

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N° 140

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE DES DE MEDECINE GÉNÉRALE

par

Catherine THÉBAULT - LE ROHELLEC

née le 08/08/1967 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2013

***Prise en charge d'une demande de contraception définitive en médecine
générale : comment accompagner les patientes ?***

***Enquête sur les critères décisionnels des gynécologues obstétriciens
pratiquant la stérilisation féminine en Loire-Atlantique***

Président du Jury : Monsieur le Professeur Patrice LOPES

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Bernard MESLÉ

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Paul BARRIÈRE

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Patrice LOPES,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse,

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bernard MESLÉ,

Merci pour vos conseils, votre soutien et votre disponibilité.

Soyez assuré de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Paul BARRIÈRE,

Merci de m'avoir accordé de votre temps précieux pour juger ce travail et de vous être rendu disponible pour assister à ma soutenance.

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, et merci pour votre investissement au sein du Département de Médecine Générale.

A Maud JOURDAIN,

Pour votre précieux soutien et votre aide dans l'exploitation statistique de ce travail, ainsi que pour la pertinence de vos conseils méthodologiques.

Recevez ici ma reconnaissance la plus sincère.

Je dédie cette thèse à mon mari Yannick et à mes trois filles Natacha, Eva et Charlotte,

Vous avez accompagné ma reprise d'études avec tant de patience, au détriment de notre vie familiale durant ces longues années, vous avez accompagné mes nombreux moments de stress et d'incertitude.

Je vais exercer ce merveilleux métier avec passion et, c'est promis, accompagner aussi votre adolescence, enfin ce qu'il en reste !

J'espère vous avoir donné envie de vous réaliser professionnellement, en conjuguant passion, travail et volonté tout au long de votre cursus scolaire et universitaire.

A Yannick pour tous les sacrifices endurés, sans toi rien n'aurait été possible.

A ma soeur Nadine, pour ton soutien éternel, et pour ce projet fou auquel tu as toujours cru !

A mes parents pour leur soutien indéfectible et les nombreuses gardes d'enfants malgré la distance, vous m'avez encouragée à chaque étape de cette longue route.

A toute l'équipe de l'hôpital de Vertou, pour ce semestre inoubliable passé en votre compagnie !

Sommaire

ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
Partie 1 - CONTEXTE : LE PARADOXE FRANCAIS	9
1 - Un taux de natalité parmi les plus élevés d'Europe.....	9
2 - Le taux de diffusion de la contraception médicale est très élevé	10
2 - 1 - La couverture contraceptive en France	10
2 - 2 - Une norme contraceptive française.....	13
2 - 3 - La contraception définitive en France et dans le monde	15
3 - Le taux global d'IVG ne diminue pas	20
4 - Les raisons de l'échec du modèle français	23
4 - 1 - Hypothèses explicatives.....	23
4 - 2 - La mission d'évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 par l'IGAS	26
4 - 3 - Les mesures du PLFSS votées à l'Assemblée en Octobre 2012.....	29
5 - La consultation de contraception en médecine générale	29
5 - 1 - Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié.....	29
5 - 2 - L'information : une étape-clé dans le processus de choix de la patiente	30
6 - La stérilisation féminine : une solution contraceptive	32
6 - 1 - Les différentes méthodes de stérilisation tubaire.....	34
6 - 2 - Les particularités de la contraception autour de 40 ans	41
6 - 3 - Le risque de regret.....	46
Partie 2 - L'ÉTUDE	47
1 - MÉTHODE	47
1 - 1 - Objectifs de l'étude.....	47
1 - 2 - Population étudiée	47
1 - 3 - Méthodologie	48
2 - RÉSULTATS.....	51
2 - 1 - Taux de réponses	51
2 - 2 - Profil des médecins réponders	52
2 - 3 - Description des critères décisionnels des praticiens interrogés	57
2 - 3 - 1 - Critères liés au regret.....	57
2 - 3 - 2 - Critères médicaux.....	61
2 - 3 - 3 - Difficultés liées à la contraception	62

2 - 3 - 4 - Motivation et degré de compréhension de la patiente.....	63
2 - 3 - 5 - Score de stérilisation sans indication médicale majeure (SIMM)	64
2 - 4 - Cas particuliers d'acceptation ou de refus	65
2 - 5 - Réticences.....	68
2 - 6 - Indications préférentielles	69
2 - 7 - Vasectomie.....	71
2 - 8 - Commentaires généraux rapportés par les praticiens.....	71
3 - DISCUSSION	73
3 - 1 - Méthodologie et biais de l'étude	73
3 - 1 - 1 - La population étudiée.....	73
3 - 1 - 2 - Le questionnaire	74
3 - 1 - 3 - L'enquête	75
3 - 2 - Discussion des résultats	76
3 - 2 - 1 - Synthèse des principaux résultats.....	76
3 - 2 - 2 - Les facteurs prédictifs de regret.....	80
3 - 2 - 3 - La place de la technique hystéroscopique	83
CONCLUSION	86
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
TABLE DES ANNEXES.....	93

ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ASP	Abdomen Sans Préparation
BERCER	Bienvenue Entretien Renseignement Choix Explication Retour
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FIV	Fécondation In Vitro
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National des Études Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMA	Procréation Médicalement Assistée
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est de plus en plus impliqué auprès des femmes en matière de contraception. Face à une patiente désireuse d'une contraception définitive, il est du ressort du médecin généraliste d'informer au mieux la patiente, en amont d'une consultation spécialisée, sur la recevabilité potentielle d'une telle demande. La stérilisation féminine est autorisée, après bien des débats, depuis la loi du 4 juillet 2001, mais ses indications restent mal définies par le cadre juridique et laissées à l'appréciation personnelle du chirurgien selon ses propres valeurs. Ainsi, l'imprécision de la loi et l'absence de consensus réel dans les recommandations professionnelles laissent part à l'appréciation personnelle du chirurgien susceptible de générer des freins à l'indication de stérilisation. Si légalement la stérilisation est devenue un droit pour les femmes, la démarche relève parfois du parcours du combattant, aboutissant parfois à des refus si les critères décisionnels du chirurgien ne sont pas remplis. Ainsi cette femme de 32 ans, mère de 4 enfants, enceinte sur dispositif intra-utérin posé après son 4^{ème} accouchement après refus d'une stérilisation car « trop jeune », grossesse qui aboutira à une IVG.

A ce titre, il semble légitime de s'intéresser aux critères d'acceptation d'une demande de stérilisation tubaire par les gynécologues pratiquant ce type d'intervention. L'objectif prioritaire de ce travail est donc d'identifier ces facteurs décisionnels afin d'aider le médecin généraliste dans la prise en charge initiale de la patiente. L'objectif secondaire est de déterminer la place de la technique hystéroscopique de stérilisation tubaire que l'on peut proposer aux femmes désireuses de contraception définitive.

En effet, l'évolution des techniques ambulatoires d'obstruction tubaire est susceptible de faire évoluer les indications de la stérilisation féminine. La contraception définitive reste sous-utilisée en France, contrairement à d'autres pays, notamment anglo-saxons, où c'est la principale méthode de régulation des naissances (la stérilisation est la première méthode de contraception dans le monde). Le parcours contraceptif français est très stéréotypé et dominé par les méthodes médicalisées réversibles (pilule, puis stérilet), même s'il tend actuellement sensiblement à se modifier. Or la situation française en matière de contraception est très paradoxale : malgré une diffusion très large de la contraception médicale, théoriquement très efficace, le taux

d'IVG ne régresse pas, révélant une inadéquation entre les méthodes contraceptives et les conditions de vie des femmes au quotidien. D'où la nécessité de réorienter le choix contraceptif vers des modalités plus adaptées aux attentes des femmes, afin de réduire l'incidence des grossesses non désirées. Il est démontré que l'efficacité pratique d'une méthode de contraception est étroitement liée à l'adhésion de la femme à la méthode qu'elle aura elle-même choisie. La contraception définitive doit faire partie de l'arsenal contraceptif pour les femmes n'ayant plus de désir de maternité, comme le recommande l'IGAS dans son rapport d'évaluation de 2009. Le médecin généraliste a un rôle déterminant à jouer dans cette perspective, en évaluant la motivation de sa patiente et le risque de regret ultérieur, en l'informant de façon adaptée (notamment sur le caractère irréversible de la décision) et en l'accompagnant dans sa démarche. Une meilleure connaissance des critères retenus empiriquement par les gynécologues obstétriciens pour pratiquer les interventions de stérilisation tubaire pourrait être une aide à une prise en charge de qualité de ces patientes par le médecin généraliste.

Partie 1 - CONTEXTE : LE PARADOXE FRANCAIS

Plus de dix ans après la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, la situation française reste paradoxale : malgré une large couverture contraceptive (taux de diffusion de la contraception médicale parmi les plus élevés au monde), le nombre d'interruptions de grossesses reste important, voire continue à progresser, et est actuellement au même niveau qu'à la fin des années 1970. On estime que 40% des femmes françaises auront recours à l'avortement au moins une fois dans leur vie (1). Si le nombre de grossesses non désirées a diminué, le recours à l'IVG est plus fréquent en cas de grossesse non désirée (adéquation croissante entre la grossesse et le projet d'enfant).

1 - Un taux de natalité parmi les plus élevés d'Europe

La politique de facilitation de l'accès à l'IVG en France depuis plus de 30 ans n'a pas eu d'impact négatif sur la fécondité des françaises. La France compte en effet un des plus forts taux de natalité parmi les pays européens.

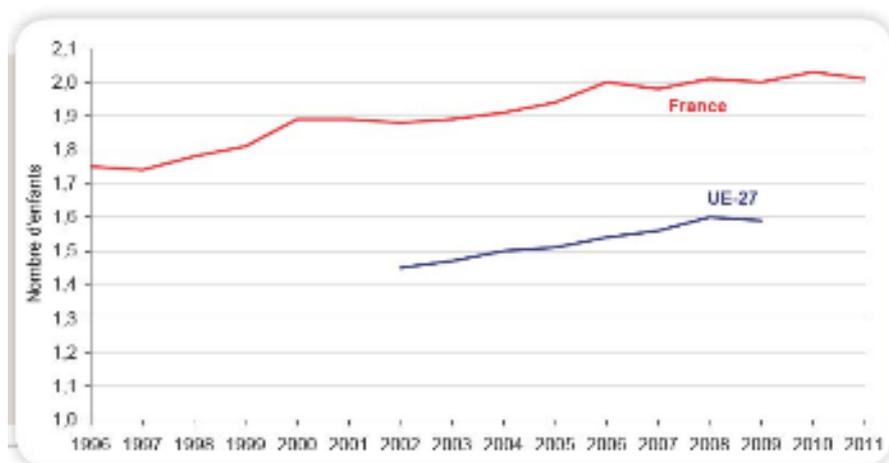


Fig 1- indice de fécondité 2011, source INSEE

Avec un taux de fécondité de 2,01 enfants par femme, la France est avec l'Irlande (pays où l'avortement est illégal) le pays ayant le plus fort taux de fécondité. Les couples actuels ont autant d'enfants qu'il y a trente ans, mais l'âge du premier enfant est plus tardif (2).

2 - Le taux de diffusion de la contraception médicale est très élevé

2 - 1 - La couverture contraceptive en France

L'enquête Baromètre Santé (INPES réalisée) en 2010 a montré que 90,2% des femmes françaises sexuellement actives, non stériles, ayant un partenaire masculin et ne souhaitant pas d'enfant, utilisent un moyen de contraception (3). 2,1% en utilisent de manière irrégulière, et 7,7% n'en utilisent aucun.

Les méthodes contraceptives dites "médicales", théoriquement très efficaces, restent les plus utilisées, principalement la pilule (55,5% tous âges confondus, soit plus de la moitié des femmes françaises ne souhaitant pas être enceintes), suivie par le dispositif intra-utérin (26% des femmes tous âges confondus). L'utilisation de la pilule diminue progressivement de façon inversement proportionnelle à l'âge des femmes, au profit du stérilet, mais la pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée jusqu'à 45 ans. Dans la tranche d'âge 35-44 ans, la pilule reste utilisée par 43,4% des femmes. Le préservatif compte 11,6% d'utilisatrices dans cette même tranche d'âge.

Efficacité pratique des différentes méthodes de contraception selon l'OMS :

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative ¹⁴	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Tableau 1 - extrait du rapport de l'IGAS de 2010 - La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, construit à partir des données de l'OMS

L'efficacité théorique n'est pas celle retrouvée en pratique, car les principaux déterminants de l'efficacité contraceptive d'une méthode sont plus d'origine humaine que pharmacologique (4). Ces facteurs d'influence sont principalement l'observance, l'adhésion à la méthode, le degré de fécondité, la fréquence et le moment des rapports sexuels au cours du cycle. Or le choix contraceptif (pilule, puis stérilet) répond généralement à une logique d'efficacité théorique maximale qui prend le pas sur l'adaptation au mode de vie des femmes et leurs attentes, en particulier dans la gestion quotidienne de leur contraception.

La contraception d'urgence, une solution de rattrapage

En cas d'accident de contraception, la contraception d'urgence est une solution de rattrapage qui, malgré un accès facilité, reste peu utilisée (même si on tend vers une légère augmentation). Son recours traduit les difficultés rencontrées par les femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception. On peut également se poser la question de la part de responsabilité des professionnels de santé dans cette sous-utilisation de la contraception d'urgence : insuffisance de conseils aux patientes sur la marche à suivre en cas d'oubli de pilule, et trop peu de prescription systématique lors des renouvellements d'ordonnances.

Selon le Baromètre Santé 2005 (5), 13,7% des femmes de 15 à 54 ans, sexuellement actives, ont eu recours à la contraception d'urgence au moins une fois dans leur vie, contre 8,4% en 2000, soit une augmentation de 63%.

L'analyse des circonstances de recours à la contraception d'urgence fait apparaître que les problèmes avec le préservatif et l'oubli de pilule sont globalement les deux principaux motifs de recours à la contraception d'urgence.

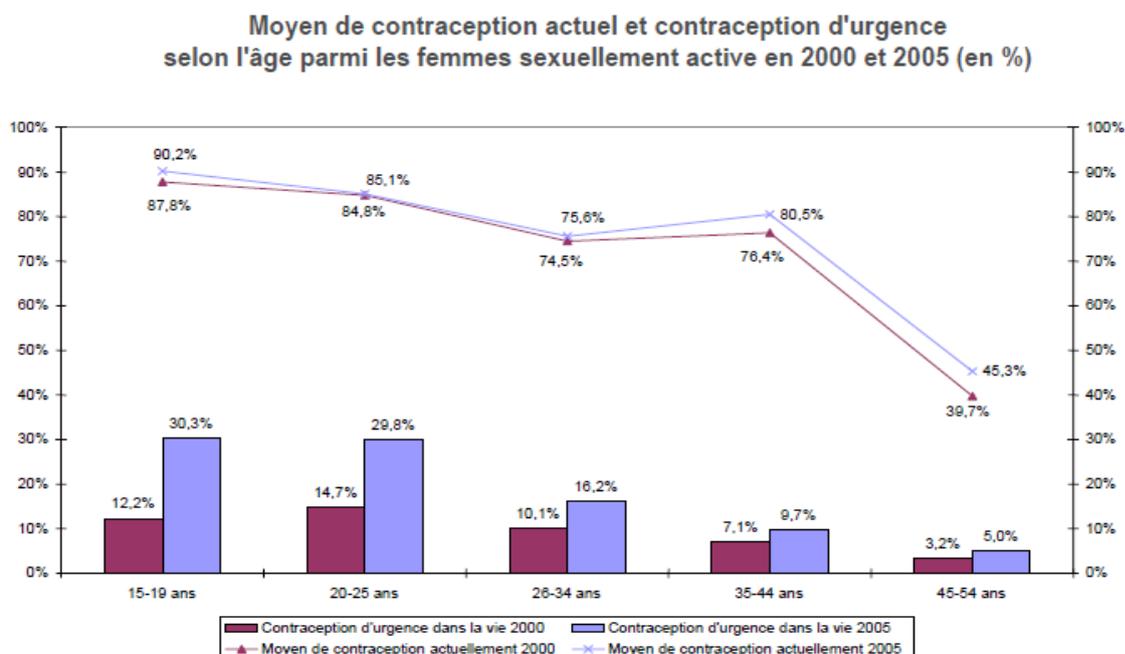


Fig 2 - contraception d'urgence en 2000 et 2005

Dans la classe d'âge 35-44 ans, 9,7 % des femmes ont eu recours à la contraception d'urgence en 2005 (7,1 % en 2000). Le rapport sans contraception représente la première cause de recours à la contraception d'urgence dans cette classe d'âge. Du fait du déclin physiologique de la fertilité à partir de cet âge, les femmes ressentent probablement moins la nécessité de se protéger systématiquement d'une grossesse.

Deux techniques de rattrapage sont possibles :

- la pose d'un dispositif intra-utérin dans les 5 jours suivant un rapport non protégé constitue une méthode très efficace et permet une contraception sûre pendant plusieurs années après la pose. Cette méthode nécessite une intervention médicale qui limite son accessibilité.

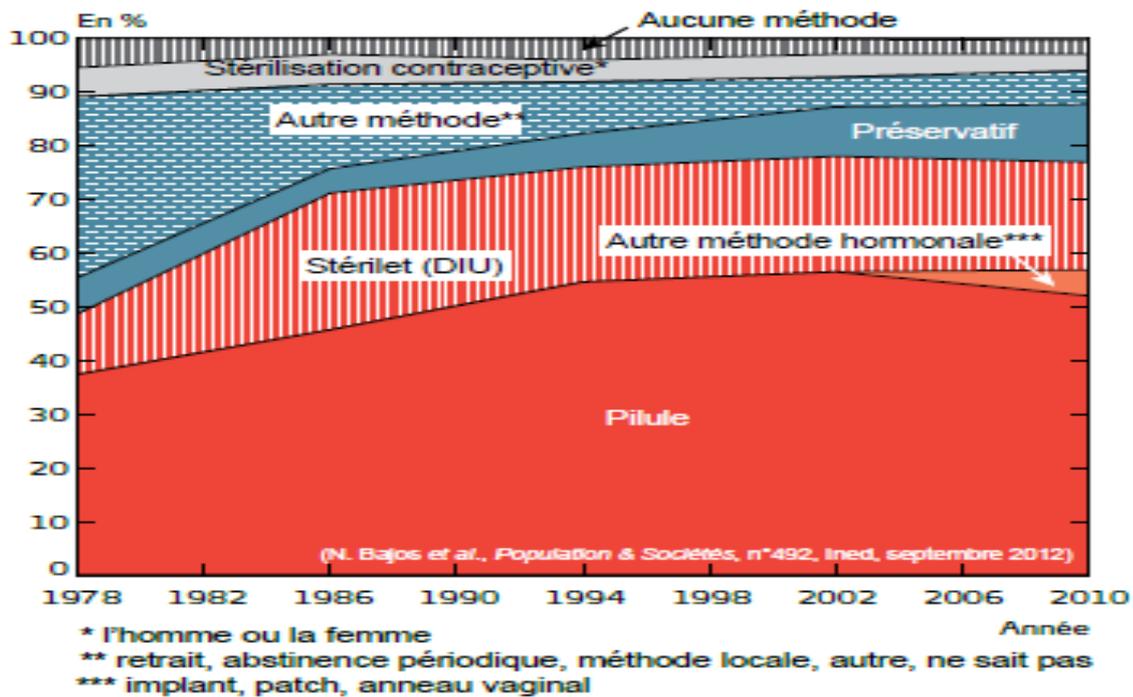
- la contraception d'urgence hormonale, ou "pilule du lendemain" est d'autant plus efficace qu'elle est prise rapidement après un rapport à risque. Son accès a été facilité dès 1999 par une autorisation de délivrance sans prescription médicale gratuitement et anonymement pour les mineures, pour favoriser son utilisation en particulier par les jeunes. Selon le Baromètre Santé 2005, seulement 11,7% des femmes interrogées connaissent le délai maximal d'utilisation pour la pilule du lendemain. Cependant, le recours à la contraception d'urgence est loin d'être systématique, et son utilisation ne suffit pas à compenser les échecs de contraception.

2 - 2 - Une norme contraceptive française

Le parcours contraceptif de la femme française est aujourd'hui relativement stéréotypé. Depuis les années 2000, on tend vers un resserrement des pratiques vers une norme contraceptive, comme le montre l'enquête COCON réalisée entre 2000 et 2004 : utilisation préférentielle du préservatif à l'entrée dans la sexualité (prévention des IST dans un contexte d'épidémie de VIH), pilule chez la femme jeune, puis dispositif intra-utérin chez la femme ne souhaitant plus d'enfant (6).

Les dernières données de l'enquête FECOND réalisée en 2010 montrent une modification sensible du paysage contraceptif français au cours de la dernière

décennie (7). Parmi les femmes qui utilisent une contraception (entre 15 et 49 ans), la pilule reste utilisée par une française sur deux en 2010. Mais ce recours à la pilule tend à diminuer depuis les années 2000 (- 4,6% selon les dernières données de l'INED), au profit des nouvelles méthodes hormonales : implant contraceptif (2,6%), anneau vaginal (1,0%) et patch contraceptif (0,4%), sauf chez les 20-24 ans et particulièrement les moins diplômées.



Sources : Enquête Mondiale de Fécondité (1978). Enquête Régulation des naissances (1988). Enquête Situation Familiale et Emploi (1994). Enquête CoCon (2000). Enquête Fecond (2010).

Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Fig 3 - Les méthodes de contraception utilisées en France - Evolution de 1978 à 2010

On note une augmentation de l'utilisation du préservatif, et une baisse du recours au stérilet, malgré les recommandations de l'HAS en 2004 qui préconisent l'utilisation du DIU chez les nullipares. Selon l'enquête FECOND, les réticences sont ancrées à la fois chez les femmes et chez les professionnels de santé : 54% des femmes interrogées considèrent que le stérilet n'est pas un moyen contraceptif adapté à une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce chiffre s'élève à 69% chez les gynécologues et à 84% chez les médecins généralistes. La polémique actuelle sur les pilules de troisième et quatrième génération pourrait modifier cette tendance.

Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans et de 15 à 44 ans

Proportion de femmes	1978	1988	1994	2000	2010	2010
	20-44 ans	15-44 ans				
Utilisant une méthode actuellement dont :						
Stérilisation de la femme	4,1	3,9	3,0	3,5	2,2	2,0
Stérilisation du partenaire	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,2
Pilule	28,3	33,8	40,2	45,4	40,7	39,2
Stérilet	8,6	18,9	15,8	17,3	14,9	13,0
Autres méthodes hormonales	-	-	-	-	3,8	3,2
Préservatifs	5,1	3,4	4,6	7,4	8,6	9,1
Méthodes naturelles	23,5	9,8	6,3	3,6	4,9	4,2
Autres méthodes (1)	2,1	1,8	0,8	0,9	0,0	0,1
N'utilisant pas de méthode dont :						
Non concernées	24,2	25,8	26,3	19,6	21,8	27,4
Femmes à risque de GNP (2)	4,3	2,4	3,2	2,3	2,2	1,8
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Tableau 2 - Méthode contraceptive chez les femmes de 20 à 44 ans et de 15 à 44 ans

Champ : France métropolitaine

(1) Méthodes féminines locales ou méthode non précisée.

(2) Grossesse non prévue

Sources : Ined, enquête mondiale de fécondité 1978, enquête régulation des naissances 1988, enquête sur les situations familiales et l'emploi 1994, enquête Cocon 2000, enquête Fecond 2010

La stérilisation contraceptive reste utilisée par une petite minorité de couples. Du côté des professionnels de santé, c'est une méthode de contraception mal connue, y compris dans les centres de planification familiale.

2 - 3 - La contraception définitive en France et dans le monde

La situation française en matière de contraception est donc caractérisée par une couverture contraceptive très importante où prédomine la contraception hormonale orale (pilule).

Avant la loi de 2001, la ligature de trompes était considérée comme une "mutilation" au nom de l'inviolabilité du corps humain (délit de "violences entraînant une mutilation ou une infirmité permanente", article 222-9 du Code pénal). Sa pratique était restreinte aux contre-indications médicales et obstétricales, critère pris en

compte par l'article 16-3 de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 (8). A cette époque, environ 30000 stérilisations féminines étaient pratiquées annuellement. La stérilisation à visée contraceptive était interdite par la loi, et les décisions opératoires étaient généralement prises de façon collégiale dans les établissements de santé, parfois non déclarées comme telles sous couvert de "coelioscopies" ou en fin de césarienne.

En 1996, un rapport du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé envisage la stérilisation comme méthode de contraception définitive, à l'initiative du Ministère de la Santé (9).

La loi du 4 juillet 2001 a permis d'étendre la stérilisation aux indications à visée contraceptive, et a ouvert un droit général personnel à toute personne majeure capable qui le souhaite (10).

Pourtant, en 2010, soit 9 ans près la légalisation, la contraception définitive était utilisée en France par 0,5% des femmes entre 25 et 34 ans (soit 50000 femmes qui en bénéficient chaque année, source AFSSAPS), pour atteindre seulement 3,5% des femmes entre 35 et 44 ans, puis 5,2% après 45 ans, soit un total de 2,2% pour l'ensemble des femmes en âge de procréer (source Baromètre santé 2010).

Quant à la stérilisation masculine (vasectomie), elle ne concerne que 0,3% des moyens de contraception (chiffres enquête FECOND 2010). Réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale, il s'agit pourtant d'une méthode efficace donnant lieu à peu de complications (moins de 10%, essentiellement locales). L'azoospermie, critère de l'efficacité de la technique, est contrôlée par 2 spermogrammes successifs (efficacité en 10 semaines). Une recanalisation est parfois possible (rarement couronnée de succès). C'est une méthode efficace, peu coûteuse, qui comporte moins de risques d'échec et de complications que la stérilisation féminine (11).

