

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 117M

T H E S E

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Delphine Monfort

Née le 9 Août 1983 au Mans

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2013

**Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie
comme moyen de contraception par les médecins généralistes de
Loire-Atlantique.**

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Jean Launay

Remerciements

Merci,

A Mr le Professeur Rémy Senand, de me faire l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.

A Mr le Professeur Olivier Bouchot et Mr le Professeur Patrice Lopes, de me faire l'honneur d'accepter de participer à mon jury de thèse.

Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A Mr le Docteur Jean Launay, d'avoir accepté de vous lancer dans ce travail qu'est la direction de thèse. Merci de vous être rendu si disponible et de m'avoir guidée dans la réalisation de cette thèse.

Merci aussi,

A mes amies, sans qui ces années d'études n'auraient pas eu autant de vertu. Merci en particulier à Fanny d'avoir toujours été présente dans les bons et les mauvais moments.

A ma belle-famille, pour sa bienveillance et ses encouragements.

A mes frères qui ont chacun su m'encourager et me soutenir dans ma vie professionnelle et personnelle.

A mes belles-sœurs et leurs enfants, pour leur amitié, pour les bons moments partagés.

A mes parents, d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenue pour réaliser mon rêve d'être médecin.

A mon homme, Raphaël, pour ta patience à toutes épreuves, ta confiance en moi, pour ton aide lors de la réalisation de ce travail. Je te remercie de tout mon amour.

A mes filles, Noëlie et Thalia, qui enrichissent ma vie chaque jour.

Sommaire

Introduction	5
Préambule	6
1 <u>Les différents moyens de limiter les naissances</u>	6
a) Historique	7
b) Les différents types de contraception féminine et masculine	7
2 <u>L'interruption volontaire de grossesse</u>	11
3 <u>La vasectomie</u>	12
a) Historique	12
b) La vasectomie dans le monde	12
c) Le profil du patient vasectomisé	13
d) Les techniques	14
e) Le coût	16
4 <u>Comparaison de 2 techniques de stérilisation masculine et féminine : la vasectomie versus la méthode Essure</u>	16
Matériel et méthode	19
Résultat	20
1 <u>Résultats généraux</u>	20
2 <u>Déterminants</u>	22
3 <u>Raisons des difficultés à aborder la vasectomie évoquées par les médecins</u>	32
4 <u>Évaluation du niveau de connaissance sur la vasectomie des médecins généralistes</u>	35
Discussion	39
1 <u>Évaluation de la méthode</u>	39
2 <u>Résultats</u>	39
a) Déterminants mis en avant par les médecins généralistes	40
b) Déterminants mis en avant par l'analyse des résultats	42
3 <u>Commentaires</u>	42
Conclusion	45
Références	46
Annexes	49

Introduction

En France, selon le baromètre santé 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : 90,2 % des femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois et ayant un partenaire masculin utilisent une méthode de contraception. La pilule est de loin le moyen contraceptif le plus utilisé par ces femmes (60 %), ensuite, il s'agit du dispositif intra-utérin (25 %) (1) .

La contraception se doit d'être adaptée au mode de vie des couples pour être employée de façon optimale, afin d'éviter les grossesses non désirées. Or quand ces moyens contraceptifs ne peuvent (contre-indication, effets secondaires...) ou ne veulent plus être utilisés, il existe d'autres méthodes.

La stérilisation à visée contraceptive est une méthode fiable mais elle est irréversible et ne doit être proposée qu'à une population qui ne désire plus d'enfant.

Dans de nombreux pays développés (États-Unis, Canada, Royaume-Uni...), la stérilisation à visée contraceptive est le premier moyen contraceptif des couples (1) , ce n'est pas le cas en France.

En effet, dans notre pays, seuls 2,3 % des couples utilisent la stérilisation contraceptive et 93 % des stérilisations faites en France concernent les femmes (2) .

Pourquoi, en France, ce moyen de contraception définitive n'est-il pas plus utilisé, ni plus proposé ?

S'agit-il d'une réticence de la part de la population liée à notre culture, notre histoire ?

S'agit-il d'une méconnaissance de cette méthode ?

L'information médicale passe par les pouvoirs publics, les médias, et par les médecins.

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à des femmes qui ne sont pas pleinement satisfaites de leur contraception ou qui présentent des contre-indications aux contraceptifs les plus courants. Les médecins généralistes ont-ils le réflexe d'aborder la stérilisation à visée contraceptive, et en particulier la vasectomie avec ces couples s'ils ne désirent plus d'enfants ?

Je n'en suis pas sûre. Mais alors pourquoi ?

Sont-ils eux aussi victime d'un manque de connaissance sur la vasectomie, ce qui les empêche d'éclairer leurs patients ? N'ont-ils pas pris note de la légalisation de cette méthode depuis juillet 2001 ? Sont-ils réticents de par notre culture qui nous impose une image de l'homme intouchable dans sa fertilité, sa virilité ?

Pour en savoir plus sur les pratiques des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la stérilisation contraceptive masculine, je les ai interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire afin de comprendre les éléments qui les freinent à proposer la vasectomie comme méthode contraceptive aux couples concernés.

Avant de présenter mon travail, j'ai trouvé intéressant de parler de l'histoire de la contraception, des différents moyens contraceptifs pour en montrer leurs limites, et de présenter la vasectomie pour en comprendre ses avantages et ses inconvénients face à la stérilisation féminine.

Préambule

En France, de nombreuses campagnes de prévention sur la contraception ont eu lieu ces dernières années : « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (2007), « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? » (2009), « contraception : filles et garçons, tous concernés ! » (2010), « les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? » (2011), incitant les couples à choisir la contraception qui leur convient le mieux afin de diminuer le nombre de grossesses non désirées.

Malgré ces efforts de communication et bien que la couverture contraceptive médicale française soit l'une des plus élevée au monde, un tiers des grossesses restent non désirées, et plus de la moitié de ces grossesses aboutissent à une interruption volontaire de grossesse (IVG) (3) .

1 Les différents moyens de limiter les naissances :

a) Historique :

Depuis que l'Homme a compris le phénomène de fécondation, il existe des moyens de limiter les naissances (4) .

Le premier document retrouvé sur la contraception date de 1850 avant Jésus-Christ : il parle de suppositoire à visée contraceptive à base de levain et d'excrément séché de crocodile.

Pendant l'Antiquité, les femmes utilisaient des moyens de contraception locaux à base de pierre, d'éponges ou de tampons imbibés de différents produits tel que : des figes sèches, des algues, de l'huile d'olive, de la cire d'abeille. La sodomie était aussi utilisée comme moyen contraceptif.

Des écrits égyptiens parlent de l'utilisation de vessies de porc ou de boyaux de mouton contre les maladies vénériennes.

La Bible parle de la méthode du retrait comme moyen contraceptif.

Les Grecs et les Romains utilisaient des drogues et amulettes en tout genre pour réguler les naissances, mais ils pratiquaient aussi l'infanticide et l'avortement.

Depuis le Moyen-Age, l'Église condamne les moyens contraceptifs, la seule méthode autorisée est l'abstinence.

Au XVIème siècle, Gabriel Fallope décrit le premier préservatif, c'était un fourreau de toile imbibé de solution antiseptique. Il était utilisé contre la syphilis et il était placé sur la verge après le rapport sexuel.

Au XVIIIème siècle, les Anglais utilisaient des préservatifs en boyaux d'animaux à visée contraceptive.

En 1880, le préservatif en caoutchouc est apparu.

Au XXème siècle, le dispositif intra-utérin (DIU) est apparu d'abord en argent puis en polyéthyle, il a été inventé par le Dr Ernest Grönfenberg. Mais au début, il a été responsable de nombreuses infections. Son essor aura lieu dans la fin des années 50.

En 1929, le Dr Ogino (gynécologue japonais) met en place la méthode naturelle du même nom (abstinence pendant la période supposée féconde de la femme entre le 8ème et 17ème jour du cycle).

En 1956, le Dr Pincus étudia la pilule contraceptive. Elle sera commercialisée en 1960 aux États-Unis.

En 1967, la loi Neuwirth légalise la contraception en France, et autorise la délivrance de la pilule aux femmes.

En 1975, la loi Veil légalise l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

En juillet 2001, la stérilisation masculine et féminine à visée contraceptive est légalisée.

Au fil des années les moyens contraceptifs se sont perfectionnés et diversifiés afin de devenir de plus en plus fiables et adaptés à chaque style de vie.

b) Les différents types de contraception féminine et masculine :

Il existe une grande diversité de moyen de contraception d'efficacité variable (cf. Annexe II : Tableau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'efficacité des différentes méthodes contraceptives).

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl ® :

$R = (\text{nombre de grossesses accidentelles} / \text{nombre de cycles observés}) \times 1200$, R désigne le nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes sur 12 mois d'utilisation de la méthode contraceptive testée.

Il est exprimé en pourcentage année-femme.

◆ Les différentes contraceptions hormonales :

- **Les œstroprogestatifs :**

Ils agissent par l'action de l'œstrogène (éthinyloestradiol) et de la progestérone. Il existe plusieurs types de progestérone. Ce combiné hormonal agit en bloquant l'ovulation, en empêchant la nidation et en modifiant la glaire cervicale.

Ils ont des contre-indications absolues : le cancer du sein ou de l'endomètre, des antécédents de thromboses veineuses ou artérielles personnelles, une hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée, une affection hépatique sévère ou récente, une insuffisance rénale chronique, un diabète avec angiopathie, une cardiopathie valvulaire, une insuffisance cardiaque, une grossesse, un lupus, et des contre-indications relatives : l'hyperlipidémie, le tabagisme, la migraine avec aura, l'obésité, un antécédent familial de thrombose.

La **pilule œstroprogestative** est le moyen de contraception le plus utilisé par la population française (60% des femmes qui prennent une contraception). Son efficacité est bonne à condition de l'utiliser de façon optimale : prises à horaire fixe sans oubli de comprimés (l'indice de Pearl selon l'OMS passe de 0.1% en condition optimale à entre 6 et 8% en pratique courante).

Le **patch** dont l'action hormonale se fait par voie transcutanée. Il permettrait une meilleure observance (changement du patch toutes les semaines, trois semaines sur quatre).

L'**anneau vaginal** permet aussi de lutter contre la mauvaise observance : placé en intra-vaginal pendant trois semaines sur quatre, il délivre une dose continue d'œstroprogestatif absorbée par la muqueuse vaginale. Il nécessite d'être à l'aise avec son corps (manipulation intra-vaginale).

- **Les progestatifs :**

La **pilule micro-progestative** n'utilise pas d'éthinyl-oestradiol, elle a donc beaucoup moins de contre-indications que la pilule oestro-progestative : elle peut être prescrite en post-partum, chez la femme qui allaite, en cas d'antécédent de pathologie cardio-vasculaire ou de la coagulation. Elle se prend en continue à horaire fixe. Elle est responsable de perturbations du cycle (spanioménorrhée, aménorrhée, métrorragie). L'efficacité est un peu moindre que la pilule œstroprogestative : 0,5% selon l'indice de Pearl en condition optimale.

L'**implant** (NEXPLANON®) est placé en sous-cutanée pour une durée maximale de 3 ans. Il permet une observance optimale. Il induit des effets indésirables au niveau du cycle (aménorrhée, métrorragie). Il peut-être responsable de prise de poids, d'apparition d'acné, de céphalée, de tension mammaire. Son efficacité est très bonne car en pratique courante comme en condition optimale son indice de Pearl est à 0,1%.

De façon anecdotique car très peu utilisé : les progestatifs **injectables** en intramusculaire de longue durée d'action (une injection tous les 3 mois).

- ◆ **Les dispositifs intra-utérins (DIU) :**

C'est le deuxième moyen de contraception choisit en France (25% des femmes sous contraception). Son efficacité est bonne car son utilisation optimale est proche de la pratique courante avec un indice de Pearl à 0,6% (en pratique courante) versus 0,8% (en condition optimale). Il est efficace pendant au moins 5 ans. Les principales contre-indications sont : une infection utérine en cours ou récente (moins de 3 mois), une valvulopathie, une malformation utérine, un saignement génital inexpliqué, une grossesse.

- le **DIU cuivre** : il a pour inconvénient d'être responsable de ménorragie. Il est contre-indiqué en cas de traitement anticoagulant ou de coagulopathie.
- Le **DIU hormonale** (MIRENA®) : il délivre au niveau local un progestatif (le lévonorgestrel), ce qui induit une diminution des règles voire une aménorrhée.

