

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014TOU31042

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2014

Par Marie ROMERO

**EXISTE – T – IL DES FREINS À LA CONTRACEPTION
DÉFINITIVE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ? ENQUÊTE
AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DE
BRETAGNE, DE MIDI-PYRÉNÉES ET DE NORMANDIE.**

DIRECTEUR DE THÈSE : Thierry BRILLAC

JURY :

M. le Professeur Pierre LEGUEVAQUE, Président.

M. le Professeur Stéphane OUSTRIC, Assesseur.

M. le Professeur Pierre MESTHÉ, Assesseur.

M. le Docteur Thierry BRILLAC, Assesseur.

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. POURRAT. J	Néphrologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéριο. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéριο. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Chirurgie Générale et Gynécologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en jugeant notre travail et en présidant notre jury de thèse.

Je vous remercie également pour le temps passé en stage à vos côtés, votre enseignement a été extrêmement riche.

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des Universités en Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

Je vous remercie plus personnellement pour l'aide que vous m'avez apportée tout au long de mon internat. Vos précieux conseils et votre disponibilité m'ont permis de mener à bien ces études et de me découvrir une réelle passion pour la médecine générale.

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Professeur Associé de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse. Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Maître de Conférences Associé en Médecine Générale

Je vous remercie d'abord de m'avoir proposé ce sujet de thèse si passionnant. J'ai adoré travailler à vos côtés, vos conseils sont toujours très pertinents et nos échanges enrichissants.

Je vous remercie également pour tous les stages passés à vos côtés. Vous m'avez transmis la passion pour ce merveilleux métier. J'ai beaucoup appris tant sur le plan scientifique que sur le plan humain, vous resterez une référence pour moi.

À l'homme de ma vie, un grand Merci !

Tu m'as portée et supportée tout au long de ces difficiles études. Toujours attentionné, bienveillant et compréhensif tu m'as permis d'avancer sereinement et de croire un peu plus en moi. Je suis merveilleusement heureuse à tes côtés et chaque jour davantage. Je t'aime !

À mes parents,

Vous avez toujours tout sacrifié pour vos enfants. Je ne vous remercierais jamais assez de m'avoir permis de faire les études que je souhaitais. Votre amour, votre soutien sans faille, même pendant les moments difficiles, ont été indispensables. Je vous aime !

Merci à Chloé et à Loïc sur qui j'ai toujours pu compter !

Merci à mes grands-parents et à ma famille.

Merci à ma belle-famille.

À Marie-Aline pour tous ces moments partagés et à venir ! Tu es une grande amie et 2015 sera une année parfaite !

À Emilie mon acolyte de P1 et d'externat !

À Badia, Carole, Diana, Julie, Marie, Marine et Pascaline sans oublier Andréi, Benoît, Davy et Sylvain ! L'internat n'aurait pas été aussi agréable sans vous ! Une belle amitié est née, longue vie à nos folles soirées !

À Solveig Tyrka et Khulkar Yunusova pour leur aide précieuse et leur gentillesse !

Table des matières

<u>Liste des figures</u>	p4
<u>Liste des abréviations</u>	p5
<u>CONTEXTE</u>	p6
1. Contraception et IVG en France.....	p7
2. Spécificités chez la femme de plus de 40 ans.....	p7
3. La loi du 4 juillet 2001 en matière de contraception définitive.....	p7
<u>MATÉRIELS ET MÉTHODES</u>	p9
1. Description de l'étude.....	p9
2. Traitement des données.....	p10
<u>RÉSULTATS</u>	p11
1. Profil des médecins répondants.....	p11
2. Connaissances des médecins en matière de contraception définitive.....	p14
3. Synthèse.....	p17
<u>DISCUSSION</u>	p19
1. Critique.....	p19
A. Forces de l'étude.....	p19
B. Biais et limites de l'étude.....	p19
2. Population étudiée.....	p20
3. Formation des médecins.....	p22
4. La contraception définitive lors de la consultation en médecine générale.....	p23
A. Les demandes des patients en matière de contraception définitive.....	p23
B. L'inclusion difficile de la contraception définitive parmi les autres moyens de contraception.....	p24
C. Les critères pour recommander une contraception définitive.....	p26
5. Connaissance de la loi du 4 juillet 2001.....	p27
6. Les médecins généralistes et Essure®.....	p28
7. Les autres études sur le sujet.....	p29
8. Les freins de la contraception définitive en France et les solutions à envisager.....	p30
A. Manque de formation des médecins généralistes en matière de gynécologie.....	p31
B. Manque de connaissance de la part des patients.....	p32
C. Erreurs dans la communication médecin-patient.....	p34
<u>CONCLUSION</u>	p36

<u>FIGURES</u>	p37
<u>ANNEXES</u>	p42
<u>Annexe n°1</u> : Efficacité des méthodes contraceptives selon l’OMS.....	p43
<u>Annexe n°2</u> : Différentes techniques de contraception définitive.....	p44
PARTIE I : VASECTOMIE.....	p44
1) Indications et contre-indications.....	p44
2) Techniques.....	p44
a) Accès au canal déférent.....	p45
b) Interruption du déférent.....	p46
3) Efficacité.....	p47
4) Complications.....	p48
a) Complications à court terme.....	p48
b) Complications à long terme.....	p48
5) Réversibilité.....	p48
PARTIE II : STÉRILISATION FÉMININE.....	p49
A) Ligature tubaire.....	p49
1) Indications et contre- indications.....	p49
2) Techniques.....	p49
a) Voies d’abord.....	p49
b) Technique opératoire.....	p50
3) Efficacité.....	p51
4) Complications.....	p52
a) Complications à court-terme.....	p52
b) Complications à long terme.....	p52
5) Réversibilité.....	p52
B) Essure®.....	p53
1) Indications et contre-indications.....	p53
2) Technique.....	p54
3) Efficacité.....	p55
4) Complications.....	p56
5) Réversibilité.....	p56
PARTIE III : COÛT.....	p57
<u>Annexe n°3</u> : Loi du 4 juillet 2001.....	p58
<u>Annexe n°4</u> : Livret d’information stérilisation à visée contraceptive.....	p60
<u>Annexe n°5</u> : Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive.....	p77
<u>Annexe n°6</u> : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	p78
<u>Annexe n°7</u> : Lettre envoyée aux médecins généralistes.....	p80

<u>Annexe n°8</u> : Organisation du troisième cycle des études médicales.....	p81
<u>Annexe n°9</u> : Fiche Info-Patient Vasectomie Contraceptive.....	p83
<u>Annexe n°10</u> : Situations à risque en cas de stérilisation chez l'homme.....	p86
<u>Annexe n°11</u> : Situations à risque en cas de ligature des trompes chez la femme.....	p87
<u>Annexe n°12</u> : Tableaux et p-value.....	p92
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p105
<u>RÉSUMÉ</u>	p115

Liste des figures

Figure n°1 : Les méthodes de contraception utilisées en France. Évolution 1978-2010..... p38

Figure n°2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes
.....p39

Figure n°3 : Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Europe..... p39

Figure n°4 : Contraception définitive en France selon la base PMSI..... p40

Figure n°5 : Score de Lerat modifié..... p40

Figure n°6 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde en 2007..... p41

Figure n°7 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde en
2005..... p41

Liste des abréviations

AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ANCIC	Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
ASP	Abdomen Sans Préparation
CECOS	Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DREES	Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
DU/DIU	Diplôme Universitaire/Diplôme Inter-Universitaire
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPU	Enseignement Post Universitaire
FIV	Fécondation In Vitro
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
ICSI	IntraCyttoplasmic Spermatozoon Injection
INED	Institut National des Études Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MFPF	Mouvement Français pour le Planning Familial
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

CONTEXTE

1. Contraception et IVG en France :

La contraception a été légalisée par la loi Neuwirth de 1967. Par la suite, les méthodes contraceptives se sont nettement développées.

En matière de contraception, les généralistes prennent en charge 38% des consultations contre 61 % pour les gynécologues. Il semble que le généraliste assure plus souvent le suivi que l'initiation du traitement contraceptif, laquelle est plus fréquemment confiée au gynécologue.¹

Avec l'évolution de la démographie médicale, le médecin généraliste va être amené à assurer de plus en plus de suivi gynécologique et va jouer un rôle de plus en plus prépondérant dans le domaine de la contraception.

Les enquêtes Fecond réalisées en 2010 et en 2013 par l'INSERM et par l'INED permettent de dresser un état des lieux des pratiques contraceptives en France.^{2,3} (cf. figure n°1 et n°2)

La pilule est la méthode la plus utilisée, par plus de 40% des femmes. Le DIU est utilisé par 22.6 % des femmes. La stérilisation contraceptive ne concerne qu'une minorité : 3.9% des femmes et 0.3% de leurs partenaires masculins. Environ 3% des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive et ne souhaitent pas de grossesse.

La contraception reste essentiellement une affaire féminine. C'est à elle de la choisir et d'en assumer la responsabilité. La fertilité concerne pourtant autant les femmes que les hommes. Ceci peut s'expliquer par le peu de méthode contraceptive masculine disponible : préservatif et vasectomie.⁴

Le préservatif est utilisé en début de vie sexuelle, puis la pilule prend le relais et enfin vient le stérilet lorsque les couples ont eu tous les enfants qu'ils désiraient. On parle de norme française contraceptive.⁵ Elle est caractérisée par un recours très important à une contraception dite médicale (pilule et stérilet).⁶

Les méthodes contraceptives majoritairement répandues en France sont considérées par l'OMS comme très efficaces. Le taux de survenue d'une grossesse est de 0.3% la première année avec l'utilisation de la pilule (œstroprogestative ou progestative), de 0.2% avec un DIU au lévonorgestrel et de 0.6% avec un DIU au cuivre.⁷ (cf. annexe n°1)

Malgré cela il persiste en France un nombre important d'échecs contraceptifs. Chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle.⁸ Une grossesse sur trois est considérée comme non prévue. Un tiers de ces grossesses va aboutir à une interruption volontaire de grossesse. Deux tiers de ces grossesses non désirées sont survenues alors que la femme utilisait un contraceptif. La principale raison mise en évidence est la mauvaise utilisation du contraceptif.⁹

Il existe donc une discordance entre l'efficacité théorique des contraceptifs majoritairement utilisés en France et l'efficacité retrouvée en pratique.

Selon le rapport de la DREES, 222 300 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France en 2011. Ainsi le taux d'IVG est en moyenne de 15 pour 1 000 femmes.¹⁰ Ce taux est étonnement stable depuis 1975. Il s'explique par une hausse de la propension du

recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Les couples se fixent des conditions préalables à l'arrivée d'un enfant et programment de plus en plus une grossesse.^{11,12}

Avec ce taux de 15 IVG pour 1000 femmes la France se situe parmi les pays de l'Union européenne qui ont les taux de recours à l'IVG les plus élevés.¹³ (cf. figure n°3)

2. Spécificités chez la femme de plus de 40 ans :

Les principaux moyens de contraception utilisés par les femmes de plus de 40 ans sont d'abord le DIU ensuite les méthodes hormonales dont la pilule et enfin quasiment à égalité la stérilisation, le préservatif et les autres méthodes (retrait, abstinence...)³

Au-delà de 40 ans, le taux de couverture contraceptive décline et atteint 40 % à 50 ans.⁵ La fertilité féminine diminue avec l'âge, ainsi une femme de 40 ans cherchant à avoir un enfant a 44% de chance d'y parvenir en 12 mois.¹⁴ Mais pour autant elle ne devient nulle qu'à la ménopause. Il existe également une grande variabilité entre individus. Cette baisse de la fertilité est souvent surestimée par les femmes et explique en partie la diminution de la couverture contraceptive à cet âge.

La proportion de conceptions interrompues volontairement est très importante à cet âge : 30% à 40 ans, 60% à 45 ans versus 10 % à 30 ans.¹⁵ Ce qui signifie que la majorité de ces grossesses sont non désirées. Ainsi 6% des IVG réalisées en France en 2011 le sont chez les femmes de plus de 40 ans.

Il est donc indispensable de maintenir une contraception efficace jusqu'à la ménopause.¹⁶

La norme française contraceptive apparaît au premier abord comme très efficace. En pratique le nombre d'échec contraceptif est important. Ce schéma rigide n'est pas adapté à tous et en particulier aux femmes de plus de 40 ans. Il est nécessaire de le faire évoluer pour s'adapter davantage aux situations personnelles complexes de chaque couple.

3. La loi du 4 juillet 2001 en matière de contraception définitive :

Une des solutions envisagée pour améliorer l'efficacité contraceptive en France a été de légaliser la stérilisation à visée contraceptive. Ceci a permis d'élargir le panel de l'offre contraceptive dans notre pays.

La stérilisation à visée contraceptive comprend la stérilisation féminine : ligature des trompes ou insertion d'un micro-implant par hystérectomie (Essure®) et la stérilisation masculine par vasectomie. Ces différentes techniques sont décrites en annexe. (cf. annexe n°2)

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 article 26 (Journal Officiel du 7 juillet 2001) a inséré dans le code de santé publique deux nouveaux articles (article L2123-1 et article L2123-2) autorisant la pratique de la stérilisation à visée contraceptive. (cf. annexe n°3)

Cette loi autorise la pratique de la contraception définitive chez toute personne majeure ayant exprimé une volonté libre motivée et délibérée après avoir reçu une information claire et complète sur les conséquences de l'intervention.¹⁷

Un livret a été réalisé par le Ministère des Affaires et de la Santé en 2012 et reprend l'essentiel des informations à donner au patient avant sa décision. (cf. annexe n°4) Les points à aborder sont : les alternatives existantes à la contraception définitive, les différentes techniques de stérilisation existantes, leurs efficacités et leurs risques potentiels, les démarches à effectuer. Il est important de présenter les méthodes de stérilisation comme irréversibles.¹⁸

Cette information devra être délivrée lors d'une première consultation médicale à l'issue de laquelle une attestation devra être délivrée au patient. (cf. annexe n°5) Cette consultation médicale peut être réalisée par tous médecins et non exclusivement par le chirurgien qui effectuera l'intervention. Un délai de réflexion de 4 mois doit être obligatoirement respecté après cette première consultation.

Si le patient confirme sa décision après les 4 mois de réflexion, il doit bénéficier d'une seconde consultation médicale lors de laquelle il devra confirmer son consentement par écrit.

La stérilisation à visée contraceptive étant un acte chirurgical, l'intervention doit être pratiquée dans un établissement de santé (hôpital ou clinique).

La seule contre-indication absolue à la contraception définitive est d'être mineure.

Il existe un cadre légal spécifique pour les personnes ayant une altération de leurs fonctions mentales sous tutelle ou sous curatelle.

Il est possible d'envisager l'intervention s'il existe une contre-indication absolue aux méthodes de contraception ou s'il est impossible de mettre en œuvre efficacement toutes les autres méthodes contraceptives. Dans ce cas le juge des tutelles doit donner son accord après consultation d'un comité d'experts et après avoir recherché le consentement de la personne intéressée.

La légalisation de la stérilisation à visée contraceptive en 2001 a peu modifié les habitudes contraceptives en France. La contraception définitive concerne seulement 4% des femmes en France². En 2012, on a recensé 37506 interventions : 19757 par la méthode Essure®, 15741 par ligature tubaire et 2008 par vasectomie. (cf. figure n°4)

Pourquoi ces chiffres n'ont-ils pas évolué alors que la contraception définitive est légale depuis plus de dix ans ?

Le médecin généraliste a un rôle primordial en matière de contraception. C'est pour cela que nous avons décidé de mener une étude sur la contraception définitive en médecine générale. Notre objectif était de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la contraception définitive. Nous espérons ainsi mettre en évidence d'éventuels freins au recours à la stérilisation à visée contraceptive en France.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Descriptif de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire. (cf. annexe n°6)

Le questionnaire est composé de 23 questions réparties en quatre parties. Il préserve l'anonymat des répondants.

La première partie, comprenant huit questions, permet de dresser le profil sociodémographique des médecins généralistes répondants.

La seconde partie composée de quatre questions nous informe sur les demandes des patients ainsi que sur les pratiques des médecins en matière de contraception définitive.

La troisième partie évalue les connaissances des médecins généralistes sur la loi du 4 juillet 2001 à l'aide de quatre questions.

La dernière partie recherche les connaissances des médecins sur la méthode Essure® et comprend six questions.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier à tous les médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie. Le courrier comprenait également une lettre explicative de l'étude et une enveloppe timbrée destinée au retour du questionnaire. (cf. annexe n°7)

Les médecins généralistes libéraux ont été recherchés à l'aide des pages jaunes. Aucune sélection n'a été réalisée préalablement. Ceci représentait un effectif de 8199 médecins en tout soit 2758 en Bretagne, 2828 en Midi-Pyrénées et 2613 en Normandie.

L'effectif des médecins généralistes libéraux en France est très important et pour des raisons matérielles et humaines nous ne pouvons réaliser une étude d'une telle envergure. Nous nous sommes donc fixés une limite de trois régions.

Cette étude a été initiée par le DUMG de Midi-Pyrénées et c'est en toute logique que nous avons choisi cette région.

Peu d'études ont été faites sur la contraception définitive en médecine générale. Une thèse a été réalisée en Basse-Normandie en 2013 sur les connaissances des maîtres de stage médecin généraliste du procédé Essure®. Une thèse qualitative est en cours de réalisation en Bretagne sur les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la contraception définitive féminine. Nous avons ainsi choisi ces deux régions afin d'établir d'éventuelles comparaisons.

Les questionnaires ont été postés le 13 avril 2013. La date limite de retour des questionnaires a été fixée au 13 juillet 2013.

2. Traitement des données :

Les réponses ont été rentrées dans Excel 2013. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R. Le test du Khi deux a été effectué afin de savoir si les différences observées entre les groupes étaient dues au hasard ou non. La correction de Yates a été effectuée lorsque cela était possible. On considère que les résultats sont significatifs lorsque $p \text{ value} \leq 0.05$ (ou 5%).

Afin d'établir le niveau de connaissance des médecins répondants sur la loi du 4 juillet 2001 nous avons établi un score pour les questions 15 à 17. Une bonne réponse se voyant attribuer 1 point le score peut varier de 0 à 3 points.¹⁹

Les années 1992, 1993, 2003 et 2004 prises pour classer les années de thèse et d'installation correspondent à : un passage de la thèse ou une installation il y a moins de 10 ans, situé entre 10 et 20 ans ou supérieure à 20 ans.

RÉSULTATS

Nous avons reçu 2356 réponses soit un taux de retour de 28.7 %.

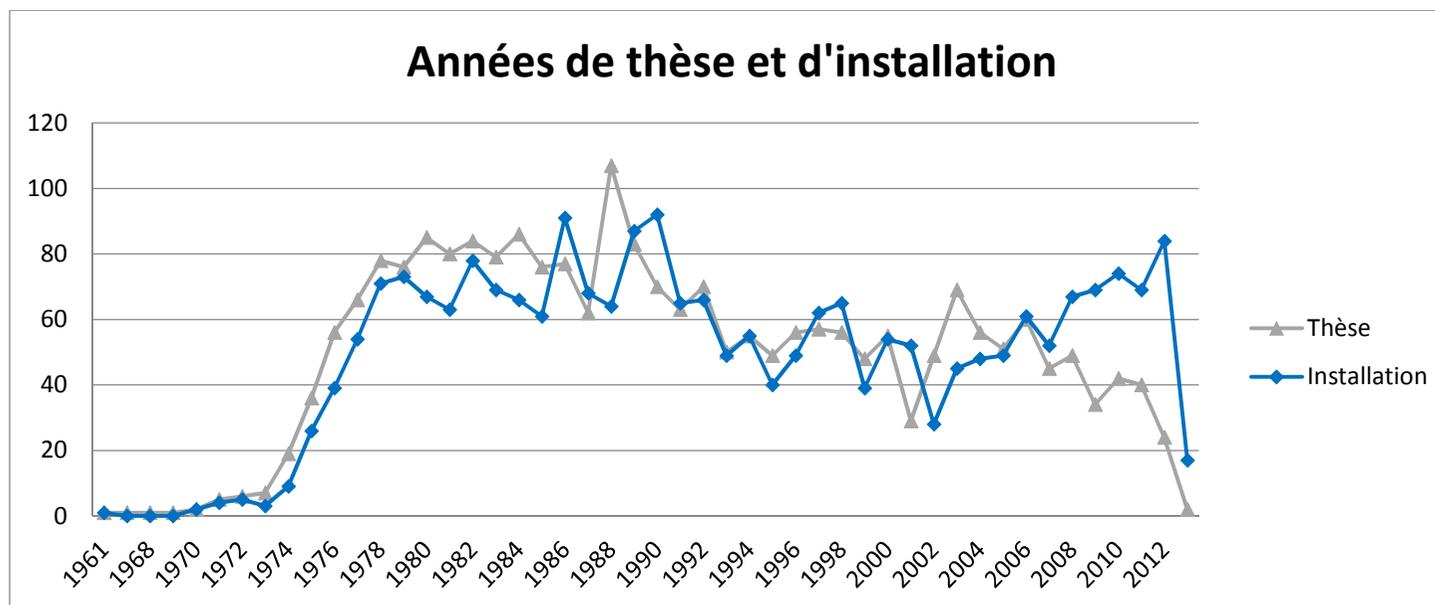
Nous avons organisé les résultats en tableaux. Lorsqu'une analyse statistique a été effectuée les résultats significatifs ont été mis en gras, les résultats non significatifs ont été mis en italique. Tous les tableaux et les p-value sont en annexe.

1. Profil des médecins répondants :

Les premiers tableaux nous permettent d'établir le profil des médecins généralistes répondants en fonction de leur année de thèse, d'installation, du sexe, de leur lieu d'exercice (tableau n°1) et de leur formation (tableau n°2 à 4). Nous avons également réalisé un graphique afin d'illustrer la répartition des médecins selon l'année de thèse et d'installation (graphique n°1).

			N	%	Répondants	Médiane
Question 1	Année de thèse	≥ 2004	403	17,1%	2355	1990
		1993 à 2003	573	24,3%		Homme = 1986
		≤ 1992	1379	58,6%		Femme = 1997
Question 2	Année d'installation	≥ 2004	590	25,1%	2352	1992
		1993 à 2003	538	22,9%		Homme = 1987
		≤ 1992	1224	52,0%		Femme = 2000
Question 3	Sexe	Homme	1406	59,7%	2355	
		Femme	949	40,3%		
Question 4	Région	Midi-Pyrénées	833	35,9%	2323	
		Basse-Normandie	298	12,8%		
		Haute-Normandie	394	17,0%		
		Bretagne	798	34,3%		
Question 5	Mode d'exercice	Rural	558	23,8%	2350	
		Semi-rural ou semi-urbain	964	41,0%		
		Urbain	828	35,2%		

Tableau n°1



Graphique n°1

			Régions				Année de thèse				
			n	%	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992
Question 6	Formation initiale en gynécologie	Non adaptée	330	14,2%	18,2%	11,0%	15,4%	8,1%	7,0%	15,0%	15,8%
		Peu adaptée	981	42,0%	45,8%	40,8%	36,8%	41,7%	39,7%	42,9%	42,4%
		Adaptée	939	40,2%	33,6%	45,1%	41,4%	45,8%	49,5%	39,1%	38,0%
		Parfaitement adaptée	84	3,6%	2,4%	3,1%	6,4%	4,4%	3,8%	3,0%	3,8%

Tableau n°2

		Formation initiale en gynécologie				
		n	%	Formation initiale adaptée ou parfaitement adaptée	Formation initiale non ou peu adaptée	
Question 7	Formation complémentaire en gynécologie	DU / DIU	129	5,7%	55,6%	54,7%
		Développement Professionnel Continu (FMC + EPP)	780	34,4%		
		Les deux	55	2,4%		
		Pas de formation complémentaire	1301	57,5%	44,4%	45,3%

Tableau n°3

		Formation initiale						
		n	%	Adaptée ou parfaitement adaptée avec formation complémentaire	Adaptée ou parfaitement adaptée sans formation complémentaire	Non ou peu adaptée avec formation complémentaire	Non ou peu adaptée sans formation complémentaire	
Question 8	Compétence dans la pratique de la gynécologie	Non intéressé ou non concerné	58	2,5%	0,5%	1,2%	1,2%	5,0%
		Peu compétent	790	34,3%	7,8%	17,5%	26,9%	67,0%
		Compétent	1344	58,4%	82,0%	75,1%	65,7%	26,7%
		Tout à fait compétent	110	4,8%	9,7%	5,8%	6,2%	1,3%

Tableau n°4

2. Connaissances des médecins en matière de contraception définitive :

Les tableaux suivants illustrent les réponses des médecins sur leurs connaissances en matière de contraception définitive. Grâce au profil des médecins généralistes établi précédemment nous avons pu créer des sous-groupes en fonction de l'année de thèse, d'installation, du sexe, de la région d'exercice et de la formation. Dans le tableau 8, nous avons détaillé les réponses aux questions en fonction de ces sous-groupes nous permettant ainsi d'établir des différences entre les sous-groupes.

		n	%	
Question 12	Critères pour recommander contraception définitive	Stabilité du couple	580	25,1%
		Age minimum homme/femme	1367	59,0%
		Nombre d'enfants minimum	751	32,4%
		Age du dernier enfant	228	9,8%
		Choix personnel de la femme ou de l'homme	797	34,4%
		Ne recommande pas de contraception définitive	262	11,3%
		Autres	331	14,3%

Tableau n°5

		n	%	
Question 13	Où dirigez-vous vos patients ?	Gynécologue médical	360	15,9%
		Chirurgien gynécologique	2031	89,6%
		Urologue	280	12,4%
		Clinique	1507	71,6%
		Hôpital	1350	64,1%
		Cabinet	200	9,5%

Tableau n°6

		n	%	
Question 15	Pratique stérilisation autorisée	Toute personne majeure	558	23,7%
		Toute personne de plus de 40 ans	227	9,6%
		Toute personne ayant eu des enfants	107	4,5%
		Je ne sais pas	1449	61,5%
Question 16	Rôle du conjoint	Avis du conjoint indispensable	167	7,1%
		Aucun avis n'est obligatoire	781	33,1%
		Je ne sais pas	1325	56,2%
Question 17	Délai de réflexion obligatoire	Aucun délai	53	2,2%
		1 mois	152	6,5%
		4 mois	759	32,2%
		6 mois	133	5,6%
		Je ne sais pas	1179	50,0%

