d'un même couple	6 (13,3%)
Administratif	
Charges administratives importantes (secrétariat, téléphone...)	4 (8,9%)
Relationnel	
Rapports compliqués avec le médecin, moins de liberté	7 (15,6%)
Aucuns points négatifs	6 (13,3%)

Les calculs effectués portent sur la population P' = 45.

36 sages-femmes de la population P n'ont pas répondu à la question et ne sont donc pas prises en considération (soit 44,4% de la population d'origine P).

De plus, 8 sages-femmes ont quant à elles répondu à plusieurs items.

Ainsi, pour une sage-femme sur quatre le manque de reconnaissance de la part des autres professionnels est un des points négatifs de leur métier dans ce domaine.

Tableau 12: Améliorations à apporter au rôle de la sage-femme dans le domaine de la procréation assistée

	Nombre de sages-femmes
Métier de sages-femmes	
Définir les rôles et la place de la sage-femme en AMP	8 (19%)
Valoriser ce versant du métier de sage-femme	8 (19%)
Compétences & Qualifications	
Plus d'actes techniques à réaliser	13 (30,9%)
Avoir une place dans la réflexion médicale	6 (14,3%)
Formation initiale & continue	
Enseigner plus aux ESF	4 (9,5%)
Plus de formation et de congrès accessibles aux sages-femmes	5 (11,9%)
Vis-à-vis des couples	
Les revoir par la suite	3 (7,1%)
Organisationnel	
Plus de sages-femmes et de temps	5 (11,9%)
Relationnel	
Améliorer les rapports avec l'obstétrique	1 (2,4%)
Faire confiance aux sages-femmes	1 (2,4%)
Ne sait pas	3 (7,1%)

Pour plus d'un tiers, les sages-femmes doivent pouvoir réaliser plus d'actes techniques pour améliorer leur rôle et leurs compétences dans ce domaine.

Il est à noter que 24 sages-femmes n'ont pas répondu à la question (soit 29,6%).

2.3.3 Point de vue des sages-femmes sur les questionnements éthiques

Tableau 13: Avis des sages-femmes sur les réflexions et enjeux éthiques actuels

	Pas du tout favorable	Plutôt favorable	Tout à fait favorable	NSPP	TOTAL
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AMP homosexuel	27 (33,3%)	17 (21,0%)	5 (6,2%)	32 (39,5%)	81(100%)
AMP homosexuelle	24 (29,6%)	19 (23,5%)	8 (9,9%)	30 (37,0%)	81(100%)
Procréation post-mortem	66 (81,5%)	4 (4,9%)	1 (1,3%)	10 (12,3%)	81(100%)
Gestation pour autrui	43 (53,1%)	19 (23,5%)	3 (3,7%)	16 (19,7%)	81(100%)
Rémunération don ovocytes	33 (40,7%)	26 (32,1%)	10 (12,3%)	12 (14,9%)	81(100%)
Levée anonymat gamètes	52 (64,2%)	9 (11,1%)	2 (2,5%)	18 (22,2%)	81(100%)
Cryopréservation convenance ovocytes	25 (30,8%)	28 (34,6%)	11 (13,6%)	17 (21%)	81(100%)
Double don chez 1 femme	13 (16%)	22 (27,2%)	17 (21%)	29 (35,8%)	81(100%)
Bébés "double-espoir"	18 (22,2%)	20 (25,8%)	9 (11%)	34 (41%)	81(100%)
Recherche sur embryon, cellules souches	4 (4,9%)	38 (46,9%)	28 (34,6%)	11 (13,6%)	81(100%)
Don embryons	4 (4,9%)	29 (35,8%)	40 (49,4%)	8 (9,9%)	81(100%)
FIV femme célibataire	38 (47%)	13 (14,9%)	10 (12,3%)	20 (25,8%)	81(100%)
Don d'ovocytes/FIV femmes > 45ans	62 (76,4%)	5 (6,2%)	2 (2,5%)	12 (14,9%)	81(100%)

Troisième partie

Discussion

3.1 Discussion de la méthode

3.1.1 Forces et limites de l'étude

Dans un souci d'exhaustivité, la liste des centres d'AMP a été récupérée sur le site de l'Agence de la Biomédecine. Elle répertorie tous les centres cliniques habilités à réaliser des activités d'AMP, à la date du 02 avril 2012. Entre temps, des centres d'AMP ont soit fermé, soit fusionné entre eux. C'est le cas pour neuf d'entre eux, ce qui rapporte le nombre de centres à cent. La liste des centres contactés et inclus dans l'étude est assignée en annexe II.

Les forces de notre étude sont les suivantes :

Il s'agit d'une étude qui interroge l'ensemble des sages-femmes de France, dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, de façon globale.

Par ailleurs, cette étude se veut exhaustive, puisque toutes les sages-femmes du territoire ont été interrogées, quel que soit le type, privé ou public, des centres d'AMP.

Enfin, il s'agit d'un sujet d'actualité, ouvrant sur la perspective d'un champ de compétences récemment défini au 17 juillet 2012.

En ce qui concerne les limites de l'étude et comme il a été précisé au préalable, les sages-femmes des centres d'AMP ont été interrogées au moyen d'un questionnaire. Ce questionnaire comportait 24 questions fermées ou à choix multiple et 4 questions à libre réponse. Le temps de remplissage a ainsi été estimé à 15 minutes. Ce délai et le nombre de questions rendent le questionnaire long, ce qui a pu être un frein à un remplissage correct et consciencieux de celui-ci.

De plus, il est à noter que le taux de réponses est de 68,6% (n=81, parmi les 118 questionnaires envoyés). Ce résultat peut s'expliquer par la portée nationale de l'étude et de la difficulté à relancer les centres. Enfin, certaines sages-femmes n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, pour des raisons personnelles ou par manque de temps.

3.1.2 Biais de l'étude

Des biais ont été constatés au moment de l'analyse des résultats.

En effet, en raison de l'anonymat des questionnaires, nous n'avons pas une vision globale du travail des sages-femmes selon les centres d'AMP. Les questionnaires étaient reçus par adresse postale et électronique et un numéro d'anonymat était de suite attribué.

Une cartographie de l'activité selon les différents centres n'a ainsi pas pu être réalisée.

De plus, certaines sages-femmes n'ont pas répondu à toutes les questions, et des réponses similaires étaient retrouvées d'un questionnaire à un autre. Ces réponses correspondent certainement à des sages-femmes travaillant dans le même centre et ayant répondu ensemble.

3.1.3 Perspective de perfectionnement en regard des résultats obtenus

Suite aux résultats obtenus et après discussion de la méthode, il apparaît que certains points et axes de l'étude auraient pu être corrigés afin d'améliorer encore plus la qualité de notre étude.

Ainsi, une question supplémentaire aurait pu être créée pour connaître dans quel centre d'assistance médicale à la procréation les sages-femmes exercent. Le cas échéant, il aurait fallu se déplacer soi-même dans chaque centre d'AMP afin de remplir conjointement le questionnaire avec les sages-femmes et d'y référencer le nom du centre.

Grâce à ces mesures, une cartographie des centres et un tableau référentiel des activités des sages-femmes par centre auraient pu être réalisés.

De plus, le déplacement dans chaque centre aurait diminué le taux global de non-réponses au questionnaire et de questions laissées sans réponse.

Enfin, notre présence auprès des sages-femmes aurait, par là même, diminué le taux de réponses similaires d'un questionnaire à un autre.

3.2 Discussion et analyse des résultats

3.2.1 Population de l'échantillon

Il apparaît que, parmi les centres d'AMP qui emploient des sages-femmes, 93,2% d'entre eux sont des centres publics (figure 1). De plus, les sages-femmes travaillent en majorité dans les centres où plus de 500 ponctions annuelles sont réalisées (tableau 1). Au regard de cette donnée, il s'agit très probablement de centres universitaires, propices à l'évaluation et l'évolution des pratiques notamment en ce qui concerne la profession de sage-femme dans le domaine de la gynécologie.