◆ Les contraceptifs **barrières** et **locaux** :

- **Le préservatif masculin** : est un moyen de contraception barrière très utilisé chez les jeunes (21% des 15/19 ans), d'autant plus qu'il est le seul avec le préservatif féminin à avoir un effet protecteur contre les infections sexuellement transmissibles, sauf contre le papillomavirus humain. Son efficacité est moindre que celles des méthodes hormonales : 3% selon l'indice de Pearl pour une utilisation optimale, 14% dans la pratique courante. La seule contre-indication est l'allergie au latex, dans ce cas il existe des préservatifs en polyuréthane.
- **Le préservatif féminin** : est une méthode barrière peu utilisée. Il nécessite que la femme ait une bonne connaissance de son anatomie et soit à l'aise avec son corps. Il peut être placé plusieurs heures avant le rapport. Il coûte plus cher que le préservatif masculin. Il est en polyuréthane. Son efficacité est de 5% dans son utilisation optimale, 21% dans la pratique courante.
- **Le spermicide** : il s'utilise seul ou en complément d'une autre méthode locale, il existe sous forme de gel ou d'ovule. Il doit être placé soit quelques minutes, soit juste avant le rapport selon la forme employée. Il nécessite l'absence d'utilisation d'autre traitement ou d'irrigation vaginale dans les 12 heures qui précèdent le rapport et les 6 à 8 heures qui suivent. Il est d'efficacité moindre, surtout utilisé seul : 6 % dans son utilisation optimale, 26 % dans la pratique courante.
- **La cape cervicale, le diaphragme** : toujours associés aux spermicides pour une meilleure efficacité, ils doivent être plutôt utilisés par des nullipares (9% d'échec pour une nullipare selon l'indice de Pearl en utilisation optimale, 26% pour une multipare). Ils nécessitent une bonne connaissance de son anatomie. Ils peuvent être placés jusqu'à 2 heures avant le rapport, et doivent être laissés en place de 6 à 24 heures après le rapport. Ils sont peu utilisés de nos jours.

◆ Les méthodes **naturelles** :

- **le retrait,**
- **la courbe de température** : repérage de l'ovulation par l'augmentation de la température corporelle,
- **la méthode Ogino-Knaus** ou période d'abstinence périodique,
- **la méthode de Billings** ou observation de la glaire cervicale,
- **la méthode MAMA** (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée).

Elles permettent d'espacer les naissances, l'indice de Pearl varie de 1 à 9 % en efficacité optimale et il est à 20 % en condition courante. Seule la méthode MAMA à une bonne efficacité mais elle n'est possible que jusqu'à 6 mois après l'accouchement et à condition d'être en aménorrhée et d'avoir un allaitement : à la demande, exclusif, avec un minimum de 6 tétées par 24 heures et jamais plus de 6 heures entre les tétées.

◆ Les contraceptifs d'urgence :

- La **pilule du lendemain** : est un moyen de contraception qui ne doit pas être pris de façon régulière mais lors d'une défaillance d'un premier moyen contraceptif (oubli de pilule, rupture de préservatif ...) ou en cas d'absence de moyen contraceptif lors d'un rapport sexuel. Plus il est pris rapidement après le rapport sexuel, plus l'efficacité est grande. Il en existe deux : NORLEVO® (lévonogestrel) à prendre au plus tard 72 heures après le rapport selon l'autorisation de mise sur le marché (AMM), ELLAONE® (ulipristal) à prendre jusqu'à 5 jours après le rapport.
- Le **DIU** peut aussi servir de contraception d'urgence à condition qu'il soit placé dans les 5 jours qui suivent le rapport non protégé.

◆ La contraception définitive ou stérilisation à visée contraceptive :

Elle peut être définie comme la façon de supprimer de façon délibérée et réfléchie la fécondité sans altérer les fonctions sexuelles et endocrines. C'est un moyen contraceptif irréversible (il faut le présenter au patient en temps que tel).

La stérilisation à visée contraceptive est légalisée en France depuis la loi du 4 juillet 2001. Elle ne peut être réalisée qu'après un délai de réflexion de 4 mois entre la première consultation médicale et l'intervention. Elle nécessite un consentement écrit (5).

La stérilisation peut-être :

- **Féminine (7)** : il existe différentes voies d'abord : l'hystéroscopie, la cœlioscopie, la mini-laparotomie (plutôt utilisée dans les pays en voie de développement), et la voie vaginale abandonnée en France suite aux taux d'échecs et aux risques d'abcès pelvien.
Il existe différentes techniques pour interrompre la continuité des trompes : la pose d'implant en nickel-titane par la méthode Essure par hystéroscopie (cette technique sera détaillée dans un autre chapitre), la ligature/section des trompes, la pose de clips ou d'anneaux, la coagulation par un courant électrique par cœlioscopie ou laparotomie.
Il n'a pas été mis en évidence de différences significatives en ce qui concerne l'efficacité entre ses différentes techniques (6) : le taux de grossesse annuel varie de 0,1% à 2 % selon les études, l'indice de Pearl est estimé à 0,5 % en utilisation optimale et courante. C'est un très bon moyen contraceptif d'autant plus qu'il est efficace immédiatement (sauf pour la méthode Essure).
En ce qui concerne les complications liées à l'intervention, on retrouve les risques liés à l'anesthésie générale et à la cœlioscopie.
- **Masculine** = vasectomie : section des canaux déférents de l'homme (cette technique sera développé dans un autre chapitre).

En France, la stérilisation à visée contraceptive est peu réalisée : seulement 11 % des couples ayant une contraception, alors qu'aux États-Unis 42 % des couples ayant une contraception y ont recours, au Canada 45 %, au Brésil 56 %, en Chine 46 % (1).

Dix-sept pour cent des femmes dans le monde ont choisi la stérilisation tubaire comme moyen de contraception, environ 5 à 8 % des hommes ont choisi la vasectomie (8).

2 L'interruption volontaire de grossesse

L'IVG est légalisée en France depuis la loi Veil de janvier 1975. La loi du 4 juillet 2001 a prolongé le délai d'intervention de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA). Un délai de réflexion de 7 jours doit être respecté entre la demande d'IVG et sa réalisation.

L'interruption de grossesse peut se faire selon deux modalités (9) :

- **avant 7 SA**, elle peut se faire par la prise d'un traitement médicamenteux (= IVG médicamenteuse) (10) , cela consiste à la prise de mifépristone (ou RU 486) qui arrête l'évolution de la grossesse et qui dilate le col utérin. Puis 48 heures plus tard, il y a la prise de misoprostol qui est responsable de l'expulsion de l'œuf par contraction utérine et ouverture du col. Il est nécessaire de contrôler à distance l'expulsion complète car il existe un taux d'échec de 5%.
L'IVG médicamenteuse est majoritairement réalisée dans les centres d'IVG. Parfois, elle peut être réalisée en ville (environ 7% du total des IVG), par des médecins généralistes ayant passé une convention avec un établissement hospitalier privé ou public et ayant l'expérience professionnelle requise. La répartition géographique de ces médecins est inégale en fonction des régions.
Cette technique a pour inconvénient les douleurs liées aux contractions utérines, les métrorragies, et le taux d'échec.
- **De 6/7 SA à 14 SA**, l'IVG peut se faire par une aspiration, sous anesthésie locale ou générale. Cet acte instrumental peut présenter des complications telles qu'une hémorragie, une perforation de l'utérus, une infection génitale haute postopératoire, auxquelles s'ajoutent les complications propres à l'anesthésie.

En France, malgré l'importante couverture contraceptive, le taux d'IVG reste stable (environ 200000 par an) depuis 2002. Il correspond à 15 IVG pour 1000 femmes. 20 % des femmes ayant recours à l'IVG ont plus de 35 ans, 15 % sont mineures (11).

Il existe cependant des inégalités en fonction des régions, par exemple dans les Pays de la Loire le taux d'IVG est plus bas qu'au niveau national, alors qu'en Corse, en Languedoc-Roussillon, ou en Provence Alpes Côtes d'Azur les taux sont plus élevés que la moyenne nationale. Dans les départements d'outre-mer, le taux d'IVG est doublé par rapport à la métropole (11).

Une grossesse sur trois est non prévue, 60 % de ces grossesses donnent lieu à une IVG. Et 2 grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent avoir une contraception (21 % sous pilule, 22 % sous méthode naturelles, 12 % sous préservatifs, 9 % sous DIU) (12).

Des études ont essayé de comprendre ce phénomène. Selon elles, ce paradoxe est lié à une inadéquation entre la méthode utilisée et les situations de vie des femmes et des couples, lié à des problèmes d'observance, et lié à des problèmes de méconnaissance (3) : de leur corps (anatomie, physiologie du cycle), du bon usage du contraceptif, de la conduite à tenir en cas d'erreur d'utilisation du contraceptif ..., ou lié à la persistance d'idées reçues.

L'OMS a donc publié une méthode pour essayer de palier à ces manques : la méthode BERCER (cf Annexe III). Celle-ci permet aux médecins d'aider la patiente / le couple à choisir la contraception qui lui convient en fonction de son mode de vie (13). Il existe aussi des recommandations en cas d'oubli de pilule à rappeler régulièrement aux patientes.

3 La vasectomie :

a) Historique :

Les premiers travaux expérimentaux sur la vasectomie remontent au début du XIXème siècle. En 1823, Cooper montre que la ligature du canal déférent chez le chien entraîne une azoospermie sans atrophie testiculaire.

A la fin du XIXème siècle, les premières vasectomies chez l'homme sont d'abord réalisées comme traitement de l'hypertrophie de la prostate, puis comme traitement préventif des orchites après une chirurgie de la prostate.

C'est aussi à la fin du XIXème et début du XXème siècle que Steinach établit une distinction entre la fonction reproductrice des testicules et la fonction endocrine des cellules interstitielles. Suite à des travaux sur des rats, il croit que la vasectomie est un moyen de rajeunissement (14). Il opère dans ce but de nombreux universitaires et célébrités comme Freud dans les années 1920-1930 (15).

Le terme de stérilisation apparaît dans le sens contraceptif qu'au début du XXème siècle. Dans un premier temps, elle a beaucoup été utilisée dans le cadre des politiques eugéniques aux États-Unis, Canada, Allemagne, Danemark, Norvège, Suède, Finlande, Estonie, Islande (sur les criminels, prisonniers, handicapés mentaux ...) (16). Ces pratiques ont eu lieu jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale et même encore après. En France, la politique était nataliste, les eugénistes français n'auront donc pas eu recours à cette méthode (17).

Au cours de la seconde moitié du XXème siècle, il y eu un essor de la vasectomie comme moyen de contraception d'abord aux États-Unis puis en Europe puis en Chine puis dans le reste du monde.

En France, la pratique de la stérilisation à visée contraceptive est légalisée en juillet 2001, alors que dans la plupart des pays européens elle est légalisée depuis les années 1970-1980 (8). D'ailleurs en 1975, le comité des ministres du conseil de l'Europe avait adopté une résolution recommandant la stérilisation chirurgicale en tant que service médical.

b) La vasectomie dans le monde :

Dans le monde, on estime qu'environ 45 millions d'hommes ont choisi la vasectomie comme moyen de contraception, et 150 millions de femmes ont choisi la stérilisation tubaire. Cependant, il existe une grande disparité d'utilisation de ce moyen de contraception entre les pays (8).

- En Amérique : les États-Unis, le Canada utilisent la stérilisation comme principal moyen de contraception (respectivement 42% et 45% des moyens contraceptifs sont représentés par la stérilisation).

Aux États-Unis, environ 13% des couples utilisent la vasectomie, 16% pour le Canada où la vasectomie est plus réalisée que la stérilisation tubaire. Ceci peut être expliqué par l'absence de remboursement des moyens de contraception, et l'un des moyens de contraception le plus efficace et le moins cher est la vasectomie.

En Amérique latine comme en Colombie ou au Mexique moins de 1% des couples en âge d'avoir des enfants ont eu recours à la vasectomie.

- En Australie, en Chine, au Japon (où la vasectomie est la troisième intervention la plus pratiquée par les urologues) plus de 10% des couples ont choisi la vasectomie comme moyen de contraception.

- L'Afrique utilise très peu ce moyen de régulation des naissances, moins de 1% des couples ont eu recours à la vasectomie.

- En Europe : le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Belgique ont plus de 10% de couples qui ont eu recours à la vasectomie. Alors que les pays latins comme l'Italie et la France ont très peu recours à la stérilisation féminine et masculine comme moyen contraceptif.

En France, 1823 vasectomies ont eu lieu en 2011.

c) Le profil du patient vasectomisé :

La vasectomie étant une intervention rare, j'ai trouvé peu de données nationales sur ces patients.

J'ai essayé d'établir quel profil d'homme s'oriente vers la vasectomie comme moyen de contraception définitive, en relevant les dossiers des 63 patients ayant consulté pour une demande de vasectomie au centre Simone Veil du CHU de Nantes, en 2010. Chaque dossier contenait un formulaire de suivi complété de façon systématique par la conseillère conjugale ou le médecin à chaque consultation du patient.

La moyenne d'âge des hommes était d'environ 41 ans (le plus jeune ayant 25 ans, le plus âgé 58 ans), la moyenne d'âge de leur conjointe était de 39 ans (la plus jeune ayant 30 ans, la plus âgée 47 ans).

Ces hommes étaient pour 90 % en couple (75 % mariés, 16 % en union libre ou pacsés), 6 % étaient célibataires et 3 % divorcés.