Tableau n°7

					Année d'installation				Région				Sexe		Milieu d'exercice			Niveau de compétence				Formation initiale				Formation Complémentaire		
			n	%	≥ 2004	1993 à 2003		≤ 1992	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute Normandie	Basse Normandie	Homme	Femme	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée	Oui	Non	
						1993 à 2003	≤ 1992																					
Question 9	Demandes de contraception définitive	Par coelioscopie (ligature des trompes)	1505	64,8%	55,8%	63,2%	68,2%	61,2%	60,5%	71,6%	71,7%	63,4%	64,7%	70,4%	63,9%	59,3%												
		Par hystéroscopie (type Essure®)	1123	48,3%	50,2%	54,3%	43,6%	38,4%	48,5%	57,1%	60,6%	40,3%	58,6%	46,2%	51,5%	44,5%												
		Hystéroscopie + coelioscopie	836	46,7%																								
		Coelioscopie seule	669	37,3%																								
		Hystéroscopie seule	287	16,0%																								
		Total contraception définitive féminine	1792	76,1%	70%	79%	77,8%	71,3%	74,3%	84,5%	84,5%	72,9%	80,7%	80,1%	78,5%	70,4%												
		Vasectomie	701	30,2%	19,5%	33,3%	33,2%	44,2%	51,3%	44,5%	51,4%	50,6%	42,7%	33,0%	29,7%	27,6%												
	Jamais	502	21,6%	28,8%	18,8%	18,8%	25,9%	23,4%	13,2%	13,1%	23,8%	17,7%	17,9%	18,9%	26,5%													
Question 10	Inclusion contraception définitive comme moyen de contraception	Oui	2120	90,6%	92,7%	91,9%	89,3%	91,3%	90,8%	88,9%	93,6%	89,6%	92,5%	90,4%	92,4%	89,0%	89,7%	90,4%	91,1%	89,1%	92%	90,3%	91,1%	85,5%	89,9%	91,7%		
		Non	220	9,4%	7,3%	81,0%	10,7%	8,7%	9,2%	11,1%	6,4%	10,4%	7,5%	9,6%	7,6%	11,0%	10,3%	9,6%	8,9%	10,9%	8%	9,7%	8,9%	14,5%	10,1%	8,3%		
Question 11	Comment aborder le sujet de la contraception définitive	Vous en parlez en premier	480	21,1%	16,8%	21,7%	21,5%	17,3%	18,7%	23,6%	28,2%	18,8%	22,6%	20,1%	21,1%	19,8%	12,1%	13,0%	23,9%	34,5%	19,1%	19,4%	20,4%	35,7%	24,6%	16,9%		
		Souhait du patient	1557	68,4%	64,9%	68,0%	65,8%	65,3%	63,2%	73,6%	65,8%	65,4%	67,0%	70,3%	66,6%	63,0%	39,7%	64,0%	69,3%	60,2%	64,5%	65,3%	67,7%	69,0%	66,1%	66,1%		
		Non abordé par le médecin généraliste	117	5,1%	3,6%	4,1%	6,0%	5,2%	6,3%	2,3%	4,0%	6,2%	3,2%	3,9%	4,4%	6,2%	13,8%	8,8%	2,4%	2,7%	6,7%	5,6%	4,3%	0,0%	3,4%	6,2%		
		Non abordé car irréversible	56	2,5%	1,7%	1,5%	3,1%	2,9%	2,5%	1,8%	1,3%	2,8%	1,7%	2,2%	1,9%	3,2%	3,4%	3,0%	1,9%	2,7%	1,5%	3,2%	1,8%	3,6%	1,8%	2,8%		
	Abordé au même titre que les autres moyens de contraception	845	37,1%	37,3%	38,1%	34,3%	33,6%	38,0%	33,0%	41,3%	34,0%	38,7%	37,1%	38,4%	32,2%	31,0%	27,1%	39,9%	46,9%	34,2%	32,7%	40,4%	29,8%	42,8%	30,2%			
Question 12	Critères pour recommander une contraception définitive	Stabilité du couple	580	25,1%	21,5%	24,2%	26,4%	22,3%	24,7%	27,2%	27,9%	26,1%	22,4%	26,9%	25,4%	22,4%	13,8%	24,1%	25,3%	27,4%	20,9%	23,9%	26,7%	23,8%	24,7%	25,1%		
		Age minimum patient	1367	59,0%	56,1%	58,6%	58,9%	55,3%	56,3%	65,5%	60,7%	57,3%	59,1%	56,5%	61,6%	55,3%	39,7%	54,1%	61,3%	61,1%	54,5%	57,1%	60,1%	59,5%	60,7%	56,3%		
		Nb d'enfants minimum	751	32,4%	31,7%	29,2%	33,1%	31,8%	30,6%	34,5%	31,9%	33,9%	28,9%	30,8%	32,6%	32,0%	22,4%	32,5%	32,3%	29,2%	30,6%	30,4%	33,5%	32,1%	31,6%	31,9%		
		Age du dernier enfant	228	9,8%	8,6%	11,3%	9,5%	7,6%	9,9%	11,7%	12,4%	11,0%	7,8%	9,9%	9,7%	9,7%	6,9%	9,8%	9,2%	12,4%	9,7%	8,6%	10,4%	10,7%	8,2%	11,0%		
		Choix personnel du patient	797	34,4%	33,1%	35,7%	33,3%	34,9%	36,1%	26,1%	35,9%	32,9%	35,3%	38,4%	32,2%	32,6%	43,1%	31,6%	34,2%	36,3%	40,9%	33,7%	31,7%	32,1%	36,4%	32,4%		
		Ne recommande pas	262	11,3%	11,4%	11,0%	11,1%	12,7%	10,8%	9,6%	8,7%	12,1%	9,7%	10,2%	10,2%	12,7%	17,2%	15,0%	8,6%	9,7%	10,9%	12,7%	9,5%	9,5%	7,7%	12,9%		
		Autres	331	14,3%	14,7%	16,5%	12,6%	12,4%	15,0%	16,2%	14,1%	10,9%	18,7%	13,4%	14,0%	14,4%	6,9%	9,7%	16,6%	19,5%	12,4%	12,0%	16,1%	19,0%	15,9%	13,1%		
Question 14 à 17	Connaissance de la loi du 4 juillet 2001	Oui	700	30,4%	31,3%	29,6%	30,3%	27,8%	30,5%	33,8%	32,8%	25,1%	38,2%	30,2%	31,3%	29,4%	23,2%	16,9%	36,5%	59,8%	24,5%	26,6%	34,3%	56,8%	22,7%	40,0%		
		Non	1603	69,6%	68,7%	70,4%	69,7%	72,2%	69,5%	66,2%	67,2%	74,9%	61,8%	69,8%	68,7%	70,6%	76,8%	83,1%	63,5%	40,2%	75,5%	73,4%	65,7%	43,2%	77,3%	60,0%		
		0 point	1256	53,3%	44,9%	54,3%	56,9%	56,9%	53,5%	49,3%	47,7%	60,8%	42,2%	54,1%	52,7%	53,6%	69,0%	69,7%	45,2%	30,9%	56,7%	58,0%	48,6%	35,7%	41,3%	61,6%		
		1 point	459	19,5%	22,5%	18,4%	18,5%	16,9%	19,3%	21,8%	23,2%	18,4%	21,1%	17,8%	19,2%	21,0%	20,7%	14,9%	22,0%	14,6%	20,3%	18,2%	20,6%	20,3%	19,5%	19,3%		
		2 points	284	12,1%	14,1%	13,1%	10,5%	11,1%	12,4%	14,2%	11,7%	9,7%	15,5%	13,6%	12,3%	10,6%	3,4%	7,9%	14,0%	20,0%	9,1%	10,6%	13,7%	21,4%	16,0%	9,5%		
	3 points	357	15,1%	18,5%	14,2%	14,1%	15,1%	14,8%	14,7%	17,4%	11,1%	21,2%	14,5%	15,8%	14,8%	6,9%	7,5%	18,8%	34,5%	13,9%	13,2%	17,1%	22,6%	23,2%	9,6%			
Question 18	Connaissance d'Essure®	Oui	1540	66,6%	71,3%	71,7%	62,0%	57,3%	67,1%	77,2%	78,1%	59,3%	77,2%	63,6%	69,5%	65,0%	33,9%	52,3%	74,5%	90,6%	57,1%	62,7%	72,2%	84,0%	78,3%	57,5%		
		Non	774	33,4%	28,7%	28,3%	38,0%	42,7%	32,9%	22,8%	21,9%	40,7%	22,8%	36,4%	30,5%	35,0%	66,1%	47,7%	25,5%	9,4%	42,9%	37,3%	27,8%	16,0%	21,7%	42,5%		
Question 19	Recommandation d'Essure®	Oui	1242	58,2%	59,3%	62,9%	55,6%	50,0%	57,6%	69,2%	68,1%	52,5%	66,1%	56,4%	61,1%	56,3%	25,0%	40,6%	67,2%	89,1%	49,7%	53,4%	64,3%	78,7%	69,8%	49,4%		
		Non	891	41,8%	40,7%	37,1%	44,4%	50,0%	42,4%	30,8%	31,9%	47,5%	33,9%	43,6%	38,9%	43,7%	75,0%	59,4%	32,8%	10,9%	50,3%	46,6%	35,7%	21,3%	30,2%	50,6%		

Tableau n°7

		n	%	
Question 19	Connaissance d'Essure®	Formation initiale	83	5,4%
		Formation complémentaire en gynécologie	290	19,0%
		Congrès	117	7,6%
		EPU	424	27,7%
		Média	635	41,5%
		Autres	306	20,0%

Tableau n°9

		n	%	
Question 20	Remboursement méthode Essure®	100 % sans condition	234	10,7%
		100 % après 40 ans	149	6,8%
		65% sans condition	171	7,8%
		Non remboursée	15	0,7%
		Je ne sais pas	1618	74,0%

Tableau n°10

Question 22 et 23	Recommandez-vous Essure® ?	n	%
	Oui	Moins traumatisante	1069
Plus confortable		920	74,3%
Gain de temps		667	53,8%
Efficacité plus importante		156	13,0%
Risques associés plus faibles		429	34,6%
Autre		40	3,2%
Non	Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste	126	18,2%
	Ne connais pas la technique de pose	235	34,0%
	Ne connais pas les contre-indications	201	29,0%
	Dispositif trop récent	58	8,4%
	Ne connais pas de confrère pour le poser	139	20,1%
	Autre	227	32,8%

Tableau n°11

3. Synthèse :

La formation initiale des médecins généralistes semble disparate. Ils sont plus de 50% à la trouver adaptée en Basse-Normandie, autour de 50% en Haute-Normandie et en Bretagne et seulement 36% en Midi-Pyrénées.

Il y a une tendance générale à estimer que la formation s'est améliorée au cours du temps : 53.3% de ceux ayant passé leur thèse il y a moins de 10 ans, la trouve adaptée versus 41.8% de ceux ayant passé leur thèse il y a plus de 20 ans.

La majorité des médecins généralistes n'ont pas suivi de formation complémentaire en gynécologie soit 57.5%.

On se rend compte que les médecins jugeant leur formation initiale non ou peu adaptée n'ont pas suivi plus de formation complémentaire que les autres.

Les médecins généralistes se sentent majoritairement compétents ou très compétents en gynécologie soit 63.2% de notre effectif.

Il y a un lien évident entre formation initiale adaptée, formation complémentaire et compétence. Seuls 28% des médecins avec une formation initiale non ou peu adaptée et n'ayant pas fait de formation complémentaire se sentent compétents ou très compétents.

La majorité des médecins généralistes ont des demandes de contraception définitive féminine soit 76.1%.

Il y a beaucoup plus de demande de contraception définitive féminine en Normandie (84.5%) qu'en Bretagne (74.3%) ou Midi-Pyrénées (71.3%). Les femmes demandent majoritairement une intervention par coelioscopie en Bretagne et en Midi Pyrénées. En Normandie, les femmes demandent également beaucoup une intervention par hystérectomie (autour de 60%) même si elles sont plus nombreuses à demander une ligature tubaire (autour de 70%).

Une minorité de médecins reçoit des demandes de vasectomie soit 30.2%.

Les médecins femmes reçoivent plus de demandes de contraception définitive féminine. Les médecins hommes reçoivent plus de demandes de vasectomie.

La très grande majorité des médecins généralistes considèrent que la contraception définitive fait partie des moyens de contraception soit 90.6%. Ce chiffre est plus important chez les femmes et les jeunes.

Seulement 21.1% des médecins interrogés abordent le sujet de la contraception définitive en premier et 37.1% la considèrent comme les autres moyens de contraception. Ils sont majoritaires à attendre le souhait du patient pour en parler soit 68.4%.

Le seul critère cité majoritairement pour recommander une contraception définitive est l'âge du patient à 59%.

Le choix du patient est cité à 34.4%. Ce critère est davantage cité par les femmes, par les répondants non intéressés ou non concernés par la gynécologie et par ceux ayant suivi une formation complémentaire.

11.3% ne recommandent pas de contraception définitive. On retrouve cette réponse davantage chez les médecins de Midi-Pyrénées (17.2%) et de Bretagne (15%) par rapport à ceux de Haute-Normandie (8.6%) et de Basse-Normandie (9.7%). Les hommes recommandent moins la contraception définitive que les femmes, ainsi que les médecins

non concernés ou non intéressés par la gynécologie et ceux n'ayant pas reçu de formation complémentaire en gynécologie.

Dans la rubrique autres, les médecins ont souvent rajouté la mention : contre-indication à une nouvelle grossesse ou impossibilité ou contre-indication de recourir à un autre moyen contraceptif.

Les médecins généralistes adressent à 89.6% au chirurgien gynécologique. Ils adressent indifféremment en clinique ou à l'hôpital.

L'urologue est sollicité dans 12.4% des cas.

La loi du 4 juillet 2001 est estimée ne pas être connue par 69.6% des répondants.

Les conditions pour bénéficier d'une contraception définitive sont connues par 23.7% des médecins. Le rôle du conjoint est connu à 33.1%, le délai de réflexion à 32.2%.

Les médecins généralistes connaissant réellement la loi et ayant obtenu 3 points sont 15.1%.

On observe que la loi du 4 juillet 2001 est mieux connue chez les jeunes, les femmes, les personnes s'estimant compétentes dans la pratique de la gynécologie, les médecins estimant avoir reçu une bonne formation initiale et ceux ayant bénéficié d'une formation complémentaire.

La méthode Essure® est connue par 66.6% des répondants.

Essure® est majoritairement connu par le biais des médias à 41.5%. Dans la rubrique autres, de nombreux médecins ont rajouté avoir connu cette méthode par le biais d'une patiente en ayant bénéficié.

Le taux de remboursement de la méthode Essure® n'est connu que par 10.7% des médecins généralistes.

Essure® est recommandé à 58.2% par les médecins. Le taux de recommandation du procédé est plus important en Normandie, chez les médecins femmes, les médecins s'estimant compétents dans la pratique de la gynécologie, les médecins estimant avoir reçu une formation initiale adaptée et les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire.

Les raisons données à plus de 50% par les médecins recommandant la méthode Essure® sont : une intervention moins traumatisante, plus confortable pour la patiente et un gain de temps.

Les raisons retrouvées expliquant l'absence de la recommandation du procédé Essure® sont essentiellement liées à un manque de connaissance de la part des médecins.

DISCUSSION

1. Critique :

A. Forces de l'étude

2356 questionnaires ont été analysés. Notre étude est puissante, ce qui nous a permis d'analyser les résultats en créant des sous-groupes et ainsi d'approfondir notre travail.

L'envoi par courrier à l'aide des pages jaunes a permis de n'exclure personne, ce qui aurait été le cas avec un questionnaire via internet.

Une enveloppe préaffranchie adressée avec le questionnaire avait pour but de faciliter au maximum le retour et d'optimiser ainsi le nombre de répondants.

Le taux retour des questionnaires est de 28.7%. Ce taux peut être considéré comme satisfaisant en le comparant à des études similaires.

Des enquêtes par courrier sur le sujet de la contraception définitive adressées à des professionnels de santé autres que des médecins généralistes ont eu : un taux de réponse de 28.2% pour l'enquête Stéri-Gyn ²⁰, 51.7% pour l'étude ANCIC ²¹ et 26.3% pour l'étude MFPP. ²² Une thèse réalisée sur le procédé Essure® en Normandie et chez les maîtres de stage généraliste adressée par mail a retrouvé un taux de retour de 49.5%. ²³ Une thèse réalisée sur la vasectomie en Loire-Atlantique adressée par courrier à un échantillon de médecins généralistes, a eu un taux de réponse de 62.8%. ²⁴

B. Biais et limites de l'étude

Notre étude a été réalisée en Bretagne, Midi-Pyrénées et en Normandie. En effet, le nombre de médecins généralistes en France était trop important pour organiser une étude d'une telle envergure. De ce fait notre étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population des médecins généralistes français.

Notre étude présente également un biais de recueil des informations. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires envoyés par courrier. De ce fait en cas de mauvaise compréhension des questions ils n'avaient pas la possibilité d'obtenir des informations complémentaires. De plus, les questionnaires étant remplis anonymement à distance, il est impossible de vérifier l'honnêteté des réponses.

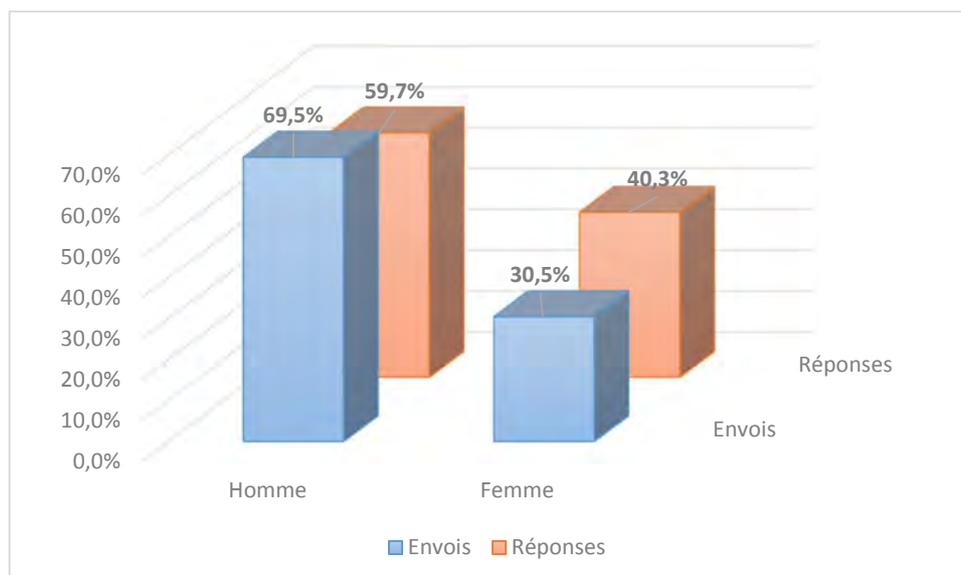
Seuls les médecins intéressés ou interpellés par le sujet de la contraception définitive ont pris le temps de répondre. Le niveau de connaissance des médecins généralistes est ainsi probablement surévalué.

Notre étude présente également un biais de sélection. En choisissant les médecins généralistes sur pages jaunes, il n'était pas possible d'écarter les médecins exerçant exclusivement une activité particulière comme l'acupuncture ou l'ostéopathie.

La question 13 a pour but de définir l'orientation par le médecin traitant d'un patient souhaitant une contraception définitive. Nous n'avons pas séparé l'orientation selon le sexe du patient. Or, les vasectomies peuvent être effectuées par des urologues, des andrologues, des chirurgiens généraux, des chirurgiens gynécologiques et par certains médecins généralistes expérimentés et formés à cette pratique. Nous n'avons ainsi pas la possibilité de connaître l'orientation précise de ces patients. Nous aurions dû détailler davantage la question et distinguer l'orientation en fonction du sexe des patients.

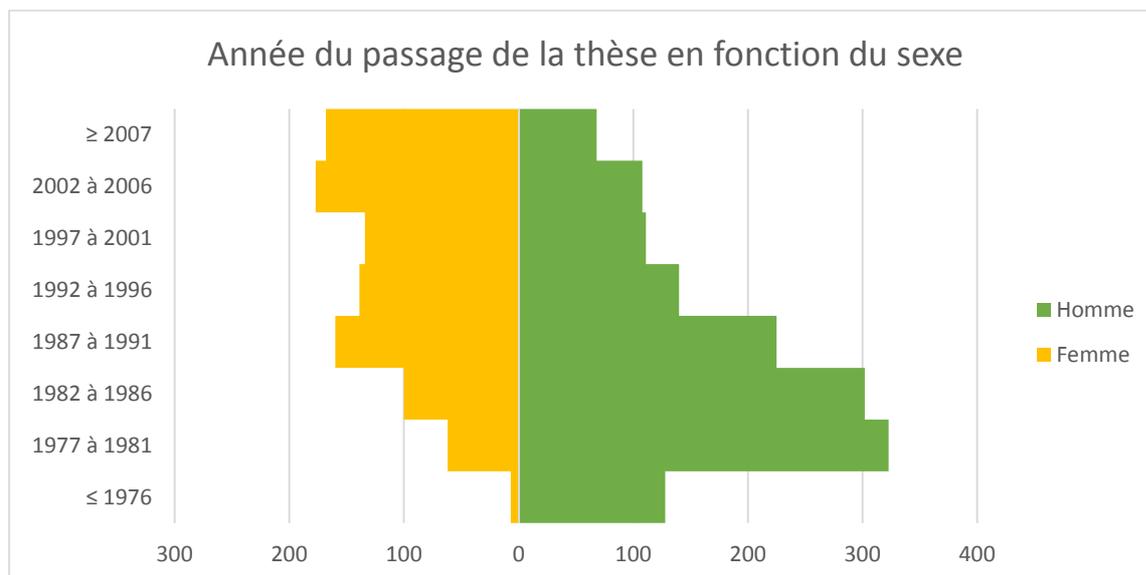
2. Population étudiée :

Notre population comprend une forte proportion de femmes comparée à la population générale des médecins. Les femmes représentent 30.5% de l'effectif des médecins généralistes libéraux des quatre régions étudiées mais elles représentent 40.3% de l'effectif des répondants (graphique n°2).

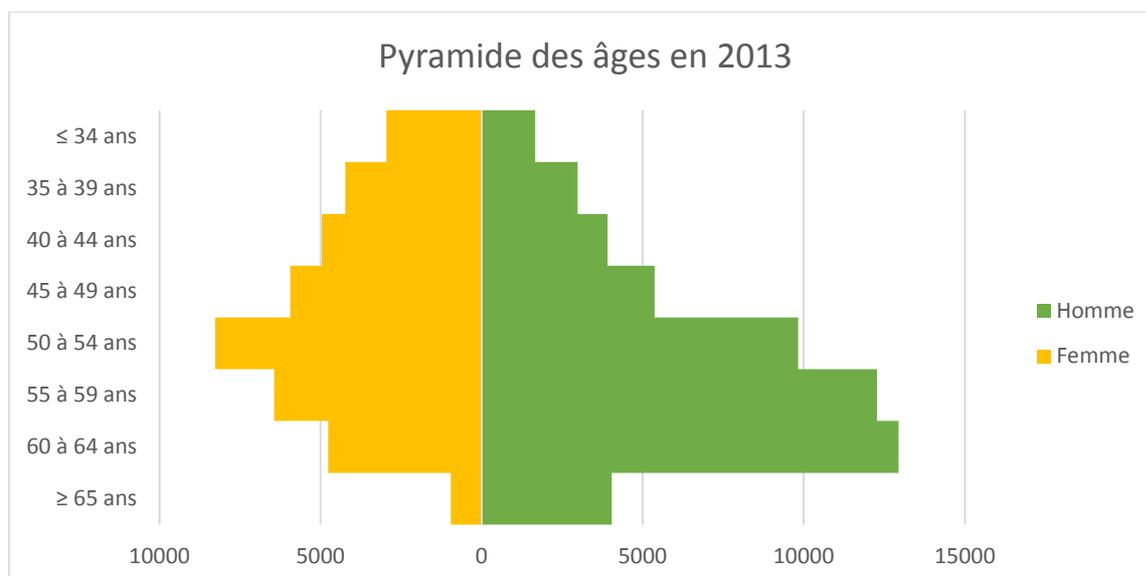


Graphique n°2

Nous avons établi une pyramide des âges à l'aide de l'année de thèse de nos répondants (graphique n°3) et nous l'avons comparée à la pyramide des âges des médecins généralistes français fournie par le conseil national de l'ordre ²⁵ (graphique n°4). Nous observons une grande similarité, la population des répondants est très représentative de la population des médecins généralistes français, excepté une surreprésentation de la population des jeunes femmes.



Graphique n°3 : Pyramide des âges de la population de notre étude



Graphique n°4 : Pyramide des âges des médecins généralistes selon le conseil national de l'Ordre

On peut ainsi en conclure que les femmes et plus particulièrement les jeunes femmes ont un intérêt plus marqué pour le sujet de la contraception définitive. Ces résultats se retrouvent dans d'autres travaux de thèses et semblent montrer que les jeunes femmes ont un intérêt plus marqué pour la gynécologie en général et en pratiquent davantage que les hommes.^{26,27,28}

Le taux de retour par région est de 29% pour la Bretagne, 29% pour Midi-Pyrénées, 25% pour la Basse-Normandie et 27% pour la Haute-Normandie. Les régions sont donc équitablement représentées dans notre étude.

L'activité des médecins généralistes répondants est à 35% urbain, 24% rurale et 41% semi-rurale ou semi-urbaine. Tous les secteurs d'activités sont bien représentés.

3. Formation des médecins :

La formation initiale en gynécologie est globalement jugée insuffisante par les médecins puisque 56.2% la jugent non ou peu adaptée.

D'autres travaux ont retrouvé le même constat : 62% des médecins étaient insatisfaits de leur formation initiale en gynécologie et 76.1% en obstétrique dans la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau réalisée en 2006²⁸ ; 42.5% des médecins jugeaient leur formation initiale en gynécologie insuffisante en début d'installation et 26.7% très insuffisante dans la thèse de Claire Nicolle en 2004.²⁹

On met également en évidence un manque d'homogénéité entre les régions. Seulement 36% des répondants de Midi-Pyrénées estiment avoir reçu une formation initiale adaptée ou parfaitement adaptée. Ils sont 48.2% en Bretagne, 47.8% en Haute-Normandie et 50.2% en Basse-Normandie.

En France, le cadre de la formation initiale des médecins généralistes est légalement mais succinctement décrit.

Pour le second cycle d'étude médicale, un arrêté publié au journal officiel liste les objectifs à acquérir.³⁰ Ainsi en matière de contraception les objectifs à acquérir sont :

- « - Prescrire et expliquer une contraception
- Discuter les indications de la stérilisation masculine et féminine. »

De ce fait, il reste une grande liberté laissée aux enseignants des différentes universités.

L'arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales impose un enseignement théorique de 200 heures répartis sur 3 ans ainsi qu'un stage de 6 mois en gynécologie et/ou en pédiatrie. L'enseignement théorique exigé n'est pas détaillé et laissé libre à chaque département universitaire de médecine générale. (cf. annexe n°8)

Ainsi dans certaines facultés, les étudiants n'auront pas suivi de formation pratique en gynécologie. L'enseignement théorique peut varier entre : aucun enseignement sur la contraception, des séminaires facultatifs et des cours de plusieurs heures obligatoires.

Ceci conduit à une formation initiale en gynécologie pratique et théorique très variable entre les différentes régions.

La formation initiale en gynécologie semble s'être améliorée avec le temps. 53.3% des médecins ayant soutenu leur thèse après 2004 estiment avoir reçu une formation adaptée ou parfaitement adaptée versus 41.8% pour les médecins thésés avant 1992.

Ainsi la formation actuelle présente des améliorations mais des progrès restent à faire dans l'enseignement de gynécologie puisque 46.7% des jeunes thésés estiment avoir une formation non adaptée dans ce domaine.

Cela prend toute son importance lorsqu'on se rend compte dans notre étude que les médecins estimant avoir eu une formation initiale non adaptée ne suivent pas plus de formation complémentaire en gynécologie que les autres. De ce fait une grande partie de ces médecins ne combleront jamais leurs lacunes dans ce domaine.

4. La contraception définitive lors de la consultation en médecine générale :

A. Les demandes des patients en matière de contraception définitive :

Une grande proportion des médecins répondants reçoit en consultation de la part des patients une demande de contraception définitive.

En matière de stérilisation féminine, les médecins ont beaucoup plus de demandes de coéloscopie que d'hystérocopie : 64.8% versus 48.3%. Or depuis 2010, les interventions d'hystérocopie ont dépassé les ligatures tubaires. (cf. figure n°4) Le dispositif Essure® est disponible en France depuis 2001, beaucoup de patientes ne semblent pas connaître ce mode de contraception définitive.

On observe une grande différence entre les régions. Il y a beaucoup plus de demandes de contraception définitive féminine en Normandie qu'en Bretagne et Midi-Pyrénées. De plus en Normandie les patientes connaissent plus le procédé Essure® : 57.1% des médecins en Haute-Normandie et 60.6% en Basse-Normandie ont reçu des demandes de stérilisation par Essure® versus 48.5% en Bretagne et seulement 38.4% en Midi-Pyrénées.

Une campagne d'information a été menée par le laboratoire Conceptus en Normandie : des brochures ont été mises à la disposition des patientes dans les salles d'attente des gynécologues des principales villes de ces régions.

Les femmes reçoivent plus de demandes de stérilisation féminine que les hommes : 80.7% versus 72.9%. Comme dit précédemment, les femmes pratiquent plus de gynécologie que les hommes. De plus selon la thèse de Rémi Champeaux réalisée en 2013, six patientes sur dix préfèrent s'adresser à un médecin femme quand il s'agit de gynécologie.³¹ Ceci se retrouve donc dans notre étude.