La population de l'étude (P, n=81) a ensuite été comparée à la population générale de sages-femmes, grâce aux résultats des enquêtes démographiques de la Direction de Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), pour ce qui est de la répartition des sages-femmes selon l'âge et le sexe. (29) (30)

Tableau 14: Comparaison de la population d'étude P à la population générale des sages-femmes en 2010 et 2011

	POPULATION D'ETUDE	POPULATION GENERALE 2011 (CNOSF)	POPULATION GENERALE 2010 (DREES)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p (Fisher)
SEXE				
Masculin	1 (1,2%)	375 (2%)	403 (1,8%)	1
Féminin	80 (98,8%)	18 391 (98%)	21 956 (98,2%)	
AGE (ans)				
	≥ 45	41	37	

L'analyse de cette comparaison montre que P est une population représentative de l'ensemble des sages-femmes, en ce qui concerne la répartition selon le sexe.

Cependant, il est mis en évidence que les sages-femmes qui exercent dans les centres d'AMP ont en grande majorité plus de 45 ans, et sont diplômées depuis plus de 10 ans (tableau 2). Aussi, il semble pertinent de conjecturer que la volonté d'exercer dans un service d'AMP est un choix de carrière de deuxième intention. L'expérience acquise dans le domaine de la maïeutique semble être un atout pré requis à l'activité de sage-femme dans le domaine de la procréation.

3.2.2 Analyse de l'activité des sages-femmes dans les centres d'AMP

Grâce au questionnaire distribué, les sages-femmes ont été interrogées sur leurs activités. Ces activités correspondent-elles au champ de compétences décrit dans le décret du 17 juillet 2012 ?

La figure 2 et le tableau 3 nous permettent de répondre à cette question en comparant les activités mentionnées, avec celles décrites dans le décret notifié en annexe I.

Ainsi, toutes les activités présentes dans le décret et donc autorisées sont réalisées en majorité par les sages-femmes. Il est à noter cependant que seules 8,6% (n=7) des sages-femmes réalisent des consultations de première fois en AMP alors que le décret stipule que les sages-femmes peuvent, au décours de consultations spécifiques, effectuer la programmation et la mise en œuvre des traitements. Ce faible taux de participation à cette activité peut éventuellement être dû à une décision de service qui préférerait laisser ce type de consultation aux médecins. Pourtant, la formation initiale à la profession de sage-femme permet à cette dernière de diagnostiquer la cause de l'infertilité, de prescrire les bilans nécessaires et de trouver le traitement adéquat.

De plus, d'autres missions sont attribuées aux sages-femmes sans que le décret en fasse mention. C'est le cas, entre autres, pour :

- les activités de secrétariat (secrétariat, programmation des tentatives, permanence téléphonique, récupération des divers comptes rendus, gestion des plannings) ;
- la réalisation des prélèvements sanguins ;

Ces activités traduisent un dysfonctionnement organisationnel du service pour lequel nous n'avons pas la possibilité de traduire le caractère ponctuel ou récurrent. Dans le cas où il s'agirait d'activités quotidiennes, il apparaît qu'un audit interne organisationnel serait recommandé afin de définir les tâches et les activités de chacun, en regard des compétences de métier et des besoins du service. Dans un même souci de qualité, il semble pertinent de disposer de profils et de fiches de poste adaptés, afin de prendre en charge les couples de la manière la plus sécuritaire et efficiente possible. Les qualités et les ressources de tous, seraient alors mieux mises en exergue et déclinées dans le cadre d'une prise en charge globale.

De plus, les activités répertoriées des sages-femmes (figure 2 et tableau 3), de consultations de grossesse et d'encadrement managérial, sont toujours en regard de leurs compétences, qu'elles soient décrites dans le code de déontologie ou dans leur champ de compétences.

En ce qui concerne la prise en charge des couples par la sage-femme, il a été retrouvé dans les résultats (figure 4) que cette dernière rencontrait majoritairement les couples en consultation pour leur expliquer le traitement et le déroulement du parcours. Le couple a donc majoritairement été reçu et accompagné par un médecin. La sage-femme apparaît donc comme le deuxième acteur principal dans le parcours des couples en AMP.

Le tableau 5 regroupe les modes de codification des actes selon le type de consultation effectuée par les sages-femmes. Il apparaît alors que 19,6% des sages-femmes interrogées (n=10) ne codifiaient pas leurs actes selon la nomenclature générale des actes professionnels allouée aux sages-femmes. Ce résultat de près de un quart des sages-femmes, peut s'expliquer notamment par une compréhension différente de la question et des termes employés.

Ainsi, à la question 10 bis, « *si vous consultez seul(e), codifiez-vous vos actes en actes sages-femmes ?* », certaines ont inclus dans leurs actes les échographies réalisées par leur soin ; entendant alors que la réalisation des échographies constituait en une consultation à proprement parler. Or, les sages-femmes ne disposent pas d'une codification particulière en échographie, dans le domaine gynécologique. Seules les échographies réalisées dans le cadre d'une grossesse (au premier, deuxième et troisième trimestre et autres échographies de croissance ou de

contrôle), bénéficient d'une cotation allouée à la sage-femme, selon la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). (31)

L'analyse du tableau 7 permet d'éclairer la participation des sages-femmes à la recherche médicale. Ainsi, 39,5% des sages-femmes (n=32) n'entreprennent pas d'essais ou d'études cliniques au sein des services d'AMP.

Au niveau législatif, par les articles L 1121-1, 1121-3 et 1121-11 du code de la santé publique, les recherches biomédicales concernant le domaine de la maïeutique pourront, dorénavant, être effectuées sous la direction et la surveillance d'une sage-femme. Les textes de lois précités sont présentés en annexe IV.

Malgré tout, le domaine de l'AMP, soit une partie du domaine de la gynécologie, ne correspond pas au domaine de la maïeutique. Cependant, au terme d'un parcours en AMP, le but premier est l'obtention d'une grossesse. Si les sages-femmes peuvent participer, diriger et surveiller les recherches biomédicales en maïeutique, peut être pourront-elles faire de même en AMP où la finalité même est la grossesse ?

Suite à cette discussion concernant l'activité des sages-femmes dans les centres d'AMP, la première hypothèse ainsi formulée : « l'activité attendue des sages-femmes correspond au champ de compétences décrit dans le décret précité », est validée.

Il faut également préciser qu'une étude similaire avait déjà été réalisée, en 2002, auprès des responsables des centres d'AMP et des sages-femmes travaillant dans ces centres, pour connaître la place occupée par ces dernières, en AMP. (7) Au vu des résultats obtenus en 2002 et de ceux obtenus aujourd'hui, nous sommes à même de comparer les deux populations qui sont quasi similaires puisque les études sont basées sur des questionnaires envoyés aux sages-femmes exerçant dans les centres d'assistance médicale à la procréation. L'étude de 2002 excluait cependant les DOM-TOM et ne prenait en compte que les centres d'AMP de France métropolitaine. Ainsi, dix ans après, y a-t-il une réelle évolution de la population de sages-femmes dans le domaine de l'AMP et en ce qui concerne les activités qu'elles y exercent ?

Le tableau ci-après répertorie les caractéristiques des deux populations.