Les couples vivaient ensemble depuis en moyenne 15 ans (minimum : 2 ans, maximum : 28 ans). Ils avaient en moyenne 3,1 enfants (en totalisant l'ensemble des enfants du couple : famille recomposée), et l'homme avait en moyenne 2,1 enfants uniquement à lui. L'année de la dernière grossesse datait en moyenne de 5 ans auparavant, cependant pour neuf hommes (14%) la dernière grossesse datait de moins d'un an.

Pour 63% d'entre eux, ils n'avaient pas connu d'autres expériences conjugales que leur couple actuel.

Les hommes demandeurs étaient principalement des cadres (28%), et des employés (22%), mais aussi des ouvriers (17%), des professions intermédiaires (14%), des artisans (12%), quelques agriculteurs (5%) et un sans emploi.

Ces hommes avaient connu et reçu des informations sur la vasectomie par l'intermédiaire des médias (essentiellement internet) pour 32 % d'entre eux, 23% par leur médecin, 23% par des personnes vasectomisées qu'il connaissait, 18% par l'intermédiaire d'amis, 4% par un centre de planning familial.

Les raisons de la demande de vasectomie évoquées par ces hommes étaient :

pour 28 % : « c'est une méthode sûre, définitive ».

pour 23 % : « il considère que c'est son tour, que c'est à lui de prendre l'initiative dans ce domaine ».

pour 14 % : « aucune méthode contraceptive ne les satisfait ».

pour 11 % : « ils ne peuvent envisager la perspective d'une IVG ».

Ce sont les 4 items du formulaire ayant eu l'essentiel des réponses à cette question.

Sur les 63 demandes, 81 % des patients ont été vasectomisés, seulement 20 % ont procédé à une auto-conservation de leur sperme au Centre d'Études et de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS).

Ces données ne représentent qu'un petit échantillon de la population concernée et viennent de l'étude d'un unique centre public. Elles ne correspondent donc pas à un échantillon représentatif de la population, cependant deux thèses lues sur la vasectomie recoupent les mêmes données en ce qui concerne l'âge, le nombre d'enfants, le temps passé en couple (18) (19) .

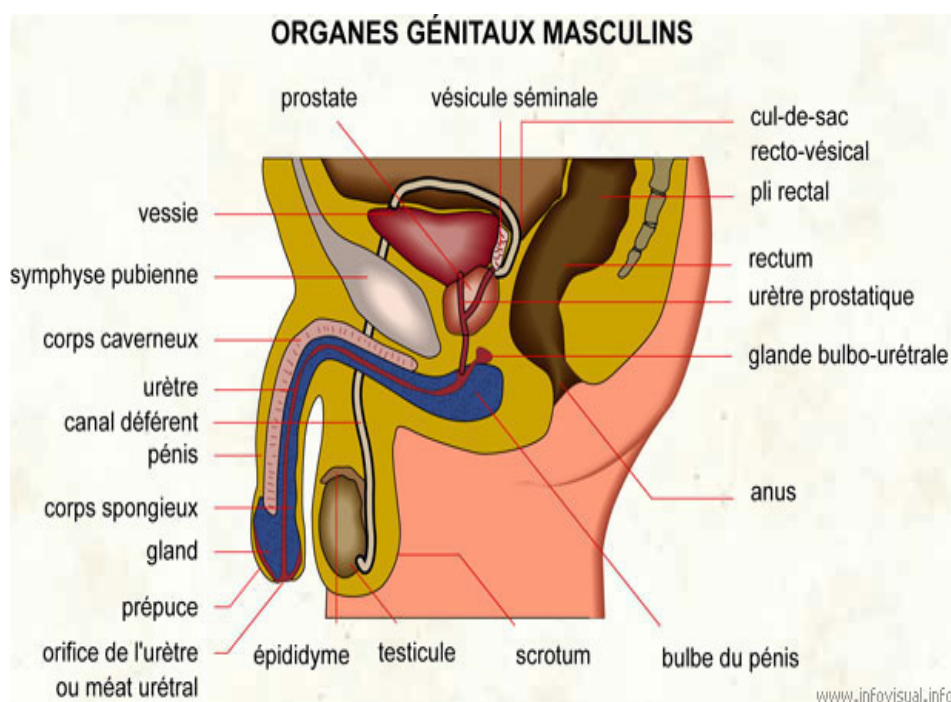
=> **Les hommes vasectomisés auraient plus de 40 ans, auraient au moins 2 enfants et seraient en couple stable depuis plusieurs années.**

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, les chiffres divergent, mais les cadres sont toujours les plus représentés et les agriculteurs le moins.

Je n'ai que peu de données dans les autres thèses sur les raisons pour lesquelles ils choisissent cette méthode, mais ce qui ressort c'est le désir de soulager leur femme de la contraception.

d) Les techniques :

Rappel anatomique sur l'appareil génital masculin :



Les spermatozoïdes sont produits dans les testicules puis ils traversent l'épididyme, puis ils empruntent les canaux déférents pour être stockés dans les vésicules séminales. Les spermatozoïdes seront ensuite déversés dans le sperme lors de l'éjaculation. Le sperme est le mélange de plusieurs sécrétions provenant de la prostate, des vésicules séminales et des glandes bulbo-urétrales.

La vasectomie est une méthode de stérilisation qui consiste à sectionner ou bloquer chirurgicalement les canaux déférents afin d'empêcher les spermatozoïdes de rejoindre le sperme. Elle ne touche pas à la fonction endocrine des testicules. Il n'y a donc pas de perte des caractères sexuels secondaires, pas de modification de la libido, ni de l'érection, ni de l'éjaculation.

Il existe 2 techniques différentes (20) :

- **La technique par abord scrotal** : est réalisée après une anesthésie locale, suivie d'une incision scrotale médiane ou deux incisions latérales, à l'aide d'un bistouri à lame froide. Puis après avoir isolé le canal déférent au sein du cordon spermatique, il faut le ligaturer, l'exciser, +/- le coaguler.
Cette technique est actuellement la plus commune.
- **La technique par abord transcutané** : consiste à amener le canal déférent sous la peau, à réaliser une anesthésie locale médiane. Ensuite la peau est incisée à l'aide d'une pince dotée de pointes acérées, les tuniques du déférent sont écartées. Le déférent est maintenu à l'aide d'une pince spécifiquement développée pour cette chirurgie, il est extrait par cette incision avant d'être lié et sectionné. Cette technique a été développée en Chine. Elle permet une incision minime, ce qui permettrait moins de complications (hématomes, douleurs et infections) (21).

Pour les 2 méthodes, il faut attendre un minimum de 20 éjaculats avant d'obtenir l'azoospermie (c'est approximativement le nombre d'éjaculats nécessaire pour vider les vésicules séminales de leur réserve en spermatozoïdes), il faut réaliser un spermogramme de contrôle 3 mois après le geste et conserver un autre moyen de contraception en attendant la confirmation de l'azoospermie par le spermogramme.

Les complications de la vasectomie (quelque soit la technique utilisée) décrites sont la douleur, les hématomes, les hémorragies, les infections, les orchépididymites, les granulomes et les retards de cicatrisation (6) .

Globalement, le taux de complications postopératoires est bas : inférieur à 10 % (6). La douleur et les hématomes sont les complications les plus courantes. Les hémorragies, les infections, les retards de cicatrisation sont rares.

Les complications sont généralement bénignes et ne s'accompagnent pas, sauf exception, de réintervention chirurgicale.

Certaines études ont évoqué l'augmentation du risque de cancer de la prostate chez les patients vasectomisés, des méta-analyses récentes ont montré qu'il n'existe pas de preuve d'association causale entre le cancer de la prostate et la vasectomie (6).

La vasectomie est une technique efficace, le taux de grossesse avec cette méthode est de 1/800. Les échecs sont liés (20) :

- à des rapports non protégés avant que le sperme ne soit stérilisé, d'où l'intérêt du spermogramme de contrôle,
- au non respect de la procédure chirurgicale : importance de choisir un praticien expérimenté,
- à la reperméabilisation précoce ou tardive du déférent, souvent lié à la formation d'un granulome.

Il existe une intervention réparatrice : la vaso-vasostomie sous microscope. Elle permet une reperméabilisation dans 77 à 87 % des cas, et l'obtention d'une grossesse dans moins de 50 % des cas (6) .

Il est proposé systématiquement aux patients de faire une auto-conservation de sperme au CECOS.

e) Le coût :

La vasectomie est une intervention réalisée au sein de certains centres de planning familial ou dans des services d'urologie par des urologues . La vasectomie ne nécessite normalement pas d'anesthésie générale sauf exception.

En clinique, les urologues recourent à l'anesthésie générale de façon systématique, ce qui augmente le coût d'une vasectomie simple.

La cotation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) est de 56,89 €, elle est remboursée à 70 % par la sécurité sociale, sans condition.

Je me suis permise d'appeler les différents centres pratiquant l'urologie sur Nantes et Saint Nazaire, afin de connaître les tarifs pratiqués et le type d'anesthésie pratiquée. Seuls 3 centres appliquent le tarif de la sécurité sociale : le centre Simone Veil, la clinique Jules Verne qui bénéficie d'un centre de planning familial, et la clinique mutualiste de la cité sanitaire à Saint Nazaire. Les autres centres ont des dépassements d'honoraires de 100 à 430 €. Le seul centre où la vasectomie est faite sous anesthésie locale est le centre Simone Veil, tous les autres centres utilisent l'anesthésie générale.

4 **Comparaison de 2 techniques de stérilisation masculine et féminine : la vasectomie versus la méthode Essure**

La vasectomie et la méthode Essure sont 2 techniques de stérilisation à visée contraceptive ayant de nombreux atouts chez les couples qui sont certains de ne plus désirer d'autres enfants.

	Vasectomie	Stérilisation tubaire par hystéroscopie : méthode ESSURE
Définition	Méthode de stérilisation masculine qui consiste à sectionner ou bloquer chirurgicalement les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes	Méthode de stérilisation féminine qui consiste à bloquer les trompes utérines par la pose de micro-implants par voie vaginale à l'aide d'un hystéroscope
Anesthésie	Locale ou générale	Aucune, locale ou générale
Délai d'efficacité	Après 20 éjaculats, confirmée par un spermogramme à 3 mois	3 mois confirmée par une radio du bassin (+ hystérosalpingographie si doute)
efficacité	0,2 selon indice de Pearl	0,5 selon indice de Pearl
Risque / complication	Hématome, douleur aiguë ou chronique, infection, granulome, épididymite congestive	Échec pose implant, douleur pendant pose et après, perforation utérine ou des trompes, infection, allergie, hémorragie
contre-indication	Aucune	Grossesse en cours, naissance ou IVG datant de moins de 6 semaines, cervicites aiguës en cours, saignements anormaux non explorés
réversibilité	Vaso-vasostomie	FIV après section des implants, reperméabilisation impossible.
cicatrice	Scrotale : médiane ou bilatérale	Aucune
conditions logistiques	Réalisée par médecin généraliste expérimenté ou urologue, en ambulatoire, dans un établissement de soins de santé.	Réalisée par gynécologue formé pour cet acte, en ambulatoire, dans un établissement de soins de santé équipé du matériel d'hystéroscopie
Coût / remboursement sécurité sociale	57€ remboursé à 70 % par sécurité sociale	Environ 850€ remboursé à 70 % par la sécurité sociale sous condition : femme majeur de plus de 40 ans, avant 40 ans si contre-indications majeures aux contraceptions (hormonales, DIU) et pathologies contre-indiquant une grossesse .

La stérilisation par la méthode Essure est plus coûteuse que la vasectomie, elle ne peut être réalisée que par des gynécologues formés à cette méthode car la réussite de la pose et le risque de complications en dépendent. Comme la vasectomie, elle nécessite un délai avant d'être efficace (environ 3 mois). Ces avantages sont certains quand on la compare avec la stérilisation tubaire par voie coelioscopique : pas de cicatrice, pas d'anesthésie générale, des douleurs nettement moins importantes.

Les études réalisées n'ont pas encore prouvé une meilleure efficacité de la méthode Essure par rapport à la stérilisation tubaire par voie coelioscopique. La vasectomie est donc plus efficace que la technique Essure. La vasectomie ne bénéficie d'aucune contre-indication et elle ne présente aucun risque grave de complication contrairement à la méthode Essure (perforation utérine, hémorragie).

Au total, la vasectomie est un moyen de stérilisation à visée contraceptive qui est efficace, peu coûteux, simple de réalisation, responsable de peu de complications. C'est avec le préservatif masculin le seul moyen contraceptif destiné à l'homme.

Certes, son utilisation s'adresse à une population ciblée qui ne désire plus d'enfants, qui ne veut ou peut plus prendre de moyen contraceptif plus « classique ».

La vasectomie mérite donc d'être connue.