Un médecin exerçant en milieu rural reçoit plus de demandes de contraception définitive féminine qu'un médecin exerçant en milieu semi-rural ou semi-urbain, qui lui-même reçoit plus de demande qu'un médecin exerçant en milieu urbain. Il est plus facile d'accéder à une consultation avec un gynécologue en ville qu'en milieu rural. Le médecin généraliste rural doit donc répondre à cette demande. Ceci est confirmé au niveau national : les médecins généralistes urbains possèdent moins d'équipements spécifiques à l'exercice de la gynécologie que les médecins ruraux.³²

En matière de contraception définitive masculine, 30.2% des médecins ont des demandes de vasectomie. Les hommes ont plus de demandes de vasectomie que les femmes : 50.6% versus 42.7%. Les médecins installés depuis moins de 10 ans sont seulement 19.5% à avoir reçu une telle demande. Ceci montre à quel point la demande de vasectomie de la part des patients est rare.

B. L'inclusion difficile de la contraception définitive parmi les autres moyens contraceptifs :

Quasiment tous les médecins généralistes répondants considèrent que la contraception définitive fait partie des moyens de contraception. Mais paradoxalement ils n'en parlent que très peu en consultation : seulement 21.1% des médecins lancent le sujet en premier et 37.1% l'abordent au même titre que les autres moyens de contraception.

Or aborder la contraception définitive au même titre que les autres moyens de contraception fait partie des recommandations actuelles. Selon l'HAS « le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée par les femmes et les hommes ». ⁷ Afin d'améliorer l'efficacité contraceptive en France, il est recommandé de présenter tous les moyens de contraception y compris la stérilisation ^{1,33} afin que les patients puissent faire le choix qui correspond le mieux à leur mode de vie en toute objectivité.

Des membres de l'Inspection générale des affaires sociales ont auditionné de nombreux professionnels de santé dans toute la France afin d'établir le rapport « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence ». Durant cette mission et au cours de leurs nombreux entretiens sur le terrain, aucun des professionnels n'a fait spontanément référence à la contraception définitive parmi les méthodes de contraception possible. ¹ Ce qui concorde avec notre étude : les médecins abordent rarement spontanément le sujet.

Or le médecin généraliste est un interlocuteur de choix en matière de contraception. Le nombre moyen de consultation pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est estimé à 3.6 par femme et par an. Près de 3 800 000 actes gynécologiques par an sont dispensés par les médecins généralistes dont 35% concernent la contraception. ¹ Selon l'étude EPILULE 44% des femmes confient leur contraception principalement aux médecins généralistes versus 42.5% aux gynécologues. En 2009, plus de la moitié des contraceptifs remboursés par la Sécurité sociale ont été prescrits par les médecins généralistes. ³²

Selon l'étude nationale EPILULE, la principale source d'informations des patientes en matière de contraception est médicale ³⁴ (médecin généraliste et gynécologue).

En ce qui concerne la vasectomie, le parcours de soin oblige le patient à consulter son médecin traitant. Ainsi le rôle du médecin est extrêmement important. La thèse de Stéphanie Ryckewaert a mis en évidence que 80% des patients ayant effectué une vasectomie avait été adressé par un médecin, seulement 16% étaient venus de leur propre initiative. ³⁵

De ce fait ce sont aux médecins, en particulier aux médecins généralistes, d'élargir les connaissances des patients en matière de contraception et notamment en matière de contraception définitive.

De plus différentes études semblent mettre en évidence une mauvaise information des patients en matière de contraception définitive et de contraception en général.

La thèse de Ellen Cudennec réalisée en 2012 chez des femmes de plus de 40 ans retrouve que seulement 18% des femmes de son étude connaissent la stérilisation à visée contraceptive. Elle retrouve également beaucoup de lacunes dans de nombreux domaines : l'âge d'arrêt de la contraception, la contraception d'urgence, les nouveaux moyens

contraceptifs. Paradoxalement ces femmes se sentent suffisamment informées sur le sujet à 73%.³⁶

Selon la thèse de Fanny Lemercier réalisée en 2009 chez des femmes de plus de 40 ans en demande d'IVG : 93.2% de ces femmes s'estiment suffisamment informées en matière de contraception, 57.6% déclarent connaître la stérilisation.³⁷

Une enquête sur des femmes des Hautes-Pyrénées présentée par Sabine Turon en 2008 met également en évidence des idées reçues erronées en matière de contraception : 70% des interrogées pensent qu'un stérilet ne peut pas être posé chez une nullipare. L'efficacité des différents moyens de contraception ainsi que la connaissance du cycle féminin sont mal connus. Ceci s'oppose au fait que 81.1% des personnes se sentent bien ou assez informées en matière de contraception.³⁸

Une enquête téléphonique réalisée par l'INPES auprès d'hommes et de femmes retrouve de nombreuses idées reçues et lacunes en matière de contraception. Par exemple 64% des interrogés pensent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse.³⁹

L'étude nationale EPILULE réalisée en 2003 chez des femmes en âge de procréer retrouvait également un manque de connaissance en matière de contraception chez les répondantes : seulement 43% des femmes connaissaient le délai maximum d'oubli d'une pilule œstroprogestative et seulement 8.5% le délai de prise de la pilule du lendemain. Malgré cela 3 femmes sur 4 estimaient être bien informées en matière de contraception. Aucune question ne parlait de la contraception définitive.³⁴

Ainsi les patients ont l'impression d'être bien informés en matière de contraception alors qu'en réalité leurs connaissances sont limitées.

Une étude réalisée au Québec dans les années 80 sur la ligature tubaire, retrouve que dans 97% des cas le sujet est abordé par la patiente (versus 68.4% dans notre étude). Dans cette région, la contraception définitive est beaucoup plus développée qu'en France. Ainsi les femmes au Québec sont bien plus informées sur la stérilisation.⁴⁰

De ce fait, attendre que les patients abordent eux-mêmes le sujet de la contraception définitive est une erreur : en France il existe dans la population de grosses lacunes dans le domaine de la contraception. Ils ne sont pas en mesure de demander ce qu'ils ne connaissent pas ou très peu.

Les médecins abordent le sujet de la contraception définitive en premier d'autant plus en Normandie, que ce sont des femmes, que le niveau de compétence est élevé, que la formation initiale est adaptée et qu'il y a eu une formation complémentaire.

Le laboratoire Conceptus qui commercialisait le dispositif Essure® en 2013 a mené une campagne d'information juste avant l'étude destinée aux médecins généralistes en Normandie, sur Caen et le Havre (entre février et avril 2013).

Sur Caen, ils ont informé 123 médecins par téléphone, envoyé 67 courriers et fait 36 formations personnelles de vingt minutes.

Sur Le Havre, ils ont informé 220 médecins par téléphone, 130 par courrier et 58 par formation personnelle.

Ainsi les médecins de cette région ont été sensibilisés au dispositif Essure® et au sujet de la contraception définitive, ce qui explique leur propension à en parler davantage comparé aux autres régions de notre étude.

Une meilleure formation initiale, le suivi d'une formation complémentaire et le niveau de compétence sont des critères étroitement liés : plus le niveau en gynécologie est élevé plus les médecins sont informés des recommandations et les suivent davantage.

Comme nous l'avons dit précédemment les femmes ont un intérêt plus marqué pour la gynécologie, de ce fait elles sont également plus informées des recommandations et les suivent davantage.

C. Les critères pour recommander une contraception définitive :

Le critère cité par la majorité des médecins pour recommander une contraception définitive est l'âge du patient à 59%. 32.4% des répondants citent un nombre d'enfants minimum, 25.1% la stabilité du couple et 9.8% l'âge du dernier enfant.

Le choix du patient n'est cité qu'à 34.4%. Le choix personnel du patient est davantage cité chez les femmes, les personnes non intéressées ou non concernées par la gynécologie et celles ayant suivi une formation complémentaire.

Dans la rubrique « autres » cité à 14.3%, on retrouve principalement l'impossibilité d'un recours à un autre moyen de contraception ou la contre-indication d'une grossesse.

11.3% des médecins ne recommandent pas de contraception définitive. Ce chiffre est plus important en Midi-Pyrénées, chez les hommes, chez les répondants non concernés ou non intéressés par la gynécologie et ceux n'ayant pas suivi de formation complémentaire.

La loi du 4 juillet 2001 est claire à ce sujet : toute personne majeure, dans la mesure où elle a reçu une information sur la contraception définitive, peut avoir recours à une stérilisation si elle en exprime la volonté. (cf. annexe n°3)

Ceci se retrouve également dans les recommandations internationales publiées par l'OMS ⁴¹ : les hommes et les femmes sans ou avec peu d'enfants, jeunes, mariés ou non, devraient avoir la possibilité de subir une intervention de stérilisation.

Le choix du patient est donc le seul critère indispensable pour recommander une contraception définitive.

Néanmoins, les interventions de stérilisation doivent être présentées et considérées comme irréversibles. De ce fait, il existe un risque de regret. Ce risque peut être évalué par des outils et des recommandations.

Certains critères doivent attirer notre attention afin de prévenir les patients du risque important de regret. Il faut être très vigilant en cas : de patients jeunes (moins de 30 ou 35 ans selon les publications), ayant peu ou pas d'enfants, dont le couple n'est pas stabilisé, qui hésite, en période de post-partum ou post-abortum, avec des problèmes de santé mentale y compris d'états dépressifs. ^{18,42,43,44,45,46}

Un score existe en France et permet d'évaluer le risque de regret en cas de demande de stérilisation féminine. Un score inférieur à 6 illustre une situation à haut risque de regret pour la patiente. ⁴⁷ (cf. figure n°5)

A noter que la grande multiparité n'est pas un facteur réduisant le risque de regret bien que ce critère se retrouve fréquemment, il s'agit plus d'une idée reçue non retrouvée dans les études. ⁴⁶

De ce fait on remarque que les médecins répondants ne différencient pas :

- critère pour recommander une contraception définitive : le seul indispensable est le choix du patient !
- critères pour recommander une stérilisation médicale : contre-indication à une grossesse.
- critères entraînant un risque majoré de regret en cas de contraception définitive et nécessitant une vigilance accrue de la part du médecin.

Les médecins adressent principalement au chirurgien gynécologique. Ils adressent indifféremment en clinique ou à l'hôpital. Ceci fait partie de la loi régissant la stérilisation à visée contraceptive : « Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé [...] » (cf. annexe n°3)

5. Connaissance de la loi du 4 juillet 2001 :

Seul 15% des médecins répondants connaissent la loi et ce même en Normandie où les médecins ont davantage été sensibilisés au procédé Essure®. Or ces informations sont indispensables à l'accompagnement de nos patients.

La loi du 4 juillet 2001 a légalisé la stérilisation à visée contraceptive et a modifié plusieurs modalités de l'IVG en allongeant notamment le délai de grossesse. Il s'agit d'un texte extrêmement important. Comment expliquer que seulement 15% des médecins en connaissent les détails ?

Seulement 23.7% des médecins savent que toute personne majeure peut bénéficier d'une intervention de contraception définitive. Seulement 33.1% des interrogés savent que l'avis du conjoint n'est pas nécessaire. De ce fait, ces médecins excluent des patients éligibles à cette méthode par méconnaissance de la loi.

Le délai de réflexion de 4 mois est connu par 32.2% des répondants. Ce délai débute à partir de la date de la 1^{ère} consultation médicale et nécessite la rédaction d'une attestation. Ce délai est important, les patients doivent maintenir une contraception efficace durant ce laps de temps. Les médecins ne connaissant pas la loi ne peuvent rédiger l'attestation nécessaire et rallongent sans le vouloir un délai déjà long.

La connaissance de la loi est plus importante chez les jeunes, les femmes, les plus compétents, les médecins ayant reçu une bonne formation initiale et ceux ayant suivi une formation complémentaire.

Ainsi cela confirme les critères déjà vus précédemment : les médecins intéressés par la gynécologie (les femmes et les plus jeunes) ainsi que les médecins ayant suivi une bonne formation (initiale ou complémentaire) connaissent davantage le sujet.

6. Les médecins généralistes et Essure® :

Le procédé Essure® est mieux connu en Normandie qu'ailleurs : 78.1% en Basse-Normandie, 77.2% en Haute-Normandie comparé à 57.3% en Midi-Pyrénées et 67.1% en Bretagne. Comme dit précédemment le laboratoire Conceptus a réalisé une campagne d'information spécifique dans cette région.

La thèse de Marceau Cauchy réalisée en 2013 chez les médecins généralistes maîtres de stage en Basse-Normandie retrouve un taux de connaissance du dispositif Essure® à 66%.²² Cette étude a recueilli les questionnaires de février 2012 à mars 2013. De ce fait, la campagne d'information menée par Conceptus était en cours. Le taux retrouvé est inférieur à celui de notre étude.

Le dispositif Essure® est disponible en France depuis 2001 soit depuis plus de dix ans. La technique par hystérocopie ne nécessite ni anesthésie générale ni hospitalisation. La ligature tubaire s'effectue en France par coelioscopie sous anesthésie générale. Les recommandations des hautes instances de santé sont de présenter en première intention sans distinction la technique hystérocopique et la ligature tubaire.⁴³ Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français recommande quant à lui la voie hystérocopique seule en première intention.⁴⁵ Les interventions par coelioscopie sont désormais moins nombreuses que les interventions par hystérocopie : en 2012 on retrouve 15741 ligatures tubaires versus 197 757 poses d'Essure®.

Ainsi la technique hystérocopique est en passe de devenir la technique de référence de stérilisation féminine. Il est indispensable aux médecins généralistes d'en être informé. D'autant plus qu'ils ont un rôle à jouer.

Le délai nécessaire à l'efficacité du dispositif Essure® est de 3 mois, à l'issue duquel un examen de contrôle est indispensable pour vérifier la présence et le bon positionnement des implants. 7% des femmes ne réalisent pas cet examen.⁴⁸ Le médecin généraliste doit y être vigilant et informer ces patientes de la nécessité d'un contrôle.

Comme nous l'avons dit auparavant le médecin généraliste peut rédiger l'attestation qui lance le délai des 4 mois de réflexion et ainsi faire gagner du temps à une patiente déjà décidée. Car en l'ajoutant au délai d'efficacité de 3 mois, cela fait 7 mois d'attente pendant lesquels la patiente devra maintenir une contraception efficace.

Les médecins ont principalement été informés par le biais de formations à 59.7% (formation initiale, complémentaire, congrès et EPU).

Les principales raisons de ne pas recommander Essure® sont le manque de connaissance du procédé.

7. Les autres études sur le sujet :

Marceau Cauchy a réalisé sa thèse en 2013 sur les connaissances des médecins généralistes maîtres de stage en Basse-Normandie. Elle met également en évidence un manque de connaissance des médecins dans le domaine de la contraception définitive. Ainsi 1 médecin sur 2 pense que la nulliparité ou un âge inférieur à 40 ans est une contre-indication à la technique Essure. Ils sont 1/5 à ne pas connaître le délai de réflexion légal de quatre mois (versus 2/3 dans notre étude). 1/4 pense que l'efficacité d'Essure® est immédiate et 1/10 pense que le procédé est réversible. Ce manque de connaissance est préjudiciable pour la patiente.²³

Delphine Monfort a réalisé sa thèse en 2013 sur les déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie par les médecins généralistes en Loire-Atlantique. 33% des médecins interrogés proposent seulement une contraception définitive féminine. Le sujet de la vasectomie est moins abordé par les médecins manquant de connaissance sur la loi du 4 juillet 2001, sur la vasectomie et qui ont une réticence à la vasectomie. Les médecins ne recommandant pas la vasectomie citent comme raisons : une méconnaissance de la légalité de cette pratique à 26%, un manque de connaissance de cette méthode à 21%, des raisons culturelles à 9% et une méconnaissance de l'efficacité de cette méthode à 5%. Les médecins s'estiment mal informés sur la vasectomie à 51% et 74% déclarent un faible niveau d'information au cours de leur parcours professionnel. Le manque de connaissance des médecins généralistes en matière de vasectomie est nettement mis en évidence dans ce travail et explique indéniablement en partie le peu de communication de leur part en la matière.²⁴

D'autres études ont été réalisées sur le sujet mais hors du cadre de la médecine générale. Pourtant on retrouve certains points communs intéressants.

Une étude a été menée auprès de chirurgiens (gynécologues et urologues) en 2003. Elle a retrouvé un manque de connaissance de la part de ces professionnels : seulement 55% savent que la vasectomie est prise en charge par l'assurance maladie, 29% ignorent la nécessité d'une information écrite au patient, seulement 28% connaissent le délai de réflexion de 4 mois, 45% connaissent l'obligation d'un consentement du patient écrit. Seulement 14% des praticiens connaissent la loi du 4 juillet 2001.⁴⁹

L'enquête Stéri-Gyn réalisée en 2007 chez les gynécologues médicaux et obstétriciens français retrouve que 24% des médecins interrogés demandent un accord signé du conjoint. 57% des gynécologues considèrent que la stérilisation à visée contraceptive est un choix de dernier recours quand toutes les autres options ont été écartées. 63% des répondants informent les patientes sous forme orale uniquement. 54% des gynécologues attendent que la patiente aborde le sujet en premier. Les patientes demandent essentiellement une intervention par cœlioscopie et semblent méconnaître la technique Essure®.²⁰

L'étude ANCIC a été réalisée en 2009 auprès des centres d'interruption de grossesse et de contraception. Elle concernait des sages-femmes, des gynécologues, des médecins généralistes et d'autres professions. Elle a mis en évidence une connaissance de la loi du 4 juillet 2001 par les professionnels mais de façon vague seulement. Le sujet de la contraception définitive n'est abordé spontanément que dans 10% des cas et souvent sans support pédagogique. Elle est recommandée selon certains critères, le choix personnel du patient est cité dans 41% des cas. Le DIU reste le contraceptif de choix pour les femmes après 35 ans.²¹

L'étude MFPP a été réalisée en 2011 au sein des centres de planning familial. 81% des professionnels interrogés n'ont pas vu de modification des demandes depuis la loi du 4 juillet 2001, confirmant l'absence d'information des femmes sur ce sujet. 51% affirment ne donner qu'une explication orale sur le sujet. 54% des répondants estiment ne pas avoir assez d'information sur la contraception définitive. ²²

Ainsi on retrouve les mêmes lacunes que dans notre étude :

- un manque de connaissance de la part des professionnels
- une mauvaise application des recommandations par ces professionnels
- un manque de connaissance et d'information de la part des patientes

8. Les freins de la contraception définitive en France et les solutions à envisager :

La stérilisation est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde et concerne 200 millions d'individus. (cf. figure n°6)

Le recours à la stérilisation à visée contraceptive est en baisse actuellement dans plusieurs pays et notamment au Canada, aux Etats-Unis et en Angleterre. Il existe plusieurs explications avancées : une meilleure information des patients avant l'intervention, des changements sociologiques (le retard de l'âge pour concevoir des enfants, l'augmentation des séparations) et l'apparition de nouvelles méthodes contraceptives offrant un plus large choix aux patients. ^{40,65,66}

Il faut donc être vigilant et promouvoir la contraception définitive afin que les personnes, dont ce moyen contraceptif semble leur convenir, puissent en bénéficier. Mais il faut garder à l'esprit que l'évolution de notre société a majoré les risques de regret lié à ce type d'intervention. Chaque demande doit ainsi être examinée avec prudence, il faut faire évoluer la contraception définitive en France sans banaliser ce type d'intervention.

En France, ce mode de contraception concerne 3.9% des femmes et 0.3% des hommes. 2008 vasectomies et 35 498 stérilisations féminines ont été réalisées en France en 2012. Comparé aux autres pays à travers le monde, le recours à la contraception définitive est faible en France. (cf. figure n°7)

Or le schéma contraceptif français marqué par une médicalisation importante de la contraception avec l'utilisation de la pilule puis du stérilet montre ses limites. Le nombre d'IVG ne diminue pas et classe la France parmi les pays européens ayant les taux les plus élevés.

Une des solutions envisagées visant à faire évoluer la norme contraceptive française a été la légalisation de la stérilisation contraceptive avec la loi du 4 juillet 2001. Cela fait maintenant plus de dix ans et depuis rien n'a changé en matière de contraception.

Notre travail a permis de mettre en évidence des freins en médecine générale pouvant expliquer le manque de diffusion de la contraception définitive en France ;

A. Manque de formation des médecins généralistes en matière de gynécologie:

Les médecins généralistes connaissent peu la loi du 4 juillet 2001 et suivent peu les recommandations nationales et internationales établies en matière de contraception définitive.

Or un manque de connaissance entraîne la véhiculation d'idées reçues par les médecins : « Vous êtes trop jeune pour bénéficier d'une ligature tubaire ! »

« La vasectomie modifie la libido ! »

Une étude réalisée en 2006 met en évidence que les facultés sont plus efficaces pour dispenser un enseignement théorique qu'un enseignement adapté aux pratiques réelles d'exercice.⁵²

Il nous semble nécessaire de :

Améliorer la formation initiale des médecins généralistes en gynécologie: uniformiser et imposer un enseignement conséquent en gynécologie. Ne pas se contenter d'enseigner seulement les connaissances théoriques mais également enseigner les conditions réelles dans lesquelles elles seront utilisées.

La pratique de la gynécologie en médecine générale s'est modifiée. La principale cause est l'évolution de la démographie médicale.

Selon une étude réalisée par la DREES en 2012, 97% des gynécologues médicaux ont plus de 50 ans.⁵³ L'accès aux gynécologues va ainsi devenir de plus en plus difficile. Le médecin généraliste va devoir répondre à cette demande qui va grandir au fil des années. La formation initiale est ainsi obligée d'évoluer dans ce sens et de former les futurs médecins à une pratique grandissante de la gynécologie.

De nombreux organismes recherchant les freins à la diffusion d'une contraception adaptée pour tous ont également trouvé une carence dans la formation des médecins généralistes :

- un rapport de la direction générale de santé établi en 2007 recommande de développer la formation des médecins en matière de contraception dès le deuxième cycle pour tous les étudiants, pour le troisième cycle en médecine générale et la formation.⁵⁴
- un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, rédigé en 2009, recommande également une meilleure formation initiale en gynécologie des médecins généralistes.¹
- un rapport de la HAS en 2013 conseille de développer et adapter la formation initiale et continue des médecins généralistes en gynécologie de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique.⁷

Ceci est d'autant plus important que de nombreux travaux montrent qu'un des freins majeurs à une pratique plus importante de la gynécologie par les médecins généralistes est le manque de formation. ^{26,31,55}

Il nous semble nécessaire de :

Développer des formations continues en gynécologie adaptées aux pratiques des médecins généralistes et inciter les médecins à y participer.

Avec une meilleure connaissance on peut espérer changer durablement les pratiques et faire évoluer la norme contraceptive française.

En effet, des études ont montré qu'une formation améliore les connaissances et modifie les pratiques de ceux qui les suivent. ^{56,57}

Par contre on remarque que les médecins estiment mal leurs lacunes et de ce fait ne sont pas toujours en demande de formation en lien avec celles-ci. La question se pose d'adapter les formations complémentaires non pas en fonction des souhaits des médecins mais plutôt en fonction des besoins mis en évidence par des études ?

Il nous semble nécessaire de :

Valoriser et reconnaître financièrement l'activité gynécologique des médecins généralistes.

Un des freins à une pratique plus importante de la gynécologie par les médecins généralistes est le manque de temps. ^{26,27}

Une consultation de gynécologie dure en moyenne 20 minutes versus 16 minutes en médecine générale. ⁵⁸ De plus le médecin généraliste effectuant une consultation de gynécologie va également devoir répondre à d'autres demandes de la part des patients. Ceci va considérablement rallonger les consultations.

Les formations complémentaires en gynécologie prennent du temps et ne sont pas toujours rémunérées. Par exemple le DIU de gynécologie disponible dans de nombreuses villes est payant et demande un investissement conséquent en temps de la part du praticien.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, rédigé en 2009, recommande de créer une consultation dédiée à la contraception et de la valoriser financièrement. Ainsi cela inciterait les praticiens à en pratiquer davantage et à se former en conséquence. ¹

B. Manque de connaissance de la part des patients :

Les patients sont peu et mal informés en matière de contraception. Ceci conduit à une perpétuation de la norme contraceptive sans la remettre en question.

De plus en matière de contraception définitive, le manque de connaissance et d'information des patients est associé à un plus grand risque de regret. ^{59,60}

Il nous semble nécessaire de :

Diffuser publiquement le rôle du médecin généraliste dans la pratique de la gynécologie.

Peu de patients sont informés de la capacité du médecin généraliste à pratiquer la gynécologie médicale. De ce fait les études montrent que les femmes abordent peu et avec difficulté le sujet de la contraception avec leur médecin généraliste.^{37,61}

Le taux d'IVG aux Pays-Bas est deux fois plus faible qu'en France. Plusieurs éléments expliquent cela. Le médecin de famille est responsable de la planification familiale et 80 à 90% des hollandais le sollicitent pour ce conseil.⁶²

Il nous semble nécessaire de :

Organiser des campagnes d'informations plus rapprochées et destinées aussi à des patients plus âgés.

Comme nous l'avons déjà vu l'absence de contraception augmente avec l'âge.⁴ Selon la thèse d'Ellen Cudennec réalisée chez des femmes de plus de quarante ans : un tiers de son échantillon comprend des femmes n'utilisant aucun moyen de contraception ou n'étant pas satisfaites de leur méthode contraceptive actuelle.³⁶

Or les campagnes d'informations visent davantage les jeunes.

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales, établi en 2009, met en évidence un espacement trop important des campagnes de prévention et une tendance à privilégier la communication sur la prévention des IST plutôt que sur la contraception. Ce rapport met également en évidence une application inégale et partielle de l'obligation de l'éducation sexuelle à l'école.⁶³

Dans la thèse de Julia Salaud-Dalibert, les femmes estiment que les médias n'abordent pas assez le sujet de la contraception et que les campagnes de prévention ciblent seulement les jeunes.⁶¹

Dans la thèse de Sabine Turon, la majorité des femmes interrogées n'avaient pas vu la dernière campagne nationale sur la contraception.³⁸

Il nous semble nécessaire de :

Appliquer la loi du 4 juillet 2001 en matière d'obligation légale d'éducation à la sexualité à l'école.

Au Pays-Bas, l'éducation sexuelle est obligatoire à l'école et cette obligation est respectée. De plus, des campagnes publiques ainsi que des campagnes publicitaires sont organisées régulièrement.⁶²

C. Erreurs dans la communication médecin-patient :

Notre étude a mis en évidence que le choix du patient pour recommander une contraception définitive était cité par seulement 34% des répondants.

D'autres travaux soulignent également cela :

- la thèse d'Ellen Cudennec retrouve un manque de communication médecin-patient puisque 22.5% des femmes seulement ont choisi leur contraception avec le professionnel de santé et que seulement la moitié des femmes insatisfaites de leur contraception en ont parlé à leur médecin généraliste.³⁶
- la thèse qualitative de Julia Salaud-Dalibert retrouve une influence très importante du médecin dans le choix de la contraception : parfois il impose, parfois il ne présente pas tous les moyens de contraception, et très souvent par son pouvoir en tant que médecin il va dicter le choix de la patiente « pour son mieux ». ⁶¹
- la thèse de Sabine Turon souligne que seulement 40.6% des femmes ont choisi leur contraception.³⁸
- Une étude européenne retrouve que les femmes utilisant une méthode contraceptive médicale l'ont choisie en suivant le conseil d'un médecin. ⁴

Lors d'une consultation sur la contraception le médecin doit se repositionner et doit rester en marge de sa position thérapeutique habituelle : le patient est ici en bonne santé. Il ne doit pas seulement prescrire les méthodes qu'il juge les plus efficaces. Il doit s'adapter aux conditions de vie de chaque patient et avoir un rôle d'aide à la décision seulement. ⁴² Selon l'OMS cette consultation doit être basée sur le modèle BERCER qui insiste bien sur le fait que le choix final appartient à la patiente seulement.

Il nous semble nécessaire de :

Présenter tous les moyens de contraception de la manière la plus neutre possible et accorder une place plus importante au choix du patient.

