

INFERTILITE : PRISE EN CHARGE INITIALE, THERAPEUTIQUE, TECHNIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION ET INFORMATIONS POUR LES PROFESSIONNELS CONCERNES

Partie 1 – Fiche Action

Titre/intitulé de l'action

Infertilité : prise en charge initiale, thérapeutique, techniques d'assistance médicale à la procréation et informations pour les professionnels concernés (e-learning)

Publics concernés

- Gynécologues
- Gynécologues obstétriciens

Orientation prioritaire visée

Fiche de cadrage n° 91 : Prise en charge de l'infertilité

Mode d'exercice des participants

- Libéraux
- Salariés en centres de santé conventionnés
- Salariés des établissements de santé et/ou des établissements médico-sociaux
- Autres salariés

Action spécifique

Non

Type, format et durée de l'action

Type : formation continue

Format : non présentiel (e-learning)

Durée : 7 heures

Contexte et enjeux

Il est conseillé de consulter après 1 an de rapports sexuels réguliers sans contraception car 80% des grossesses se déclarent dans les 6 premiers mois de désir. 15 à 20 % de couples consultent pour infertilité. Cette prévalence a tendance à augmenter ces dernières décennies. En 2017, 25 614 enfants sont nés en France par Assistance Médicale à la Procréation (3,3% des enfants nés dans la population générale). L'amélioration de la prise en charge de

HEALTH EVENTS

FORMATION SANTÉ

l'infertilité est donc un enjeu crucial mettant en œuvre la collaboration de plusieurs acteurs dans le domaine de la santé.

Objectifs

L'objectif de cette formation DPC est de :

1. Mettre à jour ses connaissances dans le domaine de l'infertilité :
 - 1.1. maîtriser la hiérarchie des explorations
 - 1.2. être capable d'analyser ces explorations,
 - 1.3. avoir une bonne connaissance des thérapeutiques et des complications possibles.
 - 1.4. connaître le coût des examens complémentaires
2. Permettre d'optimiser le travail collaboratif entre professionnels de santé :
 - 2.1. développer le travail en réseau (gynécologue de ville, centre AMP, Staff)
 - 2.2. développer le Dossier Médical Partagé
3. Améliorer le parcours des couples

Prérequis pour participer

Aucun

Déroulé pédagogique

1. Questionnaire initial (15 min)
2. L'accueil des couples infertiles et le bilan initial. La pertinence et le coût des examens.
 - a. Comment mener l'interrogatoire d'un couple infertile ? (20 min)
 - b. Quelles sont les principaux bilans à demander en première intention ? (20 min)
 - c. Comment optimiser la prise en charge par les tests combinés ? (10 min)
3. La place du gynécologue, du biologiste et de tous les acteurs dans ce bilan initial.
 - a. Place du gynécologue non spécialiste de l'AMP (20 min)
 - b. Place du biologiste et intérêt de la consultation référente (20 min)
 - c. Rôle du médecin généraliste dans le parcours du couple infertile (20 min)
4. Les différentes thérapeutiques de l'induction simple à l'AMP.
 - a. Citrate de clomifène (20 min)
 - b. Gonadotrophines (20 min)
 - c. Autres thérapeutiques (10 min)
5. Les techniques d'assistance médicale à la procréation
 - a. Inséminations intra-utérines (20 min)
 - b. Fécondation in vitro (FIV) (20 min)
 - c. Fécondation in vitro avec micro-injection (ICSI/IMSI) (20 min)
6. La place des nouvelles technologies dans le domaine de l'infertilité
 - a. Apport de la vitrification des gamètes/embryons (20 min)
 - b. Apport de la culture longue automatisée (20 min)
 - c. Apport des tests génétiques pré implantatoires (20 min)
7. La prévention de l'infertilité
 - a. Rôle de l'environnement (10 min)
 - b. Impact de l'hygiène de vie et des compléments alimentaires (20 min)
 - c. Age et préservation de la fertilité (20 min)
8. La prise en charge la mieux adaptée pour diminuer les pertes de chance des couples et les coûts des traitements.
 - a. Quand faut-il débiter un traitement de stimulation ovarienne ? (20 min)
 - b. Quand faut-il débiter un traitement par Insémination ? (20 min)
 - c. Quand faut-il référer à un centre spécialisé ? (20 min)

9. Questionnaire final (15 min)

Justification de la méthode et du format

La Haute Autorité de Santé (HAS) décrit la formation non présentielle comme telle : la formation « en ligne » dite « e-learning » est « l'utilisation des nouvelles technologies multimédias de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part l'accès à des ressources et à des services, d'autre part les échanges et la collaboration à distance ».

Au regard du sujet abordé par notre formation, soit la prise en charge initiale et thérapeutique, les techniques d'assistance médicale à la procréation et l'information pour les professionnels concernés, nous avons décidé en collaboration avec les intervenants de réaliser cette formation sous un format e-learning de type formation continue.

L'objectif de la formation est que le participant puisse repartir avec l'ensemble des informations à jour sur le sujet et puisse échanger, à distance, avec nos experts formateurs sur des points qui lui paraissent plus souvent présents dans sa pratique quotidienne ou sur lesquels il a le plus de difficulté.