Tableau 15: Comparaison de deux populations de sages-femmes travaillant dans les centres d'AMP, à 10 ans d'intervalle

	POPULATION 2002	POPULATION P 2012
TOTAL EFFECTIF (taux de réponse exprimé en %)	55 sur 81 (67,9%)	81 sur 118 (68,6%)
Age (ans)	≥ 40 (61,8%)	≥ 45 (44,4%)
Obtention du diplôme (ans)	≥ 10 (30,9%)	≥ 10 (84%)
Temps d'exercice en AMP (ans)	≥ 10 (21%)	≥ 10 (33,4%)

D'après ce tableau, il apparaît que la population de sages-femmes dans le domaine de l'AMP a augmenté, même si notre population P prend en compte les DOM-TOM. De plus, les sages-femmes travaillant en AMP semblent avoir le même profil en ce qui concerne l'âge, l'année du diplôme et l'ancienneté au sein du centre d'AMP, qu'il y a 10 ans. Ainsi, l'attrait de l'assistance médicale à la procréation pour la sage-femme semble encore être un choix de seconde intention. Néanmoins, en 2002, l'étude répertoriait 7% de sages-femmes entre 20 et 30 ans, contre 8,6% aujourd'hui. Ainsi, notre population d'étude reste sensiblement la même qu'il y a 10 ans.

L'étude de 2002 d'A. Gauquelin et al, répertoriait également les différentes activités des sages-femmes en AMP. Il en ressortait que les activités les plus fréquemment réalisées étaient :

- l'information aux couples en ce qui concernait les résultats des tentatives (83,6%) ;
- la récupération et le classement des examens (78,2%) ;
- la préparation des dossiers (74,5%)

En comparaison, les sages-femmes de la population P, en 2012, réalisent quant à elles le plus souvent (figure 2):

- la communication des résultats aux couples (82,5%) ;
- le monitoring de l'ovulation (67,5%) ;
- la prescription des examens (66,3%) ;

Ainsi, au regard des trois activités réalisées le plus souvent par les sages-femmes, il apparaît qu'en 2012 elles gagnent en technicité puisqu'elles réalisent plus souvent les échographies de monitoring (contre 41,8% en 2002) et en acte médical puisqu'elles prescrivent également plus souvent qu'auparavant. Ainsi, les sages-femmes ont pris une place plus importante du point de vue médical, tout en gardant le côté informatif entre les médecins et les couples.

De plus, l'étude de 2002 montre également que les sages-femmes reçoivent les couples majoritairement après le médecin, pour expliquer le traitement (72,7%), tout comme les sages-femmes de la population P.

3.2.3 Analyse de la place des sages-femmes dans les centres d'AMP

D'après l'étude précitée et réalisée en 2002, 76,4% des sages-femmes remarquaient une évolution de leur rôle en AMP, et ce quelle que soit leur ancienneté. Cependant, l'évolution remarquée n'était significative ($p < 0.001$) qu'après un an minimum d'exercice en AMP. Cette information a ainsi justifié notre choix de ne vouloir interroger aux questions 8 et 8bis (cf. questionnaire en annexe III), que les sages-femmes ayant au moins deux ans d'exercice en AMP.

Après analyse des résultats, il en ressort donc que 40% des sages-femmes ont remarqué une évolution de leurs actes depuis les dernières lois de bioéthique. Parmi ces sages-femmes, 18,2% soutiennent que la promulgation du décret constitue une avancée majeure. On peut alors supposer que, grâce à cet appui législatif, les sages-femmes envisagent plus de possibilités d'exercice au sein de leur propre centre d'AMP. Une réelle perspective d'évolution est mise en évidence et la volonté des sages-femmes d'élargir leur champ de compétences, notamment sur leur savoir-faire technique apparaît.

Cette opportunité semble réellement d'actualité puisque nos résultats mettent en lumière qu'une sage-femme sur deux pense qu'elle n'exploite pas assez sa place et donc ses compétences en AMP (figure 5). Ensuite, près de 10% des sages-femmes n'ont pas renseigné cette question. Hormis les sages-femmes qui n'ont pas voulu répondre, il est possible qu'un certain nombre d'entre elles n'ait pas su le faire en raison de leur place encore en évolution et peu ou pas définie de façon claire et explicite au sein de certains centres d'AMP.

A propos des perspectives d'évolution, la figure 8, couplée à la figure 5, nous permet de dire que si 1 sage-femme sur 2 considère qu'elle n'exploite pas au mieux ses compétences en AMP, moins de 10% des sages-femmes totales souhaitent changer de service. Au contraire, la majorité d'entre elles désirent se perfectionner en obtenant de nouveaux diplômes. Le taux important de sages-femmes souhaitant acquérir de nouveaux diplômes nous amène à conclure que la sage-femme souhaite s'investir de plus en plus dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, d'autant plus que la loi les autorise à travailler son domaine et leur offre une certaine légitimité.

De plus, l'acquisition de pratique supplémentaire, souhaitée par près de 30% d'entre elles, découle du même désir d'investissement, sans doute stimulé par la parution récente du décret d'activités allouées aux sages-femmes en AMP.

Dans le questionnaire, il a également été question de créer des groupes de paroles ou de relaxation pour les femmes voire les couples. Ainsi, en ce qui concerne les groupes de paroles, les résultats nous montrent que 58% des sages-femmes se sentent prêtes à en animer (contre 9,9%). De plus, pour 13,6% des sages-femmes interrogées, ces séances existent déjà mais pour 1,2% d'entre elles, ces séances ont existé mais ont été abandonnées car soit les femmes revendiquaient la présence d'un psychologue, soit ces mêmes séances étaient également réalisées en parallèle par un psychologue.

Il serait donc utile, si la création de ces séances aboutit, de travailler en coordination avec un psychologue et de co-animer ces séances ensemble. Cela permettrait donc aux sages-femmes d'améliorer la qualité de la prise en charge des couples par l'exercice d'une activité réellement attenante à leurs compétences.

Pour les séances de relaxation, les sages-femmes sont plus partagées puisque 40,7% d'entre elles souhaiteraient créer ce genre de séances, contre 36% qui ne le souhaitent pas. Ce partage quasi égal d'opinions peut s'expliquer par le fait qu'animer des séances de relaxation nécessite de l'entraînement, une formation voire un diplôme supplémentaire (hypnose, sophrologie, etc...).

Dans ces deux cas, il est noté un taux de non-réponses supérieur à 10%. Ce taux pourrait s'expliquer par :

- un désintéressement de la sage-femme pour ce type de question ;
- un questionnaire trop long où la question apparaît à la fin ;
- une incompréhension de la question ;

De plus, les sages-femmes n'ayant pas renseigné ces deux données sont, après croisement des réponses avec l'âge et l'ancienneté en AMP, des sages-femmes ayant plus de 45 ans (60% pour la création des groupes de paroles et 66,7% en ce qui concerne la création de séances de relaxation) et plus de 5 ans d'ancienneté en AMP (respectivement 40% et 44,4%). Ainsi, les sages-femmes n'ayant pas renseigné la question 23 concernant les groupes de paroles et les séances de relaxation sont sensiblement les mêmes. De plus, leur âge et leur ancienneté pourraient nous faire penser que si elles n'ont pas répondu à cette question, elles sont à même de penser et de croire que ces séances n'apporteront pas un plus dans le soutien et l'accompagnement des couples.

Précisons également que pendant sa formation initiale, la sage-femme a pu, notamment grâce aux stages et aux cours théoriques dispensés en rapport avec les séances de préparation à la naissance, ainsi qu'aux différentes initiations à la sophrologie ou à l'entretien motivationnel, acquérir des outils pour gérer un groupe.

Ensuite, il a été demandé aux sages-femmes quels étaient les points positifs et négatifs de leur métier en AMP (question 24). Cette question était présentée sous forme de libre réponse.