En effet il est démontré que si la méthode contraceptive est choisie par le patient elle sera bien mieux suivie et donc plus efficace. ⁶⁴

De plus il est recommandé d'impliquer autant l'homme que la femme en matière de contraception. ⁶⁵

Ce qui est pour l'instant loin d'être le cas. Différentes études montrent une implication du conjoint très limitée :

- selon la thèse d'Ellen Cudennec, seulement 3% des femmes ont choisi leur moyen de contraception avec leur conjoint. ³⁶
- selon la thèse de Julia Salaud-Dalibert, le choix contraceptif est fait par la femme seulement. ⁶¹
- selon une étude européenne, le choix final en matière de contraception est pris par la femme. ⁴
- une étude américaine retrouve un choix contraceptif uniquement fait par la femme dans 45% des cas. ⁶⁶

De plus la contraception reste majoritairement féminine et ce aussi bien du point de vue des femmes que des professionnels de santé :

- notre étude retrouve une nette différence de demande de contraception définitive masculine et féminine : seulement 30% des médecins ont eu une ou des demandes de vasectomie au cours de leur carrière.
- selon l'étude ESTHIME, 50% des femmes demandant une stérilisation féminine n'ont pas discuté de la possibilité d'une stérilisation masculine avec leur conjoint. ⁴⁸
- selon la thèse de Delphine Monfort, 33% des médecins proposent seulement la stérilisation féminine et n'évoquent pas la vasectomie. ²⁴

Il nous semble nécessaire de :

Recentrer la contraception sur le couple et non sur la femme seule.

CONCLUSION

Les méthodes de contraception définitive, autorisées depuis 2001, sont peu utilisées en France comparées à de nombreux autres pays. Pourtant elles pourraient participer à une meilleure couverture contraceptive chez les couples de plus de 40 ans.

Notre travail avait pour but de rechercher d'éventuels freins en médecine générale à la diffusion de la contraception définitive dans notre pays.

Les médecins généralistes considèrent quasiment tous que la contraception définitive fait partie des moyens de contraception. Ils sont minoritaires à ne pas vouloir aborder le sujet : soit parce que cela dépasse le champ de la médecine générale soit parce que ce type d'intervention n'est pas réversible.

Par contre, il existe un manque évident de connaissance de la part des médecins généralistes en matière de contraception définitive. Les médecins ne connaissent pas le cadre légal et les recommandations en matière de contraception définitive. Ce type de frein est modifiable avec l'adoption de différentes mesures : améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes en matière de gynécologie, valoriser la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes.

De la part des patients, nous avons mis en évidence une faible propension à aborder spontanément le sujet de la contraception définitive et une connaissance faible du dispositif Essure®. Il semble donc exister un manque de connaissance chez les patients également.

Mais notre travail n'a pas permis de mettre en évidence d'autres freins éventuels liés au patient. De nombreuses études existent sur les motivations des patients ayant choisi une stérilisation à visée contraceptive mais aucune étude n'a recherché les freins des patients. Il serait intéressant de réaliser un travail qualitatif et quantitatif sur les freins des patients à envisager une contraception définitive.

De plus, aucun travail qualitatif n'a été réalisé sur les freins des médecins généralistes à recommander une contraception définitive.

Ces travaux complémentaires permettraient une analyse complète de la situation et nous aideraient à faire évoluer la place de la contraception définitive dans notre pays.

FIGURES

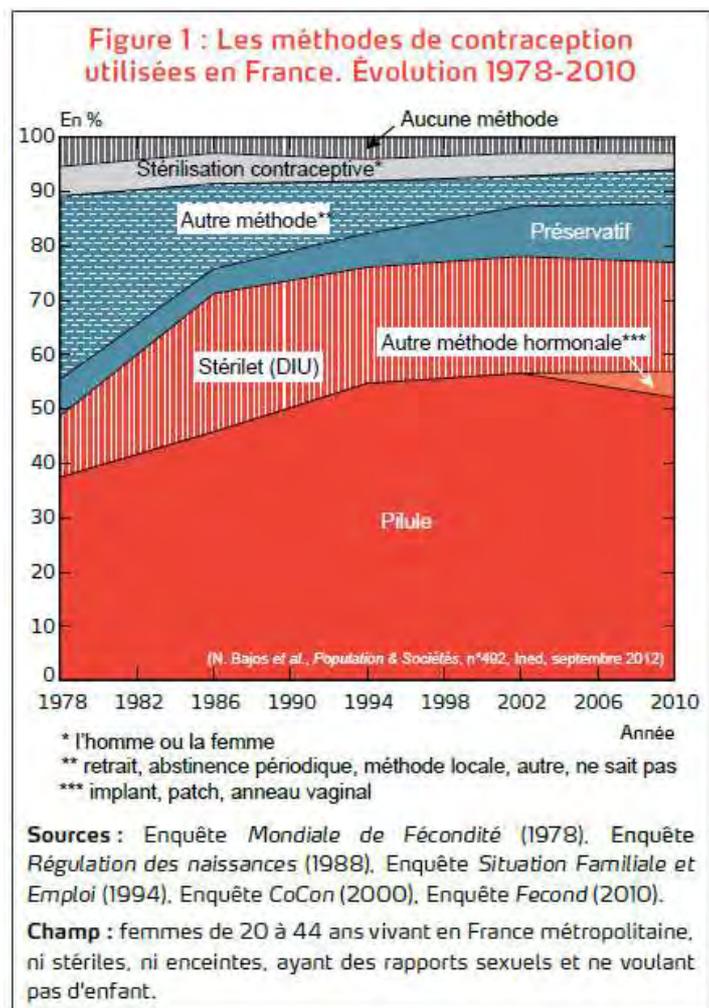
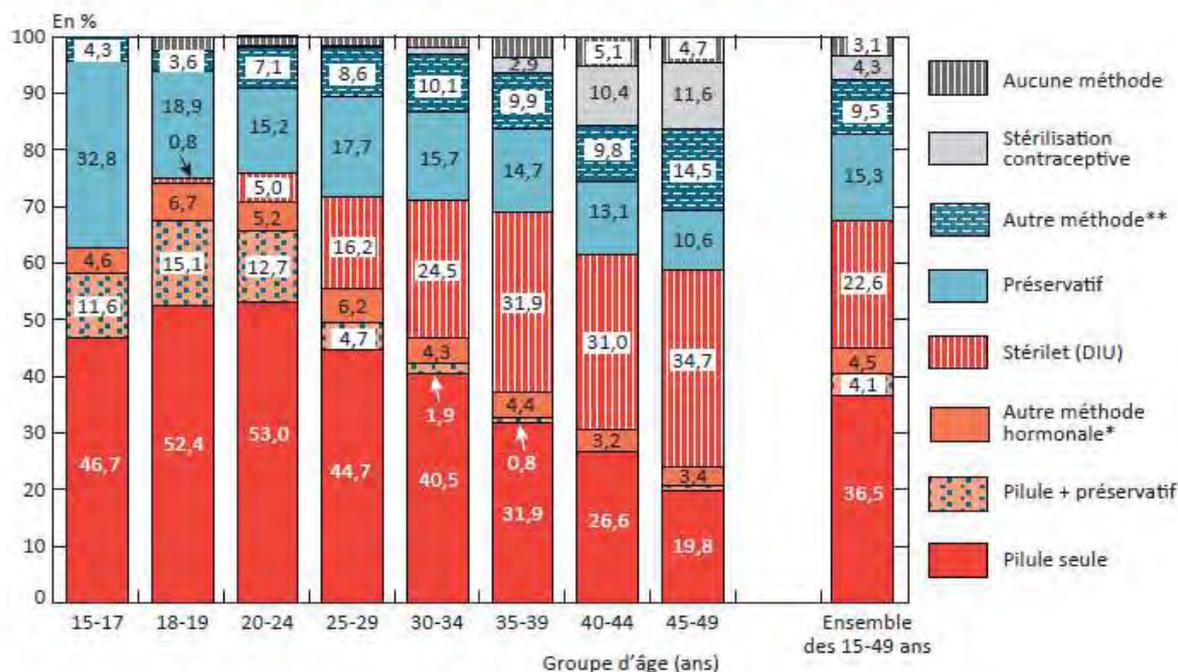


Figure n°1 2

Figure 2. Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes



* Implant, patch, anneau vaginal

**Retrait, abstinence périodique, méthode locale

(N. Bajos et al., Population & Sociétés, n° 511, Ined, mai 2014)

Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure n°2³

Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Europe

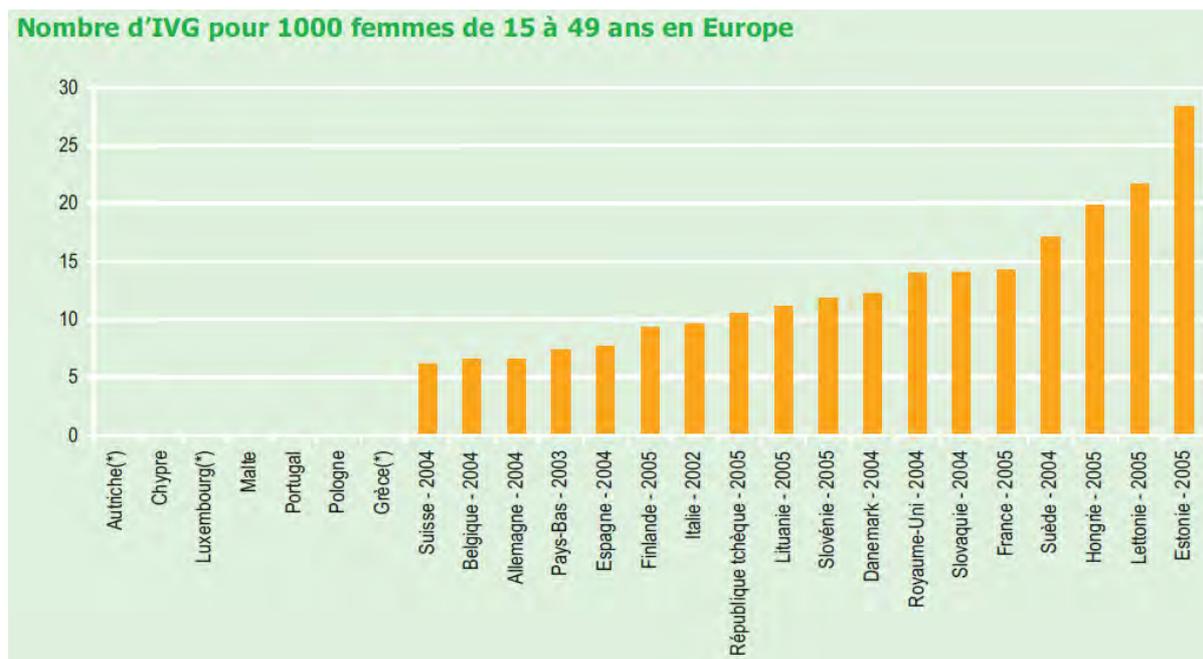


Figure n°3¹³

Contraception définitive en France (selon la base PMSI)

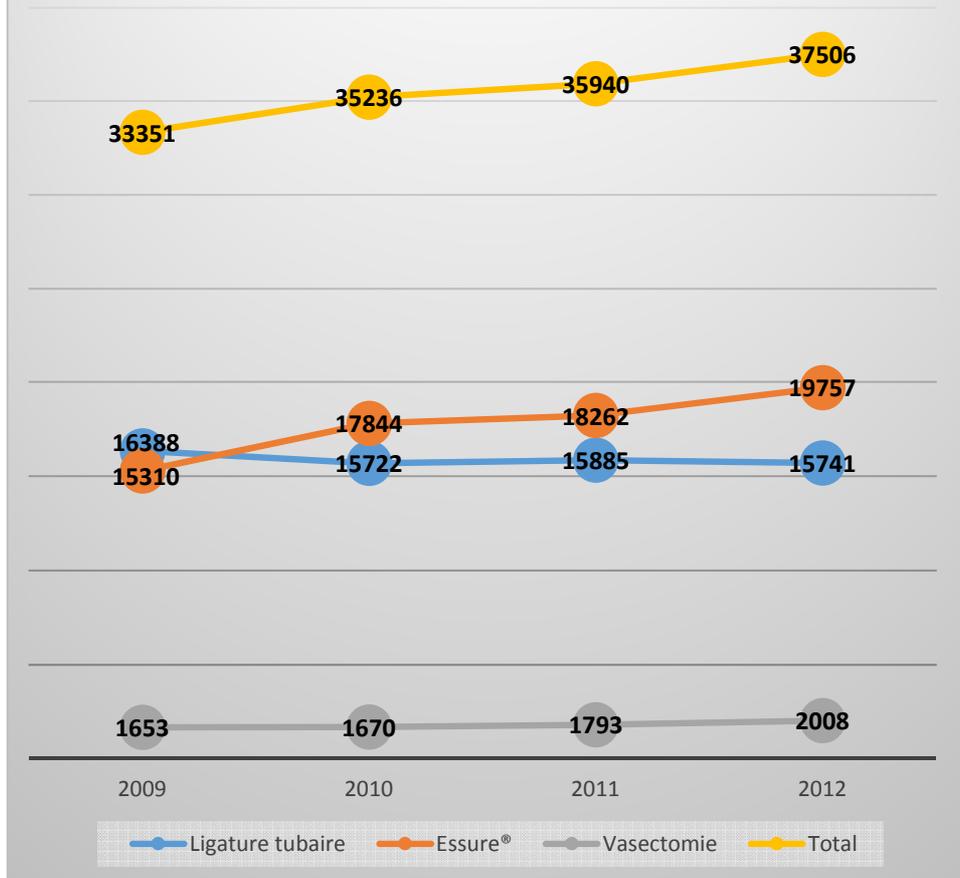


Figure n°4

Score de Lerat modifié	0	1	2	3	4	Score
Âge	< 35	35	36/37	38/39	≥ 40
Parité	< 2	2	3	4	≥ 5
Antécédents : • HTA/prééclampsie • Diabète (+DG) • Troubles psychiatriques • Autres pathologies médicales	Nombre d'éléments ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 0 1 2 3 4				
Contre-indications médicales aux autres moyens de contraception : • CI aux OP • CI au DIU • CI à l'Implanon® • Autres CI	Nombre d'éléments ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 0 1 2 3 4				
IVG			1	2	
Total					
Score de Lerat ≥ 6 : la stérilisation peut être acceptée						

Figure n°5 ⁴⁷: score de Lerat modifié

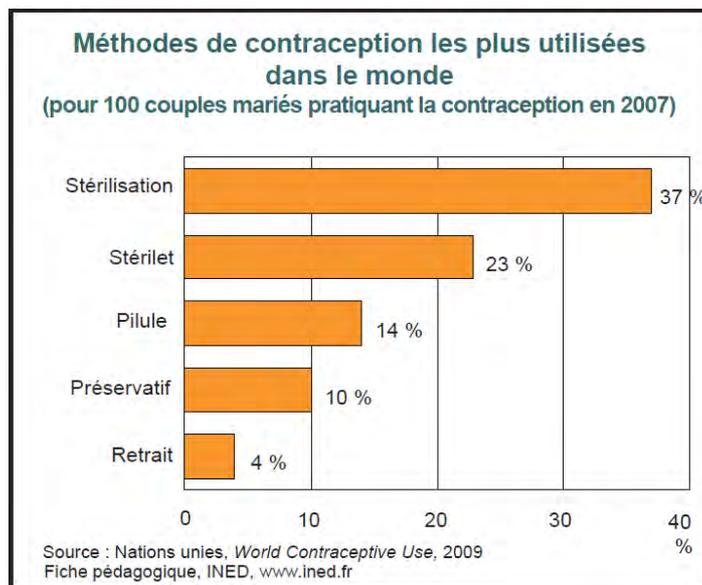


Figure n°6

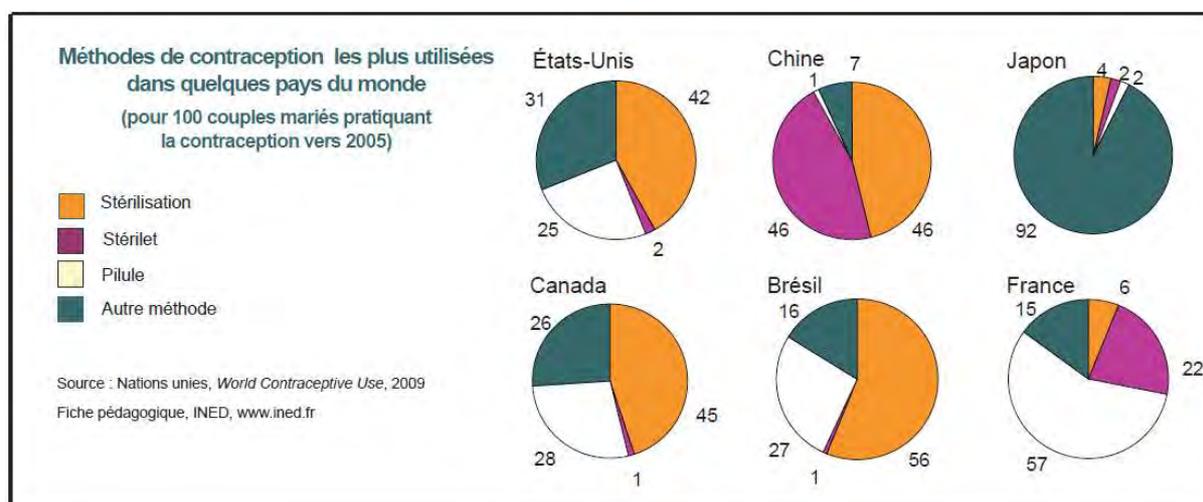


Figure n°7

ANNEXES

Annexe n°1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l’OMS 2011 ⁴³

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capots cervicaux	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

Nous allons détailler ci-après les différentes techniques de contraception définitive :

Partie I : VASECTOMIE

En France, la vasectomie est utilisée par 0.3% des couples. 2008 hommes ont bénéficié de cette intervention en 2012. Dans le monde, 43 millions d'hommes ont choisi la stérilisation comme moyen contraceptif. La prévalence de la vasectomie est élevée en Amérique du Nord et en Asie. ⁶⁷

1) Indications et contre-indications :

Il n'existe pas de contre-indication permanente à la stérilisation masculine. Les contre-indications temporaires sont résumées dans l'annexe n°10.

Selon la loi du 4 juillet 2001, tout homme majeur peut en bénéficier. Il doit recevoir une information sur la technique opératoire, les risques, les conséquences de l'intervention, les alternatives contraceptives. La vasectomie doit être présentée comme irréversible. Un livret d'information doit être remis au patient (cf. annexe n°4 et n°9). L'intervention ne peut être réalisée qu'après un délai de réflexion minimum de 4 mois.

Il est indispensable de discuter du risque de regret avec le patient. Il est important d'impliquer la compagne dans la préparation pré-opératoire.

Le profil de l'homme vasectomisé est : homme d'âge moyen (30 à 40 ans), actif, en couple depuis longtemps (> 10 ans), père de 3 enfants, de statut économique élevé. Les principales raisons expliquant le choix sont : c'est à leur tour d'assumer ce rôle-là, il s'agit d'une méthode définitive, aucune autre méthode ne convient. ⁶⁸

2) Techniques :

La vasectomie s'effectue classiquement sous anesthésie locale : injection de Xylocaïne® non adrénalinée à 1% précédée ou non de l'application d'une crème anesthésiante type Emla® (cf. schéma n°1). Dans de plus rares cas elle peut s'effectuer sous anesthésie loco-régionale voir générale si le patient le souhaite ou si le chirurgien le juge préférable. ^{69,70,73,74}



Schéma n°1⁷²

a) Accès au canal déférent :

Il existe deux techniques différentes :

- Technique classique (schéma n°2 à 4) : elle consiste à faire une ou deux incisions à l'aide d'un scalpel, soit une seule au niveau du raphé médian, soit deux au niveau du scrotum, afin d'accéder aux canaux déférents.⁷¹



Schéma n° 2⁶⁹

A



Schéma n°3⁶⁹

B

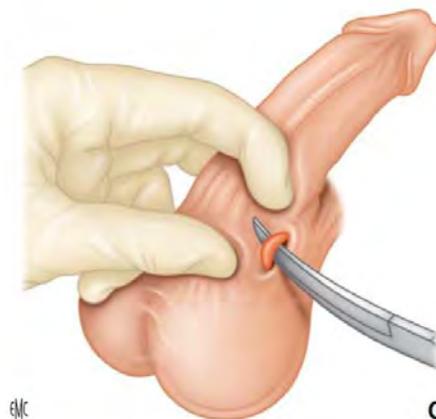
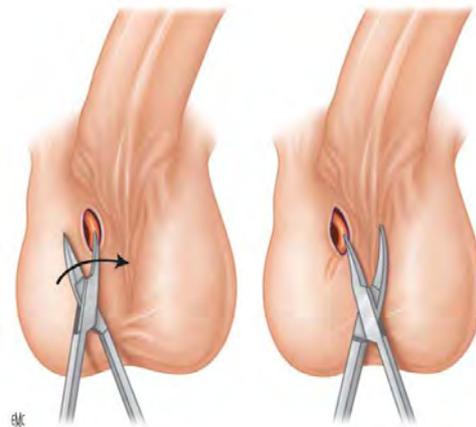
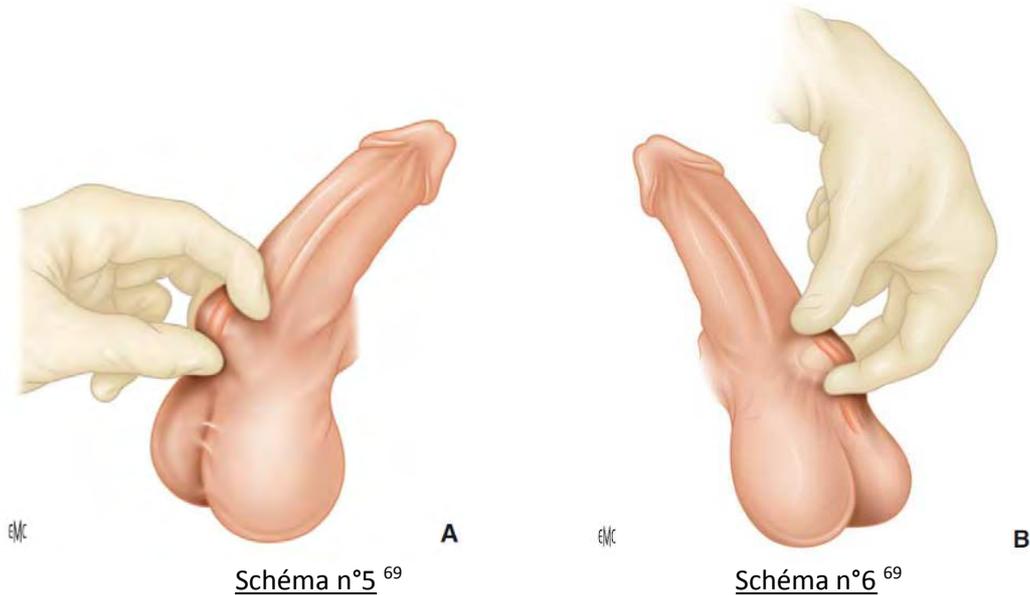


Schéma n°4⁶⁹

C

- Technique sans incision ou « no-scalpel technique » (schéma n°5 à 7) : elle utilise une pince spécifique afin de garder le déférent superficiel sous la peau, puis une pince Mosquito permet de perforer la peau et d'accéder au canal déférent. Cette technique serait associée à une diminution du risque d'hématome postopératoire, de douleur pendant l'intervention, de douleur postopératoire et d'infection de plaie. Elle présente également l'avantage de raccourcir le temps opératoire.^{76,77}



b) Interruption du déférent :

Il existe différentes techniques. La plus répandue est la section-ligature (cf. schéma n°8) avec excision d'un segment du canal déférent avec analyse anatomo-pathologique du segment.

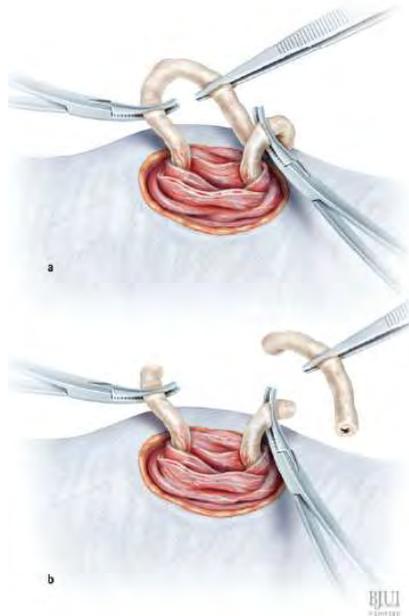


Schéma n°8 ⁷²

Une autre technique fréquente est l'électrocoagulation. Il existe également des méthodes d'occlusion mécanique (clips) ou chimique (silicone, élastomère polyuréthane).⁷⁵

Ces techniques peuvent être complétées par une interposition du fascia au niveau du segment proximal. Ceci permet de diminuer le risque de reperméabilisation.⁴³

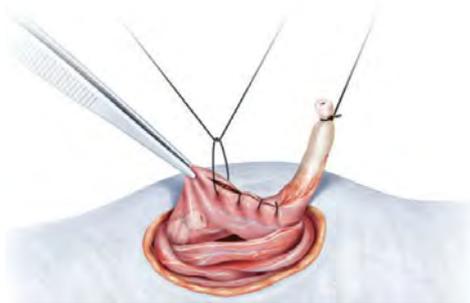


Schéma n°9 ⁷²

3) Efficacité :

Elle est définie par l'obtention d'une azoospermie post-opératoire ou par le taux de grossesse post-opératoire. Elle varie entre 0.3 et 8.7% en fonction de l'expérience du chirurgien et de la technique d'occlusion du déférent.⁷⁸ La voie d'abord ne semble pas avoir d'influence sur l'efficacité de la vasectomie.⁷⁹

Les trois causes d'échecs sont : l'échec technique, la reperméabilisation précoce ou tardive du canal déférent ou l'existence de rapports sexuels non protégés avant l'effet contraceptif de la vasectomie.⁷¹

Selon l'OMS le pourcentage de grossesse la première année après vasectomie est de 0.1% dans des conditions parfaites d'utilisation et de 0.15% dans des conditions courantes d'utilisation (cf. annexe n°1).

L'efficacité de la vasectomie n'est pas immédiate : il subsiste des spermatozoïdes au niveau des canaux déférents, ce qui nécessite une contraception efficace jusqu'au contrôle de l'efficacité à l'aide d'un spermogramme.

Il n'y a pas de consensus réel sur le nombre de spermogramme à réaliser et à quel moment il faut les réaliser. ^{81,82} Selon la HAS le premier spermogramme doit être réalisé entre 8 et 16 semaines selon l'appréciation du chirurgien et après au moins 20 éjaculats.

Une vasectomie réussie retrouve au niveau du spermogramme une azoospermie ou de rares spermatozoïdes immobiles (<100 000 par éjaculat). ^{75,80} En cas d'échec, il faut répéter le spermogramme. Au bout de 6 mois, si l'analyse n'est toujours pas concluante, on considère que la vasectomie est un échec. Une réintervention doit être envisagée. ⁷⁰

Cet examen est indispensable avant la reprise des rapports sexuels non protégés. Pourtant la compliance des patients à l'égard de cet examen est mauvaise et nécessite donc une attention particulière de la part des médecins. Selon certaines études, 33% des patients ne réalisent pas de spermogramme de contrôle. ^{82,83}

4) Complications :

a) Complications à court terme :

Un hématome peut survenir avec une incidence moyenne de 2%.

L'incidence des infections est en moyenne de 3.4% et comprend les infections cutanées, les infections urinaires et les orchépididymites.

La formation d'un granulome ou d'un nodule palpable survient dans 1.3 à 39.4%.

Les hydrocèles, fistules et spermocèles ont des taux de survenu de 2% environ.

Des douleurs sont présentes dans 12 à 52% et sont dues à la présence d'un granulome ou d'une épидидymite congestive. Le taux de patient ayant une vie altérée à cause de ces douleurs varie de 2.2 à 15%. ^{43,75,84}

b) Complications à long terme :

Il n'existe aucune complication grave à long terme.

Certaines études avaient montré une élévation du risque de cancer de la prostate. Mais des méta-analyses ont conclu à une absence de causalité entre vasectomie et cancer de la prostate. ^{43,85,86}

Il n'y a pas non plus d'augmentation de risque de maladie auto-immune (malgré la formation fréquente d'anticorps anti-spermatozoïdes), de maladie cardio-vasculaire et de cancer des testicules. ^{43,84}

Sur le plan de la vie sexuelle, il n'y a pas d'impact sur l'érection, le plaisir sexuel, le volume d'éjaculat et le désir. ⁷⁰

5) Réversibilité :

La vasectomie doit être présentée comme une méthode irréversible. Mais il existe un risque de regret et un souhait d'avoir des enfants dans 4 à 10% des cas. ^{69,87}

Avant l'intervention, le patient peut réaliser une auto-conservation de sperme au CECOS. Ce choix est rarement fait par le patient. Ainsi en cas de regret, il est possible de recourir à la procréation médicale assistée (FIV ou ICSI).