Une enquête à l'initiative de l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception) a été réalisée en 2009 auprès de 945 centres de planification familiale français afin d'évaluer le niveau de connaissance et l'opinion des professionnels de ces centres en matière de contraception définitive.

Si 94% des professionnels connaissent la loi du 4 juillet 2001 sur la légalisation de la stérilisation, 10% des répondants ne connaissent pas le délai légal de réflexion, et 42% ignorent le remboursement à 100% du système Essure®. Pour une femme âgée de 35 à 39 ans, le système Essure® est conseillé par 19% des répondants, soit en 3ème position après le DIU au levonorgestrel (36%) et le DIU au cuivre (19%). Chez la femme à partir de 50 ans, Essure® est conseillé juste après le DIU au levonorgestrel (respectivement 23% et 26%). Quand la stérilisation est abordée, c'est à l'initiative de la patiente dans 90% des cas, et elle n'est proposée que dans 10% des cas (12).

La situation est très différente dans le reste du monde. Globalement, 63% des couples dans le monde utilisent une méthode contraceptive. La stérilisation concerne 37% de ces couples, et dans 9 cas sur 10 c'est la femme qui est stérilisée. Sur la plupart des continents, la stérilisation concerne presque 1 couple sur 2, suivie du stérilet (23%), de la pilule (14%), du préservatif (10%) et du retrait (4%).

☞ **Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde**
(pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2007)

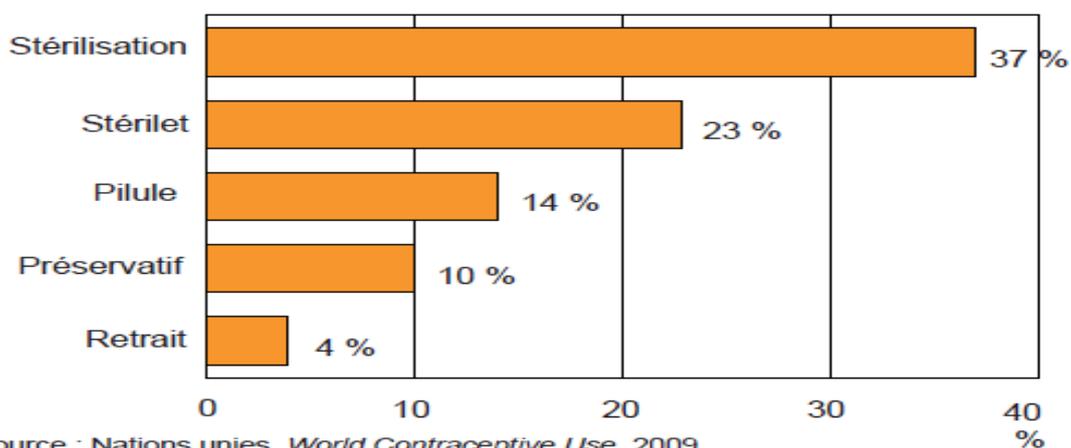


Fig 4 - La contraception dans le monde

Il existe de grandes variations géographiques. La contraception définitive est très répandue aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans les pays d'Asie et d'Amérique Latine (notamment au Brésil). Elle est en revanche peu utilisée sur le continent africain où la contraception d'une manière générale est très peu accessible. La Chine utilise beaucoup le stérilet et quasiment pas la pilule. Quant au Japon, c'est le seul pays au monde à utiliser le préservatif comme moyen de contraception quasi exclusif.

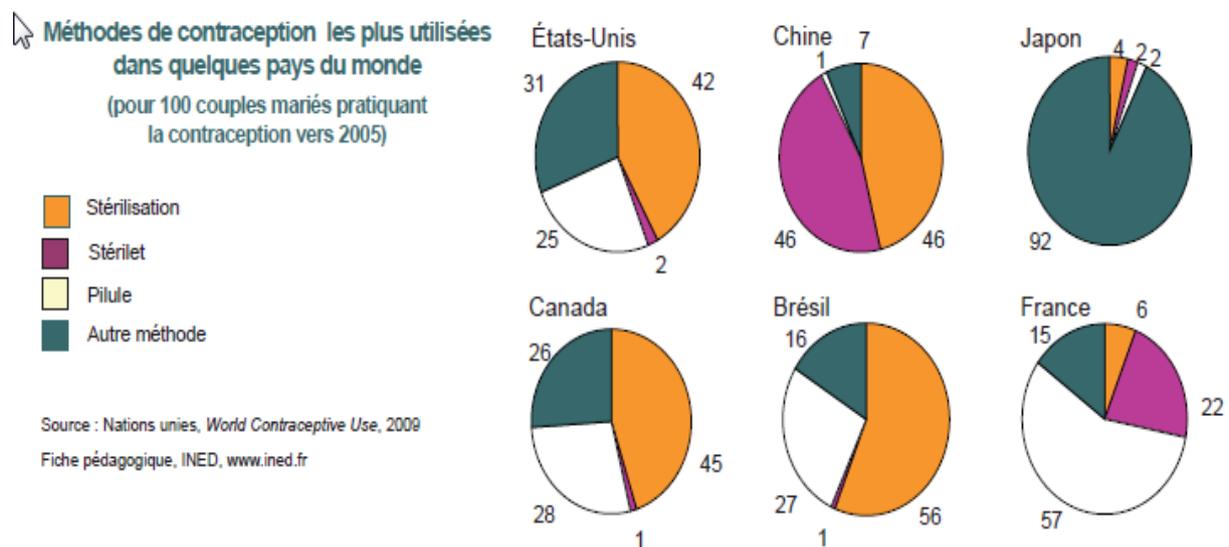


Fig 5 - Méthodes contraceptives utilisées dans quelques pays du monde

Au Canada, près d'un couple sur deux a fait le choix d'une stérilisation (féminine dans deux tiers des cas, masculine dans un tiers des cas). Le taux de stérilisation est légèrement moindre aux États-Unis (31% dont 21% de stérilisation féminine et 10% de stérilisation masculine).

En Europe, la situation est plus contrastée et très évolutive. Globalement, la contraception permanente est peu utilisée en Europe par rapport au reste du monde, qu'il s'agisse de la contraception féminine ou masculine.

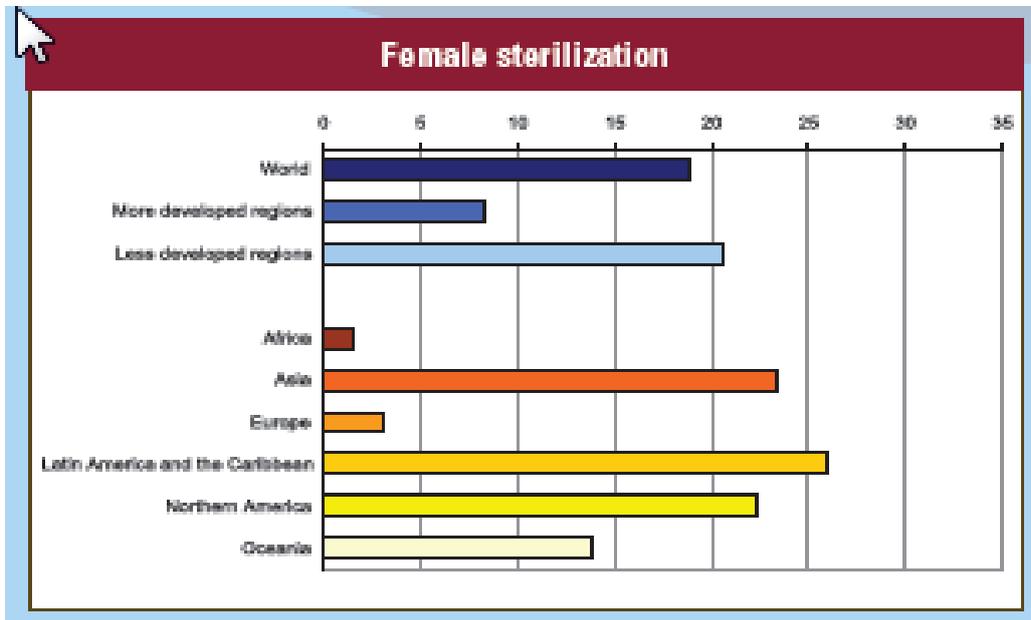


Fig 6 - La stérilisation féminine dans le monde
source : United Nations 2011

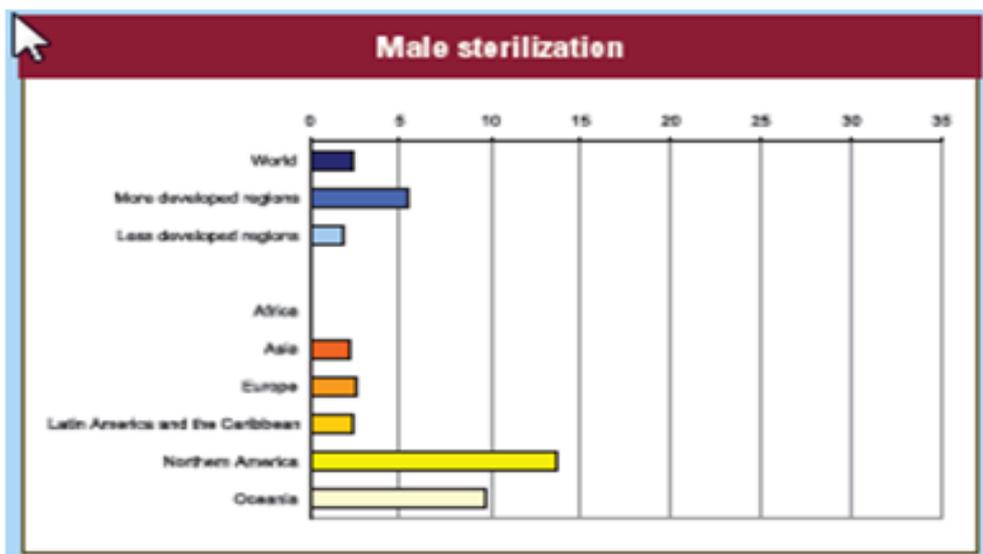


Fig 7 - La stérilisation masculine dans le monde
source : United Nations 2011

La stérilisation est surtout utilisée dans les pays de nord de l'Europe (notamment au Royaume-Uni, où la stérilisation masculine est très utilisée) et très peu dans les pays de l'Est.

Cependant, on note actuellement une légère décroissance de la stérilisation féminine au profit du dispositif intra-utérin, notamment au Royaume-Uni où le taux de recours à la vasectomie resté stable entre 1992 et 1999 mais tendrait également à diminuer depuis 2007 (13), et aux Pays-Bas. Les États-Unis connaissent également une diminution récente de la fréquence du recours à la stérilisation féminine, liée à l'amélioration de l'accès aux contraceptifs réversibles, notamment au stérilet (14).

3 - Le taux global d'IVG ne diminue pas

Le taux élevé d'IVG en France ne s'explique donc pas par un défaut de couverture contraceptive. Ce taux reste globalement stable depuis 2006 avec 212000 interruptions volontaires de grossesse en France métropolitaine en 2010, soit un taux de recours de 14,7 IVG pour mille femmes âgées de 15 à 49 ans (15).

Ce taux place la France parmi les pays d'Europe ayant le plus fort taux d'IVG avec la Suède, le Royaume-Uni et quatre nouveaux pays membres de l'Union Européenne.



Fig 8 - L'interruption volontaire de grossesse en Europe

Certains pays ont cependant connu dans les années 1980 et 1990 une importante régression de leur taux de recours à l'IVG en lien avec un renforcement de la diffusion de la contraception, comme la Finlande (- 51%), le Danemark (- 47%) et l'Italie (- 39%).

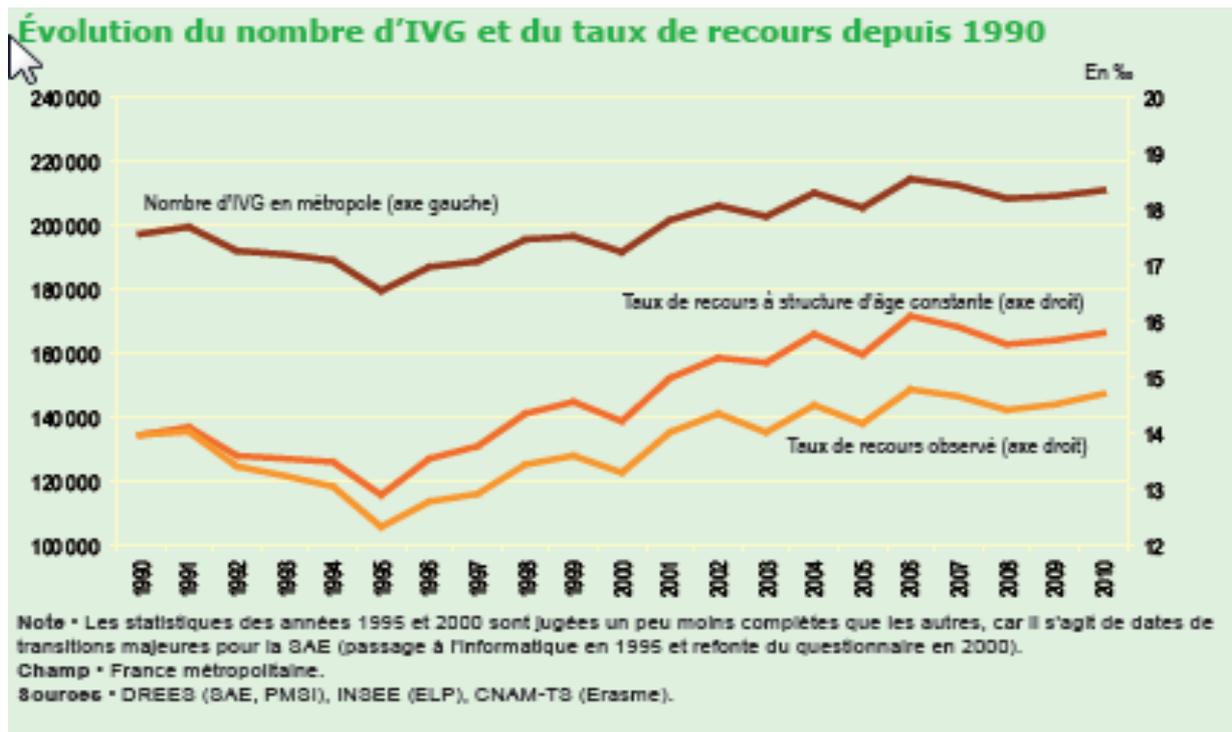


Fig 9 - Nombre d'IVG et taux de recours en France

En France, la relative stabilité du taux d'IVG est en fait la résultante de deux phénomènes opposés : une diminution du nombre de grossesses non désirées liée à l'importante couverture contraceptive française, et une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse imprévue (16). Ainsi, le pourcentage de grossesses non désirées est passé de 55% au début des années 1970 à 35% en 1985 et reste stable depuis cette date (17). La propension à interrompre une grossesse non désirée s'est accrue dans le même temps, d'où une stabilisation du taux de recours à l'IVG.

La contraception moderne a profondément modifié la norme procréative en vigueur dans les années 1970. L'âge de la première maternité ne cesse de reculer (30,1 ans au 1er janvier 2012, source INSEE), et les trajectoires professionnelles et personnelles des femmes influent sur le moment propice à l'arrivée d'un enfant. En cas d'échec contraceptif, les femmes ont plus tendance à recourir à l'interruption de grossesse si elles jugent que le moment n'est pas propice, selon le concept de maternité choisie, revendiqué par les femmes dans les années 1970 à travers le célèbre slogan du Mouvement Français pour le Planning Familial : "un enfant si je veux, quand je veux".

Nombre d'IVG et taux de recours selon le groupe d'âge

	1990	1999	2006	2009	2010
Total IVG	197 406	196 885	215 390	209 987	211 985
Répartition selon le groupe d'âge					
15-19 ans	22 987	26 563	31 093	29 014	28 838
15-17 ans	8 751	9 642	12 855	11 670	11 612
18-19 ans	14 236	16 922	18 238	17 344	17 226
20-24 ans	46 134	45 111	53 411	52 530	52 687
25-29 ans	46 826	44 029	45 838	46 417	47 361
30-34 ans	40 262	38 088	39 261	36 509	37 566
35-39 ans	28 320	29 057	30 268	30 209	29 798
40-44 ans	11 612	12 337	13 224	12 843	13 235
45-49 ans	922	1 111	1 265	1 417	1 328
15-49 ans	197 063	196 295	214 361	208 939	210 814
Taux de recours (pour 1 000 femmes de chaque groupe d'âge)					
15-19 ans	10,9	13,8	15,8	15,2	15,3
15-17 ans	7,0	8,9	11,0	10,4	10,6
18-19 ans	16,4	21,9	22,9	22,1	22,1
20-24 ans	21,8	24,4	27,3	27,0	26,9
25-29 ans	21,7	20,8	24,1	23,5	24,0
30-34 ans	18,8	17,7	18,7	18,8	19,5
35-39 ans	13,2	13,3	13,9	13,6	13,6
40-44 ans	5,7	5,8	5,9	5,8	6,0
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	13,6	14,8	14,5	14,7

Note - Par rapport à l'Étude et Résultats n° 785, les données pour 2009 ont été actualisées en prenant en compte les 719 IVG réalisées en centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Champ - France métropolitaine.

Sources - DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP), CNAM-TS (Erasmus).

Tableau 3 - Nombre d'IVG et taux recours par groupe d'âge

Si 15,3 femmes de moins de 20 ans sur 1000 sont concernées par l'IVG (soit 28800 femmes), on constate que le taux de recours dans la tranche d'âge 30-34 ans est bien supérieur et concerne 19,5 femmes sur mille (soit 37500 femmes).

La tranche d'âge 35-39 ans compte également un taux de recours élevé avec 13,6 femmes pour mille (soit 29800 femmes), soit plus que les moins de 20 ans en valeur absolue. Ces chiffres rendent compte des difficultés de contraception importantes dans la tranche d'âge 30-39 ans.

Dans une large majorité des cas, les grossesses non désirées surviennent chez des femmes sous contraception, et dans 30% des cas, il s'agit d'une contraception médicalisée : pilule ou stérilet, deux méthodes théoriquement très efficaces (18).

Il y a donc véritablement une réflexion à mener autour de la contraception de la femme après 30-35 ans, en particulier sur l'adaptation de leur méthode actuelle à leurs conditions de vie.

4 - Les raisons de l'échec du modèle français

4 - 1 - Hypothèses explicatives

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet échec :

- Des idées fausses et des lacunes dans l'opinion publique, mises en évidence dans l'enquête réalisée en 2007 par l'INPES "Contraception : que savent les Français ?" (19).

Dans cette enquête, il apparaît que près d'un quart des Français (22%) et 34% des jeunes de 15-20 ans pensent que la pilule peut rendre stérile et qu'elle fait systématiquement grossir (24%).

53% des Français pensent qu'une femme ne peut pas être enceinte si un rapport sexuel a lieu pendant les règles, et 64% d'entre eux croient qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse, simplement identifiables en surveillant son cycle.

50% des Français pensent que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant. Un jeune sur 10 âgé de 15 à 20 ans n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des IST.

Les français sont globalement satisfaits de leur contraception et s'estiment bien informés...

- La persistance de difficultés d'accès à la contraception, associée à une sous-information en la matière. L'enquête GINE a permis de mettre en évidence certaines de ces situations : femmes parfois très jeunes, ou se trouvant dans des configurations familiales où leur droit à la sexualité n'est pas reconnu (jeunes femmes d'origine maghrébine par exemple), ou encore femmes vivant dans des situations de grande précarité et pour lesquelles la contraception n'est pas une préoccupation première.

- Un recours insuffisant à la contraception d'urgence. Plus du tiers (35%) des personnes qui déclarent connaître la contraception d'urgence pense qu'elle ne

concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans, et seuls 5% des Français savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72 h après un rapport non protégé (source INPES 2007).

- L'ambivalence des femmes face au désir d'enfant (et parfois du couple, ou du partenaire qui n'assume pas sa paternité) ou, chez la femme en pré-ménopause, un désir de grossesse plus ou moins inconscient, témoin d'une féminité encore présente.
- Les périodes de transition affective, où une contraception permanente n'est pas nécessaire.
- La nécessité d'une prescription médicale, pour la pilule en particulier, peut être un frein à l'accès à la contraception.
- L'insuffisance de formation du corps médical en matière de contraception (20), la nécessité d'une consultation dédiée à la contraception.

Dans ses recommandations de décembre 2004, la HAS souligne que le choix d'une méthode contraceptive justifie une consultation entièrement dédiée à cette question.

Elle recommande la nécessité pour le praticien :

- * "d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux, en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
- * d'explorer les motivations de la femme vis-à-vis de la contraception ;
- * d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle.

Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée".

Sur cette base, un document synthétique et opérationnel "Comment aider une femme à choisir sa contraception ?" a été publié par l'INPES et est destiné aux professionnels de santé concernés : médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes (document en annexe).

- Une inadéquation entre les méthodes contraceptives prescrites et les conditions de vie au quotidien se traduisant par des difficultés dans la gestion quotidienne de la contraception :

* difficultés d'observance, en particulier avec la pilule (la prise de pilule par une femme au cours de sa vie représente la gestion de plus de 8000 comprimés à prendre 3 semaines par mois, sans oubli, sans épisode de diarrhée ou vomissement intercurrent...). D'où l'importance d'une prescription systématique de la contraception d'urgence associée à la prescription de pilule (21),

* mauvaise utilisation de la méthode (pilule, préservatif), qui pose la question de l'adaptation de l'information à la compréhension de la personne qui la reçoit,

* arrêt ou changement de méthode contraceptive (tolérance, non remboursement par l'Assurance Maladie, ordonnance périmée, rupture sentimentale...). Selon une étude publiée en 2009 (données extraites de l'étude COCON), la moitié des femmes ayant avorté avaient changé de moyen de contraception dans les 6 mois précédant l'IVG, avec passage à une méthode moins efficace, voire pas de méthode du tout (22).

4 - 2 - La mission d'évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 par l'IGAS

En 2008, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) lançait une mission d'évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des IVG. Les conclusions de cette mission ont fait l'objet d'un rapport de synthèse en octobre 2009 (23).

Les mesures pour la contraception :

La loi du 4 juillet 2001 a permis un assouplissement du régime d'autorité parentale pour la prescription et la délivrance de la contraception aux mineures. Si les jeunes ont effectivement accès gratuitement et de façon anonyme à la contraception d'urgence et à l'IVG, il n'en était pas de même jusque récemment pour la contraception régulière (notamment la pilule) hormis dans les Centres de Planification Familiale, dont l'accessibilité est limitée.

La disposition votée en octobre 2012 (applicable en 2013) a résolu ce problème en autorisant le remboursement à 100 % de la pilule par l'Assurance Maladie pour toutes les mineures. On peut aussi mentionner la facilitation de l'accès aux moyens contraceptifs par la mise à disposition pour les lycéennes, apprenties, ressortissantes des Maisons Familiales Rurales du PASS-prévention-contraception par la Région des Pays-de-la-Loire depuis la rentrée scolaire de septembre 2012 (chéquier de 6 coupons permettant l'accès à des consultations et analyses médicales, la délivrance des contraceptifs, et remis par les infirmières scolaires sur demande des jeunes dans les lycées, voire dans les CPEF et les maisons de santé pluridisciplinaires).

Les mesures pour l'IVG :

Les progrès dans la prise en charge des IVG demeurent fragiles.

On estime que 40% des femmes françaises ont recours à l'interruption volontaire de grossesse dans leur vie. Si la diffusion de la contraception permet un certain contrôle de la fécondité, sa maîtrise totale paraît illusoire, car les facteurs qui conduisent à une grossesse non désirée et à son interruption sont complexes et multiples. Les liens entre contraception et avortement sont étroits, et près des deux tiers des interruptions de grossesse sont liés à des échecs de contraception. Des travaux de recherche ont montré qu'une augmentation de 50% de la prévalence de la contraception entraîne une diminution du taux d'IVG de 32% (24).

Cependant, une partie des interruptions de grossesse serait évitable par des mesures ciblées de prévention, en particulier par une réévaluation de l'adaptation de la contraception aux contraintes quotidiennes des femmes. Selon l'enquête COCON 2000, seulement 28,1% des femmes n'utilisaient pas de moyen de contraception au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG. 23,1% des femmes étaient sous pilule et 7% sous DIU (2 méthodes théoriquement très efficaces), 19,1% sous préservatif.

Les mesures pour l'éducation à la sexualité :

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire est très éloigné de la pratique réelle, et ces mesures sont très partiellement et inégalement appliquées sur le territoire français. Il est important de noter qu'un des pays européens ayant le taux d'IVG le plus faible, les Pays-Bas, applique depuis plusieurs dizaines d'années une sensibilisation précoce à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, avec la notion essentielle de double protection contraceptive et IST.

CONCLUSIONS DE LA MISSION D'ÉVALUATION

La mission d'évaluation pointe les fragilités du dispositif actuel. Elle recommande de "diversifier et d'adapter la couverture contraceptive en fonction des besoins et modes de vie des utilisatrices, de promouvoir les méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance que la contraception orale hormonale", et parmi d'autres mesures, de présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception.

Elle préconise également de renforcer l'éducation à la sexualité des jeunes, de mieux gérer les situations d'urgence contraceptive liées à un échec ou un défaut de contraception, et de mieux préparer les médecins généralistes et les sages-femmes dans le rôle qu'ils ont à jouer dans ce domaine. Ainsi, le rapport pointe la nécessité de développer la formation initiale et continue des professionnels de santé, objectif qui doit particulièrement être pris en compte dans le cadre de la valorisation de la filière de médecine générale et dans la formation des sages-femmes.