Matériel et méthode

Notre étude était une étude quantitative des pratiques et des connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Elle consistait à recueillir des données auprès des médecins généralistes installés en Loire-Atlantique par l'intermédiaire d'un questionnaire d'enquête envoyé par courrier postal avec une enveloppe réponse timbrée. L'envoi par courrier postal permettait de respecter l'anonymat des réponses. L'enveloppe timbrée jointe favorisait un taux plus fort de réponse.

L'envoi a été réalisé début avril 2012, il était demandé aux médecins de répondre avant fin juin 2012.

Les médecins généralistes de Loire-Atlantique ont été listés à partir du site du conseil national de l'ordre des médecins, soit 1092 médecins. Ils ont été tirés au sort à l'aide d'une table de nombres au hasard.

Le nombre de questionnaires envoyés a été défini pour avoir un échantillon représentatif de la population étudiée soit au moins 10 % des médecins généralistes du département.

Deux cents cinquante questionnaires ont été envoyés. Nous avons reçu 160 réponses, dont 157 sont exploitables, ce qui correspond à 14 % de la population de médecins généralistes du département.

Le questionnaire avait pour but de mettre en avant les raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'abordaient pas la vasectomie avec leurs patients.

Dans la première partie du questionnaire, nous souhaitions évaluer les pratiques des médecins par rapport à la stérilisation à visée contraceptive. Nous avons ensuite proposé différentes raisons aux médecins déclarant parler pas ou peu de la vasectomie avec leurs patients; ils avaient également la possibilité de proposer d'autres raisons. Ces déterminants ont été choisis suite à la lecture d'articles, des thèses et à une réflexion personnelle sur le sujet.

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous souhaitions évaluer les connaissances des médecins sur la vasectomie.

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons interrogé les médecins sur leurs déterminants sociaux.

Les questionnaires ont ensuite été analysés en comparant les données recueillies.

Le test du Khi 2 (cf Annexe IV) a été utilisé pour tester si la recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes dépendaient de certaines variables, telles que le sexe du médecin, son âge, son lieu d'exercice, l'importance de son activité en gynécologie, sa connaissance de la loi de juillet 2001, son niveau de connaissance de la vasectomie, ou sa réticence à aborder la vasectomie.

Nous avons réalisé des regroupements de données pour certaines variables car indépendamment les échantillons étaient trop faibles pour être analysés par la loi du Khi2. Pour la comparaison des réponses selon l'importance de l'activité en gynécologie des médecins, nous avons regroupé les médecins déclarant avoir une activité en gynécologie assez à très importante, et nous avons regroupé ceux déclarant avoir une activité moyenne, faible à pas importante.

De même pour les données comparant le niveau de connaissance des médecins, nous avons regroupé les médecins déclarant avoir une connaissance assez à très importante sur la vasectomie, et nous avons regroupé ceux déclarant avoir une connaissance moyenne, faible à pas importante.

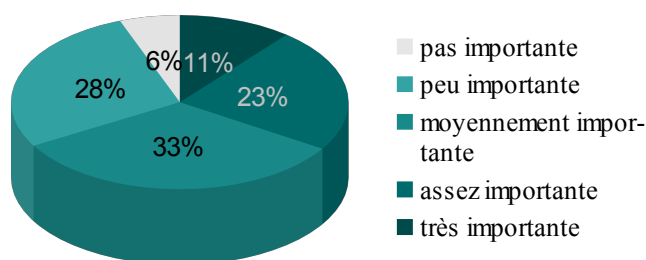
Résultat

1 Résultats généraux

Sur l'ensemble des médecins généralistes ayant répondu :

- 65 % étaient des hommes, 35 % étaient des femmes (156 réponses).
- 25 % avaient moins de 44 ans, 33 % avaient de 45 à 54 ans, 43 % avaient plus de 55 ans (156 réponses).
- 44 % exerçaient en zone rurale, 56 % exerçaient en zone urbaine (156 réponses).
- 25 % exerçaient une autre activité que la médecine générale libérale, 6 au sein d'un centre de planification familiale (156 réponses).
- 34 % déclaraient avoir une activité assez à très importante en gynécologie, 33 % une activité moyenne, 28 % une activité peu importante, 6 % une activité pas importante (156 réponses).
Les femmes déclaraient faire plus de gynécologie que les hommes : 67 % des femmes avaient une activité assez à très importante contre 17 % pour les hommes.

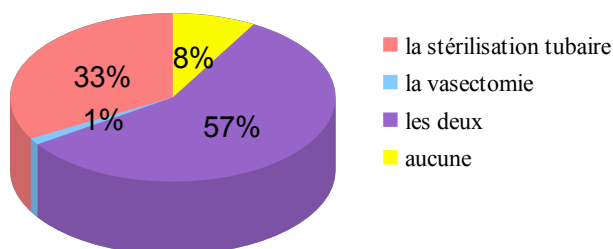
Figure 1 : Importance de l'activité en gynécologie des médecins généralistes de l'étude



- 80 % avaient déjà eu au moins une demande spontanée d'un couple de patients pour une stérilisation à visée contraceptive (157 réponses).
Ces médecins avaient été confronté dans 53 % des cas à des couples demandeurs de stérilisation tubaire et/ou de vasectomie; dans 45 % des cas à des couples uniquement demandeurs de stérilisation tubaire; dans 3 cas (soit 2%) à des couples uniquement demandeurs de vasectomie.

- Voici ce que les médecins déclaraient proposer comme moyens de contraception définitive aux couples concernés (157 réponses):

Figure 2 : Type de contraception définitive proposé par les médecins de l'étude



Plus de la moitié des médecins déclaraient proposer la stérilisation masculine et/ou féminine aux couples concernés.

Un tiers ne proposaient que la stérilisation féminine.

- 81 % orientaient les patients vers un urologue, 15 % vers un centre de planning familial (138 réponses).
Six médecins avaient proposé d'autres réponses : orientation vers un chirurgien général, pas d'orientation car n'avaient jamais eu à adresser leurs patients.
- 28 % avaient une réticence à aborder avec certains patients la vasectomie, 72 % n'en avaient pas (148 réponses).
- 69 % ne connaissaient pas la loi de juillet 2001 qui légalise la stérilisation à visée contraceptive (154 réponses).

2 Déterminants

Nous souhaitons mettre en évidence les déterminants permettant de différencier pourquoi certains médecins généralistes n'abordaient pas la vasectomie, alors que d'autres l'abordaient.

Pour cela, nous avons utilisé le test du khi 2 (cf. Annexe IV), nous avons comparé les médecins qui abordaient la stérilisation masculine et féminine (médecins proposant la vasectomie) aux médecins qui n'abordaient que la stérilisation tubaire ou aucun moyen de contraception définitive (médecins ne proposant pas la vasectomie).

Nous les avons comparés en fonction de leur sexe, de leur âge, de leur lieu d'exercice, de leur activité en gynécologie, de leur niveau d'information sur la vasectomie, de leur connaissance de la loi de juillet 2001, de leurs réticences à aborder la vasectomie avec certains patients.

◆ Médecin homme/ Médecin femme

	nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
homme	58	43	101
femme	32	21	54
	91	60	155

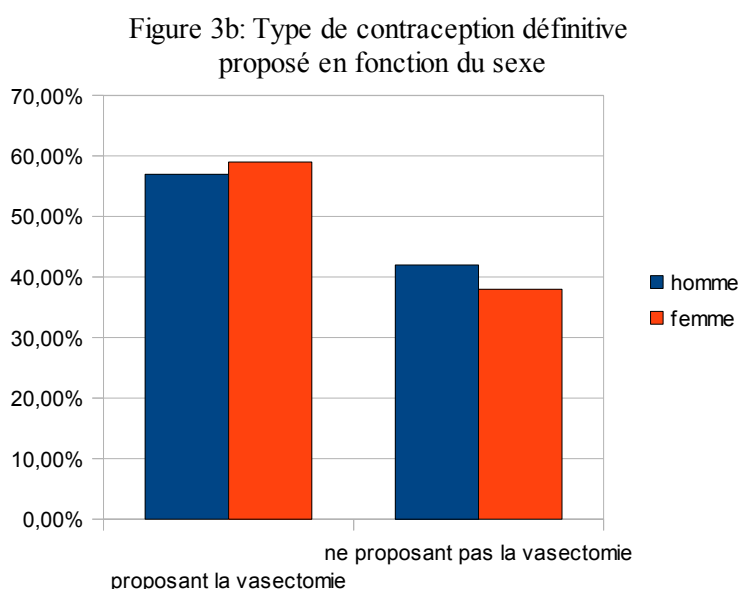
Figure 3a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive proposé et de leur sexe.

Comme le Khi 2 calculé (= 0,197) était inférieur à la valeur critique (= 3,841), on ne rejetait pas l'hypothèse d'indépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et le sexe du médecin.

Le risque que les variables soient indépendantes était plus grand que 5%.

Le calcul du p-value est égal à 0,657.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il n'y avait **pas de lien statistique** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et **leur sexe féminin/masculin**.



◆ Age des médecins

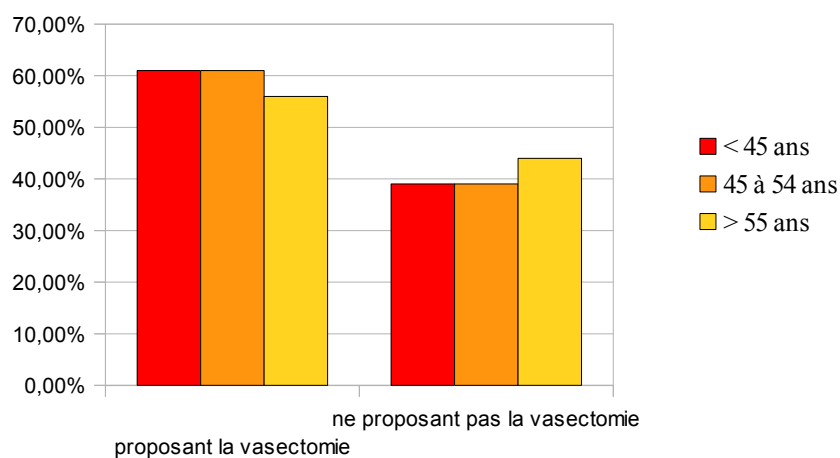
	Nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
< 45 ans	23	15	38
45 à 54 ans	31	20	51
> 55 ans	37	29	66
	91	64	155

Figure 4a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive proposé et de leur âge.

Comme le Khi 2 calculé (= 0,333) était inférieur à la valeur critique (= 5,991),
On ne rejetait pas l'hypothèse d'indépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et l'âge du médecin.
Le risque que les variables soient indépendantes était plus grand que 5%.
Le calcul du p-value était égal à 0,846.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il n'y avait **pas de lien statistique** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et l'**âge du médecin**.

Figure 4b : Type de contraception définitive proposé en fonction de l'âge du médecin



◆ Exercice rural / Exercice urbain

	nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
RURALE	41	27	68
URBAIN	50	37	87
	91	64	155

Figure 5a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive proposé et de leur lieu d'exercice.

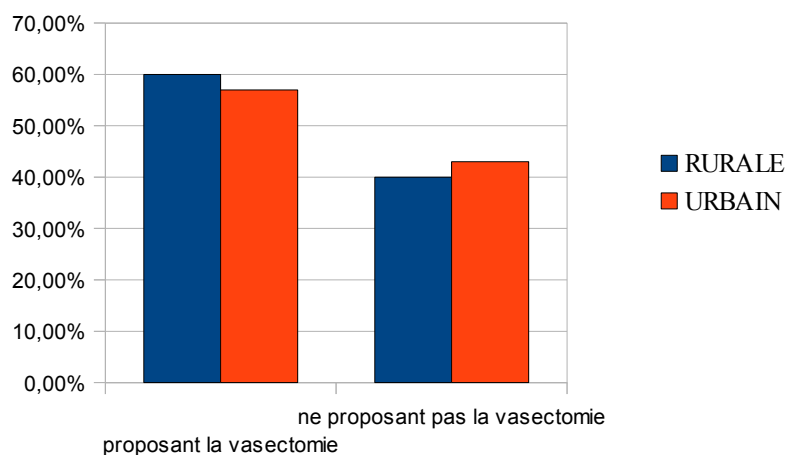
Comme le Khi 2 calculé (= 0,125) était inférieur à la valeur critique (= 3,841), on ne rejetait pas l'hypothèse d'indépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et le lieu d'exercice du médecin.

Le risque que les variables soient indépendantes était plus grand que 5%.

Le calcul du p-value était égal à 0,723.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il n'y avait **pas de lien statistique** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et le **lieu d'exercice du médecin**.

Figure 5b : Type de contraception définitive proposé en fonction du lieu d'exercice



◆ Importance de l'activité en gynécologie

	nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
activité en gynécologie assez à très importante	35	18	53
activité en gynécologie moyenne à nulle	56	46	102
	91	64	155

Figure 6a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive proposé et de leur activité en gynécologie.

