

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**L'abord de la vasectomie en
consultation de médecine
générale**

Etude qualitative auprès de médecins généralistes des départements du Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne, en 2020-2021

DONABEDIAN Hélène

Né le 13 avril 1992 à Paris (75)

Sous la direction de Dr GHALI Maria

Membres du jury

Professeure DE CASABIANCA Catherine | Présidente

Docteur GHALI Maria | Directrice

Docteur CARROUGET Julie | Membre

Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

Soutenue publiquement le :
04 novembre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DONABEDIAN Hélène
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **04/11/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie

FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie

RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine

ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Catherine De Casabianca, de me faire l'honneur de présider mon jury.

A Madame le Docteur Maria Ghali d'avoir accepté de m'accompagner dans mon travail. Merci pour ta disponibilité, tes conseils tout au long de la réalisation de ma thèse, tandis que tu avais tant de missions prenantes ailleurs. J'ai eu de la chance d'avoir pu travailler avec tant de bienveillance, alors merci.

A Madame le Docteur Christine Tessier-Cazeneuve et à Madame le Docteur Julie Carrouget d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à mes maîtres de stage qui m'ont beaucoup appris sur le plan médical comme sur le plan humain.

Merci à ma famille, mes parents, mes sœurs. Il n'y a pas de mot. Nous sommes un roc, un noyau indissociable.

Fière d'être tata d'un petit cascadeur et d'une petite princesse en cours d'acheminement que j'ai tellement hâte de connaître...

Merci à ma famille de la Koh'Loc', la plus belle surprise de l'internat ! Hâte de fêter l'ouverture du gîte.

Merci Guillaume pour tes merveilleux remerciements. Je suis si heureuse de t'avoir fait découvrir Le Roi Lion.

Liste des abréviations

AFU	Association Française d'Urologie
CDF	Contraception Définitive Féminine
CDM	Contraception Définitive Masculine
CECOS	Centre d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme humains
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DIU	Dispositif Intra-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation mondiale de la santé

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

2. Déroulement des entretiens

3. L'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale

3.1. Abord de la contraception en consultation

3.1.1. « La consultation des femmes »

3.1.2. Motifs de la consultation de contraception

3.1.3. Choix de la méthode contraceptive

3.2. Circonstances de l'abord de la vasectomie en consultation

3.2.1. Qui abordait le sujet de la vasectomie ?

3.2.2. Les motivations des protagonistes pour aborder la vasectomie

3.2.3. Evolution des mentalités autour des questions de contraception

4. Connaissances et pratiques des médecins généralistes sur la contraception

4.1. Formation sur la contraception en médecine générale

4.2. Freins à l'information sur la vasectomie en consultation de médecine générale

4.2.1. Connaissances et incertitudes des médecins généralistes sur la vasectomie

4.2.2. Peu d'informations délivrées sur la vasectomie parmi les différents modes de contraception présentés

4.2.3. Réflexion du médecin généraliste sur la contraception définitive masculine

5. Pourquoi si peu de vasectomie en France ?

5.1. Méconnaissances de la vasectomie en population générale

5.2. Impact des différentes cultures

5.3. L'irréversibilité de la méthode

6. Comment améliorer l'information sur la vasectomie ?

6.1. Améliorer la formation des médecins sur le sujet de la contraception

6.2. Modifier les pratiques des professionnels de santé

6.3. Discuter de la contraception et du couple

6.4. Améliorer la diffusion de l'information à la population générale

DISCUSSION

1. Les forces de l'étude

2. Les limites de l'étude

3. Les freins à l'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale évoqués dans d'autres travaux

3.1. Le manque de formation perçu par les professionnels de santé

3.2. Le manque de recommandations des sociétés savantes

3.3. La consultation de contraception : une consultation particulière

- 3.3.1. Le recours au médecin généraliste pour le suivi gynécologique n'est pas si évident
- 3.3.2. Une consultation requérant une organisation
 - a) Les protagonistes
 - b) Une information complète pour permettre un choix adapté aux utilisateurs
 - c) Le caractère chronophage
- 3.4. Les différences socioculturelles

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE N°1 : Loi du 4 Juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception ..	Erreurs ! Signet non défini. -II
ANNEXE N°2 : Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive ..	III
ANNEXE N°3 : Consentement éclairé.....	Erreurs ! Signet non défini.
ANNEXE N°4 : Lettre d'information destinée aux participants	Erreurs ! Signet non défini.
ANNEXE N°5 : Formulaire de consentement.....	Erreurs ! Signet non défini.
ANNEXE N°6 : Guide d'entretien.....	Erreurs ! Signet non défini.
ANNEXE N°7 : Critères COREQ	Erreurs ! Signet non défini.
ANNEXE N°8 : Retranscription d'un entretien	Erreurs ! Signet non défini. -XVI
ANNEXE N°9 : Carte mentale	Erreurs ! Signet non défini.