Les leviers d'actions préconisés par l'IGAS :

- reconnaissance de la sexualité des femmes, et des jeunes sans culpabilisation,
- implication des hommes dans la contraception,
- coût acceptable pour une accessibilité à toutes les femmes sans restriction,
- meilleure formation des professionnels impliqués dans la prescription et la délivrance des contraceptifs,
- offre contraceptive plus diversifiée et personnalisée à chaque femme, afin de renforcer l'adhésion de la patiente à sa contraception (réduction de l'écart entre efficacité théorique et efficacité pratique).

4 - 3 - Les mesures du PLFSS votées à l'Assemblée en Octobre 2012

Sous l'impulsion du Ministre de la Santé, l'Assemblée vient de voter deux mesures de santé publique en faveur de la contraception et de l'IVG :

- la gratuité pour les mineures de 15 à 18 ans de tous les modes de contraception pris en charge et remboursables par l'Assurance Maladie. Cette mesure ne prend cependant pas en compte les femmes majeures en situation de précarité.
- le remboursement à 100% de l'IVG pour toutes les femmes à partir de 2013, revendication ancienne de nombreuses associations.

5 - La consultation de contraception en médecine générale

5 - 1 - Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié

Les femmes ont de plus en plus recours à leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. La pénurie croissante de gynécologues médicaux et la féminisation de la médecine générale vont probablement accentuer cette tendance dans les années à venir. Dans sa thèse, S. Humeau-Aubin a étudié les raisons du choix du médecin généraliste par leurs patientes pour leur suivi gynécologique (25). La compétence présumée en matière de gynécologie, la confiance accordée au praticien, le fait que le médecin soit une femme, la proximité et la disponibilité du médecin sont des facteurs influençant ce choix.

Par ailleurs, le médecin traitant, pivot central dans la prise en charge globale de la santé du patient et de sa famille, a un rôle majeur de prévention et de dépistage. La prévention des grossesses non désirées fait partie intégrante de sa mission de prévention. Pourtant, les médecins généralistes rapportent des difficultés à aborder les questions relatives à la vie sexuelle et affective avec leurs patientes. C'est ce qui ressort du Baromètre Santé 2009 publié par l'INPES, dans lequel seulement 35,9 % déclarent avoir "tout à fait" un rôle de prévention dans le domaine de la vie affective et sexuelle de leurs patients (26). Ainsi, la prévention dans ce domaine arrive en

dernière position, loin derrière la prévention cardio-vasculaire, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'alimentation, et la consommation de cannabis.

Or on sait que la qualité de la relation médecin-patient est un atout majeur en matière d'observance, et le médecin généraliste qui a tissé une relation de confiance avec sa patiente a ainsi une place privilégiée dans l'information et l'aide au choix en matière de contraception. Connaissant le contexte sociétal et familial de sa patiente, le médecin généraliste est au premier plan pour apporter une information adaptée face à une demande de contraception définitive, afin de permettre une décision éclairée. Il a ainsi un rôle privilégié d'accompagnement de sa patiente dans son parcours contraceptif, en prenant en compte les facteurs psycho-sociaux propres à chaque patiente.

5 - 2 - L'information : une étape-clé dans le processus de choix de la patiente

Le devoir d'information de la patiente par le praticien est inscrit dans l'article 35 du code de déontologie : "information loyale, claire et appropriée sur l'état de santé ainsi que sur les investigations et soins proposés". Il s'agit d'un droit pour tous les patients inscrit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Selon les recommandations de la HAS de 2004 (27), la première consultation de contraception doit être une consultation dédiée dans la mesure du possible. L'ensemble des méthodes contraceptives doit être présenté à la patiente, avec les avantages et inconvénients de chacune. L'information doit être donnée en toute objectivité, quelles que soient les convictions personnelles du praticien, tout en permettant à la patiente de s'exprimer et de poser les questions qu'elle souhaite, afin de permettre un choix éclairé. S'agissant plus précisément de contraception définitive, le médecin doit s'assurer de la compréhension des différentes options et des conséquences définitives d'un tel choix, et remettre le livret d'information distribué par le Ministère de la Santé (28).

La HAS recommande une consultation sur le modèle BERGER de l'OMS :

- **Bienvenue** : accueillir la personne et établir une relation attentive, chaleureuse et respectueuse ;
- **Entretien** : recueillir des informations biocliniques, psycho-sociales et culturelles ;
- **Renseignement** : apporter des informations concernant les différents choix qui s'offrent à elle ;
- **Choix** : aider la femme à choisir ;
- **Explication** : fournir des explications sur la méthode choisie ;
- **Retour** : animation des consultations de suivi de contraception," mais également reformulation afin de vérifier la bonne compréhension des explications.

Le modèle paternaliste de la relation médecin-malade a progressivement évolué vers un concept de décision médicale partagée favorisant l'autonomie du patient. S'il est très difficile pour le médecin d'évaluer à priori l'observance de la patiente à une méthode de contraception, il est admis en revanche que la méthode contraceptive la plus adaptée est celle choisie par la femme (29). L'efficacité pratique est en fait multifactorielle : décision finale par la patiente elle-même, qualité de l'information fournie par le prescripteur, qualité de la relation médecin-patient, facilité de l'accès à la méthode contraceptive choisie (notamment coût/remboursement par l'Assurance Maladie), implication du partenaire dans le choix de la méthode.

S'agissant plus particulièrement d'une demande de contraception définitive, l'information doit être complète, non seulement sur l'ensemble de l'offre contraceptive, mais également sur le caractère irréversible de la stérilisation. Il s'agit d'un point extrêmement important qui doit amener la patiente à réfléchir sur son renoncement à la maternité. De même, les modalités de l'intervention doivent être clairement expliquées. L'autonomie de la patiente doit être renforcée dans le processus décisionnel du choix de la méthode prescrite, car l'efficacité effective de la méthode contraceptive est étroitement liée au niveau d'adhésion de la patiente à ce choix.

6 - La stérilisation féminine : une solution contraceptive

La stérilisation est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines (Palmer). Chez les femmes n'ayant plus de souhait de maternité, la stérilisation tubaire est une option efficace, sécuritaire, non contraignante, sans répercussion hormonale, et permet l'expression d'une sexualité dépourvue de toute contrainte procréatrice. A partir de 35 ans, il est souhaitable de réévaluer avec la femme l'adéquation de sa contraception à son mode de vie, et de prendre en compte l'augmentation du risque de carcinologique, cardio-vasculaire et thrombo-embolique en fonction de chaque contexte clinique (recommandations HAS).

L'indication de stérilisation, quelle que soit la méthode, doit être posée après discussion entre la patiente et le chirurgien, et doit prendre en compte l'âge de la patiente, la parité, l'âge du dernier enfant, les difficultés de contraception (contre-indication aux méthodes contraceptives réversibles ou à la grossesse, antécédent d'IVG), la stabilité du couple et le moment de la demande (post-IVG ou post-partum étant des périodes défavorables).

Les recommandations de la HAS de 2004 précisent :

"Qu'elles soient masculines ou féminines, les méthodes de stérilisation sont susceptibles, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, d'apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières".

La HAS recommande "de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution". Il est aussi recommandé "d'évoquer de manière systématique avec la femme qui envisage cette méthode, le risque de regret potentiel et d'explorer avec elle ses motivations et son désir d'enfant".

Les conséquences de la stérilisation (30) :

- les conséquences physiques sont mineures : amélioration globale des caractéristiques des règles, perte du bénéfice de la contraception hormonale sur les dysménorrhées, en particulier en cas d'arrêt de pilule. Il semblerait qu'il y ait une augmentation du risque d'hystérectomie chez les femmes stérilisées, possiblement dans le cadre d'interventions pour réapparition de troubles menstruels après arrêt de contraception hormonale (31),
- une diminution du risque de cancer de l'ovaire évoquée dans certaines études (non confirmée). Cet élément ne dispose pas encore d'explication biologique (absence d'ascension de substances cancérogènes par les trompes, augmentation du repérage d'ovaires anormaux lors des interventions coelioscopiques pour hystérectomies ?) mais semble assez cohérent pour être considéré comme un avantage possible de la stérilisation tubaire,
- amélioration de la sexualité par la libération des contraintes contraceptives,
- certaines femmes peuvent ressentir une perte de féminité ou des troubles dépressifs suite à la perte du potentiel de procréation,
- risque de regret et demande de reperméabilisation tubaire.

Selon l'enquête Stéri-Gyn (enquête nationale) réalisée en 2007 sous le parrainage de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, 93% des praticiens interrogés (gynécologues médicaux et obstétriciens, médecins généralistes, urologues, psychiatres et neuro-psychiatres), se déclarent favorables à la stérilisation volontaire à visée contraceptive, et 52% considèrent la méthode hystéroscopique Essure® comme technique de référence (32).

6 - 1 - Les différentes méthodes de stérilisation tubaire

Les différentes voies d'abord

Les techniques de stérilisation féminine chirurgicale ont beaucoup évolué depuis la première intervention, réalisée au décours d'une césarienne par Lengren en 1890. Le choix de la technique conditionne l'efficacité contraceptive, le taux de complications et le degré de réversibilité de la méthode (33).

La laparotomie est la voie d'abord la plus ancienne, et ses indications sont actuellement restreintes (au décours d'une intervention abdomino-pelvienne ou d'une césarienne). Elle nécessite une anesthésie générale.

La mini-laparotomie par incision sus-pubienne, sous anesthésie générale ou loco-régionale, est indiquée pour la chirurgie d'intervalle et en sous-ombilical en post-partum. C'est la technique la plus utilisée dans les pays en voie de développement.

L'abord coelioscopique (sous anesthésie générale), réalisé pour la première fois en 1962, était jusqu'à présent la technique de référence jusqu'à l'apparition de la voie hystéroscopique qui a profondément modifié les pratiques. Si une coelioscopie est réalisée pour une autre indication, l'utilisation de clips pour la stérilisation est préférable. L'étude CREST publiée en 1996 a rapporté un taux d'échec cumulé de 1,85%. Ce taux varie selon la technique, les clips et la coagulation bipolaire étant les deux techniques qui présentent le taux d'échecs le plus élevé (respectivement 3,65% et 2,48%) (34).

La voie vaginale, ou colpotomie (sous anesthésie générale), nécessite une incision au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur pour accéder aux trompes. Cette technique pose un problème d'accessibilité aux trompes et favoriserait les infections post-opératoires (1,5 à 2,5%).

Des systèmes d'obturation à l'aveugle sont utilisés dans les pays en voie de développement et consistent en l'introduction transcervicale d'adhésifs (méthyl-2-cyano-acrylate) et d'agents sclérosants (quinacrine) via une sonde ou une canule.

La voie hystéroscopique est actuellement en plein développement et consiste à placer un micro-implant à l'entrée de chaque trompe. Cette technique est réalisable en quelques minutes sans anesthésie ou sous anesthésie locale.

Les techniques opératoires

- Les techniques chirurgicales

La technique de Pomeroy a été décrite en 1929 par laparotomie ou mini-laparotomie et reste la technique de référence au décours d'une césarienne. C'est une technique simple qui consiste à créer une boucle tubaire par traction ligaturée à sa base, puis résection de la partie supérieure de l'anse.

La technique de Parkland est une technique de Pomeroy modifiée (ligature à chaque extrémité de l'anse).

La technique d'Uchida, décrite en 1960 au Japon, comporte deux ligatures sous-séreuses de la trompe avec une résection tubaire plus importante entre les deux ligatures. C'est une technique très efficace.

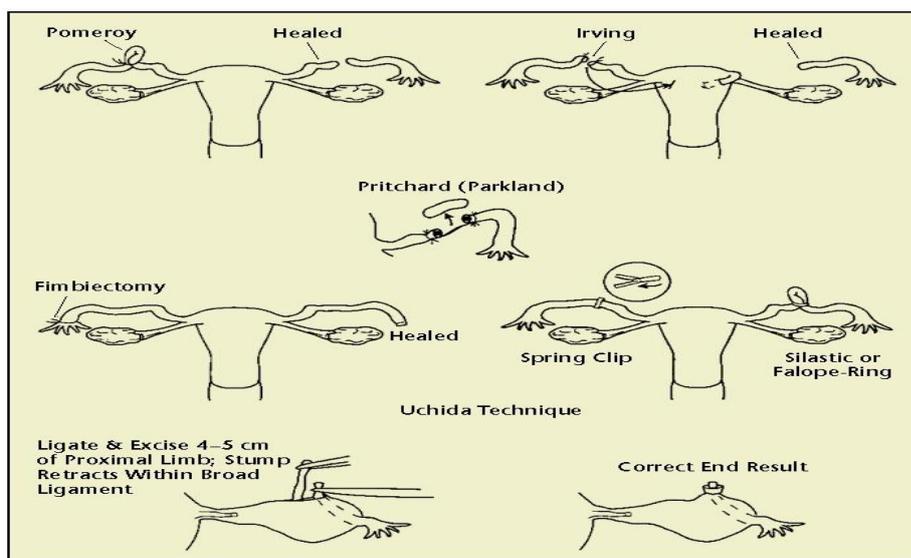


Fig 10 : techniques chirurgicales de ligature des trompes

- Les techniques électriques

L'électrocoagulation permet une section de la trompe par voie coelioscopique.

L'électrocoagulation monopolaire (pince de Drill de Drapier-Palmer) permet une section tubaire rapide, facile et efficace, mais génératrice de complications opératoires à type de brûlures profondes, et sa réversibilité est aléatoire.

L'électrocoagulation bipolaire permet une meilleure réversibilité, mais son taux d'échecs est plus élevé.

La thermocoagulation (pince de Wolff) est une méthode efficace et peu risquée, associée à une grande réversibilité, mais sa pratique reste limitée.

- Les techniques mécaniques

Ces techniques ont été développées dans le but d'améliorer la réversibilité du processus et de limiter les risques de complications opératoires. Réalisées par voie coelioscopique, elles ne peuvent être utilisées si les trompes sont inflammatoires, ou en post-partum ou post-abortum.

* Les clips : clip de Hulka-Clemens (1969) et les clips de Filshie (1975) comportent un taux d'échec faible, et une bonne réversibilité.

* Les anneaux de Yoon (1972) permettent une efficacité supérieure à celle des clips, avec un bon taux de réversibilité.

L'ANAES a publié en 2005 un document de synthèse concernant les actes de stérilisation féminine et masculine en terme d'efficacité et de sécurité (35). Il ressort de ce travail que le taux d'échec varie de 0 à 2% selon les études pour l'ensemble des techniques pré-citées.

Concernant la sécurité selon la voie d'abord, la laparoscopie est associée à moins de complications mineures que la mini-laparotomie, sans différence significative sur le

taux de complications majeures. La culdoscopie (accès aux trompes par le cul-de-sac vaginal postérieur sous anesthésie locale) est associée à plus de complications majeures qu'avec la mini-laparotomie, et à plus de complications mineures que la laparoscopie.

Concernant la technique opératoire, les complications majeures et mineures sont plus fréquentes avec la technique de Pomeroy qu'avec l'électrocoagulation.

- Les techniques par voie hystéroscopique - Le système ESSURE®

Après plus de 10 ans de recul, 500000 dispositifs Essure® ont été posés dans le monde, et 70000 en France (36). La première pose en France a eu lieu en février 2002 par l'équipe nantaise.

Le taux d'efficacité cumulée de la technique est estimé à 99,8% à 5 ans, les échecs de pose pouvant être liés à une anomalie utérine méconnue, un oedème de la muqueuse, un spasme tubaire, un saignement inopiné. Les taux de succès de pose final (après une ou plusieurs tentatives) retrouvés dans la littérature (37) sont actuellement autour de 97%, et le taux de succès de pose à la première tentative est en augmentation constante depuis 2003 (96,5% en 2007). Ce dernier point peut être expliqué d'une part, par l'amélioration du dispositif (c'est actuellement la troisième génération d'Essure® qui est utilisée) et, d'autre part, par un effet de courbe d'apprentissage. 64 grossesses ont été publiées en 2006 (soit 99,7% d'efficacité), liées à un non respect du protocole essentiellement (absence de contrôle à 3 mois).

Le système Essure® est une technique stérilisante ambulatoire, simple, efficace, rapide, avec peu de complications. Les complications sont essentiellement expulsion, migration ou perforation utérine ou tubaire, et un taux d'endométrite inférieur à 5/1000 (38).

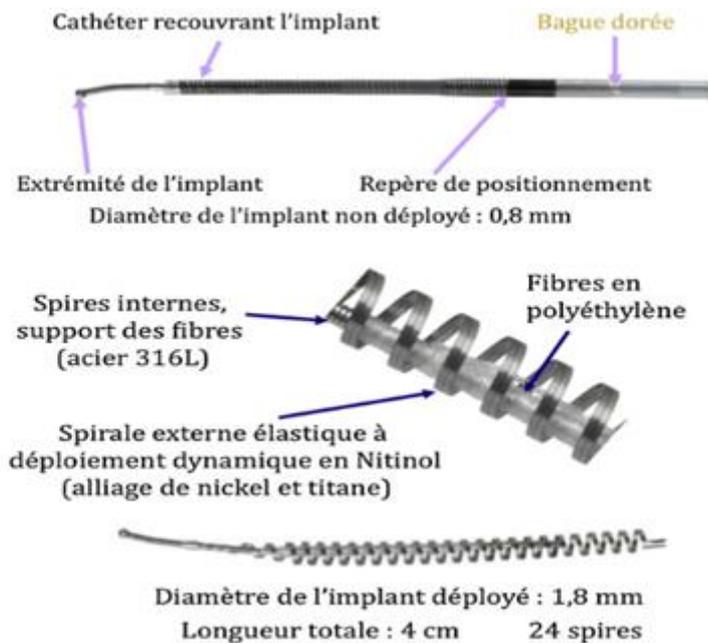


Fig 11 - Le dispositif Essure®

Composé de 3 éléments, le dispositif long de 4 cm présente une partie centrale en acier inoxydable (spires inertes) qui permet la pose de l'implant, un ressort extérieur en nitinol (spires dynamiques composées d'un alliage de nickel et de titane) permettant l'ancrage du dispositif, et une substance active composée de fibres de polyéthylène de téréphtalate (PET) engainant le cathéter central permettant la fibrose responsable de l'occlusion définitive de la trompe.

Sous contrôle hystéroscopique, le système Essure® délivre un micro-implant dans la section proximale de la trompe de Fallope qui se déploie et s'ancre profondément dans la trompe, induisant progressivement une réaction tissulaire bénigne jusqu'à une encapsulation de l'implant responsable d'une occlusion tubaire fibreuse.

L'intervention se déroule en ambulatoire, ce qui permet une reprise rapide des activités professionnelles, et le plus souvent sans anesthésie, la patiente étant simplement prémédiquée (anti-inflammatoire non stéroïdien type ibuprofène +/- paracétamol ou antispasmodique). Il a été démontré qu'une anesthésie paracervicale n'améliore ni le taux de succès de pose, ni le vécu des patientes (39).

Une enquête multicentrique rétrospective réalisée entre 2002 et 2006 (incluant 1032 patientes) montre la satisfaction des patientes, dont 98% recommanderaient la

méthode à leur entourage (40). La tolérance de la procédure est jugée très bonne à acceptable dans 84% des cas, et l'intervention est jugée indolore en l'absence d'anesthésie dans 24% des cas (ce taux est étroitement corrélé à l'expérience du chirurgien). Le souvenir de la procédure est jugé acceptable à très bon dans 96% des cas. Dans une autre étude réalisée entre 2003 et 2006 chez 209 patientes, 70% des patientes déclarent ressentir une douleur inférieure ou égale à celle de leurs règles au moment de la procédure.

Dans l'étude d'Arjona et al, série de cas prospective réalisée en 2008 chez 1630 patientes, la tolérance le jour de la procédure est jugée excellente à très bonne par 86,5% des femmes, et 94% des patientes s'estiment très satisfaites 90 jours après l'intervention (41).

Une étude évaluant la tolérance à un an du dispositif Essure®, concordante avec les plus grandes séries, ne montre pas de différence significative en terme de prise de poids, de dysménorrhée, d'abondance ou de durée des règles avant et à un an de la pose (42). Une revue systématique de la littérature publiée en 2010 met en évidence l'efficacité et la sécurité du système Essure®, ainsi que son intérêt économique par rapport à la voie laparoscopique (43).

Les contre-indications de cette méthode sont :

- incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité
- grossesse avérée ou suspectée
- accouchement ou interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines
- cervicite aigüe non traitée
- saignements vaginaux non explorés, malignité gynécologique suspectée ou documentée
- malformation utérine
- traitement en cours par corticostéroïdes

L'allergie au nickel ne constitue pas une contre-indication mais une précaution d'emploi, compte tenu la faible proportion de nickel diffusée par l'implant.

C'est la seule technique de stérilisation irréversible, contrairement à toutes les autres méthodes qui permettent un certain taux de reperméabilisation, certes aléatoire, mais réel, même si de rares cas de grossesse spontanée ou après FIV ont été décrites dans la littérature.

Avant l'intervention, conformément à l'article L 2123-1 du Code de Santé Publique, la patiente doit avoir reçu une information claire et complète sur l'ensemble de l'offre contraceptive lors d'une première consultation médicale, ainsi que sur les avantages et inconvénients (notamment le caractère définitif) de la méthode Essure®. Un dossier d'information écrit lui sera remis lors de la demande initiale. Le consentement est recueilli lors d'une seconde consultation après un délai de réflexion obligatoire de 4 mois. Une contraception efficace de 3 mois doit être utilisée jusqu'au contrôle radiologique attestant du bon positionnement des implants (implants symétriques dans la lumière tubaire sur l'abdomen sans préparation). Aux États-Unis, l'examen recommandé pour le contrôle du positionnement des implants est l'hystérosalpingographie. La place de l'échographie dans cette indication est actuellement à l'étude et pourrait à l'avenir remplacer l'abdomen sans préparation (en France) ou l'hystérosalpingographie (aux États-Unis) (44).

Le choix de la technique doit donc être discuté avec la patiente en fonction de l'ensemble du contexte clinique et le risque de regret doit être soigneusement évalué avant la décision opératoire.

Initialement réservée aux seules patientes pour lesquelles l'abord coelioscopique était risqué, le système Essure® peut maintenant être proposé "aux femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible" (45). Par décision du 26 mai 2010, compte tenu de l'irréversibilité de la technique, l'UNCAM avait restreint l'indication de remboursement de l'acte de pose du dispositif pour les femmes de moins de 40 ans (prise en charge en cas de "contre-indications majeures aux contraceptions hormonales ou dispositifs intra-utérins et ayant des pathologies contre-indiquant la grossesse").

Cette restriction d'âge pour le remboursement a été levée en novembre 2012 (arrêté du 31 octobre 2012 paru au Journal Officiel le 8 novembre 2012) (46). Les femmes

peuvent donc maintenant choisir librement la méthode de contraception définitive qui leur convient le mieux.

Il faut noter que la procédure de stérilisation par Essure® peut être associée à un geste de résection endométriale chez des patientes présentant des ménorragies idiopathiques, particulièrement fréquentes chez la femme autour de 40 ans (47) (48).

6 - 2 - Les particularités de la contraception autour de 40 ans

Le déclin physiologique de la fertilité autour de 40 ans, très variable d'une femme à l'autre, ne suffit pas à empêcher un taux de grossesse non désirées conduisant, comme nous l'avons vu précédemment, à un nombre d'IVG non négligeable dans cette classe d'âge.

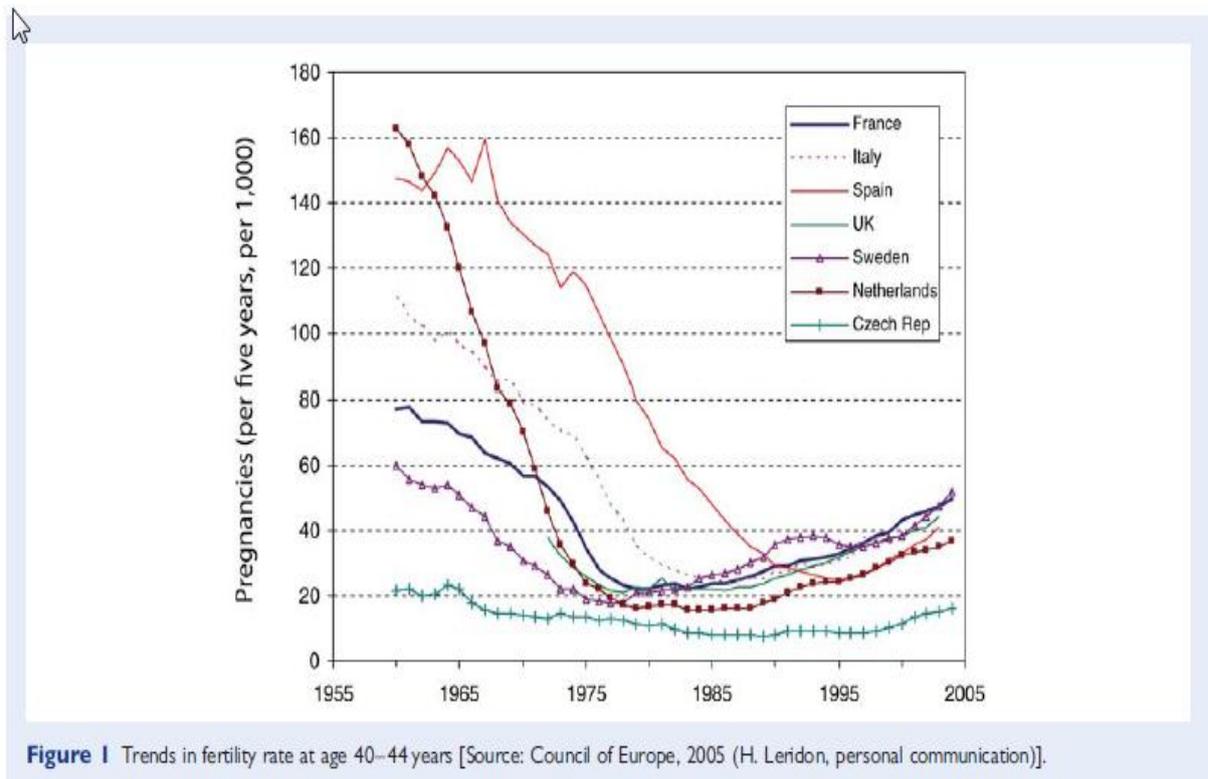


Fig 12 - Taux de fertilité entre 40 et 44 ans

Si le taux d'IVG est relativement stable dans la tranche d'âge 40-49 ans, il a malgré tout légèrement augmenté par rapport à 1990, d'où la nécessité d'une contraception efficace jusqu'à la ménopause (49).