Une intervention peut également être réalisée sous microscope afin de rétablir la continuité des canaux déférents : la vasovasostomie. Les taux de perméabilité varient de 77 à 87% et les taux de grossesse de 40 à 50%. ⁴³

Partie II : STÉRILISATION FÉMININE

En France, la stérilisation féminine concerne 3.9% des couples. 37506 femmes ont bénéficié de cette intervention en 2012 : 19757 procédures avec le dispositif Essure® et 15741 ligatures tubaires.

Dans le monde, 180 millions de femmes ont choisi la stérilisation comme moyen contraceptif.⁶⁷

A) Ligature tubaire :

1) **Indications et contre-indications** :

Il n'existe pas de contre-indication permanente. Les contre-indications temporaires sont résumées dans l'annexe n°11.

Toute femme majeure peut en bénéficier selon les mêmes conditions que pour une vasectomie, dans l'application de la loi du 4 juillet 2001 : après avoir reçu une information sur la technique opératoire, les risques, les conséquences de l'intervention, les alternatives contraceptives. La ligature tubaire doit être présentée comme irréversible. Un livret d'information doit être remis à la patiente (cf. annexe n°4). L'intervention ne peut être réalisée qu'après un délai de réflexion minimum de 4 mois. Il est indispensable de discuter du risque de regret avec la patiente et d'impliquer le conjoint dans la préparation pré-opératoire.

2) **Techniques** ^{47,75,88,89,90} :

a) Voies d'abord :

La première voie d'abord utilisée fut la laparotomie. Elle se pratique sous anesthésie générale. De nos jours, elle n'est plus recommandée sauf au décours d'un autre geste chirurgical (ex : césarienne) car elle présente plus de risques de complications.

Ensuite fut développée la minilaparotomie. Elle consiste à pratiquer une incision sus-pubienne de 2-3 cm au-dessus de la symphyse pubienne. Elle peut se réaliser sous anesthésie locale avec ou sans sédation. Il s'agit de la méthode la plus utilisée dans les pays en voie de développement car elle ne nécessite pas de matériel sophistiqué.

Dans les pays développés la voie d'abord la plus utilisée est la coelioscopie. Elle nécessite une anesthésie générale.

Il existe également deux méthodes par voie vaginale : la colpotomie (incision au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur) et la culdoscopie (ponction au niveau du cul-de-sac de Douglas). Ces méthodes majorent le risque d'infection et sont de ce fait non recommandées.

b) Technique opératoire :

Il existe de nombreuses techniques chirurgicales ayant pour but une ligature-section. La *technique de Pomeroy* (cf. schéma n°10) est la technique de référence par laparotomie ou minilaparotomie. Elle consiste à réaliser une boucle tubaire à 2 cm de la corne, à réaliser une ligature au pied la boucle et à sectionner ce qui dépasse.

La *technique de Pomeroy modifié ou de Parkland* (cf. schéma n°11) est identique à la précédente, mais à la place le chirurgien réalise la suture de la base de l'anse avec deux fils différents. Il s'agit de la technique la plus utilisée.

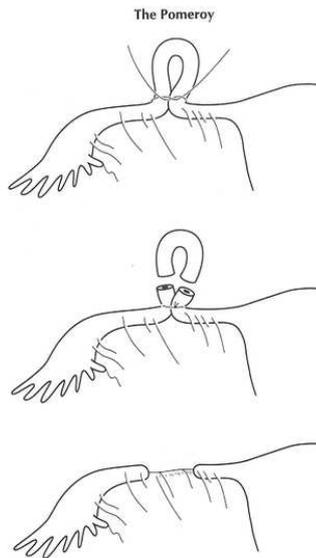
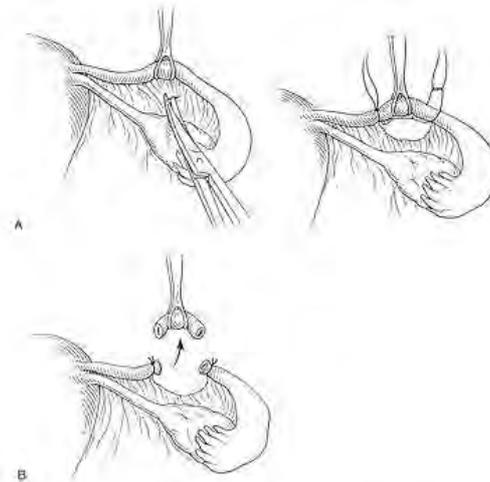


Schéma n°10⁹¹



La procédure de Parkland pour la stérilisation

Schéma n°11⁹²

Les techniques électriques comprennent l'électrocoagulation monopolaire, l'électrocoagulation bipolaire et la thermocoagulation.

L'*électrocoagulation monopolaire* consiste à saisir la trompe à 2cm de la corne puis de réaliser une électrocoagulation douce à distance de tout organe, puis de réaliser une section de la trompe. Cette méthode est à risque d'arc électrique et donc de graves complications.

L'*électrocoagulation bipolaire* (cf. schéma n°12) consiste à saisir la trompe à 2 cm de la corne, de réaliser une électrocoagulation puis de la sectionner. La destruction tubaire est moindre, ainsi la réversibilité est meilleure mais l'efficacité diminuée.

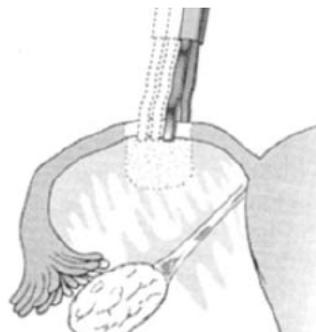


Schéma n°12⁹⁰

Les techniques mécaniques ont été inventées dans le but de diminuer les complications et d'augmenter la réversibilité de l'intervention. On retrouve des méthodes utilisant des clips (clip de Filshie ou de Hulka) ou des anneaux (anneaux de Yoon).

Les *clips de Filshie* (cf. schéma n°13) sont en titanium et entourés de silicone, ce sont les plus utilisés dans le monde. Les clips maintiennent une pression grâce à la bande silicone au fur et à mesure que la trompe s'atrophie et préviennent ainsi la reperméabilisation.

Les *anneaux de Yoon* (cf. schéma n°14) sont en silicones. L'efficacité est supérieure à celle des clips et la réversibilité bonne.

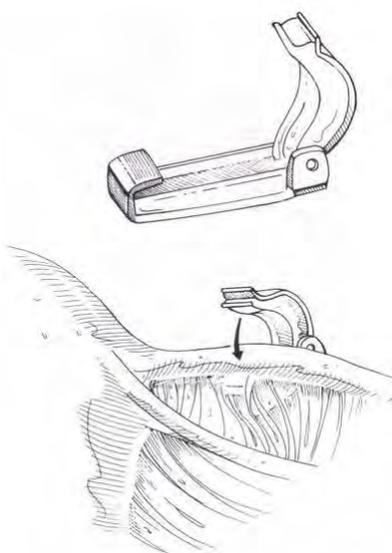


Schéma n°13 ⁹²



Schéma n°14 ⁹⁰

3) Efficacité :

Selon l'OMS le pourcentage de grossesse la première année après vasectomie est de 0.5 dans des conditions parfaites d'utilisation et dans des conditions courantes d'utilisation (cf. annexe n°1).

La survenue d'une grossesse après stérilisation tubaire s'explique par la survenue d'une conception avant l'intervention, l'occlusion incomplète de la trompe ou la création d'une fistule tubaire secondaire. ⁸⁸

Le taux d'échec des méthodes de stérilisation est compris entre 0 et 2 % en fonction des études. ⁷⁵ Une étude américaine retrouve un taux de grossesse sur 10 ans à 1.85%, plus élevé en cas de pose de clips (36.5/1000) et plus bas en cas d'électrocoagulation monopolaire (7.5/1000). Les échecs sont plus importants chez les femmes stérilisées jeunes (avant 30 ans) et ce d'autant plus qu'elles ont subi une intervention avec pose de clips ou électrocoagulation bipolaire. ⁹³ Une étude Québécoise retrouve un taux d'échec à 10 ans à 0.85%. ⁹⁴

4) Complications⁹⁵ :

a) Complications à court terme :

- Les hémorragies
- Les plaies viscérales
- Les infections (urinaires, pelviennes, digestives et de paroi)
- Le décès (de 2 à 10 pour 100 000 interventions, la majorité de ces décès est attribuée à des complications anesthésiques.)⁹⁶

On retrouve les complications liées à l'anesthésie. Elles peuvent aller de la simple gêne au décès. Les complications sont plus fréquentes en cas d'anesthésie générale, ensuite on retrouve l'anesthésie régionale puis locale. Aux Etats-Unis on estime que 38% des décès pourraient être évités en utilisant l'anesthésie locale au lieu de l'anesthésie générale.⁹⁰

b) Complications à long terme :

Il n'y a pas de complications à long terme ayant été prouvées scientifiquement.

Le *syndrome post-stérilisation* correspond à des perturbations du cycle menstruel. Différentes études ont été réalisées sur ce sujet et ont des résultats contradictoires. Toutefois il semble qu'aucun lien causal n'a été démontré.

Le risque de *grossesse extra-utérine* est estimé à 0.73% toutes méthodes confondues.⁹⁶ A noter que ce risque est supérieur comparé aux femmes utilisant une contraception orale mais identique à celles utilisant un DIU et inférieur à celles n'utilisant pas de méthode contraceptive.⁷⁵

Le risque de *cancer* du sein, de l'endomètre et du col n'est pas majoré.⁷⁵

Une méta-analyse retrouve une diminution du risque de carcinome épithélial de l'ovaire de 34 % chez les femmes ayant eu une ligature tubaire. Ce risque ne diminue pas même 14 ans après l'intervention. Cette diminution du risque est observée aussi chez les patientes ayant une mutation BRCA1.⁹⁷

5) Réversibilité⁹⁸ :

Le taux de regret des femmes, à la suite d'une intervention, varie entre 3 et 10%. Mais toutes ne vont pas au bout des démarches : entre 1 à 2% des femmes stérilisées subissent une intervention de déstérilisation.^{46,99}

La déstérilisation peut s'effectuer par microchirurgie laparotomique ou coelioscopique. Il faut prendre en compte la technique de stérilisation avant d'envisager une déstérilisation : en effet la longueur de trompe endommagée, variable en fonction de la technique, joue un grand rôle dans la réussite de la déstérilisation. Le taux de grossesse à la suite de ces interventions varie de 50 à 80 % en fonction des études.^{46,94,98,100}

Méthode de stérilisation	Longueur de trompe endommagée	Chances de succès de la DT
Courant unipolaire	> 4 cm	Pauvres
Section ligature	≥ 4 cm	Modérées à pauvres
Courant bipolaire	2-3 cm	Modérées
Anneaux	2 cm	Bonnes
Clips	0,5-1 cm	Bonnes

98

Une grossesse peut également être obtenue à l'aide d'une FIV. Le taux de grossesse par tentative varie entre 15 et 25%.⁴⁶

Les facteurs de risque de regret mis en évidence sont : le jeune âge (les femmes de moins de 30 ans ont 8 fois plus de chance de subir une stérilisation ou une démarche en faveur d'une FIV)¹⁰¹, un climat de mésentente conjugale, la période du post-partum ou du post-abortum.⁴⁶

La principale motivation des femmes pour demander une stérilisation dans les pays développés est le désir d'une nouvelle grossesse à la suite d'un changement de partenaire.⁴⁶

B) Essure[®] :

Le dispositif Essure[®] est disponible en France depuis 2001. Il s'agit du seul système permettant une stérilisation féminine par voie hystéroscopique.

1) Indications et contre-indications¹⁰² :

Selon le rapport d'évaluation de la HAS, Essure[®] est indiqué chez les femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception. Le cadre légal, la loi du 4 juillet 2001, est identique à celui décrit pour la ligature tubaire.

Les contre-indications sont :

- ne pas poser Essure[®] suite à une naissance ou une interruption de grossesse datant de moins de 6 semaines.
- incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité.
- grossesse avérée ou suspectée.
- cervicite aiguës en cours.
- saignements anormaux non explorés.

Les précautions d'emploi sont :

- éviter une pose concomitante à une prise régulière de corticostéroïdes.
- ne pas utiliser chez les femmes avec une intolérance avérée au nickel.

2) Technique ^{47,88,103} :

Le dispositif Essure[®] est composé (cf. schéma n°15) :

- d'un ressort extérieur en Nitinol (alliage de nickel et de titane) permettant l'ancrage du dispositif dans les trompes.
- d'un ressort intérieur en acier inoxydable permettant la pose du dispositif.
- de fibres actives de polyéthylènes de téréphtalate (PET) enroulées à l'intérieur et responsables de l'obstruction progressive des trompes.

Sous contrôle hystéroscopique, le dispositif est placé dans la partie proximale de chaque lumière tubaire à l'aide d'un système de largage jetable (cf. schéma n°15 et 16).

Le mode de pose le plus utilisé est celui sans anesthésie selon la méthode de Bettochi sans speculum et sans pince de Pozzi. L'intervention se réalise classiquement en ambulatoire avec une pré-médication d'AINS. ^{104,105} Ceci permet une reprise d'activité précoce sans arrêt de travail le jour même ou le lendemain de l'intervention.

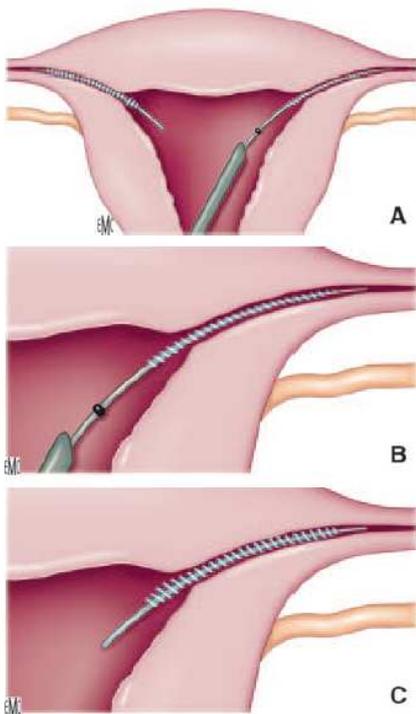


Schéma n°15 ⁸⁸

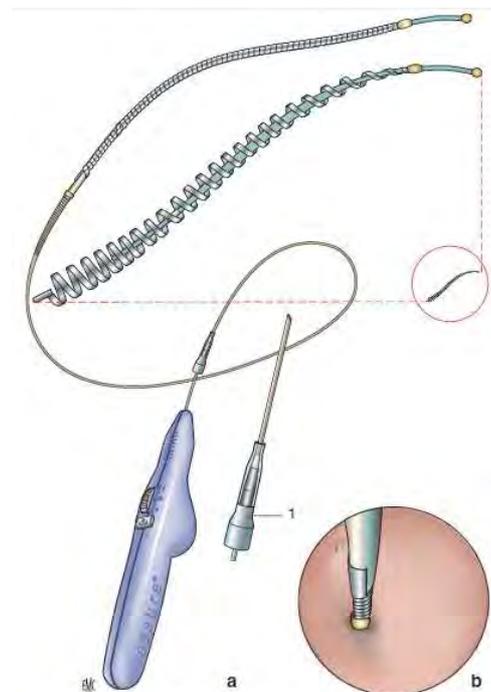


Figure 1. a. Procédé Essure[®] nouvelle génération ESS 305. 1. Valve antireflux; b. positionner le nouveau repère bague dorée devant l'ostium.

Schéma n°16 ⁴⁷

Le temps de pose moyen est de 8 minutes. La durée de pose ne doit pas excéder 30 minutes. En cas de pose difficile, douloureuse ou impossible il peut s'agir d'une sténose tubaire insoupçonnée.

La pose est jugée acceptable ou très acceptable par la majorité des patientes (de 82 à 99 % selon les études). La douleur maximale moyenne observée durant la pose est de 4.9. ^{48,106} à 110

Il existe un risque d'échec de pose non négligeable comparé aux interventions de ligature tubaire. Une seconde intervention est parfois nécessaire. Dans la littérature le succès de pose varie de 81 à 99.7 %. Les études récentes retrouvent un taux supérieur à 95%. En effet

ce taux augmente avec le temps, ceci s'explique par : la courbe d'apprentissage des chirurgiens et par l'amélioration du dispositif Essure®. ^{104 à 106,108,109,111 à 115}

Le développement de la fibrose occlusive est obtenu en 3 mois. (cf. schéma n°17)

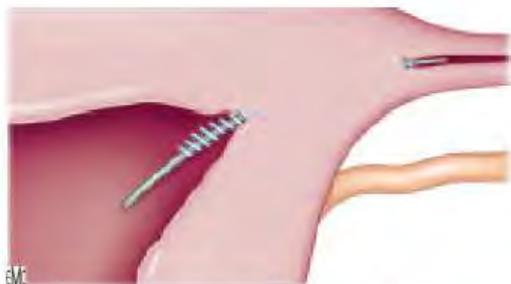
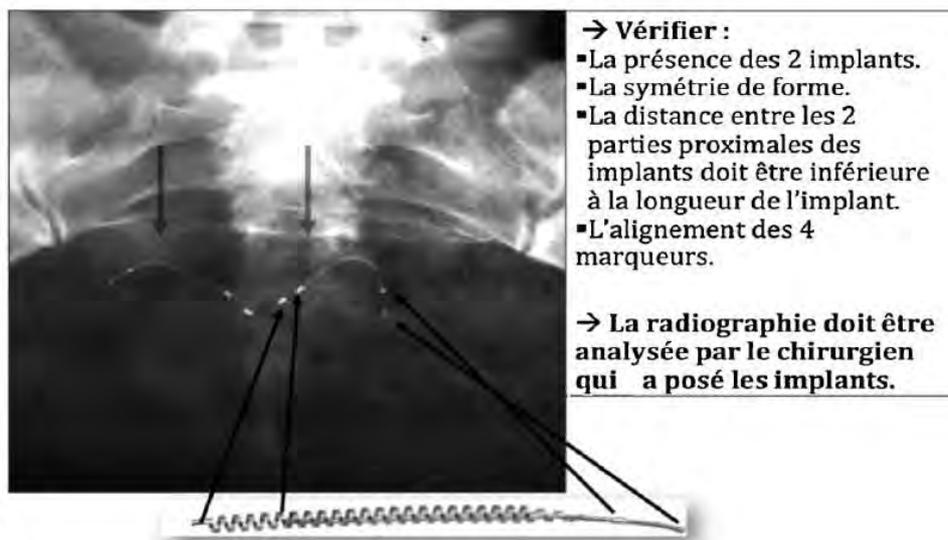


Figure 10. Croissance tissulaire à l'intérieur de l'implant Essure™ et fibrose tissulaire permettant l'ancrage et l'occlusion tubaire définitive.

Schéma n°17 ⁸⁸

Un examen de contrôle doit être réalisé à trois mois afin de vérifier le bon positionnement des implants, soit par radiographie (ASP) soit par échographie. En effet il existe une bonne corrélation entre le positionnement des implants et l'occlusion tubaire. (cf. schéma n°18)



→ **Vérifier :**

- La présence des 2 implants.
- La symétrie de forme.
- La distance entre les 2 parties proximales des implants doit être inférieure à la longueur de l'implant.
- L'alignement des 4 marqueurs.

→ **La radiographie doit être analysée par le chirurgien qui a posé les implants.**

Schéma n°18 ¹⁰⁵

Cet examen de contrôle pourtant indispensable est très peu réalisé : environ 50% des patientes ne le réaliseront pas. ¹⁰⁵

3) Efficacité :

Une occlusion tubaire est observée chez 92 à 98% des patientes à 3 mois.

Le taux de grossesse est estimé à 0.15%. Une mauvaise compliance de la part des patientes est la principale cause de grossesse : non-réalisation de l'examen de contrôle à 3

mois, ou pas de contraception durant les 3 mois post-procédure. La deuxième cause retrouvée est une mauvaise interprétation de l'examen de contrôle et la troisième un non-respect du protocole par le praticien. ^{47,105,108,109,111,112,116,117}

4) Complications :

Les études ont mis en évidence différents types de complications ^{105,106,108,112,113 et 117} :

- une douleur faible dans 65 à 80% des cas et une douleur importante dans 4 à 17% des cas durant la procédure ou après la procédure. Les douleurs persistent jusqu'à 2 semaines après l'intervention. Elles sont décrites comme similaires à des douleurs de règles. De rares cas de douleurs pelviennes chroniques invalidantes ont été mis en évidence et sont souvent la conséquence d'une malposition méconnue.
- crampes (30%), nausées (9 à 11%) le jour de l'intervention.
- de légers saignements jusqu'à 7 jours après l'intervention (7 à 83%), à 89% d'intensité égale ou moindre à des saignements menstruels, de durée maximale de 15 jours.
- malaises vagues (1.9 à 4%), hypervolémie (3%) le jour de l'intervention.
- perforation tubaire (0.02 à 3%) ou migration.
- expulsion du dispositif (0.4 à 3%).
- allergie au nickel.

5) Réversibilité :

La stérilisation avec le dispositif Essure® est irréversible. La seule façon d'obtenir une grossesse est l'utilisation de la procréation médicale assistée.

Partie III : COÛT

	ESSURE		LIGATURE TUBAIRE		VASECTOMIE
PUBLIC	Sans anesthésie	Avec anesthésie	Ambulatoire	Hospitalisation	
<u>Dispositif en sus</u>	LPP code: 31 59 669 700 € TTC	LPP code: 31 59 669 700 € TTC	-	-	-
<u>Acte</u>	-	-	-	-	-
<u>Remboursement GHS</u>	GHS: 5206 718,96	GHS: 5205 1009,88	GHS:4958 1 056,56 €	GHS:4954 1 441,55 €	GHS:4557 521,74 €
TOTAL	1 418,96 €	1 709,88 €	1 056,56 €	1 441,55 €	521,74 €
PRIVE	Sans anesthésie	Avec anesthésie	Ambulatoire	Hospitalisation	
<u>Dispositif en sus</u>	LPP code: 31 59 669 700 € TTC	LPP code: 31 59 669 700 € TTC	-	-	-
<u>Acte</u>	CCAM code: JJPE001 167,20 €	CCAM code: JJPE001 250,80 €	Main CCAM code: JJPC003 303,60 €	Main CCAM code: JJPC003 303,60 €	CCAM codes: JHSB001 ou JHSA001 59,77 € ou 56,89€
<u>Remboursement GHS</u>	GHS: 5206 429,65 €	GHS: 5205 540,05 €	GHS:4958 651,68 €	GHS:4954 840,87 €	GHS:4557 250,19 €
TOTAL	1 296,85 €	1 490,85 €	955,28 €	1 144,47 €	307,08 € à 309,96 €
Nombre de procédures	19 757		15 741		2 008

Ce tableau a été réalisé à l'aide la base PMSI par Solveig Tyrka, marketing manager chez Conceptus SAS.

A cela il faut rajouter les frais supplémentaires : consultation anesthésique, coût des arrêts de travail... De ce fait, l'intervention la moins couteuse est la vasectomie, suivie par la stérilisation avec le dispositif Essure® et enfin la ligature tubaire.

Les frais d'hospitalisation ainsi que les frais liés à l'hospitalisation sont pris en charge à 80% par la sécurité sociale. La consultation anesthésique est prise en charge à 70% par la sécurité sociale. Le dispositif Essure® est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

Annexe n°3

JORF n°156 du 7 juillet 2001 page 10823
texte n° 1

LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1)

« Chapitre III « Stérilisation à visée contraceptive

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

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

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

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

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

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

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

Article 27

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

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

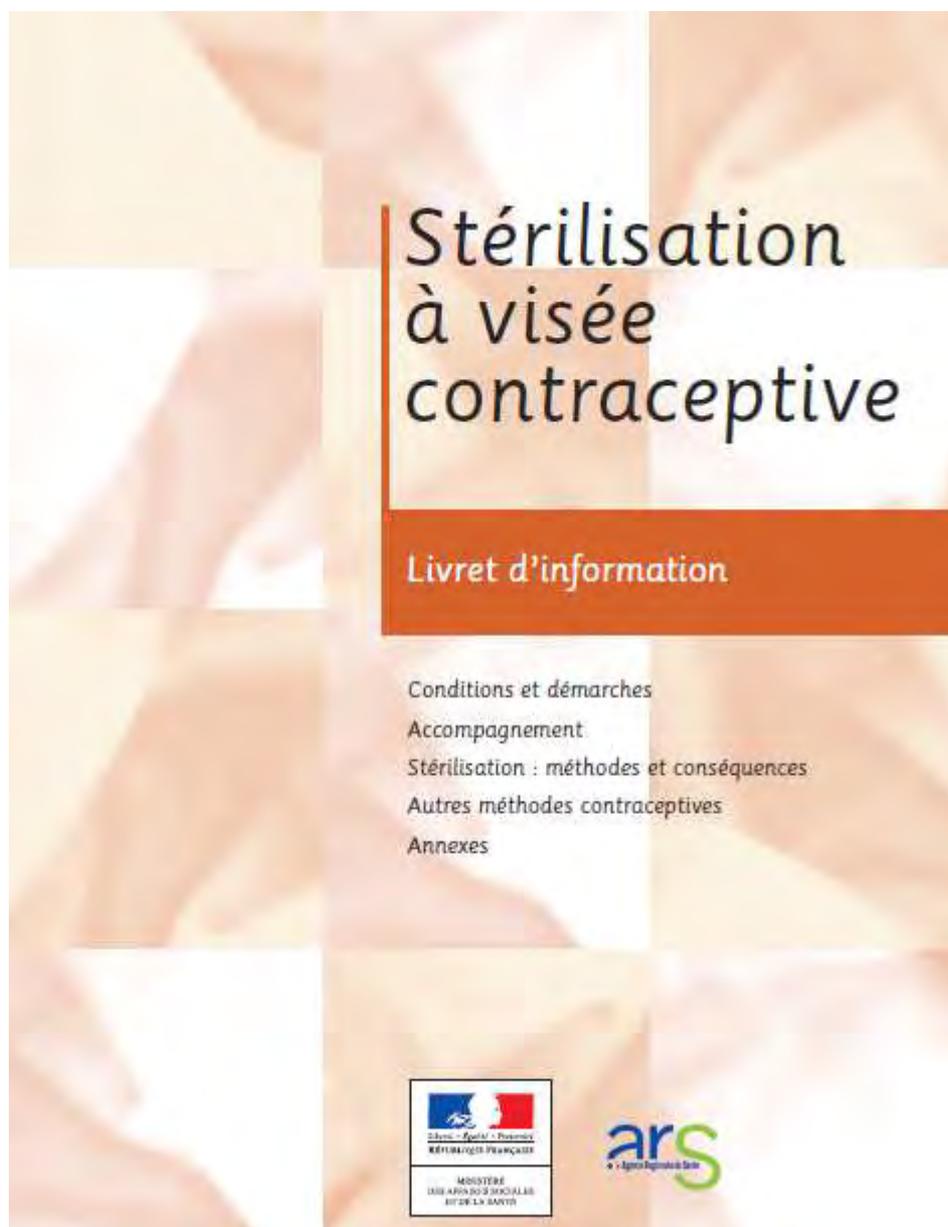
« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

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

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

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

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



Livret d'information téléchargeable à l'adresse :
<http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>

Stérilisation à visée contraceptive

Livret d'information

Conditions et démarches

Accompagnement

Stérilisation : méthodes et conséquences

Autres méthodes contraceptives

Annexes

Sommaire

Les conditions et les démarches	5
L'accompagnement	7
La stérilisation : les méthodes et leurs conséquences	8
Les méthodes contraceptives autres que la stérilisation	13
Annexes	19
1 - Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive	20
2 - Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive	21
3 - Loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception	22
4 - Centres spécialisés dans la conservation du sperme humain	24
5 - Attestation de consultation médicale préalable et consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive : exemplaires destinés au médecin	27

Vous envisagez d'avoir recours à une stérilisation à visée contraceptive.

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001). L'intervention et les démarches sont définies par ce texte législatif (cf. article 26 de la loi figurant en annexe).

Les conditions et les démarches

Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation à visée contraceptive.