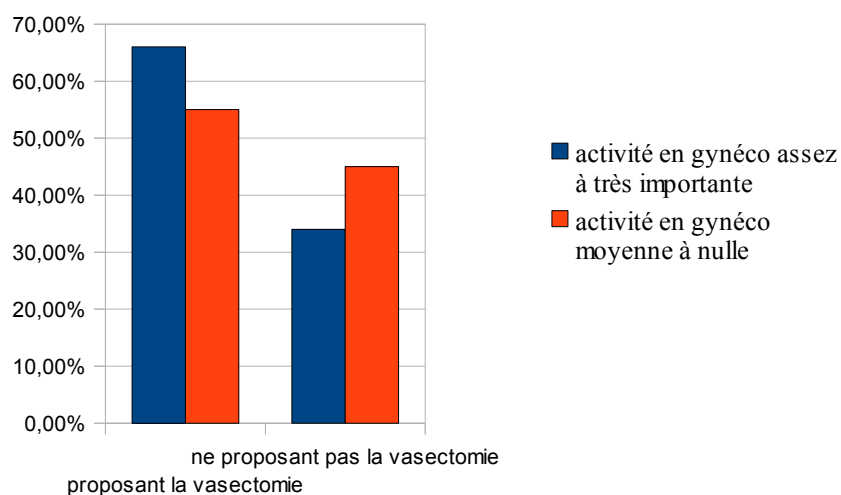
Comme le Khi 2 calculé (= 1,784) était inférieur à la valeur critique (= 3,841), on ne rejetait pas l'hypothèse d'indépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et l'activité en gynécologie.

Le risque que les variables soient indépendantes était plus grand que 5%.

Le calcul du p-value était égal à 0,182.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il n'y avait **pas de lien statistique** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et **l'activité en gynécologie**.

Figure 6b : Type de contraception définitive proposé en fonction de l'activité en gynécologie



◆ Niveau de connaissance sur la vasectomie

	nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
assez à très informés	28	10	38
moyennement à pas informé	53	50	103
	81	60	141

Figure 7a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive proposé et de leur niveau de connaissance sur la vasectomie.

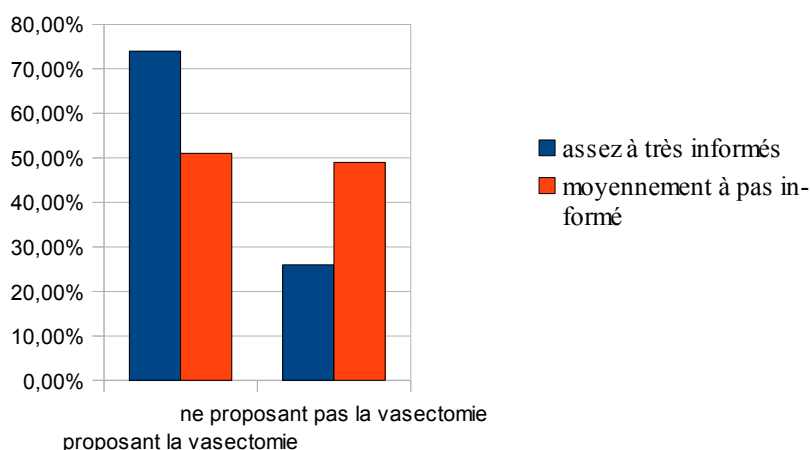
Comme le Khi 2 calculé (= 5,61) était supérieur à la valeur critique (= 3,841), on rejetait l'hypothèse d'indépendance et on acceptait l'hypothèse de dépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et le niveau d'information du médecin sur la vasectomie.

Le risque que les variables soient indépendantes était plus petit que 5%.

Le calcul du p-value était égal à 0,017.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il y avait **un lien statistique moyen** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et **leur niveau d'information sur la vasectomie**.

Figure 7b: Type de contraception définitive proposé en fonction du niveau de connaissance



◆ Connaissance / Méconnaissance de la loi de juillet 2001

	nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
médecins connaissant la loi	28	10	38
médecins méconnaissant la loi	53	53	103
	81	60	141

Figure 8a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive qu'ils proposaient et de leur connaissance de la loi de juillet 2001.

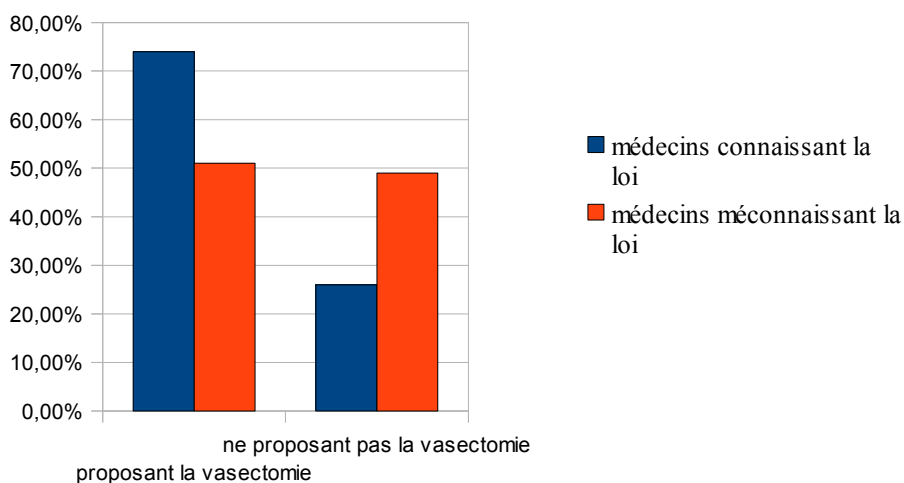
Comme le Khi 2 calculé (= 4,409) était supérieur à la valeur critique (= 3,841), on rejetait l'hypothèse d'indépendance et on acceptait l'hypothèse de dépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et le niveau de connaissance de la loi de juillet 2001 sur la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive.

Le risque que les variables soient indépendantes était plus petit que 5%.

Le calcul du p-value était égal à 0,036.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il y avait un **lien statistique moyen** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et la **connaissance de la loi de juillet 2001 qui légalise la vasectomie**.

Figure 8a : Type de contraception définitive proposé en fonction de la connaissance ou pas de la loi



◆ Réticence ou pas à aborder la vasectomie avec certains patients

	nombre de médecins proposant la vasectomie	nombre de médecins ne proposant pas la vasectomie	
réticent	20	21	41
non réticent	72	36	108
	92	57	149

Figure 9a : Répartition des médecins généralistes en fonction du type de contraception définitive proposé et de leur réticence à aborder la vasectomie.

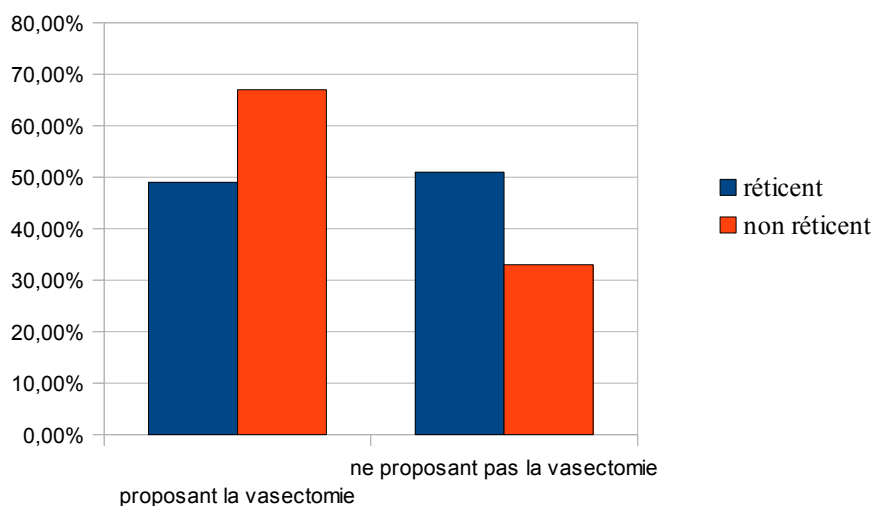
Comme le Khi 2 calculé (= 4,025) était supérieur à la valeur critique (= 3,841), on rejetait l'hypothèse d'indépendance et on acceptait l'hypothèse de dépendance entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et leur réticence ou pas à proposer la vasectomie à certains patients.

Le risque que les variables soient indépendantes était plus petit que 5%.

Le calcul du p-value était égal à 0,045.

Donc, à la suite du test du khi 2, on concluait qu'il y avait un **lien statistique moyen** entre le type de contraception définitive proposé spontanément par les médecins généralistes et **leur réticence ou pas à proposer la vasectomie à certains patients.**

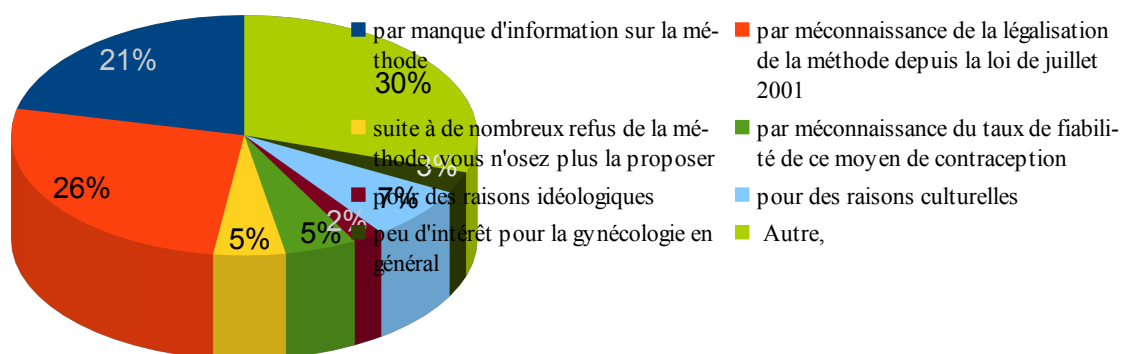
Figure 9b : Type de contraception définitive proposé en fonction de la réticence



=> Le niveau de connaissance sur la vasectomie, la connaissance de la loi de juillet 2001, la réticence à aborder la vasectomie ont été les déterminants mis en avant.

3 Raisons des difficultés à aborder la vasectomie évoquées par les médecins

Figure 10 : Raisons pour lesquelles les médecins de l'étude n'abordaient pas ou peu la vasectomie



Les deux principales raisons mis en avant par les médecins généralistes étaient : la méconnaissance de la vasectomie (21 % par manque d'information sur la méthode + 5 % par non connaissance du taux de fiabilité) et la méconnaissance de sa légalité (26%). Seulement, 9 % évoquaient des raisons idéo-culturelles.

30% des médecins généralistes ont proposé d'autres raisons de ne pas aborder la vasectomie avec leurs patients :

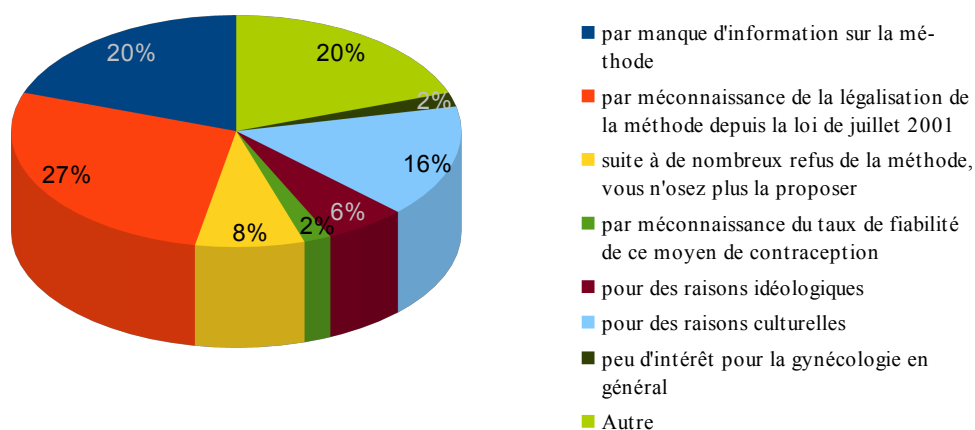
- la vasectomie est une **contraception de couple et pas de la femme** qui gère souvent seule sa contraception (46% des réponses autres) :
 - « on voit toujours les femmes en consultation, jamais les hommes, difficile de parler de vasectomie sans le principal intéressé . »
 - «La stérilisation est le plus souvent demandée par la femme seule en consultation »
 - « Le problème de la contraception est en général géré par la femme seule »
 - « L'homme ne se sent pas très concerné par la contraception, il laisse le problème à sa femme »
 - « La femme peut tomber enceinte d'un tiers »
- **le peu ou l'absence de demande.** (26% des réponses autres)
- l'oubli de l'existence de ce moyen de contraception. (14% des réponses autres)

- des **méconnaissances / des fausses-idées** sur la vasectomie (14% des réponses autres) :
 - « l'irréversibilité chez homme est encore plus irréversible que chez la femme »
 - « Effets secondaires (impuissance?) »
 - « Pas de prise en charge, dépassement d'honoraire ++++ »
 - « Douloureux (certains patients se sont retrouvés avec des testicules gros comme un ballon de rugby) »

Je me suis intéressée aux raisons évoquées par les médecins généralistes qui avaient une réticence à aborder la vasectomie avec certains patients (40 réponses), pour essayer de comprendre les origines de leur réticence : 22 % évoquaient des raisons idéo-culturelles, 20 % évoquaient d'autres raisons tel que la contraception est un problème de femme géré par les femmes (40 % des réponses autres), ils n'avaient pas ou peu de demande de vasectomie (20 % des réponses autres). Le reste des réponses autres étaient essentiellement liées à de fausses-idées (40% des réponses autres).