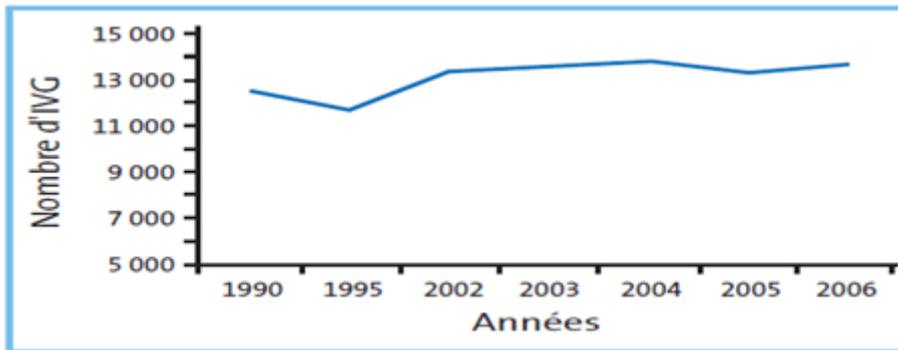


Fig 13 : Evolution du nombre d'IVG en France de 1990 à 2006 pour les femmes âgées de 40 à 49 ans

La grossesse après 40 ans est une grossesse plus à risque pour la mère et le fœtus. Il est bien connu que les malformations fœtales sont globalement plus importantes : anomalies du caryotype fœtal, malformations congénitales. Le risque de mort fœtale in utero est multiplié par deux, et les complications gravidiques sont plus fréquentes : HTA gravidique, pré-éclampsie, diabète gestationnel, placenta praevia, mortalité maternelle, risque d'accouchement prématuré...

- Un climat hormonal particulier

La période autour de la quarantaine se caractérise pour la femme par un climat hormonal spécifique avec de fréquents déséquilibres hormonaux (instabilité hormonale) entraînant une altération importante de la qualité de vie des femmes.

L'hyperoestrogénie sur fond d'insuffisance lutéale (hyperoestrogénie relative) s'exprime par des ménométrorragies, des mastodynies, un syndrome pré-menstruel. S'ensuit une anarchie hormonale faite d'alternance de périodes d'hyper et hypoestrogénie, puis s'installent progressivement les signes précurseurs de la ménopause : prise de poids, troubles de l'humeur, bouffées de chaleur.

Cette instabilité hormonale est très inconfortable et une prise en charge spécifique, notamment hormonale, peut permettre d'améliorer considérablement la qualité de vie des femmes.

- La contraception oestro-progestative

A partir de la quarantaine, le choix de la méthode contraceptive doit tenir compte des risques carcinologiques et cardio-vasculaires.

Si le bénéfice de la contraception oestro-progestative en matière de réduction du risque de cancer de l'ovaire et du côlon n'est plus à démontrer, l'augmentation de risque de cancer du sein dans cette population est à prendre en compte.

De même, le risque d'accident vasculaire artériel ou thrombo-embolique doit être soigneusement évalué avant la prescription ou lors du renouvellement d'une ordonnance de médication oestro-progestative dans cette population.

Soulignons tout de même les bénéfices de la contraception oestro-progestative après 40 ans (50) :

- régularisation du cycle menstruel,
- prévention des anémies ferriprives par diminution du flux menstruel,
- amélioration du syndrome pré-menstruel et du syndrome climatérique,
- diminution de la fréquence des kystes fonctionnels ovariens, des fibromes utérins, des mastopathies bénignes et des salpingites,
- diminution du risque de cancer de l'ovaire, de l'endomètre et du côlon.

Cependant, la balance bénéfice-risque de la contraception oestro-progestative chez la femme après la quarantaine est moins favorable que chez la femme jeune du fait de l'apparition tardive des facteurs de risque cardio-vasculaires (l'âge à partir de 35 ans est un des facteurs de risque cardio-vasculaire) et doit faire l'objet d'une réévaluation annuelle (recommandation de niveau de preuve 2, grade B).

La conférence de l'Eshre qui a eu lieu à Capri en 2008 va dans ce sens et propose de préconiser préférentiellement les contraceptions non hormonales à partir de 40 ans (51).

- La contraception progestative

En raison de leur meilleur profil de tolérance métabolique, les pilules progestatives micro-dosées sont largement utilisées chez les femmes après la quarantaine. Selon les recommandations de l'HAS, c'est une contraception qui doit être utilisée en cas de contre-indication à la contraception oestro-progestative en raison de son efficacité incomplète et de sa tolérance gynécologique moyenne (spottings, kystes fonctionnels).

La pilule au lévonorgestrel (Microval), remboursée par la Sécurité Sociale, doit cependant être prise quotidiennement à heure fixe (délai d'oubli de 3 heures maximum), ce qui pose des problèmes d'observance. Cérazette (étonogestrel) ne présente pas cet inconvénient (délai d'oubli de 12 heures, identique à la pilule oestro-progestative) mais n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie.

L'implant sous-cutané permet de s'affranchir de toute contrainte d'observance, mais son efficacité incomplète et sa tolérance sont comparables aux micro-progestatifs. La survenue de spotting est parfois mal acceptée par les femmes et peut également conduire à méconnaître une pathologie utérine sous-jacente.

Les progestatifs normo-dosés antigonadotropes sont largement utilisés en péri-ménopause en France mais n'ont cependant pas l'AMM dans cette indication.

- Le dispositif intra-utérin

Non contraignante, bien tolérée, c'est la contraception réversible la plus utilisée chez la femme après 40 ans. En raison de la baisse de la fécondité à partir de 35 ans, l'efficacité contraceptive du DIU est plus importante que chez la femme jeune.

Le DIU au cuivre peut entraîner des ménorragies parfois importantes. Le DIU au lévonorgestrel (MIRENA®) permet de compenser l'hyperoestrogénie relative et est bien adapté en pré-ménopause. Son intérêt est très grand pour les femmes qui souhaitent conserver une contraception réversible (52). De plus, des études récentes tendent à montrer une efficacité de ce dispositif en cas d'adénomyose, pathologie fréquente à partir de 40 ans. Cependant, les effets secondaires sont les mêmes que les progestatifs per os (prise de poids, acné, céphalées). C'est l'option de choix pour les femmes en péri-ménopause et qui souhaitent une contraception réversible.

- La contraception définitive

Comme nous l'avons vu précédemment, la stérilisation féminine (et masculine) est peu utilisée en France, contrairement à beaucoup de pays dans le monde.

Selon une étude réalisée de 2003 à 2007 chez 168 femmes de plus de 40 ans, les motivations de recours à une méthode de contraception définitive étaient par ordre décroissant : mauvaise tolérance de la contraception (46%), souhait de ne plus avoir à se préoccuper de la contraception (22%), contre-indication à la contraception (12%), échec de contraception (10%), simple désir d'une contraception permanente sans argument particulier (8%) et contre-indication à une grossesse (2%) (53).

Les effets secondaires de la contraception rapportés par les patientes étaient dominés par les problèmes d'observance (oubli de pilule), la prise de poids sous progestatifs, les métrorragies sous DIU et implant progestatif, et la contrainte liée à l'utilisation des préservatifs.

6 - 3 - Le risque de regret

La stérilisation à visée contraceptive doit être considérée comme définitive et cela doit être clairement exposé et compris lors de la demande initiale par la patiente. La simplicité, la faible morbidité et l'efficacité de la méthode de stérilisation par voie hystéroscopique laissent anticiper un recours massif à cette méthode et donc une augmentation des demandes de reperméabilisation.

Comme le souligne l'HAS dans ses recommandations de 2004, "il est recommandé d'évoquer de manière systématique avec la femme qui envisage cette méthode le risque de regret potentiel et d'explorer avec elle ses motivations et son désir d'enfant". La problématique est donc bien celle du deuil de la fertilité (54).

Les procédures interventionnelles en vue d'obtenir une grossesse après stérilisation sont de deux ordres :

- une technique micro-chirurgicale, dont le taux de résultats varie dans la littérature entre 31% et 88%. Une étude française réalisée en 2009 a montré une espérance de grossesse de 80% à 49 mois, avec une tendance à de meilleurs résultats en cas de stérilisation mécanique (55). Une évaluation de l'anastomose tubo-tubaire réalisée par la HAS en 2008 a déclaré la déstérilisation par laparotomie comme méthode de référence (56).

- la fécondation in vitro, possible quelle que soit la technique de stérilisation, dont le taux de réussite est de l'ordre de 15 à 25%. Le facteur limitant essentiel de cette technique reste bien évidemment l'âge maternel au moment de la démarche de FIV.

Cependant, le potentiel de réversibilité est variable selon la technique employée pour la stérilisation et selon l'âge de la patiente. Il n'y a pas de possibilité de reperméabilisation chirurgicale avec le système Essure®.

Les interventions de procréation médicalement assistée après stérilisation tubaire sont actuellement prises en charge par l'Assurance Maladie.

Partie 2 - L'ÉTUDE

1 - MÉTHODE

1 - 1 - Objectifs de l'étude

Objectif principal :

Décrire les critères d'éligibilité des candidates à la stérilisation féminine déclarés par les gynécologues obstétriciens pratiquant la stérilisation tubaire en Loire-Atlantique.

Objectif secondaire :

Déterminer la place de la technique hystéroscopique chez les gynécologues obstétriciens pratiquant la stérilisation tubaire en Loire-Atlantique.

Hypothèse :

L'imprécision de la loi laisse une part à l'appréciation personnelle des praticiens susceptible de générer des freins à l'indication de stérilisation.

Ce travail s'inscrit dans une perspective d'aide à la prise en charge initiale des patientes désireuses d'une contraception définitive par le médecin généraliste grâce à une meilleure connaissance des critères retenus empiriquement par les gynécologues obstétriciens pour pratiquer la stérilisation tubaire.

1 - 2 - Population étudiée

Tous les gynécologues-obstétriciens de Loire-Atlantique pratiquant la stérilisation tubaire ont été initialement sélectionnés par appel du secrétariat de chaque praticien (centres hospitaliers et cliniques du département), soit 49 praticiens au total.

Nous avons limité la zone géographique étudiée au département de Loire-Atlantique afin d'optimiser la qualité du rendement de l'enquête (remise des questionnaires en mains propres dans la mesure du possible, avec explications sur les objectifs de l'enquête) et de minimiser le nombre de non-réponses. De plus, cette étude exploratoire limitée au département permet de décrire les pratiques des gynécologues-obstétriciens dans une zone centrée par le CHU de Nantes.

1 - 3 - Méthodologie

Le protocole prévoyait que les questionnaires soient remis en mains propres aux chirurgiens quand cela était possible, ou aux secrétariats (Nantes) et envoyés par voie postale hors Nantes (Saint-Nazaire, Châteaubriant, Ancenis) après contact téléphonique avec le secrétariat.

La date limite de réception du questionnaire fixée au 22 mai 2012 pouvait être prolongée en cas de taux de réponses insuffisant.

Le questionnaire

Le questionnaire comprend 11 items sur 2 feuilles format A4, 4 questions ouvertes et 8 questions fermées avec des espaces pour les commentaires.

Le questionnaire, structuré en 3 parties, reprend les caractéristiques socio-démographiques du praticien, la voie d'abord préférentielle et les critères d'éligibilité déclarés par les praticiens. Ces critères ont été définis d'après les données de la littérature (articles scientifiques, recommandations des sociétés savantes, textes législatifs).

- partie 1 : Données concernant le praticien

- * données socio-démographiques du praticien
- * importance de l'activité de stérilisation féminine selon la voie d'abord

- partie 2 : Critères décisionnels

- * *critères liés au regret* : âge de la patiente, parité, âge du dernier enfant
- * *critères médicaux* : nombre de césariennes, antécédent de grossesse pathologique
- * *difficultés liées à la contraception* : antécédent d'IVG, difficulté de contraception
- * motivation et degré de compréhension de la patiente
- * score de stérilisation sans indication médicale majeure
- * post-partum, âge < 35 ans quelle que soit la parité
- * expérience de refus de stérilisation, réticences

- partie 3 : Technique préférentielle

- * voie d'abord préférentielle, place de l'abord hystéroscopique (Essure®), place de la vasectomie, commentaires éventuels

Ce questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès du Pr Lopes afin d'évaluer la durée de réponse au questionnaire et la pertinence des différents items.

L'analyse statistique

Les données ont été saisies sur tableur Excel, l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel EPI INFO.

Il s'agit d'une étude descriptive. Les données sont présentées sous forme de pourcentage pour les données qualitatives, et sous forme de moyenne, médiane ou mode pour les données quantitatives. L'intervalle de confiance est défini à 95%. Le seuil de significativité est fixé à 0,05 ($p < 0,05$).

Le test du Khi2 est utilisé pour la comparaison de deux variables qualitatives. Le test de Fisher est utilisé si les conditions ne sont pas remplies (effectif < 5) ou pour le croisement de deux variables.

Les comparaisons de moyennes ont fait l'objet d'un test Anova (utilisation du test de Student pour 2 moyennes).

2 - RÉSULTATS

2 - 1 - Taux de réponses

Le taux de réponses global est de **75,5 %**, soit 37 praticiens sur 49.

L'échéance du 22 mai 2012 a été prolongée au 12 juin 2012 afin d'augmenter le taux de réponses. Deux relances téléphoniques ont été effectuées auprès du secrétariat de chaque praticien n'ayant pas répondu au questionnaire pour augmenter le taux de réponses.

12 femmes sur 15 ont répondu au questionnaire, soit **80,0%** de réponses parmi la population féminine des gynécologues obstétriciens pratiquant la stérilisation tubaire. **Les gynécologues femmes représentent 1/3 des répondeurs** (32,4%).

25 hommes sur 34 ont répondu au questionnaire, soit **73,5%** de réponses parmi la population masculine de gynécologues obstétriciens pratiquant la stérilisation tubaire. **Les gynécologues masculins représentent 2/3 des répondeurs** (67,6%).

24,5% de non répondeurs, soit 12 praticiens (3 femmes et 9 hommes).

La tendance à un meilleur taux de réponses de la population féminine des gynécologues n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$).

2 - 2 - Profil des médecins répondants

Moyenne d'âge des praticiens ayant participé à l'étude

La moyenne d'âge des praticiens ayant participé à l'étude est de **39,1 ans** pour les femmes (n=12) et **46,8 ans** pour les hommes (n=25). Cette différence est statistiquement significative (test Anova, $p < 0,05$).

Tranche d'âge des praticiens ayant répondu au questionnaire

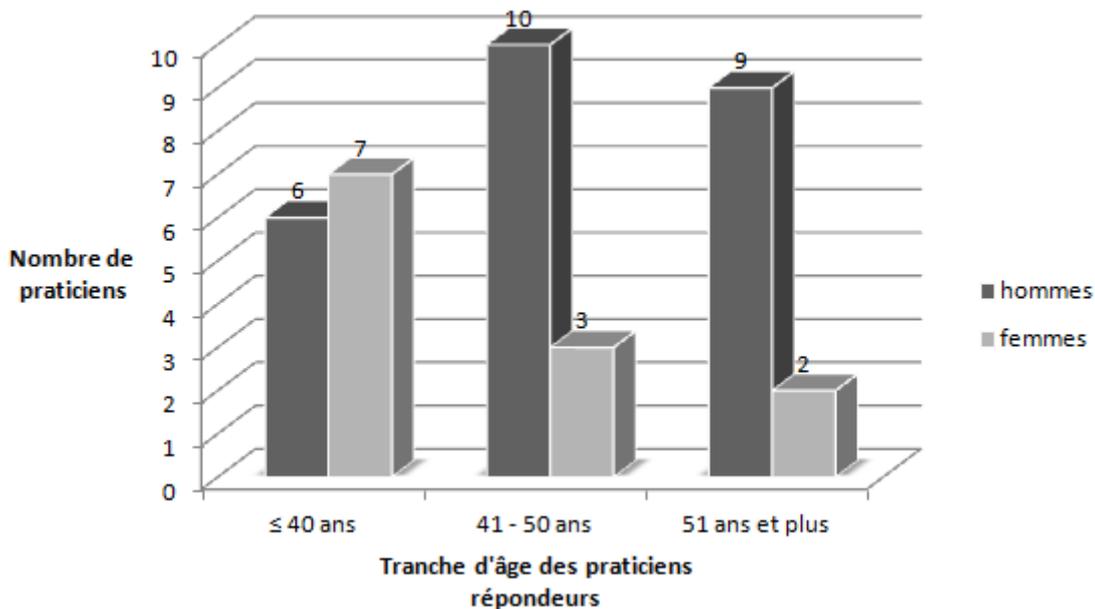


Figure 14 - répartition des praticiens ayant participé à l'étude selon leur âge et leur sexe

Les hommes sont surtout représentés dans les classes d'âge au-delà de 40 ans, contrairement aux femmes qui sont surtout représentées dans la classe d'âge ≤ 40 ans (féminisation de la profession).

Profil d'activité des praticiens répondeurs

Activité annuelle moyenne cumulée pour l'ensemble des praticiens répondeurs

voie d'abord	cumul	%
voie hystéroscopique	1194	74,5 %
voie laparoscopique	362	22,6 %
fin de césarienne	46,5	2,9 %
total	1602,5	100 %

Tableau 4 - Cumul du nombre de stérilisations tubaires annuelles moyennes

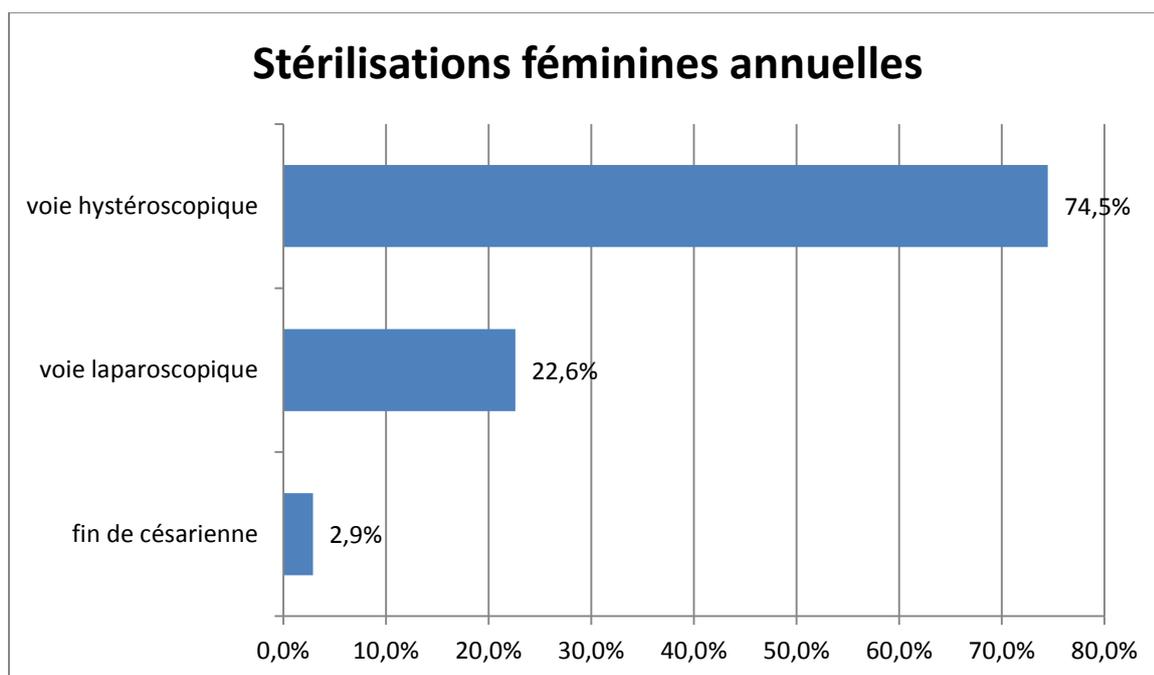


Figure 15 - répartition du cumul de stérilisations réalisées annuellement par l'ensemble des praticiens répondeurs

La voie hystéroscopique est très largement majoritaire.

1 praticien déclare pratiquer préférentiellement la stérilisation tubaire par voie vaginale sous anesthésie générale courte à raison de 70 interventions par an.

Importance de l'activité de stérilisation selon les praticiens

VOIE HYSTÉROSCOPIQUE

Nombre d'interventions annuelles moyennes déclarées	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé	
1	1	2,7%	2,7%	
6	1	2,7%	5,4%	
7,5	1	2,7%	8,1%	
10	7	18,9%	27,0%	■
12	1	2,7%	29,7%	
15	3	8,1%	37,8%	■
20	6	16,2%	54,1%	■
25	2	5,4%	59,5%	■
27,5	1	2,7%	62,2%	
30	4	10,8%	73,0%	■
35	1	2,7%	75,7%	
50	3	8,1%	83,8%	■
60	1	2,7%	86,5%	
75	1	2,7%	89,2%	
80	2	5,4%	94,6%	■
120	1	2,7%	97,3%	
135	1	2,7%	100,0%	
Total	37	100,0%	100,0%	■

18,9% des praticiens déclarent pratiquer en moyenne 10 interventions de stérilisation annuelles par voie hystéroscopique, 16,2% déclarent en pratiquer 20 par an, et 10,8% déclarent en pratiquer 30 par an.

L'activité de stérilisation féminine des différents praticiens est très variable. La moyenne se situe à 32 interventions annuelles par voie hystéroscopique, la médiane est à 20 interventions annuellement. Le mode est à 10 interventions annuelles (7 praticiens).

Les trois quarts des praticiens répondants pratiquent jusqu'à 35 interventions annuelles par voie hystéroscopique.

VOIE LAPAROSCOPIQUE

Nombre d'interventions annuelles moyennes déclarées	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé	
0	2	5,4%	5,4%	■
1	1	2,7%	8,1%	■
2	2	5,4%	13,5%	■
3	4	10,8%	24,3%	■
4	2	5,4%	29,7%	■
5	7	18,9%	48,6%	■
6	1	2,7%	51,4%	■
8	1	2,7%	54,1%	■
10	9	24,3%	78,4%	■
13	1	2,7%	81,1%	■
15	1	2,7%	83,8%	■
20	2	5,4%	89,2%	■
25	2	5,4%	94,6%	■
30	1	2,7%	97,3%	■
50	1	2,7%	100,0%	■
Total	37	100,0%	100,0%	■

24,3% des praticiens déclarent pratiquer en moyenne 10 interventions de stérilisation annuelles par voie laparoscopique, 18,9% déclarent en pratiquer 5 par an, et 10,8% déclarent en pratiquer 3 par an.

L'activité de stérilisation féminine des différents praticiens est également très variable. La moyenne se situe à 10 interventions annuelles par voie laparoscopique, la médiane est à 6 interventions annuelles. Le mode est à 10 interventions annuelles (9 praticiens).

Les trois quarts des praticiens répondants pratiquent 10 interventions annuelles par voie laparoscopique.

FIN DE CESARIENNE

Nombre d'interventions annuelles moyennes déclarées	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé	
0	20	55,6%	55,6%	
1	8	22,2%	77,8%	
2	4	11,1%	88,9%	
5	1	2,8%	91,7%	
7,5	1	2,8%	94,4%	
8	1	2,8%	97,2%	
10	1	2,8%	100,0%	
Total	36	100,0%	100,0%	

55,6% des praticiens déclarent ne pratiquer aucune intervention de stérilisation en fin de césarienne, 22,2% déclarent en pratiquer 1 par an en moyenne, et 11,1% déclarent pratiquer 2 par an.

L'activité des différents praticiens est beaucoup plus uniforme puisqu'une large majorité de d'entre eux n'en font pas du tout, le praticien qui en réalise le plus en fait 10 par an.

La moyenne se situe à une intervention annuelle en fin de césarienne, la médiane est à zéro ainsi que le mode.

Les trois quarts des praticiens répondus pratiquent une intervention annuelle par cette voie.

2 - 3 - Description des critères décisionnels des praticiens interrogés

Réponses des praticiens à la question suivante : "**Quels critères utilisez-vous pour accéder à une demande de stérilisation tubaire (hors contre-indication médicale à la grossesse) ?**"

2 - 3 - 1 - Critères liés au regret

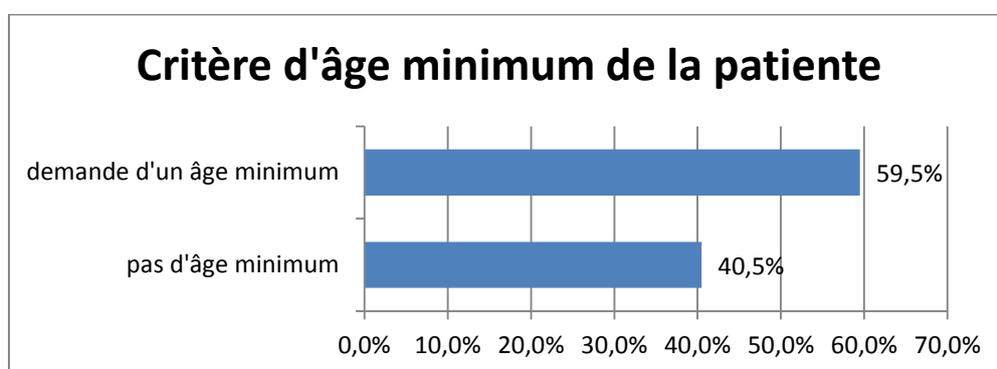


Figure 16 - critère d'âge minimum de la patiente

59,5% des praticiens (IC à 95% : 42,1% - 75,2%) définissent un âge minimum de la patiente pour pratiquer une stérilisation tubaire, contre 40,5% (IC à 95% : 24,8% - 57,9%) qui n'en demandent pas.