En ce qui concerne les points positifs répertoriés dans le tableau 10, il en ressort qu'en majorité, le travail des sages-femmes est motivé par la reconnaissance des couples vis-à-vis de leur suivi, l'écoute et l'accompagnement qu'elles apportent. De plus les nouvelles compétences acquises et la diversité des activités dans ce domaine sont également des points positifs cités par les sages-femmes. Il y apparaît trois grands domaines qui concernent :

- les compétences et qualifications de la sage-femme ;
- la relation qu'elles entretiennent vis-à-vis des couples ;
- l'apport personnel de leur travail ;

Quant aux points négatifs répertoriés dans le tableau 11, on observe un large choix de réponses offert par les sages-femmes. Il n'apparaît pas vraiment un point négatif à propos du travail de sage-femme en assistance médicale à la procréation. Néanmoins, il est mis en exergue que les sages-femmes ont le sentiment de ne pas avoir une reconnaissance de leurs pairs, pour ce qui concerne la pertinence de leur place en AMP. De plus, pour certaines, les rapports avec les médecins peuvent être

compliqués et leur laisser moins de liberté et il n'y a pas assez de suivi d'un même couple. Ces principaux points sont ainsi à améliorer et des propositions seront donc présentées ci-dessous en fin de discussion.

Pour les points positifs comme négatifs, respectivement 31 (38,3%) et 36 sages-femmes (44,4%) ne répondent pas à la question. Ces taux peuvent s'expliquer de la manière suivante :

- les sages-femmes n'avaient pas de réponses à proposer ;
- correspondant à une des dernières questions du questionnaire, les sages-femmes n'ont pas souhaité continuer à répondre aux questions ;
- il s'agissait d'une question à libre choix sans orientation de réponse et donc demandant plus de temps de réflexion.

Ainsi, au vu de ces résultats, la deuxième hypothèse concernant le désir des sages-femmes de faire évoluer leur métier dans ce domaine, est validée. En effet, plus de la moitié d'entre elles ont répondu à la question 24bis concernant les améliorations à apporter au rôle de la sage-femme en AMP. De plus, près d'un tiers souhaite acquérir des diplômes supplémentaires pour perfectionner leur pratique.

3.2.4 Enjeux éthiques des lois de bioéthiques : analyse de l'enquête d'opinion réalisée auprès de l'échantillon de la population P

Le tableau 13 correspond à un état des lieux de l'opinion des sages-femmes sur les enjeux éthiques actuels. Au vu des résultats, il n'y a pas un point de vue univoque sur les questions qui touchent à la filiation. Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que le jugement des sages-femmes soit plus pondéré en ce qui concerne les enjeux éthiques de l'AMP, il apparaît que l'avis donné est plutôt un avis personnel où le métier exercé, même médical, ne change pas le résultat de l'enquête d'opinion.

Au regard de notre population P, qui est majoritairement âgée de plus de 45 ans, diplômée et experte en AMP depuis plus de 10ans, la question de l'influence de l'âge et de l'expérience peut jouer. Ainsi, la comparaison des résultats de notre étude à ceux d'une étude portant sur un échantillon de la population générale pourrait nous renseigner en ce qui concerne l'âge.

En effet, un célèbre site internet de vulgarisation médicale a lancé du 31 janvier 2011 au 10 février 2011, une enquête portant sur les enjeux de société autour de la révision des lois de bioéthique. (32)

Ainsi, 2 028 internautes ont répondu à cette enquête en ligne.

Il en résulte au final que les réponses obtenues sont similaires à celle de notre population P, en ce qui concerne l'anonymat et la gratuité du don de gamètes, l'autorisation ou non de la grossesse pour autrui, l'accès à l'AMP pour les couples homosexuel(le)s et les femmes célibataires, l'accès à l'AMP limité à un certain âge, la procréation post mortem, la recherche sur l'embryon, et les « bébés-médicaments » ou « double espoir ».

Néanmoins, la population ayant répondu à cette enquête en ligne est constituée majoritairement de femmes salariées, entre 25 et 34 ans et habitant dans des zones urbaines de plus de 100 000 habitants. Toutefois, les caractéristiques de cet échantillon de la population ne semblent pas refléter celles de la population générale en France (du fait même que 98% des internautes étaient des femmes). De plus, nous spécifierons le biais de sélection lié aux enquêtes sur internet, puisque comme nous le savons, seuls certains profils de personnalité répondent à ce genre de questionnaire.

Au vu de ces résultats, la 3^{ème} hypothèse est donc partiellement validée. En effet, les sages-femmes n'ayant pas un point de vue univoque sur les questions éthiques, il est difficile de préjuger de leur adhésion favorable à une révision prochaine des lois de bioéthique.

3.3 Propositions

3.3.1 Propositions concernant les conditions d'exercices des sages-femmes

L'emploi de personnels qualifiés pour chaque rôle est essentiel pour optimiser la prise en charge des couples et mettre en lumière le rôle spécifique de la sage-femme tel qu'il est décrit dans le décret d'application.

Le tableau 11 reprend les points négatifs de l'exercice de sage-femme en AMP, d'après la population interrogée. La discontinuité du suivi d'un même couple y apparaît comme étant un obstacle à l'épanouissement des sages-femmes dans ce domaine. La mise en place d'un suivi global pourrait alors être une solution. Ainsi, afin d'être en adéquation avec les besoins ressentis par les couples, il conviendrait de les interroger sur la question d'une prise en charge globale par une sage-femme. Une enquête de satisfaction pourrait donc être mise en place dans le but de sonder les couples sur la nécessité et l'intérêt qu'ils trouveraient à ce type de suivi.

De plus, toujours dans un souci de prise en charge globale des couples, le suivi des grossesses obtenues par FIV par les sages-femmes du centre d'AMP peut être une façon de préserver ce lien. Les sages-femmes prendront en charge le couple et pourront, en raison de leur connaissance du passif du couple et d'une partie de leurs antécédents, mieux les aiguiller et les accompagner durant cette grossesse. Pour cela, il pourrait être créée une demie journée de consultations de grossesse, où les sages-femmes des centres d'AMP accueilleraient les couples préalablement suivis en AMP, au sein même de la maternité, ainsi que d'autres couples dont la grossesse a été spontanée, en fonction de l'affluence. La présence d'autres couples dont la grossesse aura été spontanée est justifiée pour éviter le possible caractère de stigmatisation des couples suivis en AMP.

3.3.2 Propositions concernant les perspectives d'évolution de la sage-femme en AMP

La récente promulgation du décret 2012-885 relatif aux conditions d'exercice des sages-femmes dans les centres d'AMP, va permettre aux sages-femmes de justifier clairement leur place dans ce domaine. Elles devront demander et soumettre leurs perspectives d'évolution aux dirigeants du service, et ce dans la limite du possible. Ce décret assouvira définitivement leur place.

De ce fait, les sages-femmes ont l'autorisation légale de « surveiller la réponse ovarienne au traitement en réalisant une échographie, sous réserve que leur expérience et leur formation dans ce domaine aient été jugées suffisantes par les praticiens d'assistance médicale à la procréation intervenant dans le centre ».

De plus, en application de l'article R 4127-324 du CSP, « la sage-femme peut participer, sous la direction d'un médecin, au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique ». Ainsi, les sages-femmes échographistes hospitalières effectuent, sous la direction d'un médecin, des échographies gynécologiques et notamment de monitoring de l'ovulation en AMP. De ce fait, les actes permettant la surveillance de l'ovulation en vue de réalisations de FIV ou d'inséminations intra-utérines sont sur prescription d'un médecin. Or, la liste de nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) disponible auprès de la sécurité sociale, précise que :

« Dans les cas où une sage-femme exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, la cotation et le remboursement de l'acte s'effectue sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin ». (31)

Il est à noter que les actes de surveillance en gynécologie font maintenant partis des compétences des sages-femmes et sont pratiqués depuis de nombreuses années par les sages-femmes hospitalières qui codent actuellement en CCAM médecin. Par ailleurs l'examen des ovaires fait partie des examens réalisables par la sage-femme lors des trois échographies obstétriques de routine. (33)

Ainsi, aucune codification n'est allouée à l'exercice de sage-femme en ce qui concerne la réalisation des échographies gynécologiques dans le cadre de l'AMP. La création d'une telle codification est une proposition fortement envisageable à partir du moment où les sages-femmes sont à même de réaliser ces actes de par leur compétences et comme la loi le stipule. Ces cotations ont été négociées entre l'Assurance Maladie et les syndicats de la profession et un décret devrait paraître prochainement.