La 1^{re} consultation
préalable
à l'intervention

Au cours de cette consultation auprès d'un médecin qui pratique des stérilisations à visée contraceptive :

- la personne concernée fait **état de sa demande** de stérilisation à visée contraceptive et **des motifs de cette demande** ;
- afin d'être en mesure de procéder à un **choix éclairé**, l'intéressé(e) reçoit du médecin :
 - des **informations** orales sur les méthodes contraceptives alternatives,
 - toutes **informations** sur les techniques de stérilisation proposées, les modalités de l'intervention, ses conséquences, ses risques éventuels,
 - **ce dossier d'information écrit**, descriptif des démarches en vue d'une stérilisation, des techniques de stérilisation, des autres méthodes contraceptives et éventuellement, une **attestation de consultation médicale** (cf. annexe 1).

Si le médecin ne souhaite pas pratiquer cet acte à visée contraceptive, l'intéressé(e) est informé(e) de son refus au cours de cette première consultation.

L'accompagnement

Compte tenu de l'implication personnelle d'un choix de stérilisation, de ses conséquences tant sur le plan physique que psychologique, il apparaît particulièrement important que **la personne intéressée puisse exprimer ses interrogations sur ce que représente pour elle cette intervention.**

Le médecin consulté peut proposer, dans le respect des dispositions légales, une aide à la démarche, notamment un ou des entretiens avec un conseiller conjugal, un psychologue, un psychiatre.

La loi confère **à la seule personne concernée par l'intervention, la responsabilité du choix d'une stérilisation.** Il lui est possible cependant d'associer son (sa) partenaire à sa réflexion. Toutefois, seul le consentement de l'intéressé(e) sera recueilli.

Stérilisation à visée contraceptive

Le délai de réflexion

Il ne peut être procédé à une stérilisation à visée contraceptive qu'à l'issue d'un délai de **quatre mois** après la première consultation médicale préalable⁽¹⁾. Ce **temps de réflexion** est indispensable pour permettre à la personne concernée d'exercer un choix responsable.

La 2^e consultation préalable à l'intervention

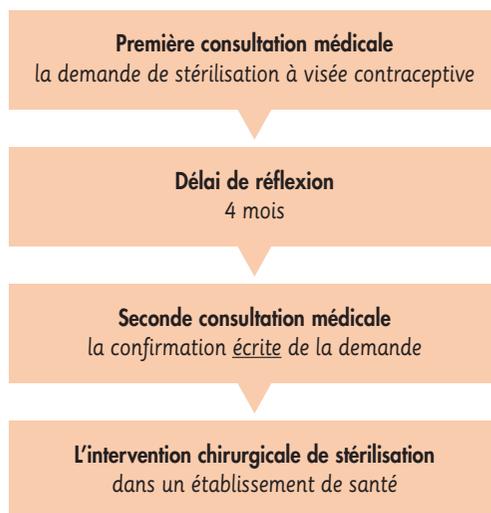
Si la réflexion menée au cours de ce délai conduit la personne concernée à maintenir sa demande initiale de stérilisation, l'intéressé(e) **confirme par écrit** sa volonté d'accéder à cette intervention (cf. annexe 2).

Son seul consentement est recueilli pour la réalisation de l'acte.

Le lieu de l'intervention

Il s'agit d'un acte chirurgical qui ne peut être pratiqué que dans un **établissement de santé** (hôpital, clinique).

Les étapes



NB : les personnes dont l'**altération des facultés** mentales constitue un handicap et a justifié leur placement sous un régime de protection légale (tutelle ou curatelle) peuvent accéder à la stérilisation à visée contraceptive dans les conditions particulières fixées par l'article 27 de la loi précitée et du décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 (cf. annexe 3). Dans ces situations, l'intervention ne peut être réalisée qu'après décision du juge des tutelles.

⁽¹⁾ Une première consultation médicale préalable ne peut constituer le point de départ du délai de réflexion de 4 mois, que si le médecin a exprimé à ce stade initial de la démarche, son intention de ne pas opposer un refus à l'intervention demandée.

La stérilisation : les méthodes et leurs conséquences

La stérilisation féminine ou masculine est un acte chirurgical, réalisé par un médecin en établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique). C'est une méthode contraceptive qui se distingue profondément des autres méthodes existantes car son objectif est d'empêcher de **manière définitive** la procréation. Il convient de la considérer comme **irréversible**.

Il est indispensable de rappeler que ni la stérilisation féminine, ni la stérilisation masculine, ne protègent des infections sexuellement transmissibles et notamment du SIDA.

La stérilisation féminine

■ Les techniques

L'intervention a pour but **d'empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule**.

1- Par des techniques provoquant une **occlusion immédiate** des trompes :

- soit en les ligaturant et en les sectionnant ;
- soit en les électro-coagulant ;
- soit en les pinçant avec un anneau ou un « clip ».

Pour ces techniques, **les voies d'accès** peuvent être les suivantes :

- par coelioscopie ;
- soit, à l'occasion d'une autre intervention (par exemple lors d'une césarienne), par ouverture de l'abdomen ;
- parfois, par une petite incision réalisée au dessus du pubis ou au fond du vagin.

2- Ou par une technique provoquant une **occlusion progressive** des trompes :

- en insérant un micro implant (« plug ») dans chacune d'elles (l'obstruction est obtenue définitivement au bout de 3 mois par fibrose).

Attention : pour cette technique d'occlusion progressive des trompes, la stérilité n'est pas immédiate. Durant une période de 3 mois après la pose du dispositif intra-tubaire, il est indispensable de recourir à un autre moyen de contraception (cf. chapitre « méthodes contraceptives autres que la stérilisation »). Au terme de ce délai, un contrôle de l'occlusion est réalisé.

Cette technique est réalisée **par les voies naturelles**, par hystérocopie (introduction d'un hystéroscope dans la cavité utérine).

Votre médecin vous apportera des informations complémentaires spécifiques à la méthode chirurgicale proposée. Ces informations seront adaptées à votre cas personnel.



Zone de stérilisation tubaire

La stérilisation à visée contraceptive n'a pas d'effet sur l'équilibre hormonal, le désir et le plaisir sexuels.

■ L'anesthésie

Elle peut être générale, loco-régionale (péridurale) ou locale : le mode d'anesthésie dépend de la technique envisagée, du choix du médecin et de la patiente.

■ Efficacité

La stérilisation tubaire est une méthode très efficace (de l'ordre de 99 %).

■ Les suites opératoires

Les complications post-opératoires sont **rare**s et généralement **bénignes** : douleurs abdominales passagères.

L'échec des techniques de stérilisation féminine est rarissime. Cependant lorsqu'il se produit, il peut aboutir à une grossesse qui, du fait des lésions

des trompes, se développe anormalement dans la trompe (grossesse extra-utérine). Tout retard de règles doit donc amener à consulter un médecin.

Vous devez consulter en urgence, si les signes suivants se produisent :

- douleurs abdominales plus ou moins intenses, d'apparition brusque, souvent latéralisées ;
- saignements vaginaux, surtout si les dernières règles ont été retardées ou si elles ne sont pas survenues ;
- fatigue, vertige.

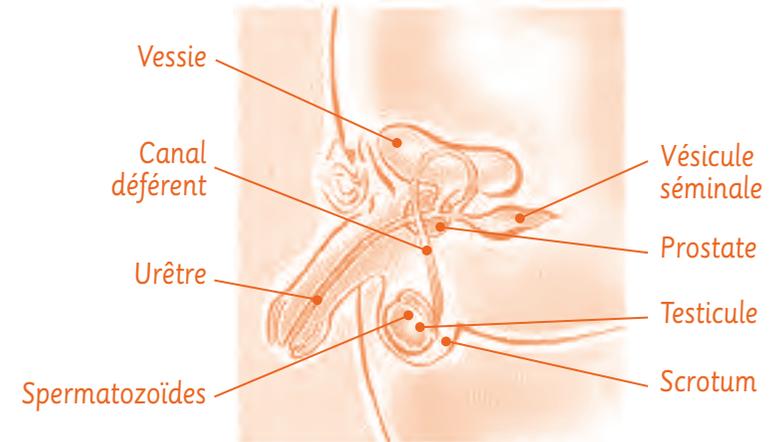
■ Irréversibilité

La stérilisation féminine est **très difficilement réversible**. La réversibilité dépend du degré de destruction tubaire et des caractéristiques des patientes opérées (notamment âge, technique utilisée...).

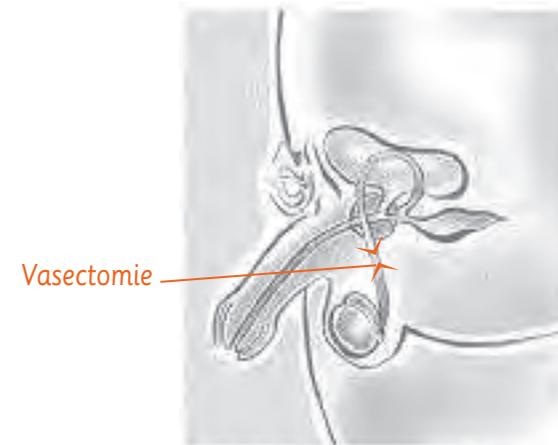
Il convient donc de considérer la stérilité **comme définitive**, car les opérations restauratrices sont lourdes et les résultats sont aléatoires ; les grossesses après reperméabilisation tubaire ne sont obtenues que dans une minorité de cas.

Dans certaines situations, le recours à la fécondation in vitro est possible.

■ Avant la vasectomie



■ Après la vasectomie



La vasectomie n'a pas d'effet sur l'apparence physique, ne modifie pas la qualité de l'érection et de l'éjaculation. Elle n'affecte pas le désir sexuel, le comportement psychologique et affectif.

La stérilisation masculine :
la vasectomie

■ Les techniques

L'intervention consiste à bloquer le passage vers la verge, des spermatozoïdes produits par les testicules :

- en **accédant aux canaux déférents** qui conduisent les spermatozoïdes :
 - soit après avoir pratiqué une ou deux petites incisions dans la peau des bourses,
 - soit par extériorisation des canaux après avoir pratiqué une petite perforation de la peau ;
- puis, **en coupant ou en obturant les canaux déférents**.

Ainsi, le sperme perd son pouvoir fécondant puisqu'il ne contient plus de spermatozoïdes : il y a azospermie. Les modifications du sperme ne sont pas perceptibles, sauf à l'aide d'un examen microscopique.

L'intervention est simple, se pratique généralement **sous anesthésie locale**, et nécessite une courte hospitalisation.

■ Les suites opératoires

Après l'intervention, il peut y avoir des douleurs modérées, facilement traitées par des antalgiques et parfois un hématome local qui disparaît en quelques jours.

Il convient d'éviter, pendant une semaine environ, les efforts physiques, les chocs ainsi que les rapports sexuels.

Dans les mois qui suivent l'intervention, des phénomènes douloureux et passagers sans gravité peuvent intervenir ; ils disparaîtront le plus souvent spontanément.

■ Efficacité

Attention, **la stérilité n'est pas immédiate** après l'intervention.

Trois mois sont nécessaires pour que tous les spermatozoïdes aient disparu. L'azoospermie doit être contrôlée par un **spermogramme**, 3 mois après l'intervention. Pendant cette période, il est impératif d'utiliser un autre moyen de **contraception** pour la poursuite de l'activité sexuelle (cf. chapitre « méthodes contraceptives autres que la stérilisation »).

La vasectomie est très efficace (de l'ordre de 99 %).

■ Irréversibilité

L'intervention doit être considérée comme **irréversible**. La reperméabilisation des canaux déférents est un acte chirurgical complexe qui ne permet pas d'obtenir la restauration de la fécondité dans la majorité des cas.

■ Conservation du sperme

Il est possible de réaliser une auto-conservation du sperme. Le médecin vous donnera des informations sur la démarche à suivre. Si telle est votre volonté, vous pourrez vous adresser à un centre spécialisé dans la conservation du sperme comme un centre d'étude et de conservation du sperme (CECOS). La liste des centres figure en annexe 4 de ce livret.

Cependant, l'utilisation du sperme congelé ne garantira pas une grossesse.

Les méthodes contraceptives autres que la stérilisation

Vous avez pris contact avec votre médecin car vous envisagez de recourir à une stérilisation à visée contraceptive. Le recours à cette méthode contraceptive nécessite que vous réfléchissiez à son **caractère permanent** et, dans la quasi-totalité des cas, **irréversible**.

Afin de vous permettre d'effectuer un choix éclairé, vous trouverez dans ce guide un rappel des différentes méthodes contraceptives disponibles à ce jour. Il est important que vous puissiez choisir la méthode de contraception la plus adaptée à votre situation. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin. Il vous aidera à trouver la méthode qui vous convient le mieux.

Les principales méthodes contraceptives, autres que la stérilisation, évitent de façon réversible la grossesse. Elles concernent les hommes et les femmes.

De façon générale, ces méthodes de contraception visent à empêcher :

- soit l'ovulation, c'est le cas de **la pilule, de l'anneau contraceptif, du timbre contraceptif** ;
- soit la fécondation, c'est le cas du **préservatif** ;
- soit l'implantation de l'œuf, c'est le cas du **stérilet**.

Seul le préservatif, masculin ou féminin, protège des infections sexuellement transmissibles et de l'infection par le VIH.

Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

C'est un petit objet de 3 cm environ, en plastique souple, qui est placé par un médecin ou une sage-femme dans l'utérus. Il existe différents types de stérilets (recouvert de cuivre ou délivrant une hormone). Le stérilet se termine par 1 ou 2 fils de nylon qui permettent de vérifier qu'il est correctement placé et qui permettent également de le retirer. Les DIU agissent en empêchant l'implantation d'un œuf et ont une durée maximale d'action de **5 ans** avec un contrôle médical nécessaire. Ils peuvent être enlevés par un médecin ou une sage-femme à tout moment lorsque la femme le souhaite.

Ils présentent l'avantage, lorsqu'ils sont bien tolérés, d'être « oubliés » par la femme. Certains d'entre eux peuvent entraîner des règles plus abondantes ou plus douloureuses, d'autres peuvent les diminuer, voire les faire disparaître.

Les stérilets s'achètent en pharmacie, sur prescription médicale, et sont en partie remboursés par l'Assurance Maladie.

Leur taux d'efficacité varie entre 98 et 99 %.

La pilule – contraception orale

Il existe différents types de « pilules », selon qu'elles associent deux hormones (œstrogène et progestérone), ou qu'elles ne contiennent qu'une seule hormone (progestérone) et selon la quantité d'hormones contenue dans les comprimés. Elle agit notamment en bloquant l'ovulation. Elle est prescrite par un médecin ou une sage-femme qui tient compte notamment de l'âge, des habitudes de vie, des antécédents médicaux...

Elle se présente sous forme de plaquettes contenant le plus souvent 21 comprimés (prise d'un comprimé chaque jour pendant 3 semaines, arrêt pendant une semaine). Les plaquettes peuvent également contenir 28 comprimés (prise en continu tous les jours de l'année ; ce type de contraception peut contribuer à réduire les oublis survenant à la reprise de la pilule lors d'une nouvelle plaquette).

Elle est délivrée sur prescription médicale dans les pharmacies. Une surveillance médicale est recommandée.

La pilule est très efficace si elle est prise **très régulièrement et au même moment de la journée**. Son taux d'efficacité est de l'ordre de 99 %. Mais il faut savoir qu'un seul oubli peut permettre une grossesse. C'est une méthode immédiatement réversible. Certaines pilules sont remboursées par l'Assurance Maladie.

Le dispositif transdermique hormonal (timbre)

Il se colle sur la peau et délivre des hormones (œstrogène et progestérone) **pendant 1 semaine**. Il est renouvelé chaque semaine **pendant 3 semaines**, puis arrêté pendant 7 jours. À l'issue de cette semaine, un nouveau timbre est posé. Il est aussi efficace que la pilule, sauf en cas d'obésité. Il est prescrit par un médecin ou une sage-femme et n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

L'anneau contraceptif

C'est un anneau flexible et transparent qui est placé par la femme dans le vagin et qui reste en place **3 semaines**. Il délivre des hormones (œstrogène et progestérone). À l'issue de ces 3 semaines, il est retiré. Un nouvel anneau est inséré 7 jours après le retrait du précédent. Il est aussi efficace que la pilule. Il est prescrit par un médecin ou une sage-femme et n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

L'implant contraceptif

Il se présente sous forme d'un bâtonnet de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre. Il contient un progestatif qui est régulièrement libéré en faible quantité. L'implant est posé et retiré par un médecin, après une anesthésie locale. Il est implanté sous la peau du bras, à quelques centimètres au-dessus du coude. Il est efficace **pendant 3 ans**. Une visite de contrôle est recommandée environ 3 mois après la pose. Son taux d'efficacité est de 99,9 %. Il est remboursé par l'Assurance Maladie.

Il présente l'avantage, une fois posé, d'être « oublié » par la femme pendant 3 ans. Il a cependant l'inconvénient de provoquer des règles irrégulières, parfois des règles très abondantes ou encore une absence de règles. Il peut être retiré à tout moment à la demande de la femme. Son action est alors rapidement réversible.

Le préservatif masculin

C'est le seul contraceptif mécanique, avec le préservatif féminin, qui permet de prévenir les infections sexuellement transmissibles dont le VIH-Sida. Le préservatif ne doit jamais être mis au contact d'un lubrifiant huileux (vaseline, crème...) qui détériore le latex. Il convient impérativement d'utiliser un gel aqueux.

Il est vendu dans les pharmacies, les grandes surfaces et les distributeurs automatiques ; il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Son efficacité dépend de ses conditions d'utilisation et de la motivation des couples qui l'utilisent. Il est à usage unique. Il est déconseillé de l'utiliser avec un préservatif féminin, le frottement des deux plastiques risquant de déloger le préservatif féminin.

Le préservatif féminin

C'est une gaine en polyuréthane fermée à une extrémité et ouverte à l'autre. Une fois appliqué, il tapisse la paroi vaginale, recouvre les organes génitaux externes et empêche le passage du sperme. Il se pose comme un tampon sans applicateur. Il peut être mis plusieurs heures avant un rapport sexuel et retiré plusieurs heures après. Le préservatif féminin est pré-lubrifié. Il peut être utilisé avec n'importe quel type de lubrifiant.

Le préservatif féminin, comme le préservatif masculin, est à usage unique et protège des infections sexuellement transmissibles. Correctement utilisé, son taux d'efficacité est de l'ordre de 95 %.

Il est déconseillé de l'utiliser avec un préservatif masculin car le frottement des deux plastiques risque de le déloger.

Il est en vente sans prescription médicale mais toutes les pharmacies n'en possèdent pas. Dans ce cas, les pharmaciens doivent le commander. Il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Les spermicides

Ce sont des substances chimiques (gelées, crèmes, mousses, ovules, éponges, tampons...) à introduire dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport sexuel et qui détruisent les spermatozoïdes. Ils peuvent être utilisés seuls mais sont plus souvent associés à une autre méthode contraceptive (préservatif, diaphragme...).

Ils sont en vente dans les pharmacies sans prescription médicale et ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Leur efficacité dépend du respect des instructions du produit utilisé figurant sur la notice d'utilisation (modalités différentes selon qu'il s'agit d'ovules qui doivent être posés avant le rapport sexuel, des crèmes qui sont efficaces plus rapidement...).

Du fait de leur faible efficacité, leur emploi est réservé à certaines situations particulières.

Le diaphragme - la cape cervicale

Un diaphragme est une membrane ronde en latex très fin qui, préalablement enduite de spermicide, est placée au fond du vagin, de manière à recouvrir le col, avant chaque rapport sexuel. Il n'est plus commercialisé en pharmacie. Cependant, il est encore possible de s'en procurer auprès du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) ou des centres de planification ou d'éducation familiale.

La cape cervicale s'utilise de la même manière qu'un diaphragme. Elle est vendue en pharmacie et elle est à usage unique. La cape cervicale n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie.

Le diaphragme et la cape cervicale sont prescrits par un médecin ou une sage-femme qui en effectue la première pose.

La contraception d'urgence

C'est une méthode **de rattrapage** à utiliser en cas de rapports sexuels non ou mal protégés : absence de contraception, accident (oubli d'une pilule, rupture d'un préservatif...). La contraception d'urgence vise à éviter l'ovulation ou l'implantation d'un œuf fécondé.

Ce n'est pas une méthode de contraception régulière.

Elle doit être prise **le plus rapidement possible** après un rapport non protégé.

- **au plus tard dans les 3 jours (72 heures)** suivant le rapport non protégé, s'agissant du **lévonorgestrel-NorLevo®** et du **Levonorgestrel-Biogaran®** (contraception d'urgence délivrée en pharmacie, avec ou sans prescription médicale) ;
- **au plus tard dans les 5 jours (120 heures)** suivant le rapport non protégé, s'agissant de **l'Ulipristal acétate- EllaOne®** (contraception d'urgence délivrée en pharmacie avec prescription médicale uniquement).

Annexes

Annexe 1

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Annexe 2

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Annexe 3

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

- Article 26 (article L.2123-1 du Code de la santé publique)
- Article 27 (article L.2123-2 du Code de la santé publique)

Annexe 4

Centres spécialisés dans la conservation du sperme humain

Annexe 5

Attestation de consultation médicale préalable et consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive : exemplaires destinés au médecin

Annexe 1

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

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

1- Je soussigné(e)..... certifie :

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

Date

Signature

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

Date

Signature

Annexe 2

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

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

Je soussigné(e)..... déclare :

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

Date

Signature

Annexe 3

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

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

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

« Chapitre III

« Stérilisation à visée contraceptive

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

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

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

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

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 4

Centres spécialisés dans la conservation du sperme humain

■ France métropolitaine

Amiens	CHU d'Amiens 124, rue C. Desmoulins – 80000 AMIENS Tél : 03 22 53 36 77	Marseille	CHU Marseille - Hôpital de la Conception 147, rue Baille – 13385 MARSEILLE Cedex 05 Tél : 04 91 38 29 00
Besançon	CHU Besançon Place Saint-Jacques – 25030 BESANÇON Cedex Tél : 03 81 21 80 21	Montpellier	CHU Montpellier - Hôpital Arnaud de Villeneuve 371, avenue du Doyen G. Giraud 34295 MONTPELLIER Cedex 05 Tél : 04 67 33 62 99
Bordeaux	Maternité Hôpital Pellegrin Place Amélie Raba-Léon – 33076 BORDEAUX Cedex Tél : 05 56 79 54 31	Nancy	CHU Nancy 10, rue du Pr Heydenreich – 54000 NANCY Tél : 03 83 34 43 09
Caen	CHU Côte de Nacre 14033 CAEN Cedex Tél : 02 31 06 45 06	Nantes	CHU Nantes - Biologie de la reproduction 5 allée de l'Île Gloriette – 44035 NANTES Tél : 02 40 08 32 34
Clermont-Ferrand	CHU Clermont-Ferrand 1, place Lucie Aubrac 63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1 Tél : 04 73 75 02 30 / 31	Nice	CHU Nice - Hôpital Archet 2 151, Route de St Antoine de Ginestière BP 3079 – 06202 NICE Cedex 3 Tél : 04 92 03 64 30
Dijon	CHU Dijon 10, bd Ml de Lattre de Tassigny – 21034 DIJON Cedex Tél : 03 80 29 51 01	Paris	CHU Paris Cochin 123 bd Port-Royal – 75014 PARIS Tél : 01 58 41 15 64
Grenoble	CHU Grenoble Hôpital Nord – 38700 LA TRONCHE Tél : 04 76 76 53 60		CHU Bondy - Hôpital Jean Verdier CECOS – Avenue du 14 juillet – 93143 BONDY Cedex Tél : 01 48 02 58 72
Lille	CHRU Lille - Hôpital Calmette Bd du Pr Jules Leclercq – 59037 LILLE Cedex Tél : 03 20 44 66 33		CHU Paris-Tenon 4, rue de la Chine – 75970 PARIS Cedex 20 Tél : 01 56 01 78 02
Lyon	CHU Lyon - Hôpital femme mère enfant CECOS 59, bd Pinel – 69677 BRON Cedex Tél : 04 72 12 94 05	Reims	CHU Reims - Hôpital Maison Blanche 45, rue Cognacq-Jay – 51120 REIMS Cedex Tél : 03 26 78 85 84

Rennes	CHU Rennes - Hôpital Sud 16, bd de Bulgarie – 35200 RENNES Tél : 02 99 26 59 11
Rouen	CHU Rouen - Hôpital Charles Nicolle 1, rue de Germont – 76031 ROUEN Cedex Tél : 02 32 88 82 26
Strasbourg	CHU Strasbourg - SIHCUS - CMCO 19, rue Louis Pasteur – 67303 SCHILTIGHEIM Tél : 03 88 62 84 46
Toulouse	CHU Toulouse - Groupe de recherche en Fertilité Humaine CHU Paule de Viguier 330, avenue de Grande Bretagne 31059 TOULOUSE Cedex Tél : 05 67 77 10 50
Tours	Hôpital Bretonneau 2, bd Tonnellé – 37044 TOURS Cedex Tél : 02 47 47 47 47 poste 4270

■ Départements d'Outre-Mer

La Guadeloupe	CHU de Pointe-à-Pitre Route de Chauvel – 97139 LES ABYMES Tél : 05 90 93 46 40
Guyane	Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) du CHAR de Cayenne 3, avenue des Flamboyants – 97300 CAYENNE

Annexe 5

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

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

1- Je soussigné(e)..... certifie :

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

Date

Signature

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

Date

Signature

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001-
article L. 2123-1 du code de la santé publique
exemplaire à découper et à conserver par le médecin

Je soussigné(e)..... déclare :

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

Date

Signature



Ministère des Affaires sociales et de la Santé
14, avenue Duquesne – 75007 Paris

www.sante.gouv.fr

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Première consultation médicale

Je soussignée certifie :

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

Date : Signature :

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir été saisi(e) par : Mme, Mlle

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

Date : Signature :

LA CONTRACEPTION DEFINITIVE ET LE MEDECIN GENERALISTE

VOTRE PROFIL

1. Quelle est l'année de votre thèse ?
2. Quelle est l'année de votre installation ?
3. Vous êtes :

<input type="checkbox"/> Une femme	<input type="checkbox"/> Un homme
------------------------------------	-----------------------------------
4. Dans quel département exercez-vous ?
5. Comment définissez-vous votre type d'exercice ?

<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbain
<input type="checkbox"/> Semi-rural/ Semi-urbain	
6. Jugez-vous adaptée votre formation initiale en gynécologie?

<input type="checkbox"/> Non adaptée	<input type="checkbox"/> Adaptée
<input type="checkbox"/> Peu adaptée	<input type="checkbox"/> Parfaitement adaptée
7. Avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ?
 - DU / DIU
 - Développement Professionnel Continu (Formation Médicale Continue + Evaluation des Pratiques Professionnelles)
 - Pas de formation complémentaire
8. Vous sentez –vous compétent(e) dans la pratique de la gynécologie ?

<input type="checkbox"/> Non intéressé(e) ou non concerné(e)	<input type="checkbox"/> Compétent(e)
<input type="checkbox"/> Peu compétent(e)	<input type="checkbox"/> Tout à fait compétent(e)

ACTIVITES

9. Avez-vous des demandes de contraception définitive ?

<input type="checkbox"/> Par cœlioscopie (ligature des trompes)	<input type="checkbox"/> Vasectomie
<input type="checkbox"/> Par hystéroscopie (type Essure®)	<input type="checkbox"/> Jamais
10. Considérez-vous que la contraception définitive fait partie des moyens de contraception?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
11. Comment le sujet de la contraception définitive est-il abordé en général lors d'une consultation ?
 - Vous en parlez en premier
 - Les patients viennent avec le souhait d'avoir une contraception définitive
 - Il n'est pas abordé car il dépasse le champ de compétence du médecin généraliste
 - Il n'est pas abordé car la contraception doit obligatoirement être réversible
 - La contraception définitive doit être présentée au même titre que tous les autres moyens disponibles.
12. D'après quel(s) critère(s) recommandez aux patients une contraception définitive?
 - Stabilité du couple
 - Age minimum de la femme ou de l'homme
 - Nombre d'enfants minimum
 - Age du dernier enfant
 - Pas de critère, c'est un choix personnel de la femme ou de l'homme
 - Je ne recommande pas de contraception définitive
 - Autre(s) : merci de préciser



Toulouse, le 2 avril 2013

Objet : Enquête auprès des médecins généralistes
PJ : Questionnaire à remplir, Enveloppe retour

Chères Consœurs, Chers Confrères,

En France, malgré une large diffusion de la contraception, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse reste un des plus élevés d'Europe et ce, également après 35 ans : plus de 44 000 IVG ont lieu, chaque année, chez ces femmes qui ne souhaitent plus ou pas d'enfant. Pour lutter contre ces grossesses non désirées, l'Inspection Générale des Affaires Sociales recommande de présenter les méthodes de contraception définitive parmi le panel contraceptif existant.