Age minimum de la patiente demandé	Nombre de praticiens (%)
pas d'âge minimum	15 (40,5 %)
35 ans	7 (18,9 %)
38 ans	6(16,2 %)
40 ans	5 (13,5 %)
36 ans	2 (5,4 %)
30 ans	1 (2,7 %)
37 ans	1 (2,7 %)

Tableau 5 - Critère d'âge minimum de la patiente

Le seuil d'âge de la patiente le plus fréquemment demandé par les praticiens est 35 ans (18,9%), puis 38 ans (16,2%), puis 40 ans (13,5%).

Demande d'un âge minimum de la patiente en fonction du sexe du praticien

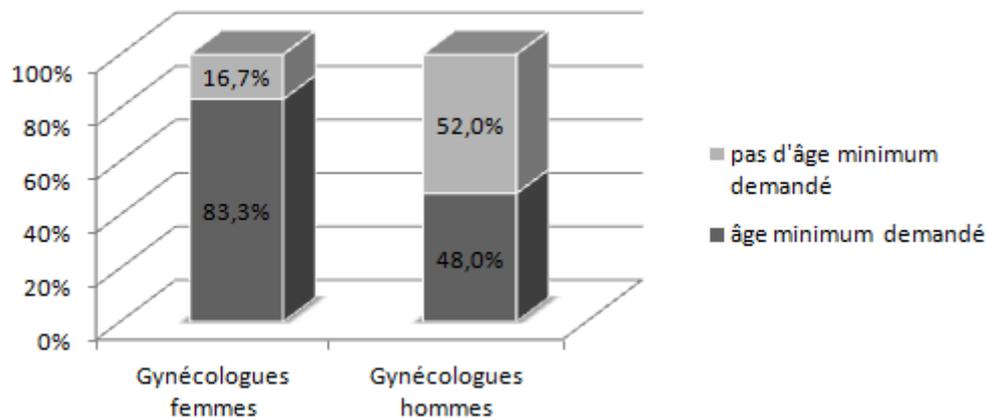


Figure 17 - âge minimum de la patiente en fonction du sexe du praticien

83,3% de la population féminine des gynécologues ayant répondu au questionnaire demandent un âge minimum de la patiente pour pratiquer une stérilisation, contre 48,0% parmi la population masculine des praticiens. Cette différence est statistiquement significative (test Fisher exact, $p < 0,05$).

Commentaires rapportés (classés par fréquence) :

- critère d'âge à moduler selon la situation clinique (7 praticiens)
- pas de support juridique pour l'âge, mais échange ouvert "de bon sens" (1 praticien)
- réticence avant 35 ans (1 praticien)
- Essure® : éviter avant 40 ans (1 praticien)
- avant 38 ans si contre-indication à la contraception ou à la grossesse (1 praticien)
- si césariennes multiples (1 praticien)
- recommandations de bonnes pratiques du CNGOF (1 praticien)
- Essure® chez une patiente de 25 ans après consultation éthique (1 praticien)

A la lecture des commentaires rapportés par les praticiens, il apparaît que le critère d'âge minimum de la patiente n'est pas un critère strict, mais doit être modulé en fonction du contexte clinique et des autres critères associés.

Critère de parité

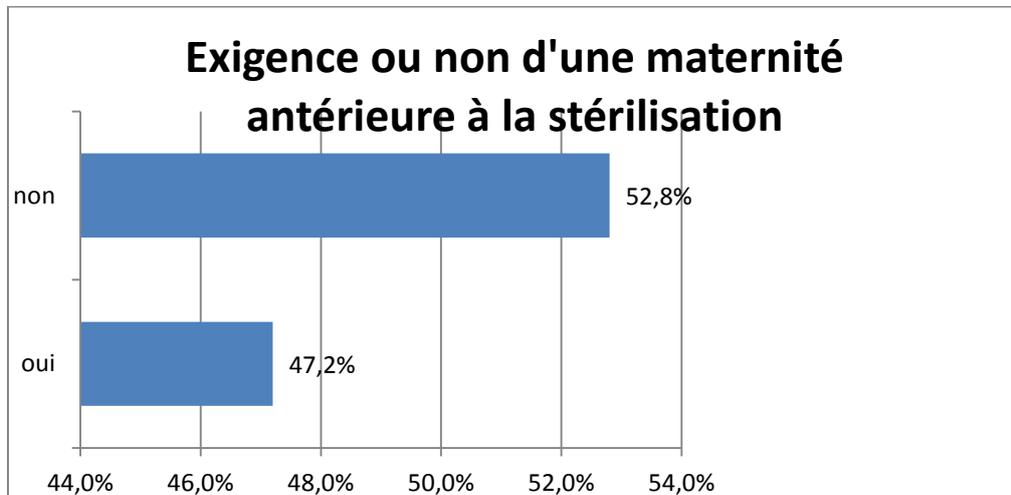


Figure 18 - exigence d'une maternité antérieure à la stérilisation - 1 non réponse à l'item parité

Pour 52,8% des praticiens, la nulliparité n'est pas un frein à la réalisation d'une stérilisation tubaire (IC à 95% : 35,5% - 69,6%) . 47,2% des praticiens (IC à 95% : 30,4% - 64,5%) demandent au moins un enfant pour réaliser une stérilisation.

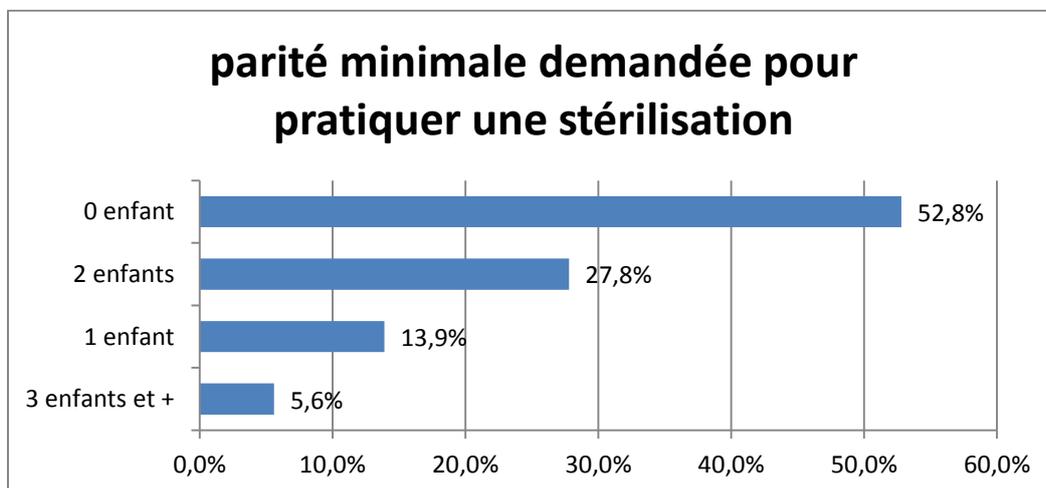


Figure 19 - parité minimale de la patiente

Parmi les praticiens qui refusent de pratiquer une stérilisation à une femme n'ayant pas d'enfant, 27,8% exigent de la patiente d'avoir au minimum 2 enfants (IC à 95% : 14,2% - 45,2%) , 13,9% exigent au moins 1 enfant (IC à 95% : 4,7% - 29,5%), et 5,6% exigent au moins 3 enfants (IC à 95% : 0,7% - 18,7%).

Corrélation entre l'âge minimum de la patiente et le nombre d'enfants demandé

Critère	Pas d'enfant exigé	Au moins 1 enfant	Total
	fréquence (%)	fréquence (%)	fréquence (%)
Exigence d'un âge minimum de la patiente	8 (36,4%)	14 (63,6%)	22 (100%)
Pas d'exigence d'un âge minimum	11 (78,6%)	3 (21,4%)	14 (100%)

Tableau 6 - corrélation âge de la patiente/parité - 1 non réponse à l'item parité

Parmi les praticiens demandant un âge minimum de la patiente, 63,6% exigent au moins un enfant.

78,6% des praticiens qui ne demandent pas d'âge minimum de la patiente n'exigent pas non plus d'avoir au moins un enfant.

Ce résultat est statistiquement significatif ($p < 0,05$ quel que soit le test utilisé).

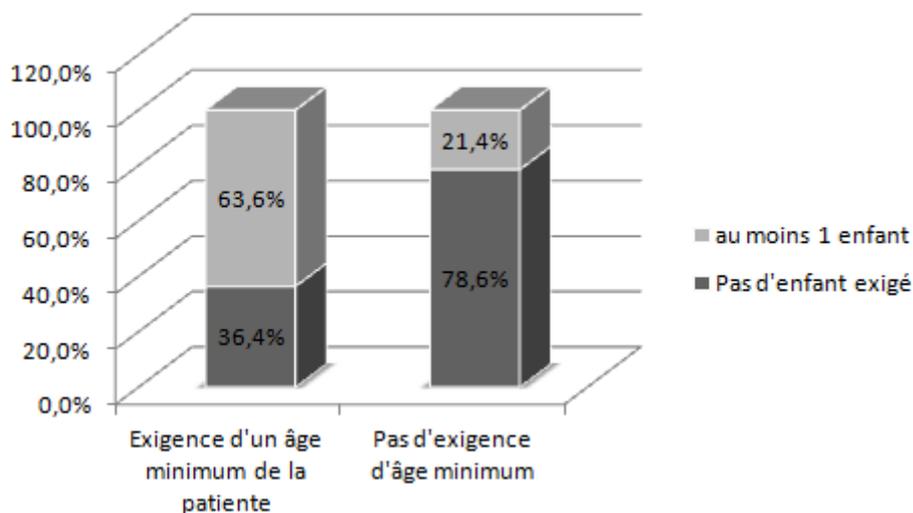


Figure 20 - corrélation entre demande d'un âge minimum de la patiente et parité

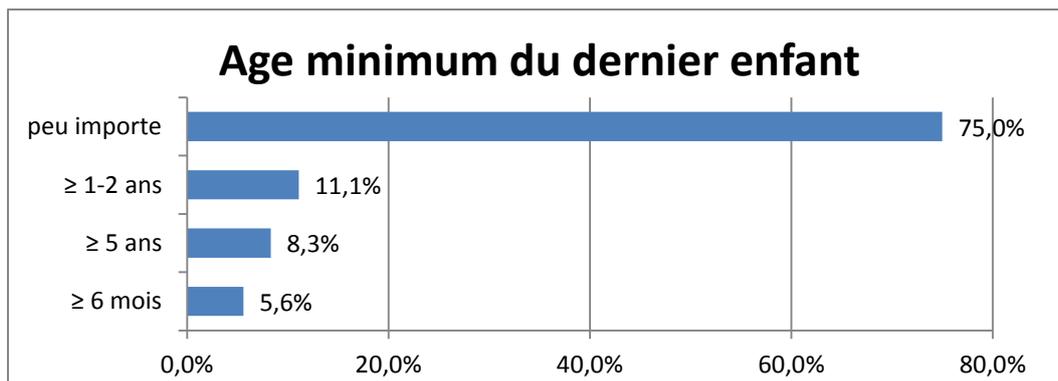


Figure 21 - Age minimum du dernier enfant

Pour les trois quarts des praticiens, l'âge du dernier enfant n'est pas un critère décisionnel important (IC à 95% : 57,8% - 87,9%). 11,1% des praticiens exigent que le dernier enfant ait au moins 1 ou 2 ans (IC à 95% : 3,1% - 26,1%), 8,3% des praticiens exigent que le dernier enfant ait au moins 5 ans (IC à 95% : 1,8% - 22,5%), et 5,6% exigent que le dernier enfant ait au moins 6 mois (IC à 95% : 0,7% - 18,7%).

2 - 3 - 2 - Critères médicaux

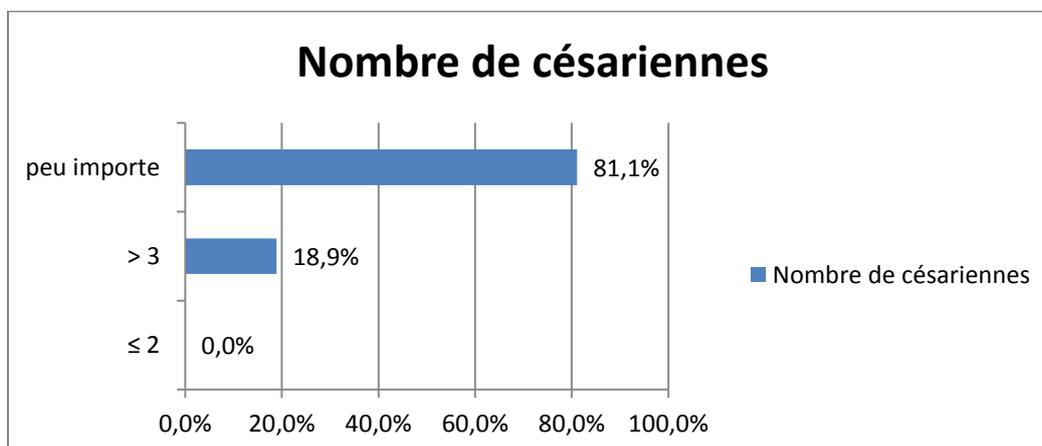


Figure 22 - nombre de césariennes

Pour 81,1% des praticiens, le nombre de césariennes n'est pas un critère décisionnel (IC à 95% : 64,8% - 92,0%). 18,9% estiment qu'un antécédent de plus de 3 césariennes représente un critère décisionnel pour une indication de stérilisation (IC à 95% : 8,0% - 35,2%).

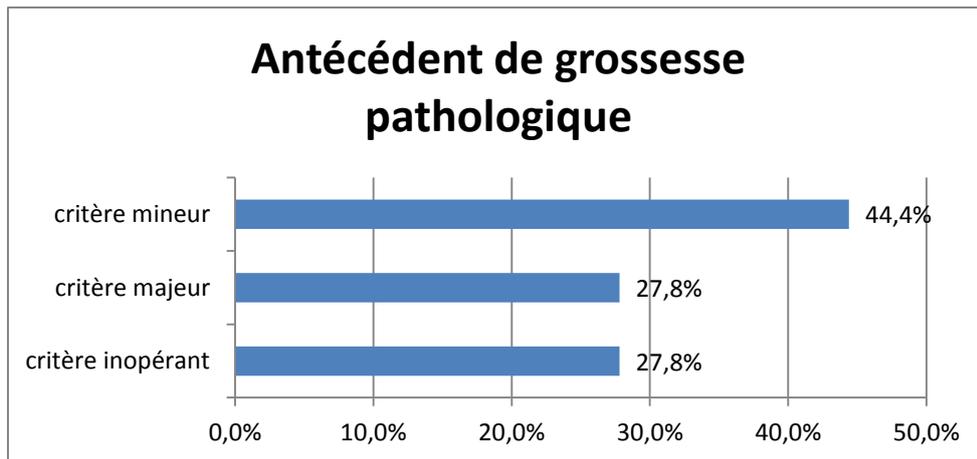


Figure 23 - Antécédent de grossesse pathologique en fonction de l'importance du critère

Pour 44,4% des praticiens, il s'agit d'un critère mineur (IC à 95% : 27,9% - 61,9%), d'un critère majeur pour 27,8% des praticiens (IC à 95% : 14,2% - 45,2%) et d'un critère inopérant pour 27,8% des praticiens (IC à 95% : 14,2% - 45,2%).

2 - 3 - 3 - Difficultés liées à la contraception

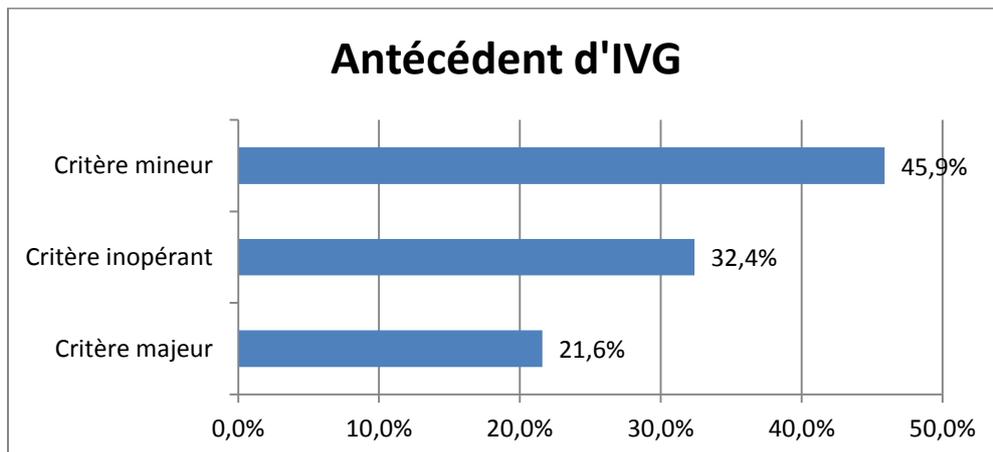


Figure 24 - Antécédent d'IVG

Un antécédent d'IVG est un critère mineur pour 45,9% des praticiens (IC à 95% : 29,5% - 63,1%), un critère inopérant pour 32,4% (IC à 95% : 18% - 49,8%), et un critère majeur pour 21,6% des praticiens (IC à 95% : 9,8% - 38,2%).

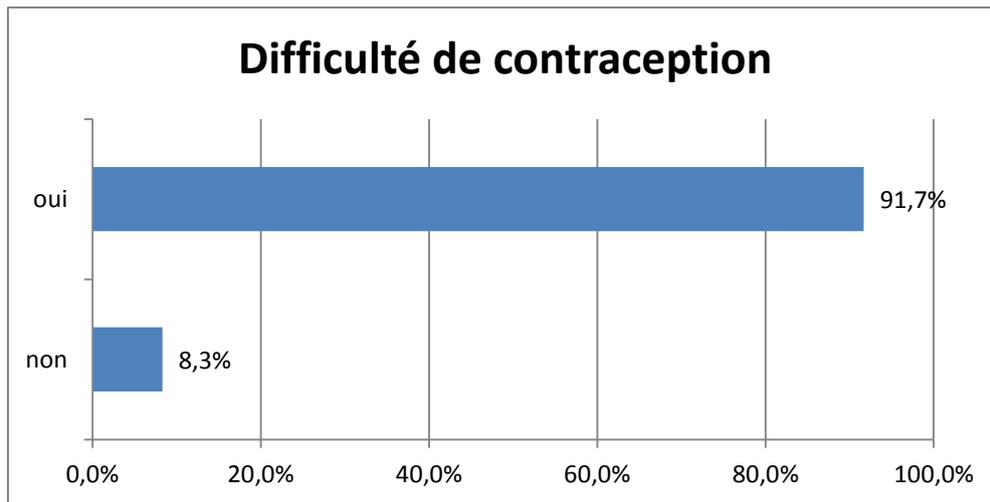


Figure 25 - Difficulté de contraception

La difficulté de contraception est un critère décisionnel pour 91,7% des praticiens (IC à 95 % : 77,5% - 98,2%).

2 - 3 - 4 - Motivation et degré de compréhension de la patiente

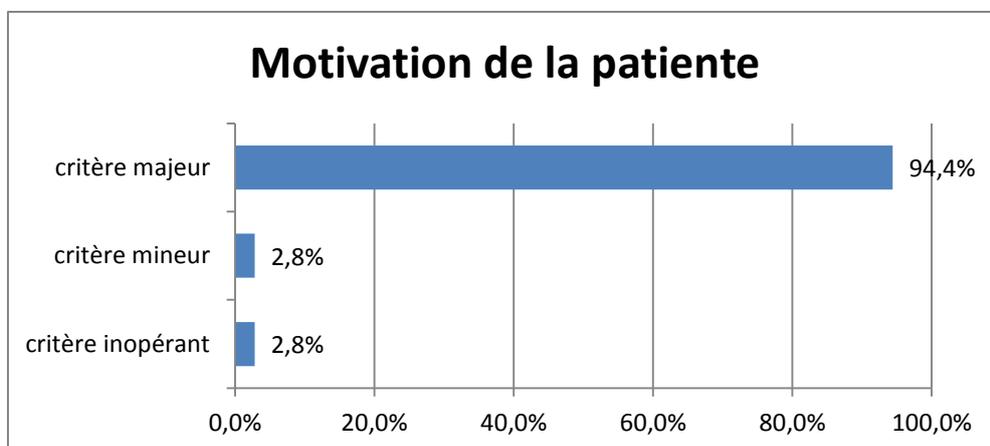


Figure 26 - critère motivation de la patiente - 1 non réponse à l'item

Pour 94,4% des praticiens, la motivation de la patiente est un critère majeur de décision, pour 2,8% c'est un critère mineur (1 praticien), et pour 2,8% des praticiens il s'agit d'un critère inopérant (1 praticien).

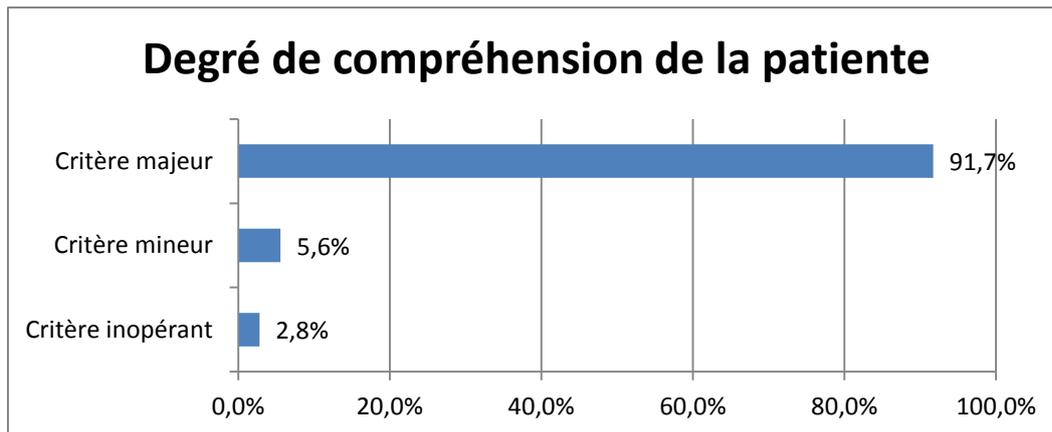


Figure 27 - Degré de compréhension de la patiente

Pour 91,7% des praticiens, le degré de compréhension du caractère définitif de l'intervention est un critère majeur de décision (IC à 95% : 77,5 % - 98,2%) , pour 5,6% c'est un critère mineur (IC à 95 % : 0,7% - 18,7%) (2 praticiens) , et pour 2,8% des praticiens il s'agit d'un critère inopérant (IC à 95% : 0,1% - 14,5%) (1 praticien) .

2 - 3 - 5 - Score de stérilisation sans indication médicale majeure (SIMM)

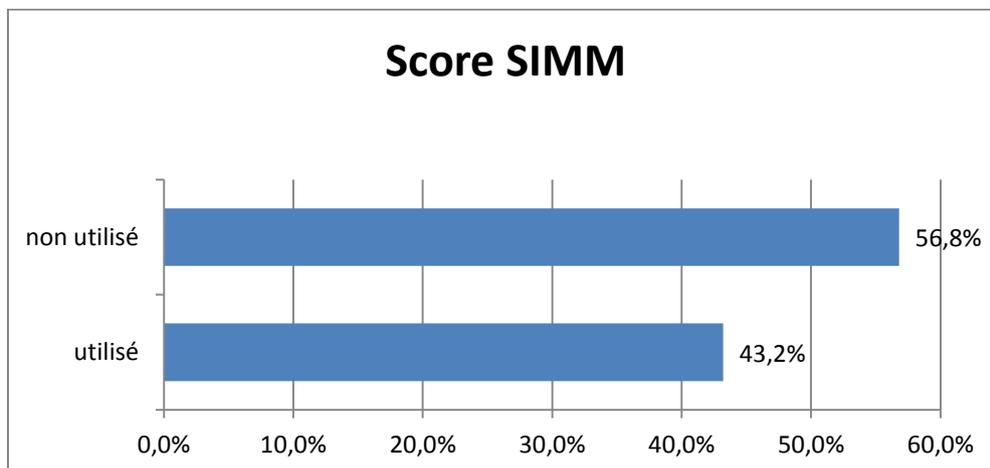


Figure 28- critère score SIMM

Le score de stérilisation sans indication médicale majeure est utilisé 43,2% des praticiens (IC à 95% : 27,1% - 60,5%).