Les sages-femmes, par la question 24bis et dont les réponses sont répertoriées dans le tableau 12, souhaitent réaliser plus d'actes techniques. Ainsi, nous pouvons proposer que les inséminations intra-utérines soient par exemple, réalisées par les sages-femmes. En effet, habituellement effectués par les internes, ces actes sont à la portée de la sage-femme en raison de sa formation. Cet acte se réalise sous spéculum et en insérant dans le fond utérin la pipette préalablement

préparée par les biologistes et contenant les spermatozoïdes. Cet acte peut, du point de vue de sa technicité, s'apparenter à la pose, plus complexe, d'un dispositif intra-utérin que la sage-femme est autorisée à poser (par l'article R.4127-318 du code de la santé publique, et mis en application par le décret n°2012-881 du 17 juillet dernier). (14)

3.3.3 Propositions concernant la formation initiale de la sage-femme

L'étudiant sage-femme reçoit des cours théoriques sur l'assistance médicale à la procréation, les causes de l'infertilité, les traitements et le suivi des couples. Cependant, toutes les écoles n'entreprennent pas la réalisation d'un stage clinique en AMP. Celui-ci peut être à la demande de l'étudiant au moment du choix du stage optionnel.

Il s'avère alors pertinent qu'un stage obligatoire de trois semaines en centre d'AMP puisse permettre à l'étudiant de confronter la clinique à la théorie et ainsi découvrir ce versant gynécologique du métier de sage-femme. Ce stage serait mis en place dans la perspective d'un perfectionnement gynécologique des activités de sages-femmes comme cela peut être le cas lors d'un stage dans les services de planification familiale et d'orthogénie.

De plus, lors des stages en salle de travail, et plus particulièrement au niveau des urgences gynécologiques et obstétricales, il serait plus approprié que l'étudiant sage-femme prenne en charge les urgences gynécologiques, afin de perfectionner ses compétences cliniques, sémiologiques et techniques (avec notamment la réalisation des échographies gynécologiques), sous la tutelle de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens référents.

Ce travail de recherche permet ainsi de référencer et de lister ci-après plusieurs propositions pouvant amener à une amélioration de la qualité et des conditions de travail de la sage-femme dans les centres d'assistance médicale à la procréation.

PROPOSITIONS

- ✓ Prendre en charge le couple dans sa globalité et justifier ce type de prise en charge par une enquête de satisfaction réalisée auprès des couples ;
- ✓ Permettre aux sages-femmes d'entreprendre des consultations de grossesse des couples suivis en AMP ;
- ✓ Créer une cotation NGAP en ce qui concerne la réalisation des échographies gynécologiques par la sage-femme ;
- ✓ Former la sage-femme en AMP à la réalisation d'actes plus techniques comme la réalisation des inséminations intra-utérines ;
- ✓ Rendre obligatoire un stage dans les services d'assistance médicale à la procréation pour faire découvrir à l'étudiant ce versant gynécologique du métier de sage-femme, en parallèle des cours théoriques dispensés ;
- ✓ Se former à la prise en charge d'urgences gynécologiques, pour développer des compétences cliniques, sémiologiques et techniques en gynécologie.

Conclusion

Les sages-femmes se sont investies dans les problèmes d'infertilité et leur place dans les centres d'assistance médicale à la procréation ne fait qu'évoluer et se développer. Leur légitimité dans ce domaine est corrélée à une intégration d'un enseignement spécifique en formation initiale et à la promulgation récente du décret d'application 2012-885. Simultanément, l'élargissement de leur champ de compétences dans le domaine de la gynécologie et notamment par la possibilité de réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, légitime la place des sages-femmes en AMP. Elles assurent ainsi de multiples et diverses activités telles que le monitoring de l'ovulation en échographie, les consultations pré et post FIV, l'aide technique au cours des ponctions ovocytaires et des transferts embryonnaires. Leur rôle d'accompagnement, de suivi et de soutien moral apporté aux couples reste primordial et capital. La place qu'elles occupent est, de ce fait, en harmonie et complémentaire de celle du médecin et des différents intervenants de l'AMP, et répond très probablement à un besoin des femmes et des couples.

L'étude permet d'affirmer que les sages-femmes exercent en grande majorité toutes les activités décrites dans les textes de lois, grâce à leur formation initiale et leurs compétences médicales et psychologiques. Il faut néanmoins veiller à une optimisation des activités et tâches professionnelles de tous les intervenants, afin que la sage-femme exploite ses compétences en AMP (en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être). Par ailleurs, il apparaît que les sages-femmes souhaitent faire évoluer leur position et leur rôle dans ce domaine. C'est particulièrement le savoir-faire technique qui est évoqué notamment avec l'opportunité de réaliser plus d'échographies.

Enfin, à l'heure des grands changements éthiques et de la médiatisation de plus en plus intense des techniques de procréation médicalement assistée, les sages-femmes ne semblent pas émettre un avis univoque sur ces grandes questions.

Ainsi, la sage-femme, dont les représentations sont empreintes de grossesses et de naissances heureuses, semble renvoyer à chaque couple, une image positive de réussite. Il semble judicieux de penser que leur place en AMP est alors pertinente

afin d'assurer une transition plus globale et moins « médicale » vers la parentalité, en faisant le lien entre la gynécologie et la maïeutique.

Bibliographie

1. Anonyme. *La Bible*. Paris: Librairie Colbo; 1969.
2. Collectif, Maire B, Dasen V. *L'embryon humain à travers l'histoire : Images, savoirs et rites*. Infolio, 2007.
3. Humeau C, Arnal F. *La procréatique les biotechnologies de la reproduction humaine histoire, éthique*. Montpellier: Sauramps médical, 2003.
4. Gonzalès J. *Histoire naturelle et artificielle de la procréation*. Paris: Bordas, 1996.
5. Humeau C. *Procréer Histoire et représentations*. Paris: Jacob, 1999.
6. Leroy F, Papiernik É. *Histoire de naître de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Bruxelles: De Boeck, 2001.
7. Gauquelin A, Blanchet V. *En 2002 quelle est la place de la sage-femme dans les centres d'assistance médicale à la procréation en France ?*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université René Descartes (Paris), 2002.
8. Boursier LB. *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveau-nés suivi de Instructions à ma fille, 1609*. Paris: Côté-femmes éditions, réédition de 1992.
9. Merviel P. *Assistance médicale à la procréation*. Paris: Editions Eska, 2005.
10. Légifrance, loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. [référence du 08 mai 2012],
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102>
11. Journo Y. *La cryopréservation ovocytaire de convenance, un enjeu éthique aujourd'hui?*, Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire Ethique & pratiques de la santé et des soins, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris: Faculté de médecine-Université Paris-Sud 11, 2010.
12. Moutel G. *Don et accueil d'embryons: une évolution novatrice qui demeure sensible*. [En ligne], 2005. <http://www.ethique.inserm.fr/>
13. Le Lannou D. Réflexions sur l'accueil d'embryon. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2007;(volume 35):1089-91.
14. Légifrance, Code de la santé publique. [référence du 31 octobre 2012].
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=17FE716F1CE6A31D6160C8FE612DFFA5.tpdjo11v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121023
15. Jouannet P, Paley-Vincent C, *Institut du droit de la famille et du patrimoine, Académie nationale de médecine. L'embryon, le fœtus, l'enfant assistance médicale à la procréation (AMP) et lois de bioéthique*. Paris: Ed. Eska, 2009.