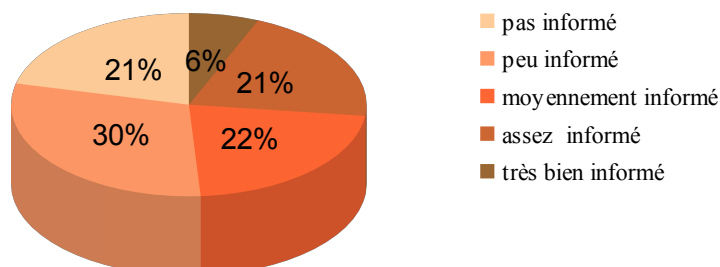
Figure 11 : Médecins réticents à aborder vasectomie

Raisons pour lesquelles ils n'évoquaient pas ou peu la vasectomie



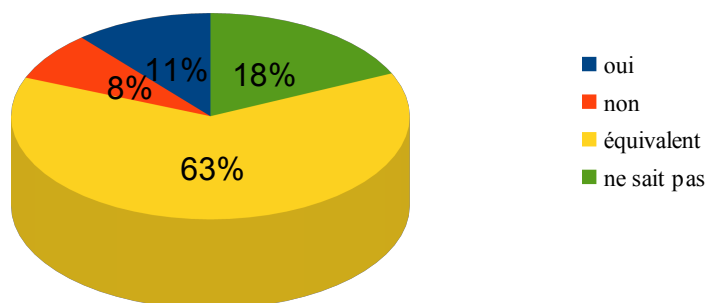
4 Évaluation du niveau de connaissance sur la vasectomie des médecins généralistes

Figure 11 : Auto-estimation des médecins de l'étude de leur niveau d'information sur la vasectomie



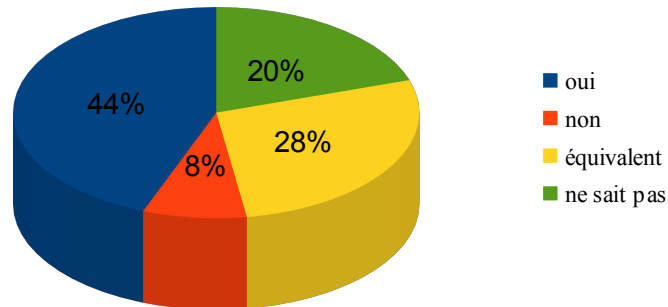
Les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire s'estimaient (141 réponses):
pour 51% d'entre eux faiblement informés (pas à peu informés),
pour 22% d'entre eux moyennement informés,
pour 27% d'entre eux bien informés (assez à très informés).

Figure 12 : D'après les médecins de l'étude :
la vasectomie serait-elle plus efficace que la stérilisation tubaire ?



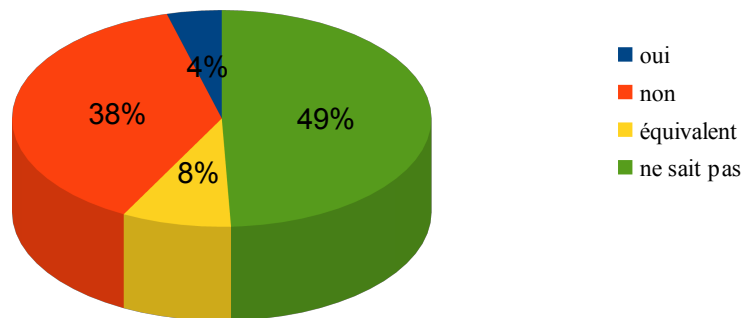
La majorité des médecins interrogés pensaient que la stérilisation masculine et féminine sont d'efficacité équivalente (143 réponses).
Même les médecins se déclarant assez à très informés pensaient en majorité que les 2 types de stérilisation sont d'efficacité équivalente (82%). Seuls 10 % de ces médecins pensaient que la vasectomie était plus efficace.

figure 13 : D'après les médecins de l'étude,
la vasectomie serait-elle d'une plus grande simplicité technique
que la stérilisation tubaire?



La majorité des médecins généralistes interrogés pensaient que la stérilisation masculine était plus simple techniquement que la stérilisation tubaire. (145 réponses)

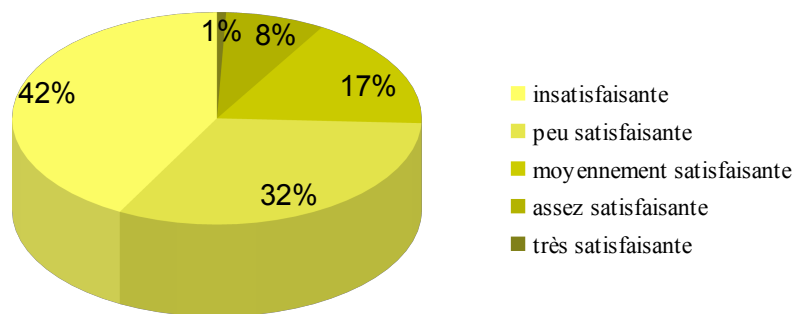
Figure 14 : D'après les médecins de l'étude,
la vasectomie serait-elle plus onéreuse que la stérilisation tubaire ?



La moitié des médecins généralistes interrogés ne connaissait pas le coût des différentes techniques de stérilisation à visée contraceptive, 38 % pensait que la vasectomie était moins chère que la stérilisation tubaire. (142 réponses)

Nous avons demandé aux médecins généralistes d'évaluer leur niveau de satisfaction face à la formation et aux informations qu'ils auraient pu avoir sur la vasectomie aux cours de leurs parcours professionnels (140 réponses) :

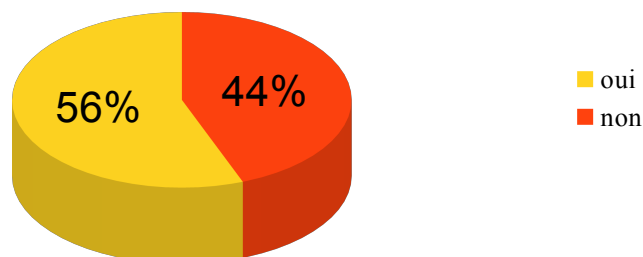
Figure 15 : Evaluation par les médecins du niveau d'information sur la vasectomie délivré durant leur parcours professionnel



74% déclaraient le niveau d'information faible (insatisfaisant à peu satisfaisant),
 17 % déclaraient le niveau d'information moyennement satisfaisant,
 9 % déclaraient le niveau d'information satisfaisant (assez à très satisfaisant).

La majorité des médecins généralistes déclaraient un niveau de formation faible lors de leur cursus. Seraient-ils pour autant intéressés pour augmenter leur niveau de connaissance sur la vasectomie? (154 réponses)

Figure 16 : Souhait des médecins interrogés de recevoir une formation sur la vasectomie :



Le désir de formation diminuait avec l'augmentation de l'âge du médecin généraliste : 88% des moins de 35 ans seraient intéressés par une formation, 66% des 35-44 ans, 51% des 45- 54 ans, et seulement 45% des plus de 55 ans.

En étudiant les réponses en fonction de certains critères, voici ce que l'on observait :

- 66 % des médecins qui orientaient uniquement vers la stérilisation tubaire ou vers aucun mode de stérilisation à visée contraceptive seraient intéressés par une formation sur la vasectomie.
- 65% des femmes seraient intéressées par une formation.
- 62% des médecins généralistes déclarant une activité assez à très importante en gynécologie seraient intéressés par une formation.
- 56 % des médecins se déclarant réticent à aborder la vasectomie seraient intéressé par une formation.
- 50 % des hommes seraient intéressés par une formation.

Discussion

1 Évaluation de la méthode :

Dans cette étude, l'échantillon de médecins généralistes est un échantillon comparable à la population de médecins généralistes des Pays de la Loire.

En effet, la répartition hommes / femmes des médecins généraliste des Pays de la Loire est de 69 % d'homme pour 31 % de femmes. Dans notre étude, la répartition était de 65 % d'hommes pour 35 % de femmes.

La répartition en fonction des âges des médecins généralistes des Pays de la Loire est de 21% de moins de 44 ans, de 33 % de 45 à 54 ans, de 45 % de plus de 55 ans. Dans notre étude, elle était de 25 % de moins de 44 ans, 33 % de 45 à 54 ans, de 43 % de plus de 55ans.

L'échantillon de médecins généralistes a été tiré au sort avec un taux de réponse élevé (157 réponses sur 250 envois = 63% de réponses). Pour avoir un recrutement parfait, il aurait fallu un taux de réponses de 100%. L'ensemble des médecins n'ayant pas répondu, il existe un léger biais de recrutement.

Le questionnaire a été envoyé par courrier, les réponses étaient anonymes, mais il existe certainement un biais de déclaration car les médecins ont rempli seul leur questionnaire.

Dans l'interprétation des résultats, il existe aussi un biais de non-réponses, car le questionnaire comportait un recto-verso que certains médecins n'ont pas vu (14 questionnaires étaient concernés), d'autre part, certains médecins ont délibérément choisi de ne pas répondre à certaines questions.

2 Résultats :

Le nombre de patients vasectomisés est faible en France, pourtant les couples feraient appel aux médecins généralistes pour les orienter dans leur désir de stérilisation à visée contraceptive. L'obligation de passer par le médecin généraliste, dans le cadre du parcours de soins, incite certainement les patients à consulter leur médecin pour parler de cette démarche. Excepté pour les femmes qui désirent une stérilisation tubaire car elles peuvent directement consulter un gynécologue-obstétricien.

Dans ce travail, nous avons pu observer que le nombre de médecins généralistes de Loire-Atlantique abordant la vasectomie est assez important (58%). Un tiers des médecins recommandaient uniquement la stérilisation féminine. Huit pour-cent des médecins déclaraient n'en aborder aucune.

Le nombre de couples choisissant la stérilisation à visée contraceptive est faible : 2,2 % des femmes de 15 à 49 ans ayant une contraception choisissent la stérilisation comme contraception selon l'INPES en 2010 (12). En France, la stérilisation féminine et masculine est peu utilisée malgré que 92 % des médecins déclaraient aborder un de ces moyens avec leurs patients (biais de déclaration ? réticence de la population vis à vis de ces techniques ?).

Le but de l'étude était de mettre en avant les éléments qui limitent les médecins généralistes à conseiller la vasectomie aux patients concernés.

a) Déterminants mis en avant par les médecins généralistes

- Méconnaissance de la loi

Nous nous sommes aperçus que les médecins expliquaient leur manque de recommandation de la vasectomie par leur méconnaissance de sa légalisation par la loi de juillet 2001. D'ailleurs, ils ne sont que 31 % à connaître cette loi.

En 2003, 18 mois après la parution de cette loi, une petite étude fut réalisée auprès des urologues pour connaître la diffusion de l'information que représentait la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive (22). La majorité des urologues présentaient une méconnaissance de la loi, alors qu'ils étaient directement concernés. Dix ans plus tard, les médecins généralistes n'ont vraisemblablement toujours pas intégré cette loi.

- Méconnaissance de la vasectomie

Les médecins généralistes ont mis en avant - pour justifier leur manque de recommandation de la vasectomie - le manque de connaissance de cette méthode. Ils étaient pour moitié à s'estimer faiblement informé sur le sujet, et trois quart estimaient que leur niveau de formation sur la vasectomie durant leur cursus était faible.

Lorsqu'ils ont été interrogés sur l'efficacité de la vasectomie, la majorité pensait qu'elle était aussi efficace que la stérilisation tubaire.

Or selon l'OMS, la vasectomie est légèrement plus efficace que la stérilisation tubaire. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), la stérilisation tubaire par la technique Essure n'a pas encore démontré une meilleure efficacité que les autres techniques standards de stérilisation féminine (23).

Lorsque les médecins ont été interrogés sur la difficulté technique du geste, 44% pensaient que la vasectomie était plus simple techniquement, un quart pensaient que les deux techniques étaient de difficulté équivalente.

La vasectomie demeure un geste plus simple que la stérilisation tubaire par voie endoscopique pour ce qui est de la compétence requise, du matériel, du risque opératoire. La vasectomie nécessite un matériel simple (scalpel, pinces, ciseaux, électrocoagulation, fils de suture...), elle ne nécessite pas de compétences chirurgicales poussées, les complications sont mineures. Elle peut se faire sous anesthésie locale même si la plupart des urologues réalisent le geste sous anesthésie générale.