2 - 4 - Cas particuliers d'acceptation ou de refus

Réponses à la question : "**Acceptez-vous de réaliser une stérilisation tubaire en post partum ?**"

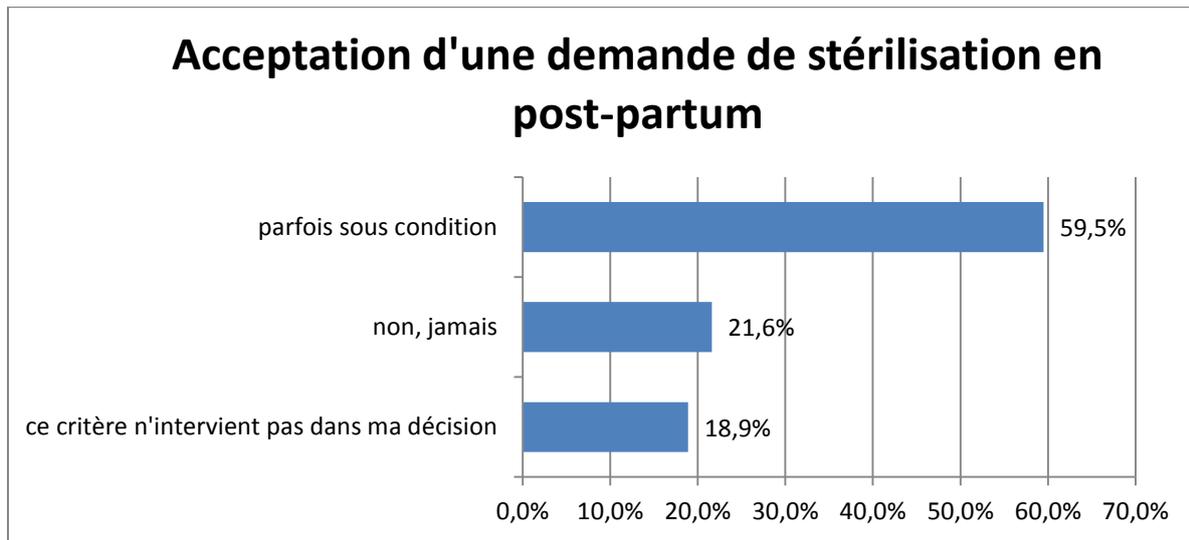


Figure 29 - acceptation d'une demande de stérilisation en post-partum

La majorité des praticiens (59,5%) est susceptible d'accepter une demande de stérilisation tubaire en post-partum, sous condition.

Réponses à la question : "**Chez une femme de moins de 35 ans, quelle que soit sa parité, acceptez-vous de pratiquer une stérilisation tubaire ?**"

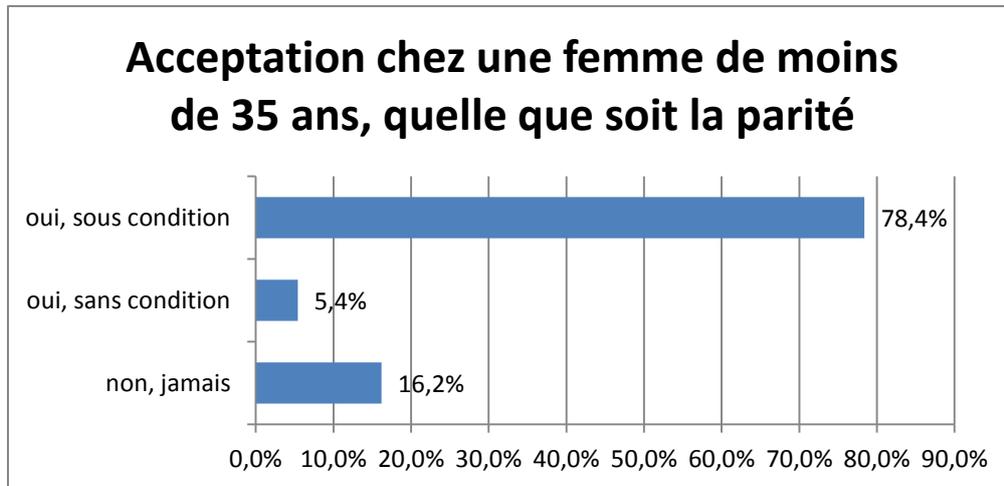


Figure 30 - acceptation d'une demande de stérilisation chez une femme âgée de moins de 35 ans, quelle que soit la parité

78,4% des praticiens acceptent de pratiquer une stérilisation tubaire chez une patiente de moins de 35 ans quelle que soit sa parité, sous condition.

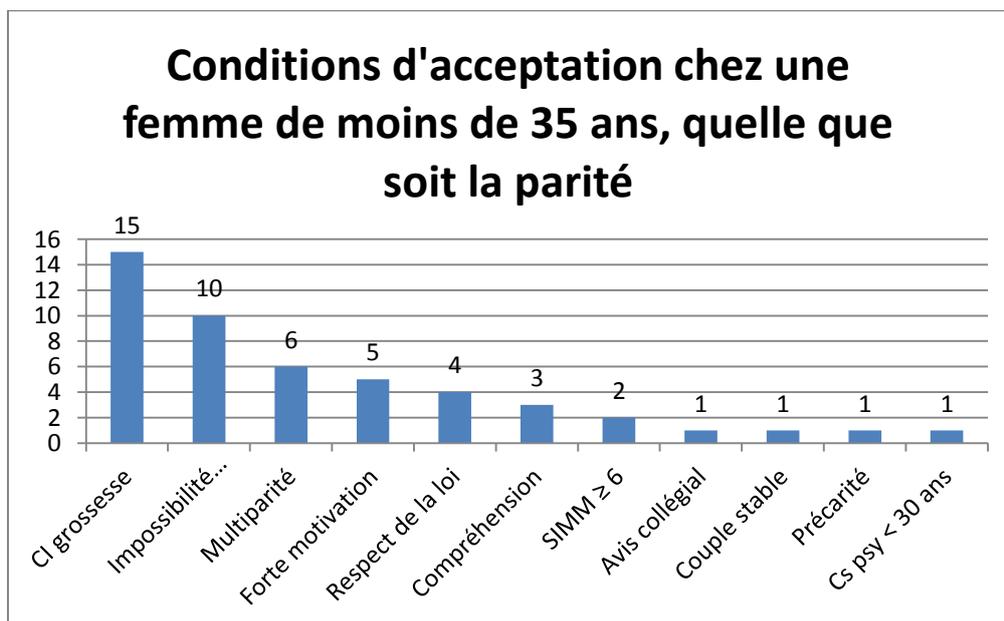


Figure 31 - conditions d'acceptation d'une demande de stérilisation chez une femme de moins de 35 ans indépendamment de la parité

Le motif le plus fréquemment rapporté est une contre-indication médicale ou obstétricale à la grossesse, suivie de l'impossibilité ou l'échec des autres méthodes contraceptives. 16,2% des praticiens refusent systématiquement de pratiquer une intervention chez une femme de moins de 35 ans.

Réponses à la question : "**Avez-vous déjà refusé de pratiquer une stérilisation tubaire à une patiente désireuse de contraception définitive ?**"

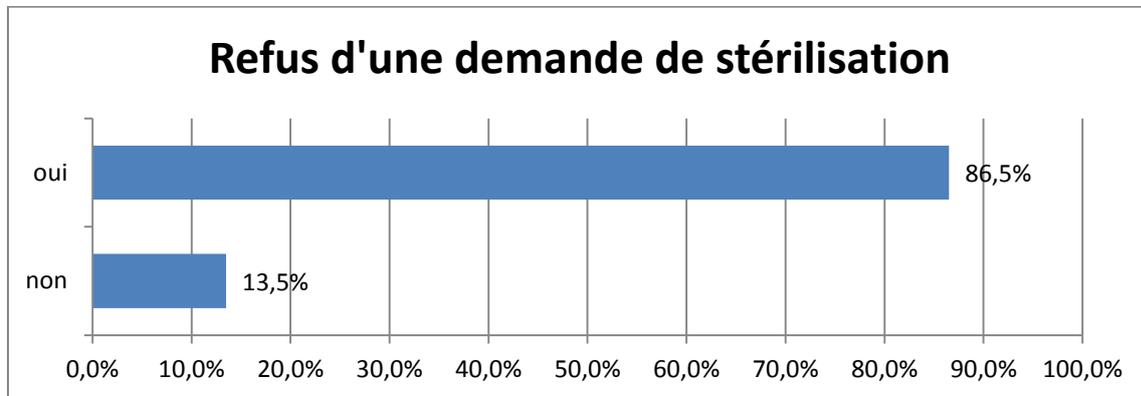


Figure 32 - Refus d'une demande de stérilisation

86,5% des praticiens ont déjà refusé de pratiquer une stérilisation tubaire à une patiente (IC à 95% : 71,2% - 95,5%). L'âge est le motif le plus fréquemment rapporté.

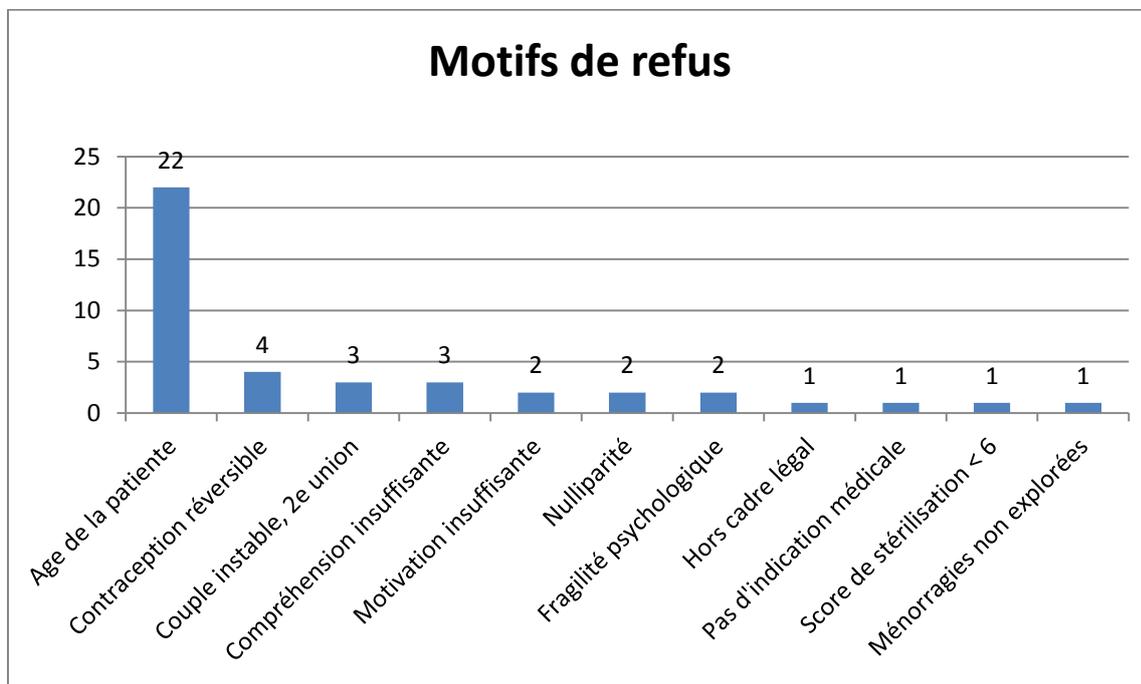


Figure 33 - motifs de refus d'une demande de stérilisation (nombre de citations)

L'âge de la patiente au moment de la demande est le motif le plus fréquemment rapporté (22 praticiens, soit 44,9 % des répondeurs).

2 - 5 - Réticences

Réponses à la question : "Quelles sont vos réticences éventuelles à la réalisation d'une stérilisation tubaire ?"

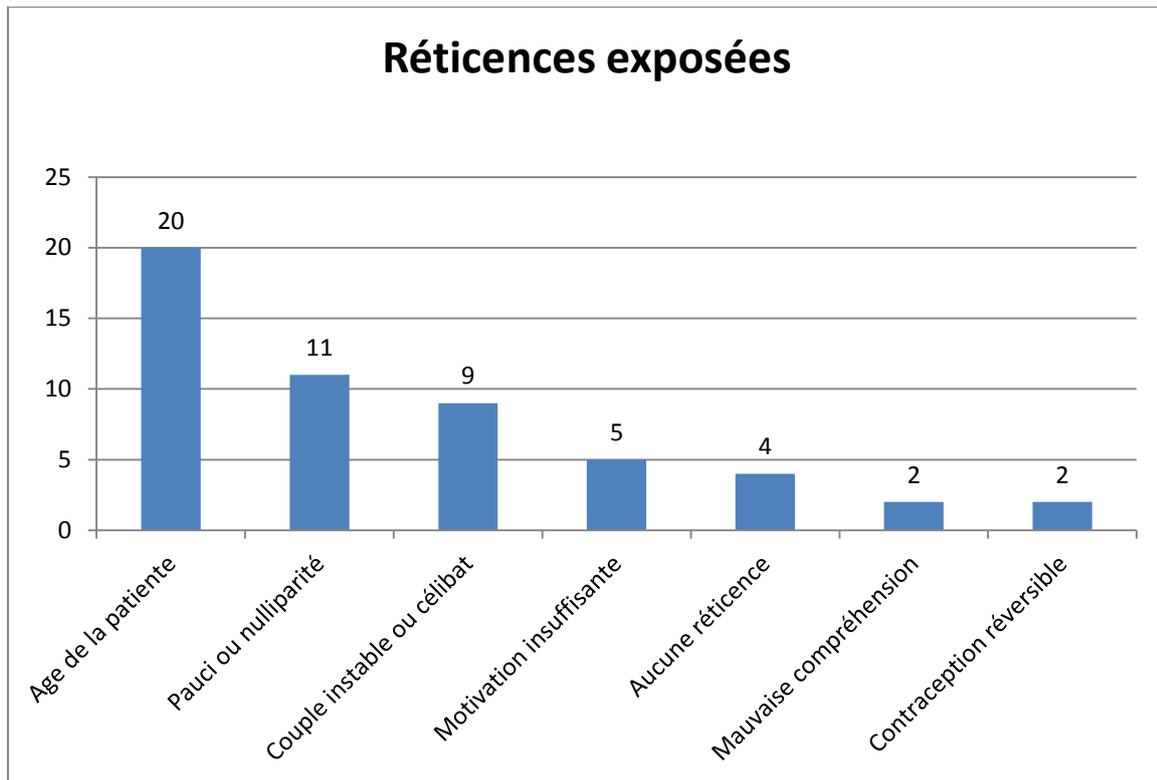


Figure 34 - réticences à la réalisation d'une stérilisation tubaire

La principale réticence rapportée est relative à l'âge de la patiente (20 praticiens), suivie de la parité (11 praticiens) et de l'instabilité du couple (9 praticiens).

2 - 6 - Indications préférentielles

Réponses à la question : "Dans quelles indications privilégiez-vous l'abord laparoscopique ?"

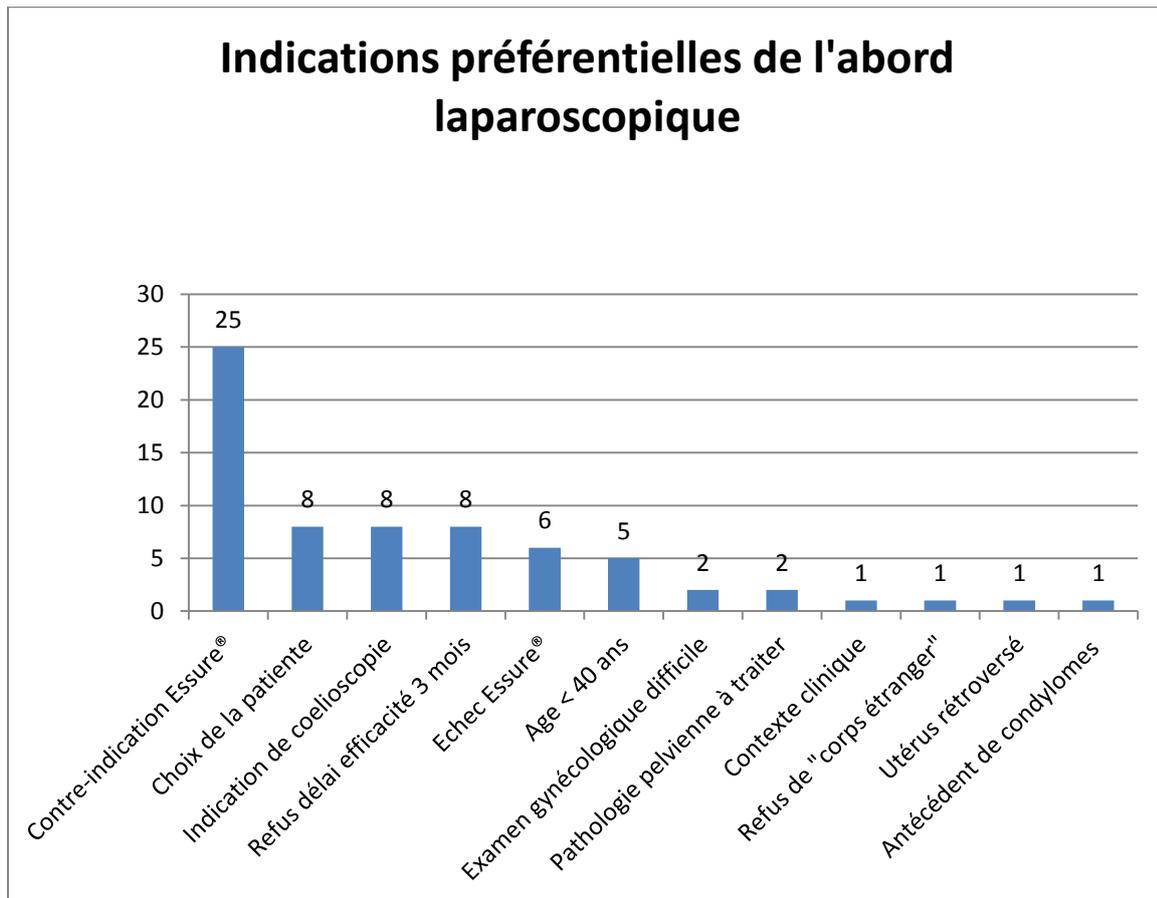


Figure 35 - Indications de l'abord laparoscopique

La contre-indication au système Essure® est la première raison du choix d'un abord laparoscopique sous anesthésie générale.

Réponses à la question : "Dans quelles indications privilégiez-vous l'abord hystéroscopique (dispositif intra-tubaire Essure®) hors contre-indication à l'anesthésie générale ?"

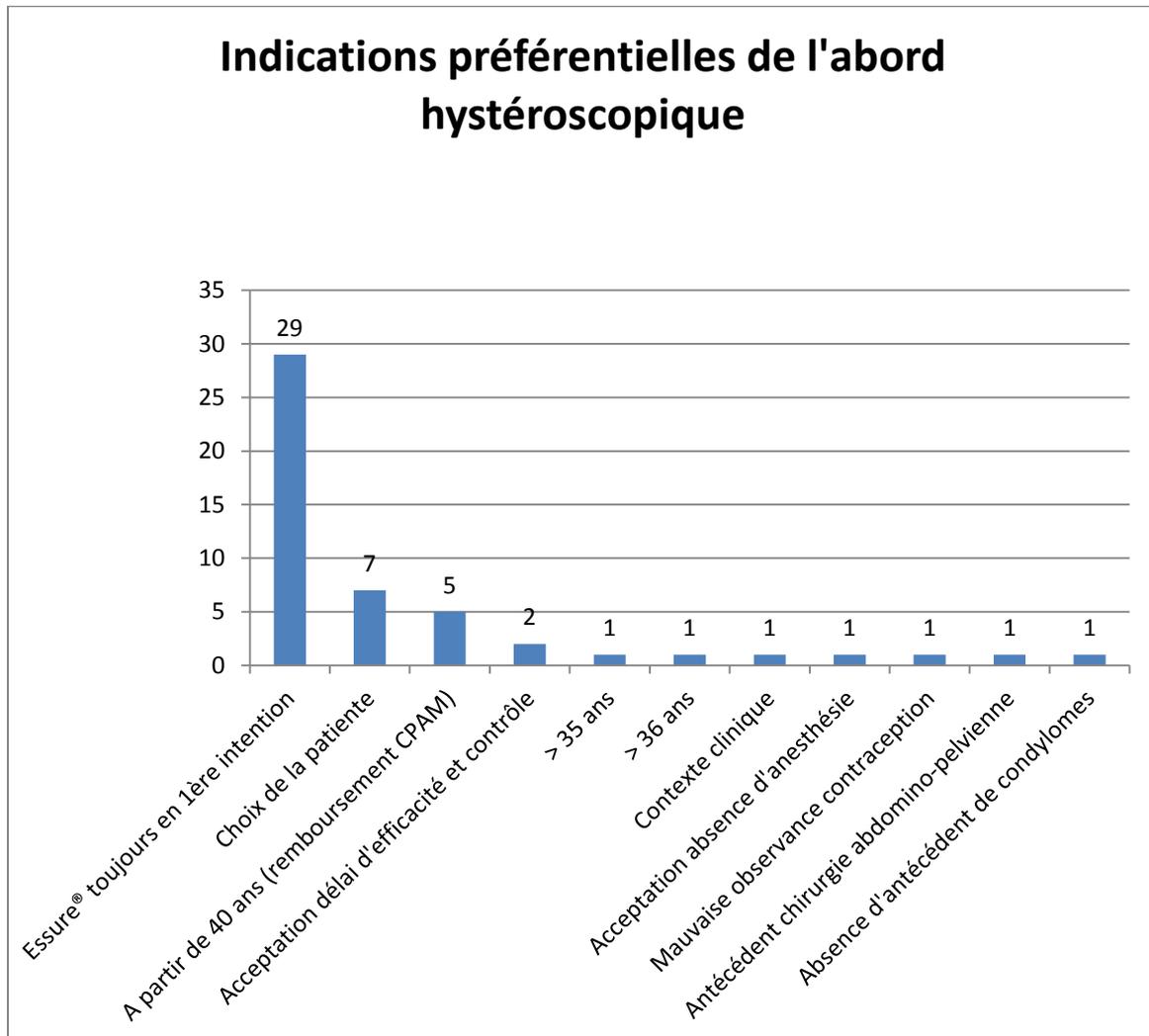


Figure 36 - Indications de l'abord hystéroscopique

L'abord hystéroscopique avec le système Essure® est choisi en première intention par 29 praticiens sur 49 (soit 59,2% des praticiens).

2 - 7 - Vasectomie

Réponses à la question : "**Proposez-vous la stérilisation masculine (vasectomie) lors de la première consultation d'information d'une demande de contraception définitive?**"

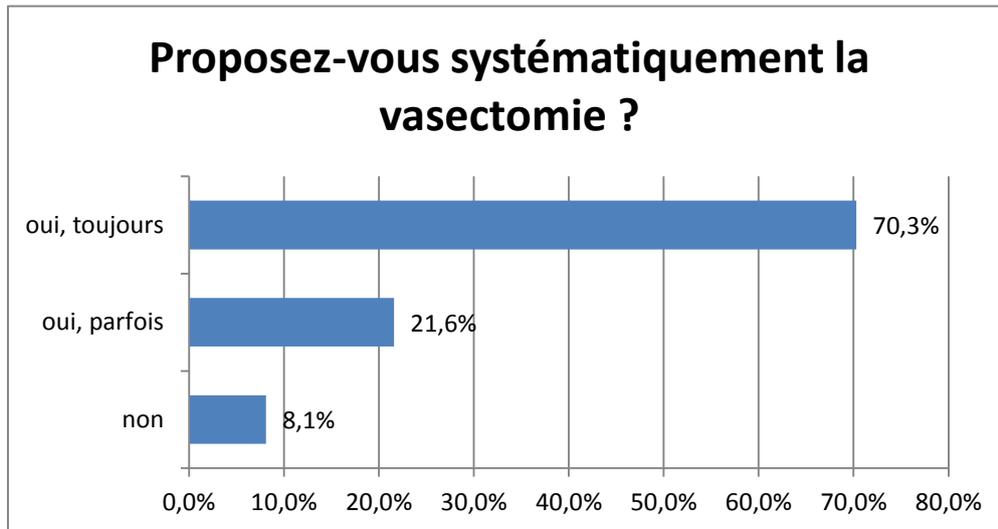


Figure 37 - proposition de la vasectomie lors de la première consultation d'information

70,3% des praticiens proposent systématiquement la vasectomie lors de la première consultation d'information (IC à 95% : 53,0% - 84,1%). 21,6% la proposent parfois (IC à 95% : 9,8% - 38,2%), 8,1% ne la proposent jamais (IC à 95% : 1,7% - 21,9%).

2 - 8 - Commentaires généraux rapportés par les praticiens

- ne pas oublier la ligature par pose de clips tubaires par voie vaginale sous anesthésie générale courte qui n'a pratiquement pas de contre-indications
- Essure® = pas d'anesthésie
- 4 annulations de demande de stérilisation en 2011 après le délai légal de réflexion de 4 mois
- la loi, c'est le respect des décisions des patientes, après explication loyale

- pour Essure®, j'ai eu un cas récent d'expulsion 3 ans après la pose. Les explications doivent être complètes
- je suis frappé par le nombre de patientes changeant d'avis après une information exhaustive
- je n'utilise pas le score de stérilisation, j'essaie toujours de maintenir une contraception en cherchant à convaincre la patiente
- le tableau de score de stérilisation sans indication médicale majeure est caduque d'une précédente génération

3 - DISCUSSION

3 - 1 - Méthodologie et biais de l'étude

3 - 1 - 1 - La population étudiée

La population étudiée (gynécologues obstétriciens pratiquant la stérilisation féminine), extraite de la population de tous les gynécologues obstétriciens du département, représente 49 praticiens, soit un effectif faible pour permettre une analyse quantitative des éléments de décision. Cependant, le taux de réponses (75,5%) élevé pour ce type d'étude permet de penser que le biais de sélection est limité. Compte tenu du caractère anonyme des réponses, nous n'avons pas la possibilité d'évaluer la comparabilité des non répondants.

Nous avons volontairement restreint la zone étudiée au département de Loire-Atlantique afin d'obtenir un meilleur taux de réponses permettant une bonne représentativité de l'échantillon étudié dans la zone de rayonnement du CHU de Nantes. Nous ne disposons pas de données concernant les pratiques des gynécologues des autres départements et donc la représentativité de notre échantillon ne peut être extrapolée à l'extérieur du département.

La sélection des praticiens a été réalisée par appel individuel du secrétariat de tous les gynécologues obstétriciens de Loire-Atlantique. Cette sélection est donc basée sur les déclarations du secrétariat, ce qui peut constituer un biais de sélection en cas d'information erronée.