Par la présente, je vous invite à participer à une enquête menée dans le cadre d'un projet de recherche du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, auprès des médecins généralistes de Bretagne, Haute-Normandie et Midi-Pyrénées. Cette étude a pour objectif d'évaluer le niveau d'information dont vous disposez et la place de la contraception définitive dans vos consultations.

Ce questionnaire est anonyme et je vous remercie de la spontanéité de vos réponses. Vous trouverez ci-joint :

- Le questionnaire à me renvoyer **avant le 31 mai 2013**,
- Une enveloppe retour déjà affranchie.

Si vous souhaitez recevoir ces résultats en priorité, n'hésitez pas à nous les demander à l'adresse suivante : **etude.contraceptiondefinitive@chumg-toulouse.fr**. Les résultats de cette enquête feront l'objet de communications au congrès Infogyn de Tarbes puis de publications.

Je serais honoré de votre précieux concours et dans cette attente, vous prie d'agréer, Chères Consœurs, Chers Confrères, l'expression de mes salutations distinguées.

Dr Thierry BRILLAC
MG - MCA
Responsable pôle Santé de la Femme

ARRETE

Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

NOR: MENS0102293A

Version consolidée au 12 avril 2014

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre de l'éducation nationale,
Vu le code de l'éducation ;
Vu le décret no 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales ;
Vu l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ;
Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 24 septembre 2001,
Arrêtent :

Art. 1er. - A l'article 1er de l'arrêté du 29 avril 1988 susvisé, les termes : « deux ans et demi » sont remplacés par les termes : « trois ans ».

Art. 2. - Les dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 29 avril 1988 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« L'enseignement théorique du troisième cycle de médecine générale a une durée de 200 heures environ réparties sur trois années du cycle. Il est organisé par modules et porte sur les domaines suivants :

- la médecine générale et son champ d'application ;
- gestes et techniques en médecine générale ;
- situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;
- conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;
- préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue et à la recherche en médecine générale. »

Art. 3. - Les dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 29 avril 1988 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les résidents exercent des fonctions hospitalières ou extra-hospitalières durant six semestres.

Les services, organismes ou laboratoires et praticiens accueillant les résidents doivent être agréés, conformément à l'article L. 632-5 du code de l'éducation susvisé.

Trois semestres devront obligatoirement être effectués dans des services agréés pour la médecine générale :

- un en médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour ;

- un en gynécologie et pédiatrie ;
- un en médecine d'urgence.

Le stage obligatoire d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés doit être effectué dans un cabinet de médecine générale pendant une période minimale de quatre mois, et éventuellement pour partie dans un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers.

Deux semestres libres sont laissés au choix des résidents en accord avec le directeur du département de médecine générale de l'unité de formation et de recherche médicale. Ils sont effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale. L'un d'eux se fait préférentiellement en secteur ambulatoire.

Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés pendant les stages effectués dans des services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des résidents et habilités pour cette formation. La durée cumulée de ces stages habilités est de six mois. »

Art. 4. - L'article 12 de l'arrêté du 29 avril 1988 susvisé est modifié en ces termes : « les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter de l'année universitaire 2001-2002 ».

Art. 5. - A l'article 13 de l'arrêté du 29 avril 1988 susvisé, la date du « 1er octobre 1988 » est remplacée par celle du « 1er octobre 2001 ».

Art. 6. - Le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la directrice de l'enseignement supérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 19 octobre 2001.

Le ministre de l'éducation nationale,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice de l'enseignement supérieur,
F. Demichel

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Pour la ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur général
de la santé :
Le chef de service,
P. Penaud



Dernière mise à jour : mai 2012

VASECTOMIE CONTRACEPTIVE

Cette fiche d'information, rédigée par l'Association Française d'Urologie, est destinée aux patients ainsi qu'aux usagers du système de santé.

Remise lors de votre consultation d'urologie avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre Urologue. Il vous a expliqué la maladie dont vous souffrez ou dont il doit faire le diagnostic. Il vous a exposé les différentes modalités et alternatives de prise en charge et de traitement et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte proposé.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre urologue, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre urologue.

La vasectomie est une méthode définitive de contraception masculine. C'est une opération chirurgicale qui consiste à ligaturer les deux canaux déférents pour empêcher les spermatozoïdes de se mélanger au liquide spermatique.

Pourquoi cette intervention ?

Le **testicule** est l'organe qui fabrique les spermatozoïdes et qui sécrète la testostérone (hormone masculine). Ils sont au nombre de deux situés dans les bourses (scrotum). Chaque testicule mesure 4,5 cm de long, 3 cm d'épaisseur et 2,5 cm de largeur et est entouré de deux membranes l'albuginée et la vaginale. Il est vascularisé par plusieurs artères et se draine dans plusieurs veines. Les canalicules qui transportent les spermatozoïdes se réunissent à la partie supérieure du testicule pour former l'épididyme.

L'**épididyme** est formé d'un tube pelotonné de 6 mètres de long qui va permettre aux spermatozoïdes de terminer leur développement avant d'arriver dans le **canal déférent**, puis jusqu'au canal éjaculateur. Au stade final de la spermatogenèse (étapes qui amènent à la fabrication d'un spermatozoïde), ils transitent vers l'épididyme pour être stockés dans l'anse épididymo-déférentielle et les vésicules séminales.

La rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule entraîne la survenue d'une grossesse. En l'absence de spermatozoïde dans le liquide séminal, la fécondation n'est plus possible. Les spermatozoïdes, fabriqués dans les testicules, passent dans 2 canaux dits canaux déférents, logés dans les bourses et se mélangent avec le liquide spermatique avant l'éjaculation.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Hormis les autres possibilités de contraception du couple, pour lesquelles vous avez du être informé, il n'y a pas actuellement d'autres méthodes validées de contraception masculine, en dehors de l'utilisation d'un préservatif.

Préparation à l'intervention

L'intervention se déroule sous anesthésie locale. Dans certains cas, lorsqu'une anesthésie générale doit être pratiquée, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Attention :

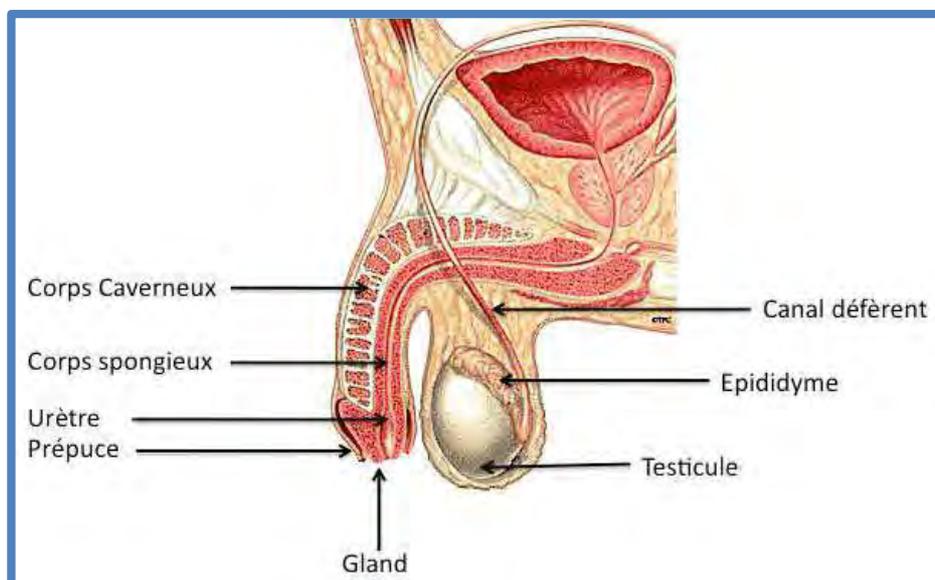
Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

La vasectomie contraceptive est régie par une **loi parue au Journal Officiel du 7 juillet 2001**. Votre médecin doit vous donner l'information et les explications les plus larges sur l'intervention, mais aussi sur les méthodes alternatives. Pour ce faire un livret vous sera remis. Le chirurgien peut refuser de réaliser cette vasectomie s'il pense en conscience ne pas vous rendre service ou s'il ne souhaite pas réaliser ce type d'intervention. Il doit alors vous en informer lors de la première consultation et vous orienter vers un confrère.

Un délai de 4 mois est nécessaire entre cette première consultation et celle qui fixera les modalités de l'acte opératoire. Enfin votre médecin doit vous proposer de signer un **consentement écrit** pour la réalisation de cette intervention.

La vasectomie doit être considérée comme une méthode de **contraception définitive**. Bien qu'une tentative de réparation soit possible, le taux de grossesse chez les partenaires d'hommes ayant subi cette réparation est assez faible. La stérilisation ne doit donc pas être considérée comme une méthode réversible. Une autoconservation du sperme peut être réalisée préalablement à l'intervention. Il s'agit d'une pratique différente du don du sperme et qui peut être réalisée dans tout laboratoire agréé pour la conservation du sperme. Ce sperme ne pourra être utilisé que par l'homme ayant réalisé cette conservation. Enfin, tous les autres aspects de la contraception doivent avoir été évoqués avant une telle décision afin de prévenir tout regret.



Technique opératoire

La vasectomie est réalisée par une petite incision sur chaque bourse pour atteindre le canal déférent. Chaque canal est lié et un morceau de celui-ci en général adressé pour analyse microscopique. La peau est ensuite refermée.

Suites habituelles

L'intervention est réalisée de principe en soins externes sans hospitalisation ou dans le cadre d'une hospitalisation en chirurgie ambulatoire.

La douleur au niveau de la zone opérée est habituellement minime et temporaire ; elle est calmée par des antalgiques. Il peut persister pendant plusieurs jours une gêne au niveau de la cicatrice. Il convient de s'abstenir d'activité pénible pendant un ou deux jours et de veiller à la propreté des incisions. La reprise des rapports sexuels protégés est possible dès que la douleur a disparu.

La stérilité ne suit pas immédiatement l'opération, la fécondité persiste tant qu'il existe des spermatozoïdes dans le liquide spermatique. Il faut donc utiliser une méthode supplémentaire de contraception pendant environ 12 semaines jusqu'à ce qu'un spermogramme confirme l'absence de spermatozoïdes vivants dans le liquide spermatique.

Après la vasectomie, les testicules continuent à produire des spermatozoïdes qui sont absorbés par l'organisme comme chez l'homme non vasectomisé. En revanche les glandes séminales et la prostate continuent à produire la même quantité de liquide spermatique ; ainsi au moment de l'éjaculation le même volume de liquide est émis, mais il ne contient plus de spermatozoïdes, c'est la seule différence.

La vasectomie ne modifie pas la production d'hormones mâles. Les hommes n'ont donc pas à redouter de modifications liées à un manque d'hormones mâles, plus particulièrement de troubles de l'érection ou de l'éjaculation.

La vasectomie est efficace dans 99 % des cas. La probabilité d'une grossesse chez la partenaire d'un homme vasectomisé est très faible. La cause la plus courante de grossesse provient de rapports sexuels sans protection dans les 12 semaines après l'opération.

Un spermogramme 3 mois après la vasectomie est donc nécessaire avant l'arrêt de la méthode supplémentaire de contraception.

Risques et complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous :

Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien ; elles sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

D'autres complications directement en relation avec l'opération de vasectomie sont rares, mais possibles :

- Hématome ou infection au niveau des cicatrices pouvant dans certains cas nécessiter des soins locaux, voire une réintervention.
- Retard de cicatrisation ou infection de la cicatrice nécessitant des soins locaux parfois prolongés.
- Echec à distance de l'intervention par reperméation des canaux déférents nécessitant éventuellement une réintervention.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

Disponible à l'adresse :

<http://www.urofrance.org/nc/urologie-grandpublic/fiches-patient/resultats-de-la-recherche/html/vasectomie-contraceptive.html>

* L'Association Française d'Urologie n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

Tableau 3. Stérilisation chez l'homme : possibilité d'utilisation des différentes méthodes contraceptives en fonction des situations à risque les plus fréquentes, d'après l'OMS (5)

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Age - Jeune âge	sc	Prudence chez les jeunes adultes. Les hommes ayant subi une vasectomie dans leur jeune âge étaient plus probablement susceptibles de subir une réversion que ceux l'ayant subi à un âge plus avancé.
Etats dépressifs	sc	
VIH/SIDA Haut risque d'infection à VIH Séropositivité Sida (avec traitement antirétroviral)	++ ++ sc	Aucun dépistage systématique ne s'impose. Pour toute intervention chirurgicale, il convient d'observer scrupuleusement les mesures de prévention des infections, et notamment les précautions universelles. L'utilisation du préservatif est recommandée après la stérilisation. SIDA : la présence d'une maladie opportuniste peut amener à reporter l'intervention.
Diabète	sc	Risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose lors de l'intervention, en particulier si la glycémie n'est pas bien contrôlée avant. Les diabétiques sont davantage exposés à des risques d'infection postopératoire de la plaie.
Drépanocytose	++	

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Infection locale	sc	Infection cutanée du scrotum, IST évolutive, balanite, épидидymite ou orchite : risque accru d'infection postopératoire.
Troubles de la coagulation	sc	Risque accru de complications hématologiques postopératoires, d'hématome et risque accru d'infection.
Infection généralisée ou gastro-entérite	sc	Risques accrus d'infection postopératoire, de complications par déshydratation ou anesthésiques.
Antécédents de lésions du scrotum	sc	
Varicocèle/hydrocèle importante	sc	Il peut être difficile, voire impossible, de localiser les canaux déférents. Réduction des risques de complications en procédant simultanément à résection de la varicolèle/hydrocèle et à la vasectomie.
Grosseur intrascrotale	sc	Peut indiquer une maladie sous-jacente.
Cryptorchidie	sc	
Hernie inguinale	sc	La vasectomie peut être réalisée en même temps que la réparation de la hernie.

SC : sous conditions

Annexe n°11

Tableau 2. Stérilisation chez la femme : possibilité d'utilisation des différentes méthodes contraceptives chez la femme en fonction des situations à risque les plus fréquentes, d'après l'OMS (5)

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
ÂGE, PARITE ET ANTECEDENTS DE GROSSESSE		
Âge		Prudence chez les jeunes adultes.
Parité - nullipare - uni/multipare	++ ++	Les femmes nullipares, comme toutes les femmes, doivent être informées du caractère irréversible de la stérilisation et de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes de contraception sur le long terme efficaces.
Post-partum - Délai < 7 jours - Délai entre 7 et 42 jours - Délai ≥ 42 jours - Prééclampsie ▪ bénigne ▪ sévère - Rupture prolongée des membranes (≥ 24 h), infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale - Hémorragie grave de l'ante ou du post-partum - Lésion grave de l'appareil génital, rupture ou perforation utérine	++ sc ++ ++ sc sc sc sc	- Délai entre 7 et 42 jours : risque accru de complications tant que l'involution utérine n'est pas complètement terminée. - Prééclampsie sévère : augmentation du risque anesthésique. - Rupture prolongée des membranes, infection puerpérale, fièvre du per-partum ou fièvre puerpérale : augmentation du risque d'infection postopératoire. - Hémorragie grave de l'ante ou du post-partum : la patiente peut être anémiée, et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire. - Lésion grave de l'appareil génital, rupture ou perforation utérine : il peut y avoir des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.
Post-abortionum - Non compliqué - Infection ou fièvre post-abortionum - Hémorragie grave post-abortionum, hématométrie aiguë - Lésion grave de l'appareil génital, perforation utérine	++ sc sc sc	- Infection ou fièvre post-abortionum : augmentation du risque d'infection postopératoire. - Hémorragie grave post-abortionum, hématométrie aiguë : la patiente peut être anémiée, et ne pas être en mesure de supporter une perte de sang supplémentaire. - Lésion grave de l'appareil génital, perforation utérine : il peut y avoir des pertes de sang importantes ou des lésions abdominales internes.
Allaitement maternel	++	
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE		
Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP) - Antécédent documenté TVP/EP - TVP/EP actuelle et/ou TVP/EP avec traitements par anticoagulants - Antécédents familiaux (1 ^{er} degré) - Chirurgie majeure - avec immobilisation prolongée - sans immobilisation prolongée	++ sc ++ sc ++	Le lever précoce de la patiente réduit le risque de TVP/EP postopératoire.

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
- Chirurgie mineure sans immobilisation prolongée	++	
Identification de mutations liées à la thrombophilie (Facteur V Leiden, mutation du facteur II ou déficit en protéine C ou S, antithrombine)	++	Le dépistage systématique n'est pas opportun, compte tenu de la rareté de ces pathologies et du coût élevé du dépistage.
Thrombose veineuse superficielle (varice, thrombophlébite superficielle)	++	
HTA - Systolique 140-159 ou diastolique 90-99 - Systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 - Pathologie vasculaire - HTA bien contrôlée et mesurable - Antécédent d'HTA gravidique avec TA mesurable et normale	sc sc sc sc ++	La tension artérielle doit être contrôlée avant l'intervention. Il y a un risque accru lié à l'anesthésie et une augmentation du risque d'arythmie cardiaque lorsque l'hypertension n'est pas contrôlée. En pareil cas, il est tout particulièrement nécessaire de surveiller attentivement la tension artérielle pendant l'opération.
Maladie coronarienne (Actuelle ou antécédent)	sc	Risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
Valvulopathie cardiaque (avec ou sans complication)	sc	
Accident vasculaire cérébral (Actuel ou antécédent)	sc	
Tabac (quel que soit l'âge ou la consommation)	++	
Obésité (indice de masse corporelle $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)	sc	
Hyperlipidémies avérées	++	
Diabète - antécédents de diabète gestationnel - sans ou avec complication vasculaire - diabète > 20 ans d'évolution	++ sc sc	Risque d'hypoglycémie ou d'acidocétose lors de l'intervention, en particulier si la glycémie n'est pas bien contrôlée avant. Les diabétiques sont davantage exposés à des risques d'infection postopératoire de la plaie.
Facteurs de risque multiples cardio-vasculaires (diabète, tabac, âge, HTA, etc.)	sc	Risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
PATHOLOGIE DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR		
Saignements vaginaux - irréguliers et peu abondants	++	

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
- abondants et prolongés - inexpliqués (suspicion d'une pathologie)	++ sc	
Antécédent de grossesse extra-utérine	++	-
Antécédent de chirurgie pelvienne ou abdominale	sc	Les femmes présentant ce type d'antécédents étaient plus susceptibles d'avoir des complications à l'occasion de la stérilisation.
Le col et sa pathologie Ectropion du col utérin Néoplasie intra-épithéliale Cancer du col (avant traitement)	++ ++ sc	Cancer du col : en général, le traitement entraîne la stérilité.
L'endomètre et sa pathologie Endométriose Cancer de l'endomètre	sc sc	Cancer de l'endomètre : en général, le traitement entraîne la stérilité.
Dysménorrhée sévère	++	
Maladie trophoblastique gestationnelle - Bénigne (taux de bêta HCG en diminution ou indécélable) - Maligne (taux de bêta HCG durablement élevés)	++ sc	
L'ovaire et sa pathologie - Pathologie bénigne y compris kyste fonctionnel de l'ovaire - Cancer de l'ovaire	++ sc	Cancer de l'ovaire : en général, le traitement entraîne la stérilité.
Le sein et sa pathologie Nodule non diagnostiqué Mastopathie bénigne Antécédents familiaux (1 ^{er} degré) Cancer du sein - Actuel - En rémission > 5 ans	++ ++ ++ sc ++	
Anomalies anatomiques de l'utérus Sans déformation de la cavité utérine ou avec (incluant fibromes, sténose cervicale, etc.)	sc	En fonction de la taille et la localisation des fibromes, il peut être difficile de localiser les trompes et de mobiliser l'utérus.
Utérus non mobile par suite d'une intervention chirurgicale ou d'une infection	sc	La mobilité réduite de l'utérus, des trompes utérines et de l'intestin rend difficile la laparoscopie et la minilaparotomie, et augmente le risque de complications.
Stérilisation au cours d'une intervention de chirurgie abdominale	sc	
Stérilisation au cours d'une césarienne	++	Pas d'augmentation du risque de complication chez une patiente stable du point de vue chirurgical.
RISQUE INFECTIEUX		
- Cervicite purulente, infection à <i>Chlamydia</i> ou gonococcie - Autres IST (hormis hépatites et	sc ++	S'il n'y a plus de symptômes après traitement, la stérilisation est possible.

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
VIH) - Vaginite (trichomonase, vaginose bactérienne) - Risque accru d'IST (> 1 partenaire ou 1 partenaire ayant des partenaires multiples)	++ ++	
VIH/SIDA Haut risque d'infection à VIH Séropositivité Sida	++ ++ SC	
Hépatite virale Aiguë ou en poussée Porteur Chronique	SC ++ ++	Hépatite aiguë ou en poussée : risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
Infections génitales hautes (IGH) Antécédent d'IGH (sans risque actuel) - avec grossesse depuis - sans grossesse ultérieure IGH présente ou < 3 derniers mois	++ SC SC	Augmentation du risque d'infection et d'adhérences postopératoires.
Tuberculose Non génito-urinaire génito-urinaire	++ SC	
Infection des voies urinaires	++	
Antécédent syndrome de choc toxique	++	
Infection locale	SC	Risque accru d'infection postopératoire.
Infection généralisée ou gastro-entérite	SC	Risques accrus d'infection postopératoire, de complications par déshydratation ou anesthésiques.
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES		
Cholécystopathie Symptomatique (actuelle) Traitée médicalement Asymptomatique ou cholécystectomie	SC ++ ++	
Antécédents de cholestase Gravidique Liés à une utilisation antérieure de COC	++ ++	
Cirrhose hépatique Légère, compensée Grave, décompensée	++ SC	
Tumeur hépatique Bénigne - hyperplasie nodulaire focale - adénome hépatocellulaire Maligne (hépatome)	++ SC SC	
ANEMIES		
Thalassémie	SC	

Situations à risques	Éligibilité	Commentaires émis par OMS
Drépanocytose	sc	Risque accru de complications pulmonaires, cardiaques ou neurologiques et majoration possible du risque d'infection de plaie.
Anémie ferriprive (si Hb < 10 g/l)	sc	
AFFECTIONS NEUROLOGIQUES		
Céphalées Non migraineuses (modérées ou sévères)	++	
Migraine (avec ou sans aura, quel que soit l'âge)	++	
Epilepsie	sc	
Maladies dépressives	sc	
AUTRES		
Insuffisance rénale, néphropathie	sc	
Maladies auto-immunes, connectivites (dont lupus érythémateux disséminé)	sc	Les sujets atteints de LED sont exposés à un risque accru de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose veineuse.
Troubles thyroïdiens - goitre simple - hyperthyroïdie, hypothyroïdie	++ sc	Risque élevé de complications associées à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale.
Carences nutritionnelles graves	sc	Risque accru d'infection de plaie et de retard de cicatrisation.
Pathologie respiratoire aiguë ou chronique	sc	La stérilisation devrait être reportée en attendant la guérison. Il y a augmentation du risque anesthésique et autres risques périopératoires.
Troubles de la coagulation	sc	Risque accru de complications hématologiques postopératoires, d'hématome et risque accru d'infection.
Hernie abdominale ou ombilicale	sc	Dans la mesure du possible, on réparera la hernie et on procédera à la ligature des trompes lors de la même intervention.
Hernie diaphragmatique	sc	En cas de laparoscopie, risque de complications cardio-respiratoires aiguës, induites par le pneumopéritoine ou la position de Trendelenburg.

COC : contraceptifs oraux combinés ; IST : infections sexuellement transmissibles ; SC : sous condition.

Annexe n°12 :

Formation des médecins généralistes

Formation initiale	Régions				Total	p-value = 4.022E-9
	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie		
non adaptée	150	87	60	24	321	
peu adaptée	378	323	144	123	928	
adaptée	277	357	162	135	931	
parfaitement adaptée	20	25	25	13	83	

Formation initiale	Année d'installation			Total	p-value = 4.956E-5
	≥2004	1993 à 2003	≤1992		
non adaptée	28	85	216	329	
peu adaptée	159	243	579	981	
adaptée	198	221	519	938	
parfaitement adaptée	15	17	52	84	

Formation complémentaire	Formation initiale adaptée ou parfaitement adaptée	Formation initiale non ou peu adaptée	Total	p-value = non significatif
oui	729	560	1289	
non	582	463	1045	

Compétence	Formation initiale adaptée ou parfaitement adaptée avec formation complémentaire	Formation initiale adaptée ou parfaitement adaptée sans formation complémentaire	Formation initiale non ou peu adaptée avec formation complémentaire	Formation initiale non ou peu adaptée sans formation complémentaire	Total	p-value =3.009E-126
non intéressé ou non concerné	2	9	6	36	53	
peu compétent	30	96	131	480	737	
compétent	315	413	320	191	1239	
tout à fait compétent	37	32	30	9	108	

Demande de contraception définitive en fonction de l'année d'installation, de la région, du sexe et du milieu d'exercice

Demande de contraception définitive	Année d'installation			Total	p-value = 2.163E-11
	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992		
coelioscopie	329	340	835	1504	
hystérocopie	296	292	534	1122	
contraception définitive féminine	413	425	952	1790	
vasectomie	115	179	406	700	
jamais	170	101	230	501	

Demande de contraception définitive	Région				Total	p-value = 2.395E-13
	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie		
coelioscopie	510	483	280	213	1486	
hystérocopie	296	292	225	180	993	
contraception définitive féminine	594	593	333	251	1771	
vasectomie	227	267	113	90	697	
jamais	216	187	52	39	494	

Demande de contraception définitive	Sexe		Total	p-value = 6.157E-11
	Homme	Femme		
coelioscopie	891	614	1505	
hystérocopie	566	556	1122	
contraception définitive féminine	1025	766	1791	
vasectomie	450	251	701	
jamais	334	168	502	

Demande de contraception définitive	Milieu d'exercice			Total	p-value = 0.00019
	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain		
coelioscopie	393	614	489	1496	
hystérocopie	258	495	367	1334	
contraception définitive féminine	447	754	581	1782	
vasectomie	184	285	228	697	
jamais	100	182	219	501	

Inclusion contraception définitive comme moyen de contraception

Année d'installation					
Inclusion contraception définitive	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992	Total	
oui	543	491	1080	2114	p-value = 0.0419
non	43	43	129	215	

Région					
Inclusion contraception définitive	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Total
oui	755	721	344	276	2096
non	72	73	43	19	207

p-value
= non significatif

Inclusion contraception définitive			
	Homme	Femme	Total
oui	1245	871	2116
non	145	71	216

p-value
= 0.0218

Milieu d'exercice				
Inclusion contraception définitive	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Total
oui	499	883	729	2111
non	53	73	90	216

p-value
= non significatif

Niveau de compétence					
Inclusion contraception définitive	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Total
oui	52	709	1211	98	2070
non	6	75	119	12	212

p-value
= non significatif

Formation initiale						p-value = non significatif
Inclusion contraception définitive	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée	Total	
oui	299	879	850	71	2099	
non	26	94	83	12	215	

Inclusion contraception définitive	Formation complémentaire	Pas de formation complémentaire	Total	p-value = non significatif
oui	1163	953	2116	
non	130	86	216	

L'abord du sujet de la contraception définitive en fonction de l'année d'installation, de la région, du sexe, du milieu d'exercice, du niveau de compétence et de la formation

L'abord du sujet	Année d'installation			Total	p-value = 0.0288
	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992		
vous en parlez en premier	99	117	263	479	
souhait du patient	383	366	805	1554	
non abordé par le MG	21	22	74	117	
non abordé car irréversible	10	8	38	56	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	220	205	420	845	

L'abord du sujet	Région				Total	p-value = 0.0016
	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie		
vous en parlez en premier	144	149	93	84	470	
souhait du patient	544	504	290	196	1534	
non abordé par le MG	43	50	9	12	114	
non abordé car irréversible	24	20	7	4	55	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	280	303	130	123	836	