La méthode Essure nécessite tout de même du matériel spécifique (hystéroscope) et un savoir technique obligatoire défini par l'avis de la commission d'évaluation des dispositifs médicaux de la HAS (23).

Cependant, la technique Essure par voie endoscopique est un atout pour la stérilisation féminine. Elle permet de réaliser des stérilisations avec nettement moins de risques de complications, de douleurs, et le temps d'arrêt de travail est infime comparé à la stérilisation tubaire par voie coelioscopique.

Lorsque les médecins ont été interrogés sur le coût, la moitié ne le connaissait pas et seuls 38 % savaient que la vasectomie était moins onéreuse que la stérilisation tubaire.

Nous sommes dans un pays où les soins sont remboursés par la sécurité sociale, les médecins font donc moins attention aux coûts des soins.

Or, aux États-Unis, où la sécurité sociale n'existe pas, une étude avait été réalisée sur le rapport « fiabilité/coût » des différents moyens contraceptifs, la vasectomie faisait partie -avec le DIU- des moyens les plus fiables et les moins chers (24).

Dans notre étude, les médecins orientaient majoritairement leurs patients vers les urologues. Or, la prise en charge par les urologues peut être plus coûteuse (dépassement d'honoraire) et l'anesthésie est générale et non pas locale.

En Loire-Atlantique, nous avons la possibilité d'orienter les patients vers le centre Simone Veil où les vasectomies sont faites sous anesthésie locale, sans dépassement d'honoraire, mais faut-il encore avoir connaissance de cette information.

- Raisons idéologiques et culturelles

La proportion de médecins déclarant des raisons culturelles et/ou idéologiques à ne pas aborder la vasectomie avec leurs patients est faible (7% et 2%).

Par contre de nombreux médecins mettent en avant un élément culturel : la contraception est une affaire de femmes qu'elles gèrent souvent seules (14% des réponses à la question : « pour quelles raisons n'abordez vous pas la vasectomie? »).

Il est vrai que les femmes se sont battues pour avoir le droit à la contraception (loi Neuwirth), le fait de permettre aux couples de décider du moment où ils désirent être parents, a permis une vraie liberté à la femme. Cependant, à l'heure de la parité homme/femme, si l'homme est prêt à assumer cette tâche, pourquoi ne pas la lui proposer !

En 1994, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire reconnaît officiellement l'importance des hommes dans la régulation des naissances (25).

En effet, les hommes ont leur part de responsabilité face aux conséquences que peut avoir une activité sexuelle (infections sexuellement transmissibles, grossesses). Il est important qu'ils en soient conscients et qu'ils assument ces conséquences. Ceci passe par l'éducation. L'éducation sexuelle doit être apportée aux femmes comme aux hommes.

Dans une thèse qualitative sur l'homme et la contraception en France, on s'aperçoit que l'homme se soucie plus du risque infectieux que peut entraîner un rapport sexuel occasionnel, que du risque de grossesse. La contraception est parfois confondue avec la prévention des infections sexuellement transmissibles. Dès que les hommes sont en couple, ils délaissent la responsabilité contraceptive à leurs partenaires même s'ils se disent intéressés par la contraception (26). Dans cette thèse, la moitié des hommes ne connaissaient pas la vasectomie. Certains l'associaient à une perte de virilité.

Il existe un manque d'information, d'éducation des hommes français vis à vis de la contraception.

Pourtant des études ont montré qu'une contraception choisie après concertation des 2 membres du couple s'accompagne d'une meilleure efficacité contraceptive. D'où les campagnes de pub : « faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concernent tous ? »

Il ne faut pas restreindre la contraception à une problématique féminine, la parentalité concerne autant l'homme que la femme.

- Autres raisons évoquées

D'autre part, des médecins ont mis en avant l'absence ou le peu de demande de cette méthode par leur patient. La vasectomie est mal connue de la population française, mais c'est le rôle du médecin de proposer et d'éclairer les patients sur les différentes méthodes contraceptives adaptées à leur mode de vie.

D'autres médecins ont avoué avoir oublié l'existence de cette méthode.

D'autres médecins ont mis en avant des raisons relevant d'idées reçues : l'impuissance comme effets secondaires, l'irréversibilité de la technique « encore plus irréversible que pour la femme ». Ces divers éléments recourent l'idée que la technique est méconnue des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

b) Déterminants mis en avant par l'analyse des résultats

D'autre part, en étudiant les deux populations de médecins (ceux qui abordaient versus ceux qui n'abordaient pas la vasectomie), on a mis en évidence que le niveau de connaissance jouait sur la capacité à aborder la vasectomie en consultation, ainsi que la connaissance de la loi. Nous avons aussi mis en évidence que la réticence à aborder la vasectomie jouait sur la capacité à la recommander.

Or quand nous avons étudié les réponses des médecins réticents, nous avons observé qu'ils étaient plus nombreux à émettre des raisons idéologiques (6%) et/ou culturelles (16%) dans le fait de ne pas aborder la vasectomie avec leurs patients. Donc, la culture et la religion seraient pour certains médecins à l'origine de leurs réticences et donc de leurs capacités à aborder la vasectomie avec leurs patients.

Nous avons aussi observé que les médecins réticents émettaient plus d'idées reçues sur la vasectomie, ce qui fait penser qu'ils connaîtraient moins bien ce moyen contraceptif.

En revanche ni l'âge, ni le sexe, ni l'activité en gynécologie, ne seraient des variables qui influenceraient le fait d'aborder ou non la vasectomie.

On observe une adéquation entre les raisons évoquées par les médecins et les raisons retrouvées par l'analyse des résultats.

3 Commentaires :

Il existe de nombreux moyens de contraception afin de s'adapter aux situations de vie de tous les couples. Or ces moyens de contraception ont tous leurs limites : contre-indications, effets secondaires. Quand un couple ne désire plus d'enfants et que la femme ne veut ou ne peut plus utiliser les moyens contraceptifs les plus courants, il est possible de leur proposer la stérilisation à visée contraceptive.

La vasectomie est un moyen contraceptif définitif efficace, avec un faible taux de complications, le geste est simple et peu coûteux. Dans de nombreux pays, il fait parti des moyens contraceptifs les plus utilisés (Canada, États-Unis...). Mais en France, la vasectomie reste rare.

L'intérêt de cette étude était d'essayer de comprendre pourquoi en médecine générale ce moyen contraceptif restait dans l'ombre. La population masculine française n'est peut être pas prête à changer ses mœurs. Cependant, il est dommage de ne pas profiter des nombreux avantages de cette méthode, et c'est en faisant connaître la vasectomie, et en l'expliquant, que l'on peut modifier les comportements.

Dans cette étude, on s'aperçoit aussi que les médecins ont un faible niveau de connaissance sur la vasectomie à cause d'un manque de formation sur le sujet. D'autre part, beaucoup de médecins pensent encore que la méthode n'est pas légale.

En ce qui concerne la connaissance de la méthode, en s'intéressant à la formation des internes de médecine générale sur la contraception, on s'aperçoit que le type de formation et le niveau diffèrent d'un département de médecine générale à l'autre. Certaines facultés proposent jusqu'à 11 heures d'enseignements sur la contraception (dont des ateliers de pose de DIU, d'implant sous-cutanée), dont certaines heures sont obligatoires (incluses dans le stage praticien), et abordent la stérilisation contraceptive. D'autres facultés ne proposent aucun enseignement de gynécologie, mais des groupes d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles (GEASP), où les étudiants aborderont peut-être des cas sur la contraception (et la stérilisation contraceptive ?). D'autres facultés proposent des séminaires sur la contraception et/ou sur la femme, mais ces séminaires ne sont pas obligatoires. Donc, les étudiants de ces facultés peuvent ne pas faire de stage en gynécologie durant leur internat et ne pas avoir suivi de séminaire sur la gynécologie.

Certes chaque étudiant est libre de s'intéresser à la gynécologie sachant que les bases de gynécologie sont enseignées lors du deuxième cycle des études médicales, mais chaque médecin a le devoir de se former tout au long de son activité médicale.

Faut-il alors proposer plus de formations continues sur le sujet ? 56% des médecins interrogés étaient intéressés par une formation. Les plus intéressés par une formation sur la vasectomie étaient les jeunes médecins, les médecins femmes, et les médecins avec une forte activité en gynécologie.

En ce qui concerne la loi de juillet 2001, elle est relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Elle a permis, entre autres, le prolongement du délai de l'IVG de 12 à 14 SA.

Pourquoi est-elle passée inaperçue auprès de beaucoup de médecin ? Est-ce que les mesures liées à l'IVG ont occulté la légalisation de la stérilisation contraceptive ? Est-ce que les médias ont suffisamment parlé de tous les articles de cette loi lors de son vote ? Ce qui est étonnant c'est que la méconnaissance de cette loi touche aussi bien les jeunes que les anciens médecins.

Des recommandations récentes ont été faites par la HAS en 2004 (27) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2009 (2). Ces recommandations mettent en avant l'intérêt de la stérilisation comme moyen contraceptif, et l'intérêt de présenter aux patients ce moyen de contraception dans le but de diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG. En France, une IVG sur 5 est pratiquée sur une femme de plus de 35 ans.

Une enquête a été réalisée en 2010 par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) pour connaître les enjeux contemporains sur la santé sexuelle et reproductive : l'enquête Fécond (28). Une partie de l'enquête a consisté à interroger les médecins généralistes et gynécologues installés dans un cabinet en ville sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans cette enquête, les médecins ont aussi été interrogés sur leur réticence à parler de la stérilisation, malheureusement les résultats ne sont pas encore publiés. On note donc que les pouvoirs publics

cherchent à comprendre comment la stérilisation contraceptive est abordée en France.

Les pouvoirs publics commencent à mettre en avant l'intérêt des méthodes contraceptives définitives, mais les médecins et la population sont loin d'être bien informés sur les principes de ces différentes méthodes. Ils restent sur des principes et idées anciennes, inculqués par notre histoire et notre culture.

Il faudrait que les formations en gynécologie (initiales puis continues) n'oublient pas de parler de ces méthodes contraceptives définitives et mettent en avant leurs intérêts réels, notamment ceux de la vasectomie.

Il faudrait que les médecins prennent le temps d'expliquer à leurs patients toutes les méthodes contraceptives adaptées à leurs situations comme la méthode BERCER le préconise (cf. Annexe III), et que les médecins fassent confiance aux choix de leurs patients.

En ce qui concerne la vasectomie, le délai de réflexion (4 mois) et le choix éclairé doivent permettre d'éviter les regrets.

Conclusion

La vasectomie est un moyen contraceptif définitif, efficace, simple de réalisation, responsable de peu de complications et peu coûteux.

Les pouvoirs publics recommandent la stérilisation comme moyen contraceptif afin de diminuer les grossesses non désirées, mais le nombre de couple qui ont choisi la vasectomie et la stérilisation tubaire reste faible.

Nous nous sommes intéressés à la pratique des médecins généralistes vis à vis de la vasectomie pour essayer de déterminer ce qui les freinent à recommander cette méthode à leurs patients.

Il s'avère que les médecins généralistes connaissent mal ce moyen de stérilisation à visée contraceptive en lien avec une faible formation sur le sujet dans leur cursus. Ils méconnaissent également sa légalisation depuis juillet 2001. Et beaucoup de médecins sont attachés au principe que la contraception est une histoire de femme.

Il existe également une méconnaissance de la vasectomie de la part de la population française, couplée à celle des médecins généralistes, cela n'aide pas à informer les patients.

L'information sur cette méthode peut passer dans un premier temps par la femme lors d'un suivi gynécologique. Elle pourra y réfléchir avec son conjoint et ils pourront reconsulter ensemble si ce choix les intéressent.

Pour que les médecins généralistes soient plus à l'aise avec la vasectomie, il faudrait parler de la stérilisation à visée contraceptive et notamment de la vasectomie lors de la formation initiale et continue des médecins généralistes. D'autant plus qu'il paraissent intéressés par une information sur le sujet.