L'objectif de ce travail étant la description des facteurs décisionnels des chirurgiens finalement décideurs de la recevabilité d'une demande de stérilisation, il est apparu pertinent d'interroger les chirurgiens eux-mêmes pour recueillir ces critères déclarés. Interroger les médecins généralistes sur leurs opinions en la matière aurait été moins contributif dans une perspective d'aide à la prise en charge d'une demande de contraception définitive.

3 - 1 - 2 - Le questionnaire

Le numéro d'anonymat apposé sur la première page du questionnaire a posé problème pour au moins deux praticiens : l'un d'entre eux m'a contactée par mail en me précisant son refus de répondre au questionnaire si ce numéro permettait une quelconque identification. Un autre praticien a répondu au questionnaire, en rendant ce numéro illisible. Cet élément peut donc expliquer une part de non-réponses. Le courrier accompagnant le questionnaire précisait que toutes les réponses seraient anonymisées.

Partie 1 : données socio-démographiques du praticien

L'item "année d'installation" figurant dans la première partie du questionnaire (données socio-démographiques du praticien) s'est révélé inutile. L'âge du praticien (étroitement corrélé à l'année d'installation) s'est avéré plus pertinent lors de l'analyse des données.

Concernant la voie d'abord préférentielle, il aurait pu être ajouté la voie vaginale, très utilisée par un praticien, et qui semblait plutôt confidentielle à la lecture des articles préalable à l'élaboration du questionnaire, mais qui ne l'est peut-être finalement pas plus que l'intervention réalisée en fin de césarienne.

Partie 2 : Critères décisionnels et cas particuliers

Le critère "âge du dernier enfant" a fait l'objet de réponses hétérogènes et aurait dû comporter un critère d'âge intermédiaire (< 5 ans).

Il manque le critère "stabilité du couple" qui représente un élément décisionnel important. Cet item nous semblait trop subjectif et difficile à estimer par le praticien (car basé sur les déclarations de la patiente), mais c'est un critère important à prendre en compte.

L'item "difficulté de contraception" aurait pu être gradué en majeur/mineur/inopérant au même titre que les autres critères, plutôt que oui/non.

Concernant une possibilité d'intervention en post-partum, une question ouverte laissant la possibilité de préciser les conditions d'une acceptation dans ce contexte aurait été judicieuse.

- sur la forme : les 4 questions ouvertes associées aux nombreux espaces pour les commentaires compliquent l'analyse des réponses, mais permettent au praticien d'expliquer sa démarche décisionnelle avec plus de précision qu'avec des questions fermées. Nous avons choisi de retranscrire les commentaires tels qu'ils nous ont été rapportés afin de rester le plus possible fidèle aux réponses.

3 - 1 - 3 - L'enquête

Il s'agit d'une étude descriptive, non interventionnelle, basée sur les déclarations des praticiens interrogés. Les réponses ainsi recueillies sont donc subjectives car observées à travers le prisme des praticiens répondants. On a donc un biais de déclaration.

Pour l'analyse des données, nous n'avons volontairement pas pondéré les réponses en fonction de l'importance de l'activité de stérilisation, car nous considérons que l'avis de chaque praticien est tout aussi important, qu'il pratique un nombre de stérilisations important ou non. Les praticiens les moins expérimentés peuvent progressivement augmenter leur activité et la connaissance de leurs critères décisionnels donne une perspective de leur activité future, même si celle-ci est amenée à évoluer.

Les associations de variables étaient limitées par le faible effectif de l'échantillon (corrélations des critères entre eux). La rentabilité de l'analyse des données selon l'âge du praticien était nulle, compte tenu également du faible effectif de la population étudiée. L'analyse des données en fonction du sexe du praticien a également été très limitée pour les mêmes raisons.

3 - 2 - Discussion des résultats

3 - 2 - 1 - Synthèse des principaux résultats

Concernant les critères décisionnels des praticiens répondeurs (objectif principal) :

critère	OUI	NON
Age minimum de la patiente	59,5%	40,5%
Nombre d'enfants minimal	47,2%	52,8%
Age minimum du dernier enfant	25,0%	75,0%
Nombre de césariennes	18,9%	81,1%
Difficulté de contraception	91,7%	8,3%
Score de stérilisation	43,2%	56,8%

Tableau 7 - critères avec réponses OUI/NON

Les praticiens citent majoritairement deux critères décisionnels : l'**âge minimum de la patiente**, et la **difficulté de contraception**.

L'âge de la patiente au moment de la demande apparaît comme un élément majeur lors de la prise de décision. Parmi les praticiens qui demandent un âge minimum de la patiente, l'âge de **35 ans** est le plus fréquemment rapporté, suivi de 38 ans, puis 40 ans. Les praticiens répondeurs précisent cependant dans leurs commentaires que le seuil d'âge est à moduler en fonction du contexte clinique.

Age minimum de la patiente demandé	Nombre de praticiens (%)
35 ans	7 (18,9%)
38 ans	6(16,2%)
40 ans	5 (13,5%)
36 ans	2 (5,4%)
30 ans	1 (2,7%)
37 ans	1 (2,7%)

Tableau 8 - Age minimum de la patiente au moment de la demande de stérilisation

Cependant, 78,4% de l'ensemble des praticiens répondants acceptent de pratiquer une stérilisation chez une patiente de moins de 35 ans indépendamment de la parité, sous condition : essentiellement pour motif médical ou obstétrical, ou en cas d'impossibilité ou d'échec des autres méthodes contraceptives. Il ne s'agit donc pas d'une exigence absolue, et la décision tient compte du contexte clinique.

Dans notre étude, il existe une différence significative sur le seul critère d'âge selon le sexe du praticien : 83,3% des femmes demandent un âge minimum de la patiente contre 48% des hommes. Cette différence est à relativiser en raison du faible effectif. Je n'ai retrouvé aucune donnée de la littérature relative à ce type d'analyse.

Le critère de **parité** est rapporté par une minorité de praticiens mais concerne tout de même un pourcentage non négligeable de réponses (47,2%). Si la nulliparité n'est pas un frein à la stérilisation pour 52,8% des praticiens répondants, 27,8% des répondants souhaitent que la patiente ait 2 enfants, 13,9% qu'elle ait 1 enfant, et 5,6% au moins 3 enfants.

Le croisement des critères "âge de la patiente" et "parité" montre une corrélation entre ces deux critères :

- les praticiens qui sont plus exigeants sur le critère d'âge minimum de la patiente le sont aussi sur le critère de parité : parmi ceux qui demandent un âge minimum de la patiente, 63% demandent au moins 1 enfant.
- ceux qui sont moins exigeants sur le critère d'âge minimum sont aussi moins exigeants sur le critère de parité : parmi ceux qui ne demandent pas un âge minimum, 78,6% demandent pas au moins 1 enfant.

L'âge du dernier enfant est peu important pour les trois quarts des praticiens.

Le critère "**nombre de césariennes**" n'est pas un critère décisionnel pour 81,1% des praticiens. Aujourd'hui, il est admis qu'un antécédent de 3 césariennes n'est plus un obstacle à une nouvelle grossesse (hors cas particuliers).

La **difficulté de contraception** est un critère décisionnel rapporté par 91,7% des praticiens. Les commentaires laissent apparaître que la stérilisation est une alternative en cas d'intolérance ou de contre-indication à une méthode réversible. L'antécédent d'IVG fait partie des critères gradués en majeur/mineur/inopérant.

Le **score de stérilisation sans indication médicale majeure (score SIMM)** est utilisé par une minorité de praticiens (43,2%). L'intervention est déconseillée en cas de score inférieur à 6.

Les autres critères étaient gradués en critère majeur/mineur/inopérant.

critère	majeur	mineur	inopérant
motivation de la patiente	94,0%	2,8%	2,8%
degré de compréhension	91,7%	5,6%	2,8%
antécédent de grossesse pathologique	27,8%	44,4%	27,8%
antécédent d'IVG	21,6%	45,9%	32,4%

Tableau 9 - critères gradués en MAJEUR/MINEUR/INOPERANT

Deux critères majeurs se dégagent : **motivation et degré de compréhension** de la patiente. On peut considérer les réponses "mineur" et "inopérant" à ces deux items comme non valides, la motivation et la compréhension de la patiente étant bien évidemment fondamentaux lors d'une demande de contraception définitive. On peut donc supposer que les praticiens ayant formulé ces réponses ont répondu de façon rapide et qu'il ne faut pas en tirer de conclusion particulière.

Deux critères mineurs se dégagent : **antécédent de grossesse pathologique et antécédent d'IVG.**

Pour la majorité des praticiens, un **antécédent de grossesse pathologique** représente un facteur décisionnel (mineur ou majeur) pour accéder à une demande de stérilisation. L'étude des commentaires montre que le contexte clinique, et en particulier les contre-indications médicales ou obstétricales sont bien évidemment appréciés au cas par cas par le praticien lors de la demande initiale, et les indications médicales de stérilisation ne prêtent à aucune discussion.

L'antécédent d'IVG représente un critère mineur ou majeur pour les deux tiers des praticiens répondants. C'est donc un élément décisionnel qui a un impact dans le processus décisionnel.

59,5% des praticiens sont susceptibles d'accepter de pratiquer une **intervention en post-partum**, sous condition.

Concernant la place de la technique hystéroscopique (technique Essure®) (objectif secondaire de l'étude) :

La technique Essure® est utilisée en première intention par une large majorité de praticiens (hors contre-indication).

La voie laparoscopique est réservée aux patientes présentant une contre-indication au système Essure®, qui ont une indication de coelioscopie pour une autre raison que la stérilisation, qui souhaitent une anesthésie ou qui refusent le délai d'efficacité de 3 mois du système Essure®.

La vasectomie est systématiquement proposée par 70% des praticiens lors de la première consultation d'information.

3 - 2 - 2 - Les facteurs prédictifs de regret

La majorité des praticiens (59,5%) demande un âge minimum de la patiente pour accéder à une demande de stérilisation tubaire, mais de façon non stricte, et adaptée au contexte clinique.

Toutes les études ayant étudié le risque de regret sont concordantes sur le point suivant : plus l'intervention de stérilisation est pratiquée à un âge jeune, plus le risque de regret est important. Le seuil d'âge exposant au regret est variable selon les études.

Les motifs d'une demande de reperméabilisation les plus fréquemment relevés dans la littérature ont lieu lors de la survenue d'un changement important dans la vie des patientes : essentiellement changement de conjoint, ou perte d'un enfant.

En 2005, l'OMS a émis un rapport concernant les critères de recevabilité pour l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles (57). Ce rapport recommande une vigilance particulière pour les demandes de stérilisation émanant de femmes jeunes ou nullipares, le jeune âge étant un facteur prédictif majeur de regret mis en évidence dans de nombreuses études.

Le taux de regret après stérilisation varie dans la littérature. Une étude cas-témoin réalisée au Brésil (pays ayant un des taux de stérilisation chirurgicale les plus élevés au monde) a montré que les femmes âgées de moins de 25 ans au moment de la stérilisation étaient 18 fois plus susceptibles d'entamer une démarche pour une grossesse, et que les femmes âgées de 25 à 29 ans étaient 5 fois plus susceptibles d'entamer la même démarche, par rapport aux femmes âgées de 30 ans ou plus au moment de l'intervention (58).

Une étude prospective belge réalisée en 2000 (59) auprès de 100 femmes initiant une démarche de reperméabilisation met en évidence plusieurs facteurs circonstanciels de regret :

- **l'âge de la patiente** au moment de la stérilisation : dans cette étude, 56% des patientes avaient moins de 30 ans lors de l'intervention (19% étaient âgées de moins de 25 ans). Dans notre enquête, le seuil de 30 ans n'est cité que par un praticien

(2,7%), la majorité d'entre eux ayant cité par ordre décroissant de fréquence 35 ans, puis 38 ans, puis 40 ans.

- **la parité** : dans cette étude, la majorité des patientes demandeuses d'une reperméabilisation avaient au moins 3 enfants, et aucune nullipare ne figurait parmi les patientes demandeuses. Ce facteur ne semble pas déterminant dans la démarche de regret mais toutes les études ne sont pas concordantes sur ce point. On note un certain paradoxe dans les réponses des praticiens lors de notre enquête. Si la majorité des praticiens (52,8%) est susceptible de pratiquer une stérilisation chez une nullipare, la nulliparité apparaît en deuxième position après l'âge de la patiente à l'exposé des réticences à pratiquer ce type d'intervention. Ceci peut s'expliquer par le fait que les praticiens ayant exprimé cette réticence sont ceux qui souhaitent une parité minimale de la patiente pour accepter de pratiquer l'intervention.

- **la stabilité du couple** : 19% des patientes ont pris leur décision de stérilisation dans un contexte de mésentente conjugale. Ce résultat est reproductible dans d'autres études, confirmant l'importance de ce facteur.

- **le moment de la stérilisation** : le post-partum et le post-abortum immédiats sont des périodes de fragilité psychologique exposant au risque de regret (53% des cas). De plus, sur un plan technique, il a été prouvé que le taux d'échec était plus important, et les risques infectieux et hémorragiques accrus.

Dans cette étude belge, le délai moyen entre l'intervention stérilisante et la démarche en vue d'une nouvelle grossesse est en moyenne de 6,1 ans avec une grande variabilité (de 3 mois à 16 ans), 20% des démarches intervenant plus de 10 ans après l'intervention (donc à un âge relativement tardif). 74% des demandes sont faites dans un contexte de changement de statut marital.

En 2005, une revue systématique de la littérature a comparé les données issues d'études réalisées entre 1966 et 2005 (60). Ce travail a montré que les femmes âgées de moins de 30 ans au moment de l'intervention stérilisante avaient deux fois plus de risques de regret que les femmes de plus de 30 ans, et elles étaient 3,5 à 18 fois plus nombreuses à entamer une démarche de reperméabilisation. Aucun des travaux étudiés n'a identifié de seuil d'âge à partir duquel le risque de regret se

stabilise. Il faut cependant noter que chaque étude a sa propre définition du regret (question directe posée à la patiente via un questionnaire, regret plus ou moins exprimé, démarche entreprise pour une nouvelle grossesse).

L'âge de la patiente est donc un facteur majeur déterminant d'un regret ultérieur. Parmi les femmes concernées, seule une minorité entreprendra des démarches pour tenter une reperméabilisation chirurgicale ou une FIV, le plus souvent à l'occasion d'un changement de partenaire.

Cette étude illustre également les circonstances d'une telle démarche :

- changement de partenaire pour 74% des patientes (la littérature retrouve des taux allant de 63 à 90%),
- mauvais vécu psychologique avec sentiment de perte de féminité (7%),
- perte d'un enfant (4%).

Les résultats de cette étude sont concordants avec d'autres travaux réalisés à grande échelle aux États-Unis : l'étude Wilcox prospective multicentrique portant sur 5817 patientes met en évidence deux fois plus de regrets chez les patientes stérilisées avant l'âge de 30 ans (4,3% chez les patientes de moins de 30 ans contre 2,4% chez les patientes de 30-34 ans) (61). Même constatation dans l'étude américaine de Rosenfeld et al, au recrutement comparable à l'étude belge, qui retrouve 76,8% de femmes stérilisées avant l'âge de 30 ans parmi les 21,9% de patientes regrettant leur intervention (62).

Ces données se retrouvent également dans l'étude CREST, vaste étude prospective multicentrique réalisée chez plus de 11000 femmes stérilisées entre 1978 et 1987. Ce travail a mis en évidence la probabilité cumulative de regret à 14 ans de l'intervention : de 20,3% chez les femmes âgées de 30 ans ou moins au moment de l'intervention, cette probabilité passe à 5,9% chez les femmes de plus de 30 ans au moment de la stérilisation. Cette étude a également montré que les femmes de 30 ans ou moins au moment de la stérilisation étaient plus susceptibles d'exprimer ce regret que les autres (risque relatif : 1,9 - IC à 95% : 1,6 - 2,3) (63).

L'antécédent d'IVG représente un critère mineur ou majeur pour les deux tiers des praticiens répondants. L'IVG reflète les difficultés à gérer la contraception pour certaines femmes. L'enquête de la DREES réalisée en 2007 a montré que la majorité des femmes ayant interrompu leur grossesse étaient sous contraceptif lorsqu'elles se sont retrouvées enceintes, le plus souvent dans un contexte d'oubli de pilule (64). Ceci est d'autant plus vrai que la femme est jeune. Les femmes de plus de 40 ans se déclarent plus fréquemment sans contraception au moment de l'interruption de grossesse, car elles ne se "sentent plus à risque d'être enceintes" du fait de la diminution théorique de la fertilité à cet âge. D'où le "pic" de fréquence des IVG autour de 45 ans.

Ainsi, les difficultés de gestion de la contraception (oubli de pilule, intolérance à la contraception hormonale ou au dispositif intra-utérin) chez une femme n'ayant plus de désir de maternité sont un argument supplémentaire pour accéder à une demande de stérilisation. Chez la femme de 35-40 ans ne souhaitant plus d'enfant, la stérilisation apparaît comme une solution contraceptive non contraignante.

Le score de stérilisation sans indication médicale majeure (score SIMM) est utilisé par 43,2 % des praticiens. Ce score d'aide à la décision a été publié par l'équipe nantaise en 1983. D'autres équipes (notamment l'équipe lilloise) utilisent ce score dans une version modifiée (score de Lerat modifié) comme outil d'aide à la décision (8). Ce score modifié reprend les éléments du score nantais (âge, parité, IVG) ainsi que les antécédents et échecs de contraception de façon plus détaillée.

3 - 2 - 3 - La place de la technique hystéroscopique

Une revue de la littérature américaine publiée en 2000 (31) a montré que la stérilisation tubaire était globalement efficace et sécuritaire à long terme.

La méthode Essure® a largement supplanté la stérilisation tubaire par voie coeliocopique ou laparoscopique en France. Actuellement, la France est le premier pays au monde où la technique Essure® devance la ligature chirurgicale, et se situe

actuellement en deuxième position après les États-Unis en nombre absolu de pose d'implants Essure®.

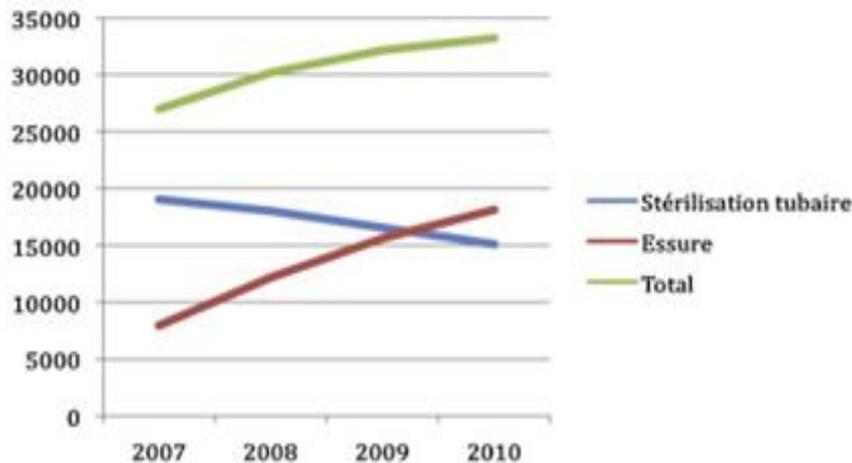


Fig 38 - Nombre annuel de stérilisations féminines (ligatures tubaires et Essure®) d'après la base de données PMSI.

Dans notre étude, la majorité des praticiens répondants a préférentiellement recours à cette technique, souvent après 40 ans en raison de la limitation de la prise en charge de l'acte médical de pose par l'Assurance Maladie jusqu'en novembre 2012. Ceci devrait maintenant évoluer avec la suppression du critère d'âge pour le remboursement intégral par l'Assurance Maladie, permettant ainsi aux femmes de choisir librement la méthode contraceptive qui leur convient le mieux. Le taux de succès, la simplicité du geste opératoire, l'absence d'anesthésie et le caractère ambulatoire en font maintenant une technique de référence en matière de stérilisation féminine. Les patientes elles-mêmes plébiscitent cette technique. L'étude française ESTHIME réalisée en 2007 a étudié le vécu de plus de 1000 patientes stérilisées avec le système Essure®. La tolérance de la procédure opératoire est jugée très bonne à acceptable dans 84% des cas, et cette tolérance est étroitement corrélée à l'expérience du chirurgien (40).

Le choix de la technique repose sur les habitudes du praticien, mais également sur le potentiel de réversibilité de la méthode. Cette notion n'apparaît pas dans les réponses des praticiens. Si la stérilisation doit être présentée comme irréversible lors

de la demande initiale de la patiente, il existe malgré tout des techniques de restauration de la fertilité (chirurgicales ou FIV), dont le taux de succès est très faible.

Le recours à la stérilisation par la méthode Essure® rend impossible une reperméabilisation chirurgicale. Le seul moyen de permettre une grossesse après Essure® est le recours à la procréation médicalement assistée (fécondation in vitro). Le taux de succès de cette technique est très aléatoire, d'autant plus que la patiente est âgée, du fait de la diminution de la réserve ovarienne. On sait que l'âge de la patiente est le facteur limitant majeur de la fertilité. Il faut également prendre en compte les risques de l'hyperstimulation ovarienne et le risque de grossesse multiple chez une patiente le plus souvent âgée de plus de 35 ans.

Cette démarche pose aussi la question de la prise en charge de la procréation médicalement assistée par l'Assurance Maladie dans ce cadre. La société doit-elle prendre à sa charge le recours à cette technique dans un contexte de regret après une intervention stérilisante volontaire ?

Il faut souligner que le coût d'une reperméabilisation chirurgicale est nettement moindre par rapport à la fécondation in vitro.

CONCLUSION

L'âge de la patiente au moment de la demande de stérilisation a été identifié dans la littérature internationale comme étant le facteur prédictif essentiel de regret ultérieur. Cet élément décisionnel ressort très clairement dans notre enquête, suivi de la parité. Majoritairement, un âge minimum de 35 ans au moment de la demande de contraception définitive est requis par les praticiens répondants sans condition de parité minimale. Il s'agit cependant un critère non strict, l'indication de stérilisation faisant l'objet d'une évaluation individuelle en fonction du contexte clinico-obstétrical et des difficultés inhérentes à la contraception.

La pose de micro-implants par voie hystéroscopique est très largement privilégiée par les chirurgiens en raison de sa simplicité et des modalités ambulatoires de sa réalisation. Cependant, la simplicité du geste opératoire ne doit pas faire perdre de vue les répercussions psychologiques et émotionnelles liées au caractère spécifiquement irréversible de la technique. La Haute Autorité de Santé souligne l'importance de la discussion entre la patiente et le chirurgien avant toute décision opératoire, et le caractère définitif de la méthode doit être parfaitement compris par la patiente. La connaissance par le médecin généraliste des déterminants du regret après une intervention stérilisante peut permettre une meilleure information des patientes, et la réflexion de la patiente peut ainsi se faire bien en amont de la consultation spécialisée avec le médecin généraliste dans le cadre du suivi gynécologique.

La norme contraceptive actuelle doit pouvoir évoluer avec les modifications sociétales et intégrer des modalités en accord avec les exigences des femmes modernes. Symbole de la libération de la femme dans les années soixante, la pilule est perçue aujourd'hui comme un méthode contraignante qui pose des problèmes d'observance, et d'ailleurs son utilisation est actuellement en recul. Quelle que soit la méthode contraceptive, celle-ci doit être choisie par la femme en fonction de ses critères personnels et de son mode de vie et non par le clinicien, le niveau d'adhésion de la patiente à la méthode conditionnant l'efficacité pratique de celle-ci.

La contraception définitive est une méthode contraceptive reconnue depuis la loi du 4 juillet 2001, et recommandée par l'IGAS dans son rapport de synthèse de 2009. Le

développement de techniques ambulatoires associé à un remboursement sans limitation d'âge pour la patiente va probablement permettre une utilisation plus large de cette modalité contraceptive, qui est sous-utilisée en France. Le praticien, qu'il soit généraliste ou gynécologue, doit pouvoir intégrer la stérilisation (féminine ou masculine) dans l'éventail de choix contraceptif.

Cependant il faut prendre garde au risque de dérive lié à une trop grande facilitation de l'acte de stérilisation. Dans un article publié en 2004, l'équipe lilloise met en garde contre les risques d'une interprétation de la loi de 2001 qui laisserait à penser que la stérilisation serait devenue "un droit des femmes" qui pourraient revendiquer le recours à la stérilisation "à la demande" (65). Cet article conclut que "la stérilisation tubaire à visée contraceptive ne peut pas être assimilée à un droit, mais à un moyen de contraception" à intégrer à l'arsenal thérapeutique. Ce qui est certain, c'est qu'il faut savoir résister à une demande inconsidérée et ne pas accéder à une demande de stérilisation d'une femme "parce qu'elle y a droit". Il en va de la responsabilité du médecin comme de la patiente. A l'inverse, les représentations et critères propres du médecin généraliste sont susceptibles d'influencer la prise en charge des patientes demandeuses de contraception définitive et constituer un "filtrage" vers une consultation spécialisée.

Au-delà d'une écoute attentive, il faut chercher à comprendre les fondements de la motivation d'une patiente demandeuse de contraception définitive afin de la guider dans son choix, ce qui passe par une relation médecin-patient de qualité. Et c'est là que le médecin généraliste a un rôle fondamental à jour, de par sa connaissance du contexte psycho-socio-familial et de sa relation privilégiée avec ses patientes. D'où l'importance d'une formation de qualité pour les professionnels de santé prenant en charge les problématiques de choix contraceptif.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Rapport du groupe de travail n° 2 [Internet]. 2011 janv. Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf
2. Pison G. France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? Population et sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Études Démographiques. mars 2009;(454):1-4.
3. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse [Internet]. 2011 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_Contraception_21-10-11_VFF_2x.pdf
4. Grimes DA. Forgettable contraception. Contraception. déc 2009;80(6):497-499.
5. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) [Internet]. 2005 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
6. Inserm-Ined Unité 822. Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004) [Internet]. 2008 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.profa.ch/cms/documents/PF-synthesecocon2008.pdf>
7. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) n° 492 [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf1_publici_pdf1_publici_pdf2_pesa492frok.pdf
8. Picod G, Coulon C, Lambaudie E. Stérilisation tubaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 738-A-20. 2007;
9. Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive [Internet]. 1996 avr. Report No.: 50. Disponible sur : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis050.pdf>
10. Présidence de la République. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. Journal Officiel, n° 156 du 7 juillet 2001, p. 10823. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FBF97974B88A449B0C48DDFECD90C7F8.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id
11. Melville C, Bigrigg A. Male and female sterilization. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. déc 2008;18(12):330-334.