16. Dibie-Krajcman D. La procréation post-mortem. *La Revue Sage-Femme*. 2010 sept;9(volume 4):195-8.
17. Depadt-Sebag V, Teboul G. *Droit et bioéthique*. 2ème éd. Bruxelles: Larcier, 2012.
18. Carret G, Freyet G, Boissier C, Queneau P. *Santé Société Humanité. Manuel de Sciences Humaines en Médecine*. 2e éd. Ellipses Marketing, 2012.
19. Mémeteau G. Les lois de bioéthique: cinq ans après. *Médecine & Droit*. 2000;(volume 41):1-9.
20. Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. *Avis relatif aux recherches et utilisation des embryons humains in vitro à des fins médicales et scientifiques*. CCNE, 1986.
21. Moutel G, Hervé C. *Les lois de bioéthique du 29 juillet 1994*. [En ligne], 1998. <http://www.ethique.inserm.fr>
22. Sicard D. *L'éthique médicale et la bioéthique*. 2e édition. Paris: Cairn.info, 2011.
23. Poncelet C, Sifer C. *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris Berlin Heidelberg [etc.]: Springer, 2010.
24. Dibie-Krajcman D. Les règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation. Arrêté du 3 août 2010. *La Revue Sage-Femme*. 2010 déc;9(volume 6):287-305.
25. Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. *Manuel juridique de la sage-femme la sage-femme, nouvelles compétences, nouvelles responsabilités*. 2e éd. Bordeaux: les Études hospitalières, 2012.
26. Kerbrat V, Sultan M. *Secrets de sage-femme*. Paris: Calmann-Lévy, 2010.
27. Bouet C. L'expérience d'une sage-femme dans la création d'une unité de FIV. *Spirale*. 2004;32(volume 4):137.
28. CNOSF. *Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie*. Novembre 2012.
29. DREES. *La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs*. mars 2012. (791).
30. CNOSF, CNSF, ANESF. *Observatoire National de la démographie des professions de santé. Compte-rendu de l'audition des Sages-femmes du 7 avril 2010*. 2010.
31. L'assurance maladie. *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005*. [En ligne], en date du 13 février 2013. <http://www.ameli.fr>
32. Doctissimo, *Enquête d'opinion « La bioéthique et vous »*. [En ligne], 2011. <http://www.doctissimo.fr>

33. Viossat P. *L'échographie obstétricale: évolutions conventionnelles*. [En ligne], 2010, ONSSF. <http://www.onssf.org/3.aspx?sr=2>

Annexes

Annexe I : Décret d'application 2012-885 du 17 juillet 2012, relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation

19 juillet 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 16 sur 172

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation

NOR : AFSH1226287D

Publics concernés : sages-femmes intervenant dans les établissements de santé autorisés à pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation ou exerçant en libéral dans le cadre d'une convention avec un centre d'assistance médicale à la procréation autorisé.

Objet : conditions dans lesquelles les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : l'article 38 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique a complété l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, qui définit le champ de compétence des sages-femmes, pour prévoir qu'elles sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. Le texte définit les activités auxquelles les sages-femmes peuvent participer lorsqu'elles interviennent dans le cadre de la mise en œuvre d'une procédure d'assistance médicale à la procréation : participation aux entretiens particuliers ; information et accompagnement des couples ; au cours de consultations spécifiques, mise en œuvre du protocole de prise en charge établi par le médecin et prescription et suivi des examens nécessaires. En cas de don d'ovocyte, elles peuvent contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse. Elles peuvent également intervenir dans la procédure d'accueil d'embryon par un couple tiers. Lorsqu'elles exercent au sein d'un centre d'assistance médicale à la procréation implanté dans un établissement de santé, elles participent à l'évaluation des activités du centre.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de l'article 38 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Le code de la santé publique modifié par le présent décret peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4151-1,

Décète :

Art. 1^{er}. – Au chapitre I^{er} du titre V du livre I^{er} de la 4^e partie du code de la santé publique (partie Réglementaire), il est ajouté une section 6, comportant les articles D. 4151-20 à D. 4151-24, ainsi rédigée :

« Section 6

« Participation des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation

« Art. D. 4151-20. – Dans les conditions prévues par la présente section, les sages-femmes concourent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon.

« Elles exercent à ce titre au sein des centres d'assistance médicale à la procréation implantés dans les établissements de santé publics ou privés autorisés à pratiquer ces activités en application de l'article L. 2142-1.

« Les sages-femmes libérales peuvent également concourir aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation lorsqu'elles interviennent en tant que tiers extérieur dans le cadre des dispositions du 2^o de l'article R. 2142-3.

« Art. D. 4151-21. – Les sages-femmes font partie de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire mentionnée au premier alinéa de l'article L. 2141-10. A ce titre, elles participent aux entretiens particuliers mentionnés à ce même article.

« Art. D. 4151-22. – Les sages-femmes apportent aux couples les informations et l'accompagnement nécessaires à toutes les étapes de la mise en œuvre de la procédure d'assistance médicale à la procréation, en lien avec les médecins du centre.

« Avant et pendant la mise en œuvre de cette procédure, les sages-femmes peuvent, au cours de consultations spécifiques, effectuer les activités suivantes :

- « – programmation et mise en œuvre du protocole de prise en charge établi par le médecin pour chaque patiente ;
- « – éducation thérapeutique ;
- « – prescription et suivi des examens biologiques ;
- « – surveillance échographique de la réponse ovarienne au traitement, sous réserve que leur expérience et leur formation dans ce domaine aient été jugées suffisantes par les praticiens d'assistance médicale à la procréation intervenant dans le centre. Les sages-femmes pratiquent les échographies sur prescription d'un médecin et établissent un compte-rendu transmis à ce dernier.

« Au cours de l'insémination artificielle, du prélèvement d'ovocytes et du transfert d'embryons, les sages-femmes peuvent apporter une collaboration technique aux opérateurs et contribuer à la surveillance postopératoire des patientes.

« Les sages-femmes participent au suivi des tentatives ainsi qu'au recueil des données relatives aux issues de ces tentatives et, le cas échéant, aux grossesses obtenues, aux accouchements et à l'état de santé des mères et des nouveau-nés.

« Art. D. 4151-23. – Les sages-femmes peuvent contribuer à l'information et au suivi clinique, biologique et échographique de la donneuse d'ovocytes.

« Elles peuvent intervenir dans la procédure d'accueil d'embryon par un couple tiers en participant à l'entretien prévu au premier alinéa de l'article R. 2141-2. Elles peuvent être chargées du suivi médical et de l'accompagnement de la femme recevant l'embryon.

« Art. D. 4151-24. – Pour chaque couple, les sages-femmes concourent à la bonne tenue du dossier médical commun mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 2142-8.

« Lorsqu'elle exercent au sein d'un centre d'assistance médicale à la procréation, elles participent à l'évaluation des activités du centre. »

Art. 2. – La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 17 juillet 2012.

JEAN-MARC AYRAULT

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

Annexe II : Liste des centres d'AMP disponible à l'Agence de Biomédecine, en vigueur à la date du 2 avril 2012 (classement alphabétique)