L'abord du sujet	Homme	Femme	Total	p-value
vous en parlez en premier	265	214	479	= 0.0006
souhait du patient	920	636	1556	
non abordé par le MG	87	30	117	
non abordé car irréversible	40	16	56	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	478	367	845	

Milieu d'exercice					p-value
L'abord du sujet	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Total	
vous en parlez en premier	112	203	163	478	= non significatif
souhait du patient	392	640	519	1551	
non abordé par le MG	22	42	51	115	
non abordé car irréversible	12	18	26	56	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	207	369	266	842	

Niveau de compétence						p-value
L'abord du sujet	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Total	
vous en parlez en premier	7	102	321	39	469	= 2.353E-19
souhait du patient	23	503	932	68	1526	
non abordé par le MG	8	69	32	3	112	
non abordé car irréversible	2	24	26	3	55	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	18	213	536	53	820	

Formation initiale						p-value
L'abord du sujet	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée	Total	
vous en parlez en premier	63	190	192	30	475	= 0.0039
souhait du patient	213	641	636	58	1548	
non abordé par le MG	22	55	40	0	117	
non abordé car irréversible	5	31	17	3	56	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	113	321	379	25	838	

L'abord du sujet	Formation complémentaire	Pas de formation complémentaire	Total	p-value
vous en parlez en premier	260	220	480	= 1.375E-8
souhait du patient	697	860	1557	
non abordé par le MG	36	81	117	
non abordé car irréversible	19	37	56	
abordé au même titre que les autres moyens de contraception	452	393	845	

Critères pour recommander une contraception définitive en fonction de l'année d'installation, de la région, du sexe, du milieu d'exercice, du niveau de compétence et de la formation

Critères	Année d'installation			Total	p-value
	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992		
stabilité du couple	127	130	323	580	= non significatif
âge minimum patient	331	315	721	1367	
nb d'enfants minimum	187	157	406	750	
âge du dernier enfant	51	61	116	228	
choix personnel du patient	195	192	408	795	
ne recommande pas de contraception définitive	67	59	136	262	
autres	87	89	154	330	

Critères	Région				Total	p-value
	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie		
stabilité du couple	186	197	107	83	573	= 0.0302
âge minimum patient	461	449	258	181	1349	
nb d'enfants minimum	265	244	136	95	740	
âge du dernier enfant	63	79	46	37	225	
choix personnel du patient	291	288	103	107	789	
ne recommande pas de contraception définitive	106	86	38	26	256	
autres	103	120	64	42	329	

Critères	Homme	Femme	Total	p-value
stabilité du couple	367	213	580	= 1.886E-7
âge minimum patient	805	561	1366	
nb d'enfants minimum	476	274	750	
âge du dernier enfant	154	74	228	
choix personnel du patient	462	335	797	
ne recommande pas de contraception définitive	170	92	262	
autres	153	177	330	

Milieu d'exercice					p-value
Critères	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Total	
stabilité du couple	150	244	185	579	= non significatif
âge minimum patient	315	592	456	1363	
nb d'enfants minimum	172	313	264	749	
âge du dernier enfant	55	93	80	228	
choix personnel du patient	214	309	269	792	
ne recommande pas de contraception définitive	57	98	105	260	
autres	75	135	119	329	

Niveau de compétence						p-value
Critères	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Total	
stabilité du couple	8	190	340	31	569	= 1.399E-5
âge minimum patient	23	426	824	69	1342	
nb d'enfants minimum	13	256	434	33	736	
âge du dernier enfant	4	77	124	14	219	
choix personnel du patient	25	249	459	41	774	
ne recommande pas de contraception définitive	10	118	116	11	255	
autres	4	76	223	22	325	

Critères	Formation initiale				Total	p-value = non significatif
	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée		
stabilité du couple	69	234	251	20	574	
âge minimum patient	180	560	564	50	1354	
nb d'enfants minimum	101	298	315	27	741	
âge du dernier enfant	32	84	98	9	223	
choix personnel du patient	135	331	298	27	791	
ne recommande pas de contraception définitive	36	125	89	8	258	
autres	41	118	151	16	326	

Critères	Formation complémentaire		Total	p-value = 0.0004
	Formation complémentaire	Pas de formation complémentaire		
stabilité du couple	222	326	458	
âge minimum patient	545	733	1278	
nb d'enfants minimum	284	415	699	
âge du dernier enfant	74	143	217	
choix personnel du patient	327	422	749	
ne recommande pas de contraception définitive	69	168	237	
autres	143	171	314	

Connaissance de la loi du 4 juillet 2001 en fonction de l'année d'installation, de la région, du sexe, du milieu d'exercice, du niveau de compétence et de la formation

Connaissance de la loi	Année d'installation			Total	p-value = non significatif = 0.0003
	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992		
oui	181	156	362	699	
non	398	371	832	1601	
0 point	265	292	697	1254	
1 point	133	99	226	458	
2 points	83	71	129	283	
3 points	109	76	172	357	

Région						
Connaissance de la loi	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Total	p-value
oui	230	231	133	96	690	= non
non	597	527	260	197	1581	significatif
0 point	474	427	194	142	1237	= non
1 point	141	154	86	69	450	significatif
2 points	92	99	56	32	279	
3 points	126	118	58	52	354	

Connaissance de la loi	Homme	Femme	Total	p-value
oui	346	353	699	= 2.910E-11
non	1032	571	1603	
0 point	855	401	1256	= 7.518E-20
1 point	259	200	459	
2 points	137	147	284	
3 points	156	201	357	

Milieu d'exercice					
Connaissance de la loi	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Total	p-value
oui	166	294	236	696	= non
non	383	646	567	1596	significatif
0 point	302	508	444	1254	= non
1 point	99	185	174	458	significatif
2 points	76	119	88	283	
3 points	81	152	122	355	

Niveau de compétence						
Connaissance de la loi	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Total	p-value
oui	13	131	479	64	687	= 5.861E-29
non	43	644	834	43	1564	
0 point	40	551	608	34	1233	= 4.795E-34
1 point	12	118	295	16	441	
2 points	2	62	188	22	274	
3 points	4	59	253	38	354	

Formation initiale						
Connaissance de la loi	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée	Total	p-value
oui	79	255	316	46	696	= 7.851E-10
non	244	705	605	35	1589	
0 point	187	569	456	30	1242	= 4.009E-5
1 point	67	179	193	17	456	
2 points	30	104	129	18	281	
3 points	46	129	161	19	355	

Connaissance de la loi	Formation complémentaire	Pas de formation complémentaire	Total	p-value
oui	290	410	700	= 3.686E-19
non	987	616	1603	
0 point	371	802	1173	= 7.918E-27
1 point	175	251	426	
2 points	144	123	267	
3 points	208	125	333	

Connaissance d'Essure® en fonction de l'année d'installation, de la région, du sexe, du milieu d'exercice, du niveau de compétence et de la formation

Année d'installation					p-value
Connaissance d'Essure®	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992	Total	
oui	413	380	745	1538	= 8.823E-6
non	166	150	456	772	

Région						p-value
Connaissance d'Essure®	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Total	
oui	476	510	304	232	1522	= 4.125E-15
non	355	250	90	65	760	

Connaissance d'Essure®	Homme	Femme	Total	p-value
oui	820	719	1539	= 5.617E-19
non	562	212	774	

Milieu d'exercice					p-value
Connaissance d'Essure®	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Total	
oui	349	657	525	1531	= 0.0327
non	200	288	283	771	

Niveau de compétence						p-value
Connaissance d'Essure®	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Total	
oui	19	407	984	96	1506	= 5.022E-35
non	37	371	337	10	755	

Formation initiale						p-value = 1.889E-9
Connaissance d'Essure®	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée	Total	
oui	185	603	670	68	1526	
non	139	358	258	13	768	

Connaissance d'Essure®	Formation complémentaire	Pas de formation complémentaire	Total	p-value = 1.430E-23
oui	690	735	1425	
non	191	544	735	

Recommandation d'Essure® en fonction de l'année d'installation, de la région, du sexe, du milieu d'exercice, du niveau de compétence et de la formation

Année d'installation					p-value = 0.0208
Recommandation d'Essure®	≥ 2004	1993 à 2003	≤ 1992	Total	
oui	326	315	600	1241	
non	224	186	479	889	

Région						p-value = 6.005E-11
Recommandation d'Essure®	Midi-Pyrénées	Bretagne	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Total	
oui	371	404	258	196	1229	
non	371	297	115	92	875	

Recommandation d'Essure®	Homme	Femme	Total	p-value = 4.473E-10
oui	653	588	1271	
non	590	301	891	

Milieu d'exercice					p-value = 0.0903
Recommandation d'Essure®	Rural	Semi-rural ou semi-urbain	Urbain	Total	
oui	285	533	420	1238	
non	220	339	326	885	

Niveau de compétence						p-value = 2.720E-41
Recommandation d'Essure®	Non intéressé ou non concerné	Peu compétent	Compétent	Tout à fait compétent	Total	
oui	12	283	832	90	1217	
non	36	414	406	11	867	

Formation initiale						
Recommandation d'Essure®	Non adaptée	Peu adaptée	Adaptée	Parfaitement adaptée	Total	p-value
Oui	145	476	552	59	1232	= 1.902E-9
non	147	416	306	16	885	

Recommandation d'Essure®	Formation complémentaire	Pas de formation complémentaire	Total	p-value
oui	580	575	1155	= 1.422E-19
non	251	589	840	

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubin C, Jourdain M, Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport Inspection générales des affaires sociales RM2009-104A. Octobre 2009.
2. Bajos N, Bohet A, Le Guen M and al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés, septembre 2012 ; numéro 492.
3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H. and al. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés, mai 2014 ; volume 511.
4. De Irala J, Osorio A, Carlos S and al. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception 84, 2011, pp 558-564.
5. Regnier-Loilier Arnaud. La contraception : Prévalence, prévention et enjeux de société. La pratique contraceptive en France : prévalence, méthodes utilisées et implication. Collection Santé et Société, 2011 ; pp 41-63.
6. Leridon H, Oustry P, Bajos N and al. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et Sociétés, juillet-août 2002 ; numéro 381.
7. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013.
8. Nisand I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2003 ; Editorial, pp 499-503.
9. Bajos N, Leridon H, Goulard H and al. Contraception: from accessibility to efficiency. Human Reproduction, 2003 ; vol. 18, N°5, pp 994-999.
10. Vilain A, Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. Etudes et Résultats. DREES. Juin 2013 ; N° 843.
11. Regnier-Loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? Population et Sociétés, Novembre 2007 ; Numéro 439.
12. Bajos N, Moreau C, Leridon H. and al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30ans? Population et Sociétés, Décembre 2004 ; Numéro 407.
13. Vilain A, Les interruptions volontaires de grossesse en 2005. Etudes et Résultats. DREES. Février 2008 ; N°624.
14. Leridon H, La baisse de la fécondité avec l'âge. Octobre 2008 ; Fiche d'actualité n°3.
15. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. Population-F, 2009; 64(3), pp 495-530.
16. The ESHRE Capri Workshop Group. Female contraception over 40. Human Reproduction Update, 2009 ; Vol. 15, N°6, pp 599-612.
17. Proust A, La stérilisation à visée contraceptive. Stérilisation contraceptive : la loi, mode d'emploi. Elsevier, 2004 ; pp 19-27.
18. HAS. Fiches mémo, Contraception chez l'homme et chez la femme, Document de travail, Avril 2013.

19. De Singly F. L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire. (3ème édition). Armand Colin. 2012.
20. Serfaty D, Letombe B, La stérilisation féminine en France : qu'en pensent les gynécologues ? Résultats de l'enquête Stéri-Gyn. Genesis ; Novembre 2008, n°135, pp 20-22.
21. Brival ML, Quelle place pour la contraception définitive en 2010 ? Genesis.
22. Gaudry D, Sehier V. Etude MFPPF : La contraception définitive : 10 ans de loi. Commissions contraception et avortement. 2011.
23. Cauchy M, La stérilisation tubaire par hystérocopie : connaissance réelles et nécessaires du médecin généraliste pour une bonne information aux patients, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2013, Caen.
24. Monfort D. Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-Atlantique, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2013, Nantes.
25. Le Breton-Lerouillois G. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013.
26. Picaud C. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de Loire Atlantique, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2013, Nantes.
27. Dias S. Etats des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2010, Paris.
28. Costes M, Louzeau-Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2006, Toulouse.
29. Nicolle C. Les besoins en formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique : enquête auprès des praticiens de Midi-Pyrénées. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2004, Toulouse.
30. Arrêté du 8/4/2013 paru au Journal Officiel du 23/4/2013. Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle.
Disponible à l'adresse :
http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1
(consulté le 18/05/14)
31. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2013, Poitiers.

32. Gallais J-L, Malouli A. Contraception des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la contraception des adolescents. Documentation SFMG ; décembre 2010.
33. HAS. Fiche Mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Mars 2013.
34. Meniere R. De la connaissance au bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2806 patientes en médecine générale. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2004, Nancy.
35. Ryckewaert S. Place de la vasectomie dans la contraception du couple : à propos de 45 cas. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2009, Lille.
36. Cudennec E. La contraception des femmes de plus de quarante ans en Loire-Atlantique. Etude auprès de femmes de 40 à 49 ans dans les cabinets de médecine générale. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2012, Nantes.
37. Lemerrier F. Echecs de contraception après quarante ans. Etude auprès de femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2009, Nantes.
38. Turon S. Contraception : le point de vue des femmes. Enquête auprès de 106 femmes sous contraception consultant en cabinet de médecine générale dans les Hautes-Pyrénées. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2008, Toulouse.
39. INPES. Contraception ; que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. 5 juin 2007.
40. Marcil-Gratton N. De l'interdiction à la libéralisation : les paradoxes entourant le recours à la stérilisation en Amérique du Nord. Les enjeux de la stérilisation. INSERM. INED ; 2000, Chapitre 12 pp225-247.
41. OMS. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Mise à jour 2011. Chapitre 11 : la stérilisation féminine, pp165-182. Chapitre 12 : Vasectomie, pp183-198.
Disponible à l'adresse :
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/
(consulté le 15/05/14)
42. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
43. HAS. Document de synthèse : Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013.

44. OMS. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 4ème édition. Méthodes de stérilisation chirurgicale pp 111-121. 2009.
Disponible à l'adresse :
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/
(consulté le 15/05/14)
45. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Lopes P. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, volume 2006. La stérilisation tubaire : indications, techniques, résultats et conséquences, pp135-146.
46. Nervo P, Bawin L, Foidart J M. and al. Regrets après stérilisation tubaire. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2000 ; 29, pp485-491.
47. Picod G, Coulon C, Lambaudie E. Stérilisation tubaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris,) Gynécologie, 2007 ; 738-A-20.
48. Scarabin C, Dhainaut C. Etude ESTHIME. Stérilisation selon le procédé Essure® : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2000 ; 35, pp1123-1128.
49. Mattinson A, Mansour D. Female sterilization: is it what women really want? Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2003; 29(3) pp 136-139.
50. Chan M L, Westhoff C L. Tubal sterilization trends in the United States. Fertility and Sterility, 2010; vol. 94, n°1.
51. Badraoui M, Bruyère F, Lanson Y. La loi sur la vasectomie est peu connue. Andrologie, 2003 ; 14, n°4, pp438-442.
52. Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. Bibliothèque du féminisme. L'Harmattan. 2006.
53. Fauvet L. Etude et résultats DREES. Les médecins au 1er janvier 2012. Mars 2012, N°796.
54. Direction générale de la santé. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Stratégie d'actions en matière de contraception. Janvier 2007.
55. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2013, Créteil.
56. Lecomte N. Impact sur les pratiques pédagogiques d'une formation médicale sur la contraception. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2012, Créteil.
57. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. J Contin Educ Health Prof, 2007 ; 27(1) pp6-15.
58. Gouyon M. Etudes et résultats DREES. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premier résultats d'une enquête nationale. N°704. Octobre 2009.

59. Paunescu A C. Evaluation d'un outil d'aide à la décision en matière de stérilisation masculine. Mémoire dans le cadre du programme de maîtrise en épidémiologie. Université Laval Québec, 2008.
60. EngenderHealth. Contraceptive sterilization: global issues and trends. Chapter 5, Factors influencing sterilization use and outcomes, 2002; pp 107-137.
61. Salaud-Dalibert J. Pourquoi les jeunes femmes choisissent-elles majoritairement la pilule comme moyen de contraception en France ? Enquête qualitative sur leurs représentations à propos de la contraception en général et des différents moyens de contraception. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2013, Nantes.
62. Ketting E. Pourquoi le taux d'IVG est-il si bas aux Pays-Bas ? Exposé du 28 avril 1998 à Berne.
Disponible à l'adresse :
<http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/prevenir.htm>
(consulté le 15/05/14)
63. Aubin C, Jourdain Menninger D. Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Octobre 2009.
64. Branden P S. Contraceptive choice and patient compliance. The health care provider's challenge. J Nurse Midwifery, 1998 ; Nov-déc 43(6) pp471-482.
65. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994.
66. Cox S, Posner S F, Sangi-Haghpeykar H. Who's responsible? Correlates of partner involvement in contraceptive decision making. Women's Health Issues, 2010; 20 pp254-259.
67. EngenderHealth. Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends. 2002; Chapter 2: - Sterilization Incidence and Prevalence, pp 17-64.
68. Bourmeau A. Les enjeux de la stérilisation. Chapitre 10 : La stérilisation masculine volontaire à but contraceptif : expérience du Centre de planification et d'éducation familiale de l'hôpital Saint-Jacques à Nantes (1975-1997). INED, INSERM, 2000 ; pp 183-211.
69. Brichart N, Bruyère. Vasectomie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Urologie, 2010 ; 41-430.
70. Sharlip I D, Belker A M, Honig S and al. Vasectomy: AUA Guideline. The Journal of Urology, décembre 2012; vol 188, pp 2482-2491.
71. Huyghe E, Blanc A, Nohra J and al. Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles: aspects légaux et techniques. Progrès en Urologie, 2007; 17, pp 789-793.
72. Shergill I, Arya M, Munner A. Surgery Illustrated – Surgical Atlas Vasectomy illustrated. BJU International, 2012 ; 109, pp 1116-1127.

73. Le Vraux P. La vasectomie à visée contraceptive, Quelle évolution ? Mémoire pour le diplôme d'état de Sage-Femme, Nantes.
74. Peyromaure M, Thiounn N. La stérilisation à visée contraceptive. Un regard sur la vasectomie. Elsevier, 2004, pp29-36.
75. HAS. Evaluation des techniques de stérilisation chez la femme et chez l'homme. Document de synthèse des travaux de l'ANAES. Mai 2005.
76. Moss D A, Russel T C, Moss J B and al. Advantages of the No-Scalpel Vasectomy Technique. American Family Physician, 2012; 15;85(12).
77. Zambon J V, Barone M A, Pollack A E and al. Efficacy of percutaneous vas occlusion compared with conventional vasectomy. BJU International, 2000; 86, pp 699-706.
78. Labrecque M, Nazeralli H, Mondor M. and al. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. The Journal Of Urology, décembre 2002; Vol. 168, pp 2495-2498.
79. Sokal D, McMullen S, Gates D and al. A comparative study of the no scalpel and standard incision approaches to vasectomy in 5 countries. J Urol, novembre 1999 ; 162(5), pp 1621-1625.
80. Zini A. Vasectomie, mise à jour de 2010.
Disponible à l'adresse :
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFYQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.cua.org%2Fuserfiles%2Ffiles%2FVasectomy-2010_FR%282%29.pdf&ei=i7FrU-y7AcTbPJu8gMAN&usg=AFQjCNGw8ejTb1PJHn_PDKV6ByJYsYIGeg&bvm=bv.66330100,d.ZWU
(consulté le 18/05/14)
81. Hancock, McLaughlin E. British Andrology Society guidelines for the assessment post vasectomy semen samples. J Clin Pathol, 2002; 55, pp 812-816.
82. Badrakumar C, Gogoi N K. and Sundaram S K. Semen analysis after vasectomy: when and how many? BJU International, 2000; 86, pp 479-481.
83. Maatman T J, Aldrin L and Carothers G G. Patient noncompliance after vasectomy. Fertility and Sterility, septembre 1997; 68, pp 552-555.
84. Awsare N S, Krishnan J, Boustead G B. and al. Complications of vasectomy. Ann R Coll Surg Engl, 2005; 87 pp 406-410.
85. DerSimonian R, Clemens J, Spirtas R. and al. Vasectomy and prostate cancer risk: methodological review of the evidence. J Clin Epidemiol, 1993; vol 46 n°2, pp 163-172.
86. Bernal-Delgado E, Latour-Pérez J, Pradas-Arnal F and al. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review of the literature. Fertility and Sterility, août 1998; vol 70 n°2, pp 191-200.

87. Bernie A M, Osterberg E C, Stahl P J. and al. Vasectomy reversal in humans. *Spermatogenesis*, 2012; 2:4 pp 273-278.
88. Gervaise A, Fernandez H. *Techniques de stérilisation féminine*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Techniques chirurgicales – Gynécologie*, 2010 ; 41-532.
89. Chis C, Panel P. *La stérilisation à visée contraceptive. Les techniques de stérilisation tubaire*. Elsevier, 2004, pp 41-57.
90. Pati S, Cullins V. Female sterilization. Evidence. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2000; 27, pp 859-899.
91. Darney P. Non hormonal contraception – non IUD. Health from trusted sources. 16 juin 2008.
Disponible à l'adresse:
<http://health-fts.blogspot.fr/2012/01/non-hormonal-contraception.html>
(consulté le 18/05/14)
92. WHEC Bulletin de pratique et de directives cliniques de gestion pour les fournisseurs de soins de santé. Stérilisation.
Disponible à l'adresse :
<http://www.womenshealthsection.com/content/print.php3?title=gyn029&cat=16&lng=french>
(consulté le 18/05/14)
93. Peterson H, Xia Z, Hughes J. and al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the US Collaborative review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 174, pp 1161-8.
94. Trussel J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstet Gynecol*, 2003 ; 101, pp 677-84.
95. Panel P, Chis C. *La stérilisation à visée contraceptive. Complications et échecs de la stérilisation tubaire*. Elsevier, 2004; pp 59-71.
96. Westhoff C, Davis A. Tubal sterilization: focus on the US experience. *Fertility and Sterility*, 2000; Vol. 73, N°5, pp 913-922.
97. Cibula D, Widschwendter M, Májek O. and al. Tubal ligation and the risk of ovarian cancer: review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 2011 ; vol. 17, N°1, pp 55-67.
98. Dhainaut C. *La stérilisation à visée contraceptive. La demande de déstérilisation*. Elsevier, 2004 ; pp 83-96.
99. Kjer J J. Regret of laparoscopic. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 1990; 35, pp 205-210.

100. Sauer M, Zeffer KB, Bustillo MC. And al. Sterilization reversals performed by fellows in training: what success rates can we reasonably expect? *Microsurgery*, 1987; 8, pp 125-127.
101. Curtis K M, Mohllajee A P, Peterson H B. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception*, 2006 ; 73, pp 205-210.
102. HAS. Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. 29 mai 2012.
103. Lopes P, Martigny H, Menez C. and al. La stérilisation à visée contraceptive. La stérilisation féminine sous contrôle hystéroscopique. Elsevier, 2004 ; pp 73-85.
104. Menez C, Lopes P. Une nouvelle technique de stérilisation tubaire sous contrôle hystéroscopique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004; 33, pp 221-228.
105. Panel P, Jost S, Grosdemouge I. and al. Contraception permanente par pose hystéroscopique d'implants tubaires. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2012 ; 40, pp 434-444.
106. Sagili H, Divers M. Hysteroscopic sterilisation with Essure®: a promising new alternative to tubal ligation? *J Fam Plann Repord Health Care*, 2008; 34, pp 99-102.
107. Ploteau S, Haudebourd M, Philippe H J. and al. Stérilisation tubaire par voie hystéroscopique chez les femmes de plus de quarante ans: quelle motivation pour ces femmes? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2009 ; 37, pp 775-779.
108. Kerin J F, Cooper J M, Price T. and al. Hysteroscopic sterilization using a micro-insert device: results of a multicenter Phase II study. *Human Reproduction*, 2003; vol. 18, n°6, pp 1223-1230.
109. Grosdemouge I, Engrand J B, Dhainault C. and al. La pratique française de la pose des implants de sterilization tubaire Essure®. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2009 ; 37, pp 389-395.
110. Arjona J E, Miño M, Cerdón J. and al. Satisfaction and tolerance with office hysteroscopic tubal sterilization. *Fertility and Sterility*, octobre 2008; vol. 90, n°4.
111. Kerin J F, Carignan C S and Cher D. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of the first Essure® pbc clinical study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2001; 41, pp 364-370.
112. Hurskainen R, Hovi S L, Gissler M. and al. Hysteroscopic tubal sterilization: a systematic review of the Essure system. *Fertility and Sterility*, 2010; vol. 94, n°1.
113. Povedano B, Arjona JE, Velasco E. and al. Complications of hysteroscopic Essure® sterilisation: report on 4306 procedures performed in a single centre. *BJOG*, 2012; 119, pp 795-799.

114. Ríos-Castillo J E, Velasco E, Arjonal-Berral J E. and al. Efficacy of Essure hysteroscopic sterilization – 5 years follow up of 1200 women. *Gynecol Endocrinol*, 2013; 29(6), pp 580-582.
115. Miño M, Arjona JE, Cordón J. and al. Success rate and patient satisfaction with the Essure® sterilisation in an outpatient setting: a prospective study of 857 women. *BJOG*, 2007; 114, pp 763-766.
116. Jost S, Huchon C, Legendre G. and al. Essure® permanent birth control effectiveness: a seven-year survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2013; 168, pp 134-137.
117. Lessard C R, Hopkins M R. Efficacy, safety and patient acceptability of the Essure® procedure. *Patient Preference and Adherence*, 2011; 5, pp 207-212.

Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie.

Toulouse, le 18 juin 2014

CONTEXTE. La stérilisation à visée contraceptive est utilisée par seulement 4.3% des couples en France alors qu'il s'agit de la méthode contraceptive la plus répandue dans le monde. METHODES. L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé à tous les médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie soit 8199 en tout. Il portait sur les connaissances et les pratiques des médecins en matière de contraception définitive. RESULTATS. Nous avons analysé 2356 questionnaires. 90.6% des médecins considèrent que la contraception définitive fait partie des moyens de contraception pourtant seulement 21.1% abordent le sujet et seulement 37.1% la considèrent comme les autres moyens de contraception. 11.3% des répondants ne recommandent pas de contraception définitive. Le choix personnel du patient pour recommander une contraception définitive n'est cité qu'à 34.4%. Une minorité des médecins reçoit des demandes de vasectomie soit 30.2%. La loi du 4 juillet 2001 en matière de contraception définitive est peu connue : 15.1% des répondants la connaissent parfaitement. Le dispositif Essure® est connu par 66.6% des médecins. CONCLUSION. Des mesures sont à prendre pour améliorer les connaissances des médecins généralistes et des patients en matière de contraception définitive.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : Gynécologie-obstétrique – médecine générale – enquête – questionnaire – contraception – contraception définitive – stérilisation – vasectomie – ligature tubaire - Essure®

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse: BRILLAC, Thierry

Are there any obstacles to permanent contraception in general practice? survey of GPs in Britain, Midi-Pyrenees and Normandy.

BACKGROUND. 4.3% of couples In France use sterilization while this is the principal method of contraception worldwide. METHODS. The study has been achieved with a questionnaire general sent to general practitioners of Brittany, Midi-Pyrenees and Normandy. It explored knowledge and practices of physicians about permanent contraception.

RESULTS. 2356 questionnaires have been analyzed. 90.6% of physicians considers that sterilization is a method of contraception. However, 21.1% of them approach the subject at first and only 37.1% consider that sterilization is like the others methods of contraception. 11.3% of respondents don't recommend permanent contraception. To recommend a permanent contraception, only 34.4% of physicians quote the patient's personal choice. A minority of GPs have a request of vasectomy that is 30.2%. The law of 4 July 2001 in the area of permanent contraception is unknown: 15.1% of respondents know perfectly well it. 66.6% of the physicians know the Essure® system. CONCLUSION. Measures are needed to improve the knowledge of GPs and patients on permanent contraception.