12. Brival M-L. Quelle place pour la contraception définitive en 2010 ? Congrès Genesis 2010. Impact médecine. Paris; 2010. p. Tiré à part.
13. Jayaraman S, Mann M. Male and female sterilization. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. avr 2012;22(4):85-91.
14. Chan LM, Westhoff CL. Tubal sterilization trends in the United States. Fertil Steril. juin 2010;94(1):1-6.
15. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et résultats n° 804 [Internet]. 2012 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>
16. Régnier-Loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? Population et sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Études Démographiques (INED). 2007;(439):1-8.
17. Bajos N, Ferrand M, Caroline M. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. Médecine de la Reproduction. Gynecol Endocrinol. 2012;14(1):3-10.
18. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Populations et sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Études Démographiques (INED). déc 2004;(407):1-4.
19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse [Internet]. 2007 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
20. Ferrand M. La contraception en France : une situation paradoxale. « Naître ou ne pas naître : la contraception entre contrôle et liberté ». Le journal des psychologues. juin 2004;(218):34-37.
21. Haute Autorité de Santé. Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence. Note de cadrage [Internet]. 2011 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/note_cadrage_cu_vf.pdf
22. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Human Reprod Update. 27 févr 2009;24(6):1387-1392.
23. Inspection générale des affaires sociales, Aubain C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. 2009 oct. Report No.: RM2009-112P. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf>
24. Westoff CF. Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion. Fam Plann Perspect. févr 1988;20(1):4-13.

25. Humeau Aubin Sandrine. Gynécologie médicale et médecine générale : état des lieux et perspectives d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2010.
26. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2004 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contraception_vvd-2006_2006_10_27_12_57_59_515.pdf
28. Ministère de la santé et des sports. Stérilisation à visée contraceptive. Livret d'information [Internet]. 2009 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99_publications/02_ars/Etudes_statistiques/prev_Promotion_sante/IVG_Sterilisation_visee_contraceptive.pdf
29. Scott A, Glasier A. Evidence based contraceptive choices. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. oct 2006;20(5):665-680.
30. Lopes P, Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. La stérilisation tubaire : indications, techniques, résultats et conséquences. 2006 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_135_lopes.pdf
31. Westhoff C, Davis A. 2000 Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. Fertil. Steril. mai 2000;73(5):913-922.
32. Serfaty D. La stérilisation féminine en France: Qu'en pensent les gynécologues? Résultats de l'enquête Stéri-Gyn [Internet]. [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.impactsante.fr/Medecine/Pratique_medicale/La_sterilisation_feminine_en_France_Qu_en_pensent_les_gynecologues_Resultats_de_l_enquete_Steri-Gyn/30/4106
33. Gervaise A., Fernandez H. Techniques de stérilisation féminine. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales. 2010;(41):532.
34. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Am. J. Obstet. Gynecol. avr 1996;174(4):1161-1168; discussion 1168-1170.
35. Haute Autorité de Santé. Évaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme. Document de synthèse des travaux de l'Anaes [Internet]. 2005 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sterilisation.pdf>
36. Panel P, Jost S, Grosdemouge I, Friederich L, Niro J, Le Tohic A. Contraception permanente par pose hystéroscopique d'implants tubaires. Gynecol Obstet Fertil. juill 2012;40(7-8):434-444.
37. Grosdemouge I, Engrand J-B, Dhainault C, Marchand F, Martigny H, Thevenot J, et al. La pratique française de la pose des implants de stérilisation tubaire Essure®. Gynecol Obstet Fertil. mai 2009;37(5):389-395.

38. Graesslin O, Quéreux C. La stérilisation hystéroscopique par le dispositif Essure : données récentes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2009;38(Hors série 3):F84-F88.
39. Lopes P, Gibon E, Linet T, Philippe HJ. Hysteroscopic tubal sterilization with Essure intratubal devices: a case-control prospective with inert local anesthesia or without anesthesia. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* juin 2008;138(2):199-203.
40. Scarabin C, Dhainaut C. Étude ESTHYPE. Stérilisation selon le procédé Essure® : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective. *Gynecol Obstet Fertil.* nov 2007;35(11):1123-1128.
41. Arjona JE, Miño M, Cerdón J, Povedano B, Pelegrin B, Castelo-Branco C. Satisfaction and tolerance with office hysteroscopic tubal sterilization. *Fertil. Steril.* oct 2008;90(4):1182-1186.
42. Gibon E, Lopès P, Linet T, Martigny H, Orioux C, Philippe H-J. Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique : faisabilité et évaluation à un an. *Gynecol Obstet Fertil.* mars 2006;34(3):202-208.
43. Hurskainen R, Hovi S-L, Gissler M, Grahn R, Kukkonen-Harjula K, Nord-Saari M, et al. Hysteroscopic tubal sterilization: a systematic review of the Essure system. *Fertil Steril.* juin 2010;94(1):16-19.
44. Pachy F, Bardou D, Piovesan P, Jeny R. Intérêt de l'échographie 3D vaginale pour le contrôle du positionnement des dispositifs Essure®. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* juin 2009;38(4):321-327.
45. Haute Autorité de Santé. Avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé du 29 mai 2012 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2012 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf
46. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 31 octobre 2012 relatif aux conditions de prise en charge du dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique Essure de la société Conceptus SAS inscrit au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale [Internet]. *Journal Officiel de la République Française*, AFSU1200237S nov 14, 2012. Disponible sur : http://www.planning-familial.org/sites/internet/files/joe_20121108_0012.pdf
47. Donnadieu AC, Fernandez H. The role of Essure sterilization performed simultaneously with endometrial ablation. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* août 2008;20(4):359-363.
48. Mircea N, Ciaran Goojha, John A. Thiel. Concomitant NovaSure Endometrial Ablation and Essure Tubal Sterilization : a review of 100 cases. *J Obstet Gynaecol Can* 2011. avr 2011;(33(4)):361-66.
49. Maitrot-Mantelet L, Plu-Bureau G. Contraception après 40 ans. Réalités en gynécologie-obstétrique [Internet]. mars 2010 [cité 23 déc 2012];(144). Disponible sur : <http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/144/03.pdf>
50. André G. Contraception à la quarantaine. *Gynecol Obstet Fertil.* août 2002;30(7-8):616-624.
51. Group TECW. Female contraception over 40. *Hum. Reprod. Update.* 11 janv 2009;15(6):599-612.

52. Mansour D. Copper IUD and LNG IUS compared with tubal occlusion. *Contraception*. juin 2007;75(6):S144-S151.
53. Ploteau S, Haudebourg M, Philippe H-J, Lopes P. Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique chez les femmes de plus de quarante ans : quelle motivation pour ces femmes ? *Gynecol Obstet Fertil*. oct 2009;37(10):775-779.
54. Panel P, This P. Stérilisation tubaire : ce qui a changé. *La Lettre du Gynécologue*. févr 2008;(328-329):1-2.
55. Hoffmann P, Racinet C, Bringer S, Desmons F, Ayoubi J-M. Déstérilisation tubaire microchirurgicale : une option efficace. Évaluation d'une série de 42 cas selon le modèle biparamétrique de Guzick. *Gynecol Obstet Fertil*. janv 2010;38(1):6-12.
56. Haute Autorité de Santé. Anastomose tubo-tubaire par coelioscopie ou par laparotomie [Internet]. 2008 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/avis_anastomose_tubo_tubaire.pdf
57. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 4e édition. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation de méthodes contraceptives [Internet]. 2009 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242563887_fre.pdf
58. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. 1996 Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*. sept 1996;54(3):159-162.
59. Nervo P et al. Regrets après stérilisation tubaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2000;(29):485-491.
60. Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception*. févr 2006;73(2):205-210.
61. Wilcox LS, Chu SY, Eaker ED, Zeger SL, Peterson HB. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertil. Steril*. mai 1991;55(5):927-933.
62. Rosenfeld BL, Taskin O, Kafkashli A, Rosenfeld ML, Chuong CJ. Sequelae of postpartum sterilization. *Arch. Gynecol. Obstet*. 1998;261(4):183-187.
63. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. 1999 Poststerilization regret: findings from the United States collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol*. juin 1999;93(6):889-895.
64. Revue française des affaires sociales. L'interruption volontaire de grossesse. La documentation française. 2011.
65. Lambaudie E, Coulon C, Dorémieux J, Subtil D. Doit-on considérer la ligature des trompes à visée contraceptive comme un « droit » ? *Gynecol Obstet Fertil*. nov 2004;32(11):986-988.
66. Haute Autorité de Santé. Système ADIANA. Avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé [Internet]. 2010 [cité 2 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-2248-adiana.pdf>

TABLE DES ANNEXES

<u>Annexe 1</u>	:	Questionnaire et lettre d'accompagnement
<u>Annexe 2</u>	:	Évolution du cadre législatif depuis la loi Neuwirth
<u>Annexe 3</u>	:	Focus sur la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001
<u>Annexe 4</u>	:	Le modèle BERCER de l'OMS
<u>Annexe 5</u>	:	Guide INPES pour les professionnels
<u>Annexe 6</u>	:	Controverse concernant la prise en charge de la pose d'implants Essure® par l'Assurance Maladie

Q4 - Acceptez-vous de réaliser une stérilisation tubaire en post partum ? (cocher la case)

non, jamais

parfois sous condition

ce critère n'intervient pas dans ma décision

Q5 - Chez une femme < 35 ans, quelle que soit sa parité, acceptez-vous de pratiquer une stérilisation tubaire ?

- oui sans condition

- oui sous condition - lesquelles :

- non jamais

Q6 - Avez-vous déjà refusé de pratiquer une stérilisation tubaire à une patiente désireuse de contraception définitive ?

Non *Oui (Si oui, dans quel contexte ?)*

Q7 - Quelles sont vos réticences éventuelles à la réalisation d'une stérilisation tubaire ?

Q8 - Dans quelles indications privilégiez-vous l'abord laparoscopique ?

Q9 - Dans quelles indications privilégiez-vous l'abord hystéroscopique (dispositif intra-tubaire ESSURE®), hors contre-indication à l'anesthésie générale ?

Q10 - Proposez-vous la stérilisation masculine (vasectomie) lors de la 1ère consultation d'information d'une demande de contraception définitive ?

oui, toujours

oui, parfois

non

Q11- Commentaires généraux :

Score	1	2	3	4
Age femme	≤ 35 ans	36 - 37	38 - 39	≥ 40
Nombre d'enfants	2	3	4	≥ 5
Age dernier enfant	≥ 5 ans			
Pathologies mineures, CI relatives à la grossesse	1	2		
Difficultés contraception	1 - 2	3 - 4		
IVG	1	≥ 2		

score de stérilisation sans indication médicale majeure

**EVALUATION DES PRATIQUES DES GYNECO-OBSTETRICIENS DE LOIRE-
ATLANTIQUE EN MATIERE DE STERILISATION TUBAIRE EN 2012**

Thèse de Médecine Générale

Chère consoeur, cher confrère,

Le projet qui vous est proposé a pour objectif d'établir un état des lieux des pratiques des gynécologues-obstétriciens de notre département en matière de stérilisation tubaire, afin d'en préciser les indications, mal définies par le cadre juridique de la loi du 4 juillet 2001.

Il s'agit d'une étude descriptive, non interventionnelle (questionnaire anonymisé) qui vise à identifier les déterminants de la décision des praticiens et à préciser les indications de la stérilisation tubaire.

Ce travail s'inscrit dans la perspective d'optimiser la prise en charge des patientes demandeuses de contraception définitive en cabinet de médecine générale en les informant des critères d'acceptabilité, voire de proposer à bon escient le système ESSURE® dans l'éventail de choix de méthodes contraceptives.

Je me tiens à votre disposition pour toute information supplémentaire et ne manquerai pas de vous tenir informé(e) des résultats de cette étude.

En vous remerciant de votre participation, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.

Catherine LE ROHELLEC, Interne en médecine générale

ANNEXE 2

Évolution du cadre législatif depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967

- Loi du 28 décembre 1967 : La loi Neuwirth légalise la contraception et supprime les dispositions législatives antérieures (la loi du 31 juillet 1920 considérait l'IVG comme un crime, et la contraception comme un délit).
- Loi du 4 décembre 1974 : Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sont autorisés à délivrer des contraceptifs aux mineures sans autorisation parentale, de façon anonyme et gratuite. La contraception médicalement prescrite est remboursée par la Sécurité Sociale.
- Loi Veil du 17 juillet 1975 confirmée par la loi du 31 décembre 1979 dépénalise l'IVG qui sera ensuite remboursée par l'Assurance Maladie grâce à la loi du 31 décembre 1982.
- Loi du 13 décembre 2000 : La contraception d'urgence peut être délivrée aux mineures sans autorisation parentale, y compris dans les collèges et lycées par une infirmière scolaire en cas d'urgence et de détresse caractérisée.
- Loi du 4 juillet 2001 : Cette loi modernise les dispositions légales de 1967 et de 1975, et assouplit les modalités d'accès à la contraception pour les mineures. La prescription, la délivrance et l'administration de contraceptifs aux mineures n'est plus soumise au titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal. Le deuxième volet de cette loi instaure des séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires ainsi que dans les structures accueillant des personnes handicapées. La loi du 4 juillet 2001 autorise également la stérilisation à visée contraceptive après bien des débats sur l'inviolabilité du corps humain.
- Loi du 9 août 2004 : Cette loi met l'accent sur la prévention des grossesses non désirées, l'accès à l'IVG et sa prise en charge dans de bonnes conditions. Les sages-femmes sont habilitées à délivrer une contraception hormonale dans un contexte de suites de couches ou d'IVG (prescription limitée).

- Loi de financement de la Sécurité Sociale (2008) étend la pratique de l'IVG médicamenteuse aux centres de Protection Maternelle et Infantile et dans les centres de santé.

- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) élargit encore les compétences des sages-femmes et implique les pharmaciens et les infirmières en matière de contraception.

Les sages-femmes peuvent désormais prescrire toute contraception sans restriction (sauf situations pathologiques) (Art. L. 4151-1 et Art. L. 5134-1).

Les infirmières sont autorisées à renouveler une prescription (ordonnance datant de moins d'un an) pour une durée de 6 mois au maximum. (Art. L. 4311-1).

Les pharmaciens sont autorisés à délivrer une contraception orale pour une durée supplémentaire de 6 mois au maximum (ordonnance périmée datant de moins d'un an) (Art. L. 5125-23-1). Avant la loi HPST, une délivrance à titre exceptionnel d'une seule boîte par le pharmacien était autorisée, avec obligation d'en informer le médecin.

La loi instaure une consultation annuelle de prévention gratuite (pas d'avance de frais) pour les jeunes à partir de 16 ans et jusqu'à 25 ans chez le médecin généraliste (Art. 55 de la loi HPST et art L. 162-1-17 du CSP).

La délivrance de la contraception d'urgence dans les universités est officialisée par décret au Journal Officiel le 26 juillet 2012. Ainsi, la délivrance de la contraception d'urgence est désormais gratuite et anonyme dans les services de santé universitaires.

- Octobre 2012 : L'assemblée nationale vote la gratuité des contraceptifs pris en charge par l'Assurance Maladie pour les mineures de 15 à 18 ans et le remboursement à 100 % de l'IVG pour toutes les femmes à partir de 2013.

ANNEXE 3

Focus sur la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001

La loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à la prise en charge des IVG a modernisé les lois de 1967 (Loi Neuwirth sur la contraception) et de 1975 (loi Veil sur l'IVG).

Mesures en faveur de l'IVG (désormais inscrite dans le Code de Santé Publique) :

- Le délai de recours à l'IVG est passé de 10 à 12 semaines de grossesse (soit 14 semaines d'aménorrhée) dans une perspective d'harmonisation des délais européens, afin de réduire les départs à l'étranger pour avortements (article L2212-1 du Code de la santé publique).
- L'entretien préalable à l'IVG est obligatoirement proposé aux majeures mais n'est plus obligatoire (article L2212-7 du Code de la santé publique).
- Les mineures peuvent avoir recours à l'IVG sans autorisation parentale, gratuitement et de façon anonyme (article L2212-7 du Code de la santé publique). La présence d'un adulte référent est cependant requise.
- Le délit d'entrave est renforcé (article L2223-1 et suivants du Code de santé publique) et étendu aux pressions morales et psychologiques, aux menaces et actes d'intimidation, à l'entourage des femmes, et les peines sont alourdies.
- Le délit de propagande et de publicité est supprimé.
- Les quotas maximaux d'IVG dans les établissements de santé privés sont supprimés.
- Les IVG doivent être organisées dans les établissements de santé.
- Les IVG médicamenteuses sont ouvertes à la médecine de ville.

Mesures en faveur de la contraception :

- La stérilisation volontaire (féminine et masculine) à visée contraceptive est autorisée pour toute personne majeure (avec restriction pour les majeurs sous tutelle).
- L'éducation à la sexualité est rendue obligatoire en milieu scolaire.
- L'accès des mineures à la contraception est facilité via un assouplissement du régime d'autorité parentale pour la prescription et la délivrance des contraceptifs :
 - * délivrance possible de contraception par tout médecin sans nécessité d'autorisation parentale
 - * délivrance gratuite de la contraception d'urgence dans les pharmacies pour les mineures
 - * accès gratuit et anonyme à la contraception et à l'IVG dans les CPEF

Mesures en faveur de l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires :

La loi prévoit trois séances d'éducation à la sexualité par an dans tous les établissements scolaires, de la maternelle à la terminale.

Cadre législatif applicable à stérilisation féminine ou masculine

Loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

Article 26 (article L. 2123-1 du code de la santé publique)

Le titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Stérilisation à visée contraceptive

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27 (article L. 2123-2 du code de la santé publique)

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)
exemplaire destiné à la/au patient(e)

1- Je soussigné(e) certifie :

- avoir sollicité le Dr, afin qu'il réalise sur moi une stérilisation à visée contraceptive pour les raisons dont nous avons discuté, ce jour ;
- avoir reçu de sa part une information sur :
 - les différents moyens contraceptifs adaptés à ma situation,
 - la stérilisation : les techniques proposées, les contre-indications éventuelles, les risques d'échecs et d'effets indésirables, les conséquences de l'intervention et notamment son caractère à priori irréversible ;
- avoir reçu un dossier d'information ;
- avoir été informé(e) de la nécessité de respecter un délai de 4 mois entre la présente consultation et la signature du consentement préalable à l'intervention.

Date

Signature

2- Je soussigné(e), Dr certifie avoir été saisi(e) par M. d'une demande de stérilisation à visée contraceptive, avoir été informé(e) des motifs de sa demande, lui avoir délivré une information complète sur cette intervention dans les conditions prévues par l'article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, lui avoir remis un dossier d'information écrit.

Date

Signature

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001-
article L. 2123-1 du code de la santé publique
exemplaire destiné à la/au patient(e)

Je soussigné(e) déclare :

- avoir reçu une information complète sur la stérilisation à visée contraceptive ;
- confirmer librement ma demande d'intervention formulée le/...../..... auprès du Dr ;
- avoir la possibilité de retirer ce consentement à tout moment avant l'intervention (article L. 1111-4 du code de la santé publique).

Date

Signature

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)
exemplaire à découper et à conserver par le médecin

1- Je soussigné(e) certifie :

- avoir sollicité le Dr, afin qu'il réalise sur moi une stérilisation à visée contraceptive pour les raisons dont nous avons discuté, ce jour ;
- avoir reçu de sa part une information sur :
 - les différents moyens contraceptifs adaptés à ma situation,
 - la stérilisation : les techniques proposées, les contre-indications éventuelles, les risques d'échecs et d'effets indésirables, les conséquences de l'intervention et notamment son caractère à priori irréversible ;
- avoir reçu un dossier d'information ;
- avoir été informé(e) de la nécessité de respecter un délai de 4 mois entre la présente consultation et la signature du consentement préalable à l'intervention.

Date

Signature

2- Je soussigné(e), Dr certifie avoir été saisi(e) par M. d'une demande de stérilisation à visée contraceptive, avoir été informé(e) des motifs de sa demande, lui avoir délivré une information complète sur cette intervention dans les conditions prévues par l'article 26 de la loi n°2001-588 4 juillet 2001, lui avoir remis un dossier d'information écrit.

Date

Signature

ANNEXE 4

Le modèle BERGER de l'OMS

Le modèle « BERGER » de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Bienvenue

En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien

La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'information sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement

La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix

Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode contraceptive et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que la celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) :

- de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive ;
- de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ;
- de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ;
- de l'informer sur les choix possibles ;
- de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ;
- de la former à l'utilisation de la méthode choisie ;
- enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

ANNEXE 6

Controverse concernant la prise en charge de la pose d'implants Essure® par l'Assurance Maladie :

* Le premier avis de la Commission d'Évaluation des Produits et Prestations (CEPP) a inscrit le dispositif Essure® sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) le 12 mai 2004, à condition qu'il soit posé au cours d'une hospitalisation. Cet avis précisait l'indication suivante : "femmes désirant une stérilisation permanente et pour lesquelles l'abord coelioscopique est risqué (pathologie cardiaque, maladie thrombo-embolique, obésité...)".

* Le 31 octobre 2007, l'HAS rend un deuxième avis : "cette méthode peut être proposée aux femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitive et irréversible". Cette avis précise : "Essure® présente un intérêt pour la Santé Publique dans la prévention des grossesses non désirées" "chez la femme autour et après 40 ans, Essure® peut être proposé comme technique de stérilisation en première intention".

* Le 31 août 2010, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) fait paraître au Journal Officiel la décision de déremboursement de l'acte de pose d'implants de stérilisation tubaire par voie hystérocopique chez les patientes de moins de 40 ans. Cette décision va à l'encontre des orientations gouvernementales récentes, en particulier vis-à-vis de la loi du 4 juillet 2001, qui reconnaît un droit général personnel à cette intervention pour les personnes majeures, et précise que "toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé".

Plusieurs sociétés savantes, dont le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) prévoyaient de déférer cette décision devant le Conseil d'État.

La ligature de trompes par voie coelioscopique ou laparoscopique restait remboursée par l'Assurance Maladie, quel que soit l'âge de la patiente.

* Le 24 janvier 2011, le Planning Familial saisissait La Halde à raison de cette discrimination pénalisante pour les femmes.

* Le 28 septembre 2011, l'UNCAM, la HAS et les représentants des professionnels concernés ont convenu de revenir sur cette décision et de d'annuler la limite d'âge afin de permettre le remboursement pour toutes les femmes sans restriction d'âge.

* Cette initiative a cependant été bloquée le 17 novembre 2011 par le Ministre de la Santé, du Travail et de l'Emploi.

* Le 13 mars 2012, Le Défenseur des Droits, Dominique Baudis, rend un avis dans lequel est reconnu le caractère discriminatoire du non-remboursement du dispositif Essure® pour les femmes de moins de 40 ans et demande au Ministère de la Santé de revoir sa position.

* Journal Officiel du 8 novembre 2012 : Le remboursement de la méthode Essure® pour les femmes âgées de moins de 40 ans est rétabli en France. Cette mesure permet donc aux femmes de choisir en toute liberté la méthode de stérilisation, sans restriction d'âge.

A noter qu'il existe un autre système d'implants intra-tubaires en développement, le système ADIANA®, dont le Service Attendu est pour l'instant insuffisant pour permettre son inscription sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) (66).

Prise en charge d'une demande de contraception définitive en médecine générale : comment accompagner les patientes ?

Enquête sur les critères décisionnels des gynécologues-obstétriciens pratiquant la stérilisation féminine en Loire-Atlantique

RÉSUMÉ

Contexte : La demande initiale de contraception définitive est souvent formulée par les patientes auprès de leur médecin généraliste. Une meilleure connaissance des critères retenus empiriquement par les gynécologues pratiquant les interventions de stérilisation tubaire pourrait permettre une meilleure information des patientes en amont de la consultation spécialisée.

Méthode : Cette enquête descriptive réalisée d'avril à juin 2012 a pour objectif prioritaire d'identifier les critères d'éligibilité des candidates à la stérilisation tubaire déclarés par les gynécologues obstétriciens de Loire-Atlantique. L'objectif secondaire est de déterminer la place de la technique hystéroscopique d'obstruction tubaire dans l'activité de stérilisation des praticiens répondants.

Résultats : L'âge de la patiente apparaît comme le critère déterminant de la décision opératoire (59,5%), loin devant la parité (47,2%). Avant l'âge de 35 ans, le processus décisionnel prend en compte le contexte clinique pour la majorité des praticiens. La pose d'implants tubaires par voie hystéroscopique (système Essure®) est la méthode de première intention pour une large majorité de praticiens.

Conclusion : L'âge de la patiente au moment de la demande de stérilisation est le facteur déterminant dans l'indication opératoire. Ce n'est cependant pas un critère strict et le processus décisionnel est modulé par le contexte médical et obstétrical. Les motivations de la patiente doivent être analysées avec soin par l'ensemble des intervenants (médecin généraliste et chirurgien pratiquant l'intervention) afin d'évaluer le risque de regret ultérieur.

MOTS-CLÉS

Stérilisation féminine. Médecin généraliste. Critères décisionnels des gynécologues obstétriciens. Age de la patiente. Parité. Risque de regret. Méthode Essure®.