ETABLISSEMENTS	TYPE D'ETABLISSEMENTS
ABYMES: CHU DE POINTE A PITRE/ABYMES	PUBLIC
AMIENS: CENTRE GYNECO-OBSTETRIQUE CHU AMIENS	PUBLIC
AMIENS: GROUPE SANTE VICTOR PAUCHET	PRIVE
ANGERS: CHU D'ANGERS	PUBLIC
AVIGNON: POLYCLINIQUE URBAIN V	PRIVE
BAGNOLET: CLINIQUE DE LA DHUYS	PRIVE
BAYONNE: POLYCLINIQUE LAFARGUE	PRIVE
BESANCON: CHU SAINT JACQUES	PUBLIC
BESANCON: POLYCLINIQUE FRANCHE COMTE	PRIVE
BLANC MESNIL: HOPITAL PRIVE DE LA SEINE SAINT DENIS	PRIVE
BONDY: AP-HP HOPITAL JEAN VERDIER	PUBLIC
BONNEVILLE: HOPITAL DE BONNEVILLE	PUBLIC
BORDEAUX: CHU PELLEGRIN	PUBLIC
BREST: CHRU HOPITAL MORVAN	PUBLIC
BREST: CLINIQUE PASTEUR SAINT ESPRIT	PRIVE
BRON: HOPITAL FEMME MERE ENFANT	PUBLIC
BRUGES: POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	PRIVE
CAEN: CHR GEORGES CLEMENCEAU	PUBLIC
CALAIS: CENTRE HOSPITALIER DE CALAIS	PUBLIC
CHAMBRAY LES TOURS: CLINIQUE "LE PARC"	PRIVE
CHARLEVILLE MEZIERES: HOPITAL MANCHESTER CH CHARLEVILLE	PUBLIC
CHESNAY: CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE PARLY II	PRIVE
CLAMART: AP-HP HOPITAL ANTOINE BECLERE	PUBLIC
CLERMONT FERRAND: CHU ESTAING	PUBLIC
CORMEILLES EN PARISIS: CLINIQUE DU PARISIS	PRIVE
COURBEVOIE SITE NEUILLY: CH DE COURBEVOIE/NEUILLY S/SEINE	PUBLIC
CRETEIL: CHI DE CRETEIL	PUBLIC
DIJON: HOPITAL LE BOCAGE CHU DIJON	PUBLIC
DREUX: CENTRE HOSPITALIER DE DREUX	PUBLIC
ECULLY: CLINIQUE DU VAL D'OUEST VENDOME	PRIVE
EQUEURDREVILLE HAINNEVILLE: POLYCLINIQUE DU COTENTIN	PRIVE
GUILHERAND GRANGES: CLINIQUE PASTEUR	PRIVE
HAVRE: HOPITAL JACQUES MONOD CH LE HAVRE	PUBLIC
LENS: CH LENS	PUBLIC
LILLE: HOPITAL JEANNE DE FLANDRE CHR LILLE	PUBLIC
LILLE: POLYCLINIQUE DU BOIS	PRIVE
LIMOGES: CHU DUPUYTREN LIMOGES	PUBLIC
LORIENT: CENTRE HOSPITALIER BRETAGNE SUD	PUBLIC
LYON 8: CLINIQUE MONPLAISIR	PRIVE
MANS: CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	PRIVE
MARSEILLE 5: HOPITAL DE LA CONCEPTION	PUBLIC
MARSEILLE 6: CLINIQUE BOUCHARD	PRIVE
MARSEILLE 8: HOPITAL SAINT JOSEPH	PRIVE
METZ: HOPITAL MATERNITE DE METZ	PUBLIC
MONTPELLIER: HOPITAL A. DE VILLENEUVE CHU MONTPELLIER	PUBLIC
MONTPELLIER: POLYCLINIQUE SAINT ROCH	PRIVE
MULHOUSE: CLINIQUE DU DIACONAT	PRIVE

NANCY: MATERNITE REGIONALE A.PINARD	PUBLIC
NANCY: POLYCLINIQUE MAJORELLE	PRIVE
NANTES: CHU NANTES HOTEL DIEU ET HME	PUBLIC
NANTES: CLINIQUE BRETECHE VIAUD SITE BRETECHE	PRIVE
NANTES: CLINIQUE J.VERNE POLE HOSP. MUTUALISTE	PRIVE
NEUILLY SUR SEINE: CENTRE CHIRURGICAL PIERRE CHEREST	PRIVE
NEUILLY SUR SEINE: HOPITAL AMERICAIN	PRIVE
NICE: CLINIQUE SAINT GEORGE	PRIVE
NICE: HOPITAL DE L'ARCHET	PUBLIC
NICE: HOPITAL PASTEUR	PUBLIC
NIMES: GROUPE HOSP. CAREMEAU CHU NIMES	PUBLIC
ORLEANS: CHR D'ORLEANS	PUBLIC
PARIS 12: HOPITAL DES DIACONESSES	PRIVE
PARIS 12: HOPITAL PIERRE ROUQUES "LES BLUETS"	PRIVE
PARIS 13: AP-HP GROUPE HOSP. PITIE SALPETRIERE	PUBLIC
PARIS 14: AP-HP GROUPE HOSP. COCHIN/ST VINCENT DE PAUL	PUBLIC
PARIS 14: IMM	PRIVE
PARIS 16: CLINIQUE DE LA MUETTE	PRIVE
PARIS 18: AP-HP GROUPE INTER-HOSPIT. BICHAT/CL.BERNARD	PUBLIC
PARIS 20: AP-HP HOPITAL TENON	PUBLIC
PAU: POLYCLINIQUE DE NAVARRE	PRIVE
PERIGUEUX: POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	PRIVE
PERPIGNAN: CLINIQUE SAINT PIERRE	PRIVE
POISSY: CHI POISSY/ST GERMAIN EN LAYE	PUBLIC
POITIERS: CHU LA MILETRIE	PUBLIC
PORT: CLINIQUE JEANNE D'ARC	PRIVE
REIMS: HOPITAL MAISON BLANCHE CHR REIMS	PUBLIC
REIMS: POLYCLINIQUE DE COURLANCY	PRIVE
RENNES: CHR HOPITAL SUD	PUBLIC
RENNES: ET. SOINS LA SAGESSE RENNES	PRIVE
ROANNE: CH DE ROANNE	PUBLIC
ROCHELLE: CLINIQUE DU MAIL	PRIVE
ROUEN: CLINIQUE MATHILDE ROUEN	PRIVE
ROUEN: HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	PUBLIC
SAINT DENIS: CH GENERAL DELAFONTAINE	PUBLIC
SAINT ETIENNE: HOPITAL NORD	PUBLIC
SAINT HERBLAIN: POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	PRIVE
SAINT JEAN: NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	PRIVE
SAINT MARTIN BOULOGNE: CENTRE MCO COTE D'OPALE	PUBLIC
SAINT MARTIN D'HERES: CLINIQUE BELLEDONNE	PRIVE
SAINT PIERRE: GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION	PUBLIC
SAINT SAULVE: CLINIQUE MATERNITE DU PARC	PRIVE
SENLIS: CENTRE HOSPITALIER DE SENLIS	PUBLIC
SEVRES: CH JEAN ROSTAND	PUBLIC
STRASBOURG: NOUVEL HOPITAL CIVIL	PUBLIC
TOULON: CLINIQUE SAINT MICHEL	PRIVE
TOULOUSE: CLINIQUE SAINT JEAN LANGUEDOC	PRIVE
TOULOUSE: HOPITAL PAULE DE VIGUIER CHU TOULOUSE	PUBLIC
TOULOUSE: IFREARES	PRIVE
TOURS: CHRU BRETONNEAU	PUBLIC
TRONCHE: HOPITAL DE LA TRONCHE	PUBLIC
VILLEURBANNE: CLINIQUE DU TONKIN	PRIVE
VITRY SUR SEINE: CLINIQUE DES NORIETS	PRIVE

Annexe III : Questionnaire envoyé aux sages-femmes des centres d'assistance médicale à la procréation

N° ANONYMAT =

Temps de remplissage moyen = 15min

Questionnaire :

Étudiante sage-femme à Baudelocque en 4ème année de cursus, je réalise actuellement mon mémoire de fin d'études. Ce questionnaire est la base de mon mémoire, il est destiné aux sages-femmes des centres d'AMP, est anonyme et ne vous engage en rien. Je vous remercie par avance du temps que vous aurez consacré à y répondre.

1) Vous êtes :

Un homme

Une femme

2) Quel est votre âge ?

Entre 20 et 30 ans

Entre 30 et 40 ans

Entre 40 et 45 ans

Plus de 45 ans

3) Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Plus de 10 ans

4) Depuis quand exercez-vous dans le service d'AMP ?

Moins d'1 an

Entre 1 et 5 ans

Plus de 5 ans

Plus de 10 ans

5) Votre poste au sein du service d'AMP est-il fixe ou tournez-vous dans d'autres services?