Références

1. Naves marie-C, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes la contraception□? Une comparaison internationale. [Internet]. stratégie.gouv.fr. 2011 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: http://www.strategie.gouv.fr/system/files/2011-06-09-contraception-na226_0.pdf
2. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapp. Igas [Internet]. 2009 [cité 8 avr 2013]; Disponible sur: http://www.globe-expert.eu/quixplorer/filestorage/Interfocus/0-Societe/04-Mondialisation/04-SRCNL-Societe_Emploi_-_Rapports_Publics/201002/La_prevention_des_grossesses_non_desirees__contraception_et_contraception_durgence.pdf
3. Inpes et votre pratique - Contraception, IVG et grossesses non désirées - 2010-contraception.pdf [Internet]. INPES. 2010 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: http://www.inpes.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf
4. Anthune S. Histoire de la contraception et de ses alternatives dans les pays occidentaux de l'antiquité à la fin du XXème siècle. [thèse de docteur en pharmacie]. Université de Lille 2; 2001.
5. Détail d'un article de code [Internet]. [cité 14 nov 2011]. Disponible sur: <file:///C:/Users/Delphine/Documents/th%C3%A8se/loi.htm>
6. Haute Autorité de Santé - Évaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme [Internet]. [cité 14 nov 2011]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272486/evaluation-des-techniques-de-sterilisation-chez-la-femme-et-chez-lhomme
7. Dubecq-Princeteau F. La stérilisation tubaire. la revue du praticien. 15 janv 2008;58:33-35.
8. Blanc B, Madelenat P. La stérilisation à visée contraceptive. Elsevier; 2004.
9. IVG 2001 - Recommandations revues 2010 - ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf
10. IVG méthode médicamenteuse - Recommandations - MEL - ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf [Internet]. 2010 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
11. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 - er659.pdf [Internet]. Epsil. Insee. 2008 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12562/1/er659.pdf>
12. CONTRACEPTION□: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie□? - dp111026.pdf [Internet]. inpes.sante.fr. 2011 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>

13. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique - dp041207.pdf [Internet]. inpes.sante.fr. 2004 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
14. Kozminski MA, Bloom DA. A Brief History of Rejuvenation Operations. J. Urol. mars 2012;187(3):1130-1134.
15. Les années folles du rajeunissement | La Recherche [Internet]. La Recherche. 1999 [cité 6 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.larecherche.fr/savoirs/dossier/annees-folles-du-rajeunissement-01-07-1999-87525>
16. Jardin A. La vasectomie□: une contraception masculine. la revue du praticien. janv 2008;58:40.
17. Giami A, Leridon H. Les enjeux de la stérilisation Collection «Questions en Santé Publique» Edité par: A. GIAMI, H. LERIDON. Andrologie. 2000;10(3):323-7.
18. Ryckewaert S. Place de la vasectomie dans la contraception du couple□: a propos de 45 cas [Thèse de médecine générale]. Université du droit et de la santé Lille 2; 2009.
19. Audren G. vasectomie□: un mode de contraception du couple disponible□? [Thèse de médecine générale]. université de Rennes 1; 2001.
20. HUYGHE E, BLANC A, NOHRA J, LABARTHE P, Rouge D, Plante P. vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles□: aspects légaux et techniques [Internet]. 2007 [cité 9 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00170789/TEXT-PU-2007-00170789.PDF>
21. Zini A. POST-VASECTOMY GUIDELINES - Vasectomy-2010_FR(2).pdf [Internet]. 2010 [cité 9 avr 2013]. Disponible sur: [http://www.cua.org/userfiles/files/Vasectomy-2010_FR\(2\).pdf](http://www.cua.org/userfiles/files/Vasectomy-2010_FR(2).pdf)
22. Badraoui M, Bruyere F, Lanson Y. La loi sur la vasectomie est peu connue. Andrologie. 2004;14(4):438-42.
23. ESSURE 4062 - essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf [Internet]. 2012 [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/essure-29_mai_2012_4062_avis.pdf
24. Cost-effectiveness of contraceptives in the USA [Internet]. [cité 27 nov 2012]. Disponible sur: <http://paa2009.princeton.edu/papers/92003>
25. Unies N. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement [Internet]. Organisation des Nations Unies; 1994 [cité 8 avr 2013]. Disponible sur: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/571_filename_finalreport_icpd_fre.pdf
26. Delaunay C. Les hommes et la contraception□: leurs connaissances, leurs rôles et leurs attentes. Enquêtes qualitatives auprès d'hommes de 18 à 55 ans. [Thèse de médecine générale]. université de Rennes 1; 2010.
27. Recommandations contraception VVD-2006 - recommandations_contraception_vvd-2006.pdf [Internet]. Has-Sante. 2004 [cité 3 avr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf

28. La contraception en France□: nouveau contexte, nouvelles pratique? [Internet]. INED. 2012 [cité 9 avr 2013]. Disponible sur:
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf1_492.pdf

Annexes

- I. Questionnaire avec la lettre d'accompagnement
- II. Tableau de l'OMS sur l'efficacité des différentes méthodes contraceptives
- III. Méthode BERCER
- IV. Rappel statistique

I. Questionnaire avec lettre d'accompagnement

Monfort Delphine
22 rue des abeilles
44210 Pornic
0699187880

Pornic, le 03/04/2012

Madame, monsieur,

Je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse sur la vasectomie je vous envoie ce questionnaire.

Je vous remercie de m'accorder un peu moins de cinq minutes pour le remplir.

Les moyens de contraception sont nombreux et variés afin de s'adapter à chacun. Certains couples ne désirant plus d'enfant décident d'une contraception définitive. En France, une majorité de couple s'oriente vers la stérilisation tubaire et peu vers la vasectomie, quelles en sont les raisons ?
Le grand public connaît-il ce moyen de contraception ?

Merci de m'aider dans ma recherche.

Confraternellement.

MONFORT Delphine

PS : Merci de me renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe ci-joint avant le 30 juin 2012.

Questionnaire de thèse

- Connaissez-vous des hommes vasectomisés dans votre patientèle ?

☐ oui
☐ non

- Connaissez-vous la loi du 4 juillet 2001 qui régit la stérilisation ?

☐ oui
☐ non

- Avez-vous déjà eu des demandes spontanées de couples pour la réalisation d'une contraception définitive ?

☐ oui
☐ non

- Si oui, pour :

☐ la stérilisation tubaire
☐ la vasectomie
☐ les deux.

- Quel mode de contraception définitive proposez-vous spontanément à vos patients ?

☐ la stérilisation tubaire
☐ la vasectomie
☐ les deux
☐ aucune

- Avez-vous une certaine réticence à proposer la vasectomie à certain patient ?

☐ oui
☐ non

- Si vous n'avez pas l'habitude d'aborder la vasectomie avec vos patients, quelles en sont les raisons ? (plusieurs réponses possibles)

☐ par manque d'information sur la méthode
☐ par méconnaissance de la légalisation de la méthode depuis la loi de juillet 2001
☐ suite à de nombreux refus de la méthode, vous n'osez plus la proposer
☐ par méconnaissance du taux de fiabilité de ce moyen de contraception
☐ pour des raisons idéologiques

- ☐ pour des raisons culturelles
- ☐ peu d'intérêt pour la gynécologie en général
- ☐ Autre, précisez :

1/3

- A qui adressez-vous vos patients demandeurs de vasectomie ?

- ☐ urologues
- ☐ centre de planning familial
- ☐ autres, précisez :

- Comment estimez-vous être personnellement informé(e) sur la vasectomie ?

- ☐ pas informé(e)
- ☐ peu informé(e)
- ☐ moyennement informé(e)
- ☐ assez informé(e)
- ☐ très bien informé(e)

- Comment considérez-vous l'information sur la vasectomie dans votre parcours (étude médicale, FMC, revue) ?

- ☐ insatisfaisante
- ☐ peu satisfaisante
- ☐ moyennement satisfaisante
- ☐ assez satisfaisante
- ☐ très satisfaisante

- Pour vous, la vasectomie est-elle un moyen de stérilisation plus efficace que la stérilisation tubaire ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ équivalent
- ☐ ne sait pas

- Pour vous, la vasectomie est-elle un moyen de stérilisation plus simple techniquement (technique chirurgical, anesthésie, temps d'arrêt de travail...) que la stérilisation tubaire ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ équivalent
- ☐ ne sait pas

- Pour vous, la vasectomie est-elle un moyen de stérilisation plus onéreux que la stérilisation tubaire ?

- ☐ oui
- ☐ non

- ☐ équivalent
- ☐ ne sait pas

2/3

- Seriez-vous intéressé(e) par une formation précise sur la vasectomie ?

- ☐ oui
- ☐ non

- Êtes-vous :

- ☐ un homme
- ☐ une femme

- Quel est votre tranche d'âge ?

- ☐ < 35 ans
- ☐ 35 à 44 ans
- ☐ 45 à 54 ans
- ☐ > 55 ans

- Quel est votre type d'exercice ?

- ☐ rural
- ☐ urbain

- Avez-vous une autre activité que celle de la médecine générale libérale ?

- ☐ non
- ☐ oui, précisez :

- Quel est l'importance de la gynécologie dans votre pratique médicale ?

- ☐ pas importante
- ☐ peu importante
- ☐ moyennement importante
- ☐ assez importante
- ☐ très importante

II. Tableau de l'OMS sur l'efficacité des différentes méthodes contraceptives

Efficacité des différentes méthodes contraceptives, adapté d'après l'OMS

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale*
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	Progestatifs injectables	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
Efficace dans son emploi courant	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Contraception orale oestroprogestative	6-8	0,1
	Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	§	0,5
A une certaine efficacité dans son emploi courant Efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicide	20	6
	Méthodes naturelles	20	1-9
	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipares)	20	9
	Cape cervicale (multipares)	40	26
	Pas de méthode	85	85

* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs.

III. Modèle Bercer d'après les recommandations pour la pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (2004)

Les 6 étapes de la consultation sur le modèle BERGER

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 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.

Spécificités liées à l'adolescence

☞ L'adolescente est reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel. Depuis 2001, la loi dispense le médecin de notifier aux parents une prescription contraceptive à une mineure. Pour autant, l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste tout aussi essentielle.

☞ En l'absence de symptômes qui le justifient, les examens gynécologique et sanguins ne sont pas nécessaires lors de la première consultation.

☞ Il importe de rester neutre et de n'avoir d'*a priori* ni sur l'activité sexuelle des adolescents, ni sur leur désir voire leur intention délibérée d'un d'enfant à naître.

☞ Le questionnement nécessite de comprendre que l'adolescence est un moment de croissance sociale et cognitive et d'acquérir des compétences de communication particulières afin d'adapter le « *counseling* » à l'adolescente.

☞ La contraception chez une adolescente nécessite une planification et un suivi régulier et rapproché.

IV. Rappel statistique

◆ Test du Khi 2

Le test du Khi 2 est un test statistique qui permet de tester l'indépendance entre deux variables aléatoires.

La base du test consiste à élaborer une hypothèse nulle (H_0) qui suppose que toutes les données considérées dérivent de la même loi de probabilité et sont donc indépendantes.

Ces données ayant été réparties en classes, il faut :

- déterminer le nombre de degrés de liberté du problème à partir du nombre de classes ;
- se donner a priori un risque de se tromper (la valeur 5 % est souvent choisie par défaut) ;
- à l'aide d'une table de χ^2 , déduire en tenant compte du nombre de degrés de liberté la distance critique qui a une probabilité de dépassement égale à ce risque ;
- calculer algébriquement la distance entre les ensembles d'informations à comparer, c'est le Khi 2.

Si le Khi 2 est supérieur à la distance critique, on conclut que l'hypothèse nulle est rejetée et donc que le résultat n'est pas dû seulement aux fluctuations d'échantillonnage. Les variables sont donc dépendantes.

◆ La P-value

La valeur p (en anglais p-value) est la probabilité de commettre une erreur de première espèce, c'est-à-dire de rejeter à tort l'hypothèse nulle et donc d'obtenir un faux positif. Si cette valeur p est inférieure à la valeur du seuil préalablement défini (traditionnellement 5 %), on rejette l'hypothèse nulle. La valeur p se traduit par seuil expérimental.

En général, on considère les seuils suivants :

- **< 0,1** : très forte présomption contre l'hypothèse nulle
- **0,01 – 0,05** : forte présomption contre l'hypothèse nulle
- **0,05 à 0,1** : faible présomption contre l'hypothèse nulle
- **> 0,1** : pas de présomption contre l'hypothèse nulle

NOM : MONFORT

PRENOM : Delphine

Titre de Thèse :

**Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie
comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-
Atlantique.**

RESUME :

Il existe de nombreux moyens contraceptifs. En France la pilule et le dispositif intra-utérin sont majoritairement utilisés. Dans d'autre pays (États-Unis, Canada) la stérilisation à visée contraceptive notamment masculine est largement utilisée. Les médecins généralistes français paraissent aborder peu la vasectomie avec leurs patients.

Notre travail a cherché à identifier les déterminants qui limiteraient les médecins généralistes de Loire-Atlantique à proposer la vasectomie à leurs patients. Nous avons réalisé une enquête descriptive par l'envoi de questionnaires auto-administrés.

Les médecins généralistes ont été plus de la moitié à déclarer qu'ils parlaient de la stérilisation tubaire et de la vasectomie aux couples concernés.

Nous avons retrouvé comme éléments limitant : la méconnaissance de la vasectomie , la méconnaissance de sa légalisation par la loi de juillet 2001, la stigmatisation de la contraception comme préoccupation féminine, une réticence de certains médecins généralistes à aborder la vasectomie pour des raisons idéologiques et culturelles et à cause de nombreuses idées reçues.

MOTS-CLES : vasectomie – médecins généralistes