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807825/fr/formation-en-ligne-ou-e-learning

Structure de la formation

La formation se découpe en différentes parties interactives et repose sur des supports de présentation qui sont la structure visible par l'apprenant. Ils représentent le « noyau » du cours. Ils sont complétés par des questionnaires d'évaluation des connaissances.

Les supports sont accessibles par les participants dans un format vidéo et sont commentés par le formateur, lui-même filmé afin d'assurer un format plus convivial et propice à l'apprentissage.

Les techniques pour présenter le contenu sont variables : il peut s'agir de narrations, d'approches basées sur un scénario, d'approches boîtes à outils ou encore de méthodes démonstration-pratique.

La formation repose notamment sur des références scientifiques, réglementaires et éthiques qui sont identifiées et à jour.

Evaluation de la formation

La formation suit le modèle de Kirkpatrick, recommandé par l'HAS et classiquement utilisé pour l'évaluation des formations e-learning.

L'évaluation porte sur les deux premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick :

1. Mesure de la satisfaction, permettant une première mesure de l'efficacité de la formation et servant de donnée utile à l'amélioration pour le formateur ;
2. Réalisation de deux tests sous forme de questionnaires. L'un au début et l'autre à la fin de la formation. Le premier test permet l'évaluation des connaissances et compétences préalables à la formation. Le post-test est effectué à l'issue de la formation afin de mesurer l'acquisition des connaissances et des compétences. Les résultats de ce second test sont ensuite comparés à ceux du pré-test réalisé en début de session.

Partie 2 - Compléments pédagogiques et scientifiques

Références, recommandations, bibliographie

Agence de la Biomédecine – Rapport annuel – Mise en ligne 25/09/2019

Evaluation de la fécondation in vitro avec micromanipulation (Intracytoplasmic sperm injection [ICSI]) : indications, coût-efficacité et risques pour la descendance. Communiqué de presse – HAS / Mis en ligne le 04 mai 2007

Balaban B, Brison D, Calderón G, Catt J, Conaghan J, Cowan L, et al. The Istanbul consensus workshop on embryo assessment: proceedings of an expert meeting. *Hum Reprod.* 2011 Jun 1;26(6):1270–83.

Scott LA, Smith S. The successful use of pronuclear embryo transfers the day following oocyte retrieval. *Hum Reprod.* 1998 Apr 1;13(4):1003–13.

Gardner DK, Schoolcraft WB. Culture and transfer of human blastocysts. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1999 Jun;11(3):307–11.

Paternot G, Devroe J, Debrock S, D'Hooghe TM, Spiessens C. Intra- and inter-observer analysis in the morphological assessment of early-stage embryos. *Reprod Biol Endocrinol RBE.* 2009;7:105.

Montag M, Liebenthron J, Köster M. Which morphological scoring system is relevant in human embryo development? *Placenta.* 2011 Sep;32, Supplement 3:S252–6.

Gardner DK, Surrey E, Minjarez D, Leitz A, Stevens J, Schoolcraft WB. Single blastocyst transfer: a prospective randomized trial. *Fertil Steril.* 2004 Mar;81(3):551–5.

Papanikolaou EG, D'haeseleer E, Verheyen G, Velde HV de, Camus M, Steirteghem AV, et al. Live birth rate is significantly higher after blastocyst transfer than after cleavagel stage embryo transfer when at least four embryos are available on day 3 of embryo culture. A randomized prospective study. *Hum Reprod.* 2005 Nov 1;20(11):3198–203.

AbdelHafez FF, Desai N, Abou-Setta AM, Falcone T, Goldfarb J. Slow freezing, vitrification and ultra-rapid freezing of human embryos: a systematic review and metaanalysis. *Reprod Biomed Online.* 2010 Feb;20(2):209–22.

Mio Y, Maeda K. Time-lapse cinematography of dynamic changes occurring during in vitro development of human embryos. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Dec;199(6):660.e1–660.e5.

Nakahara T, Iwase A, Goto M, Harata T, Suzuki M, Ienaga M, et al. Evaluation of the safety of time-lapse observations for human embryos. *J Assist Reprod Genet.* 2010 Feb;27(2-3):93–6.

Kirkegaard K, Hindkjaer JJ, Grøndahl ML, Kesmodel US, Ingerslev HJ. A randomized clinical trial comparing embryo culture in a conventional incubator with a time-lapse incubator. *J Assist Reprod Genet.* 2012 Mar 30;29(6):565–72.

Cruz M, Gadea B, Garrido N, Pedersen KS, Martínez M, Pérez-Cano I, et al. Embryo quality, blastocyst and ongoing pregnancy rates in oocyte donation patients whose embryos were monitored by time-lapse imaging. *J Assist Reprod Genet.* 2011

HEALTH EVENTS

FORMATION SANTÉ

Jul;28(7):569–73.

Swain JE. Decisions for the IVF laboratory: comparative analysis of embryo culture incubators. *Reprod Biomed Online*. 2014 May;28(5):535–47.

Documents pédagogiques

Ci-joint.

Action(s) réalisée(s) en partenariat (université, société savante...)

Non

Sous-traitance

Non