Poste fixe

Roulement avec la salle de naissances

Roulement avec les consultations

Autre: _____

6) En dehors de celui de sage-femme, êtes-vous titulaire d'autre(s) diplôme(s)?

- Diplôme universitaire d'échographie
- Diplôme inter-universitaire de médecine fœtale
- Diplôme inter-universitaire de pathologie fœtale et placentaire
- Master 1 de biologie cellulaire physiologie et pathologie +/- master 2 de biologie de la reproduction humaine et assistance médicale à la procréation
- Master sciences et technologies biomédicales : diagnostic prénatal
- Autre(s) : _____

7) Dans votre service, quelles sont vos activités ? [Question à choix multiples]

- Les échographies
- Le monitoring de l'ovulation
- La mise en place (+/- l'ajustement) du traitement contre l'infertilité
- Les ouvertures de dossier
- Les consultations de grossesse
- La prescription des examens biologiques
- La communication des résultats de ces mêmes examens aux femmes
- Les réunions d'information aux couples
- De l'accompagnement « psychologique » auprès des couples
- Autre(s): _____

Si vous avez plus de 2 ou 3 ans de service en AMP, répondez aux questions 8 et suivantes. Sinon passez à la question 9.

8) Remarquez-vous une évolution de vos actes par rapport à celle des techniques et de la législation ?

- Oui Non

8 bis) Si oui, qu'est-ce qui a particulièrement évolué dans votre métier ?

9) A quel moment, en tant que sage-femme, prenez-vous en charge la femme/le couple?

10) Si vous participez aux consultations de grossesse, est-ce:

- Seule Avec le médecin

10 bis) Si vous consultez seul(e), codifiez-vous vos actes en actes sages-femmes ?

- Oui Non

11) Revoyez-vous les couples régulièrement par la suite pour assurer leur suivi?

Oui

Non

12) Avec quels professionnels de santé interagissez-vous le plus ? (Numérotez de 1 à 10, 1=le plus d'interactions, 10=pas d'interaction. Plusieurs numéros identiques sont admis.)

Le gynécologue/obstétricien

Le psychologue

L'infirmier(e)

Le biologiste / l'équipe de biologie

Le médecin généraliste

Les assistants sociaux

Les cadres du service

Les endocrinologues/andrologues

Les urologues

Autre(s) : _____

13) Combien de sages-femmes, vous compris, travaillent dans le service d'AMP?

14) Quelle est l'activité FIV du service?

15) Est ce que le service participe à la recherche médicale/essais cliniques?

Oui

Non

15 bis) Vous-même, participez-vous à la recherche?

Oui

Non

16) Participez-vous aux statistiques du service?

Oui

Non

17) Assistez-vous aux staffs de monitoring de l'ovulation?

Oui

Non

18) Allez-vous aux réunions de l'agence de Biomédecine?

Oui

Non

19) Sur le plan éthique, que pensez-vous de: [Cochez une case par ligne seulement]

	Pas du tout favorable	Plutôt favorable	Tout à fait favorable	Ne se prononce pas
Accès à l'AMP pour les couples homosexuels				
Accès à l'AMP pour les couples homosexuelles				
Procréation post-mortem				
Gestation pour autrui				
Rémunération au don d'ovocytes				
Levée de l'anonymat pour les donneurs de gamètes				
Cryopréservation des ovocytes (convenance personnelle)				
Double don pour une même femme				
Bébés dits « double-espoir » ou « médicaments »				
Recherche sur l'embryon/cellules souches				
Don d'embryons congelés				
Accès aux FIV pour les femmes célibataires				
Dons d'ovocytes/FIV chez les femmes de plus de 45 ans				

Remarques éventuelles ou autres suggestions :

20) Pensez-vous que la sage-femme exploite au mieux sa place en AMP?

Oui Non

21) Quelle évolution personnelle envisagez-vous ?

- Changer de service
 Acquérir des diplômes supplémentaires
 Aucune pour le moment
 Autre: _____

22) Pensez-vous que, compte-tenu du contexte, les femmes / les couples aient besoin de groupes de paroles ou de séances de relaxation?

Oui Non

23) Seriez-vous prêt(e) à en créer au sein du service?

Pour les groupes de parole:

Oui

Pour les séances de relaxation:

Oui

Non cela ne m'intéresse pas

Non cela ne m'intéresse pas

Cela existe déjà au sein du service

Cela existe déjà au sein du service

24) Libre réponse : quels sont, selon vous, les points positifs et négatifs de votre métier de sage-femme en AMP ?

24 bis) Comment améliorer selon vous, le rôle de la sage-femme dans les centres d'AMP?

Annexe IV : LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, Titre VI : assistance médicale à la procréation, article 39 concernant la recherche biomédicale

Article 39

I. — L'article L. 1121-3 du même code est ainsi modifié :

[...]

2° Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les recherches biomédicales concernant le domaine de la maïeutique et conformes aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1121-5 ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un médecin ou d'une sage-femme. »

II. — L'article L. 1121-11 du même code est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les recherches biomédicales concernent le domaine de la maïeutique et répondent aux conditions fixées au dernier alinéa de l'article L. 1121-5, les résultats de cet examen leur sont communiqués directement ou par l'intermédiaire du médecin ou de la sage-femme de leur choix.

[...]

III. — Après le huitième alinéa de l'article L. 1122-1 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la recherche biomédicale concerne le domaine de la maïeutique et répond aux conditions fixées au dernier alinéa de l'article L. 1121-5, l'investigateur peut confier à une sage-femme ou à un médecin le soin de communiquer à la personne qui se prête à cette recherche les informations susvisées et de recueillir son consentement.

[...]

Les sages-femmes dans les centres d'assistance médicale à la procréation : quelle place occupent-elles, en France, de nos jours, en 2012 ?

La promulgation récente du décret 2012-885 du 17 juillet 2012 a amené à s'interroger sur la place occupée par les sages-femmes au sein des centres d'assistance médicale à la procréation (AMP).

L'étude a été menée au moyen d'un questionnaire destiné aux sages-femmes de ces centres, sur l'ensemble du territoire français. Celles-ci étaient interrogées sur leurs activités, leurs perspectives d'avenir et leur ressenti quant aux différents enjeux éthiques actuels soulevés par la récente révision des lois de bioéthique de juillet 2011.

Les activités des sages-femmes sont éclectiques, qu'elles soient techniques et médicales ou encore administratives et informatives. Les sages-femmes assurent le plus souvent l'accompagnement, le soutien et le suivi des couples. De plus, la réalisation des échographies de monitoring de l'ovulation leur permet d'assurer une prise en charge quasi globale des couples dans leur désir et parcours d'AMP.

Ces rôles sont primordiaux pour les sages-femmes qui ne cessent d'acquérir de nouvelles compétences dans ce domaine et qui souhaitent majoritairement continuer à faire évoluer ce versant de leur métier.

Mots-clés : technique de reproduction assistée, profession de sage-femme, centres de reproduction assistée.

Midwives in assisted reproductive technology (ART) centers: what is their role in France, in 2012?

The recent promulgation of decree 2012-885 of 17 July 2012 has asked the role of midwives within assisted reproductive technology centers (ART).

The thesis is about a questionnaire-based study for midwives of these centers throughout the French territory. They were questioned about their activities, their future prospects and their feeling about the various ethical issues raised by the recent revision of the bioethics laws in July 2011.

Midwives' activities are eclectic, whether technical or administrative, medical and informative. Midwives provide most often support and monitoring of couples. Furthermore, the ultrasound monitoring of ovulation allows them to provide assistance and advices for couples in their ART pathway.

These roles are essential for midwives who continue to acquire new skills in this area. Most of them express the wish to keep developing this side of their profession.

Keywords: reproductive techniques, assisted, midwifery, assisted reproductive technology centers.