RESUME

Introduction : La vasectomie est très peu pratiquée en France bien qu'elle fasse partie des méthodes de contraception définitive depuis 2001. Dans d'autres pays développés, comme certains pays anglo-saxons, elle est plus courante et mieux connue de la population.

Les médecins généralistes prennent régulièrement en charge les patientes pour leur suivi contraceptif. Comment abordent-ils la contraception et la vasectomie en consultation ? Y a-t-il des freins qui peuvent expliquer cette faible pratique en France ?

Matériels et Méthodes : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes dans les départements du Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés pour regrouper les unités de sens par thèmes, selon une théorisation ancrée. Un double codage et une triangulation des données étaient réalisés. L'étude était conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ.

Résultats : Quatorze entretiens étaient réalisés. La saturation des données a été atteinte au 11ème entretien. Les répondants rapportaient que la vasectomie était « peu évoquée en consultation », souvent en dernier recours devant des « difficultés avec la contraception utilisée ». Plusieurs freins étaient mentionnés : le caractère « anecdotique de la vasectomie dans la formation médicale », le « domaine féminin » qu'est la contraception, la « différence de culture entre les pays d'influences latine et anglosaxonne », le caractère « définitif de la méthode ». La méconnaissance de la population sur ce thème augmentait la place aux « fausses croyances ».

Conclusion : L'abord de la vasectomie en consultation est rare, comme le sont les discussions autour de la contraception avec les hommes et les couples. Les médecins généralistes

interrogés semblent motivés à davantage se former sur le sujet et à plus informer les partenaires sur la vasectomie.

INTRODUCTION

La vasectomie est un moyen de contraception définitif masculin, il s'agit d'une « opération bénigne qui consiste à ligaturer les canaux déférents pour empêcher les spermatozoïdes de se mélanger au liquide spermatique » comme l'explique l'Association Française d'Urologie. C'est une méthode très efficace qui n'a pas d'impact sur « la puissance sexuelle ni la virilité » (1).

Elle est utilisée par 2% des couples dans le monde, de façon hétérogène selon les pays (2).

Au Canada et au Royaume-Uni, elle fait partie des 2 moyens contraceptifs les plus utilisés en 2015 (au Canada, 21.7% des femmes en union entre 15-49 ans utilisent la vasectomie dans leur couple comme moyen de contraception et 20.7% utilisent la pilule, au Royaume-Uni ces chiffres sont respectivement de 20% et de 28%).

En France la même année, sa prévalence est mineure : 0.8% seulement (3).

Cette méthode est encadrée par la loi du 4 Juillet 2001 (4):

« 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. »

Le terme de stérilisation est parfois préféré selon les ouvrages, car selon le Collège National de Gynécologie et Obstétrique Française, la contraception « correspond à l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée et de façon réversible ». (5)

En matière de contraception, le médecin généraliste a un rôle essentiel. Il prend en charge les patients dans leur globalité dans le cadre d'un suivi souvent à long terme. Ses compétences sont multiples en soins de santé primaire, il délivre des soins centrés sur la personne et adaptés à son contexte biopsychosocial. En matière de gynécologie, il fait, entre autres, de la prévention avec les dépistages, et a les compétences pour informer, échanger et prescrire

dans le domaine de la contraception (6) (7). Ce dernier thème est fréquent car il fait partie des 15 motifs les plus fréquents en consultation de médecine générale (8).

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise que la 1ère consultation de contraception soit dédiée à ce sujet. Elle a pour but de « *fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations* » (13). Le médecin doit aborder le panel de méthodes disponibles pour permettre « *un choix éclairé* » à la patiente. La HAS précise que la contraception n'est pas un sujet à évoquer qu'avec les femmes : « *Cela doit concerner les hommes aussi bien que les femmes, la contraception ne devant pas être la seule affaire des femmes* » (9).

Le contrôle des grossesses et ses méthodes évoluent en fonction des périodes de la vie. Le contraceptif doit être régulièrement réévalué, une méthode inadaptée à un moment peut être envisagée quelques années plus tard, comme les méthodes de contraception définitives par exemple.

Pour bien comprendre ce qu'est la vasectomie et son impact, voici d'abord un rappel de l'appareil reproducteur de l'homme et de la spermatogénèse.

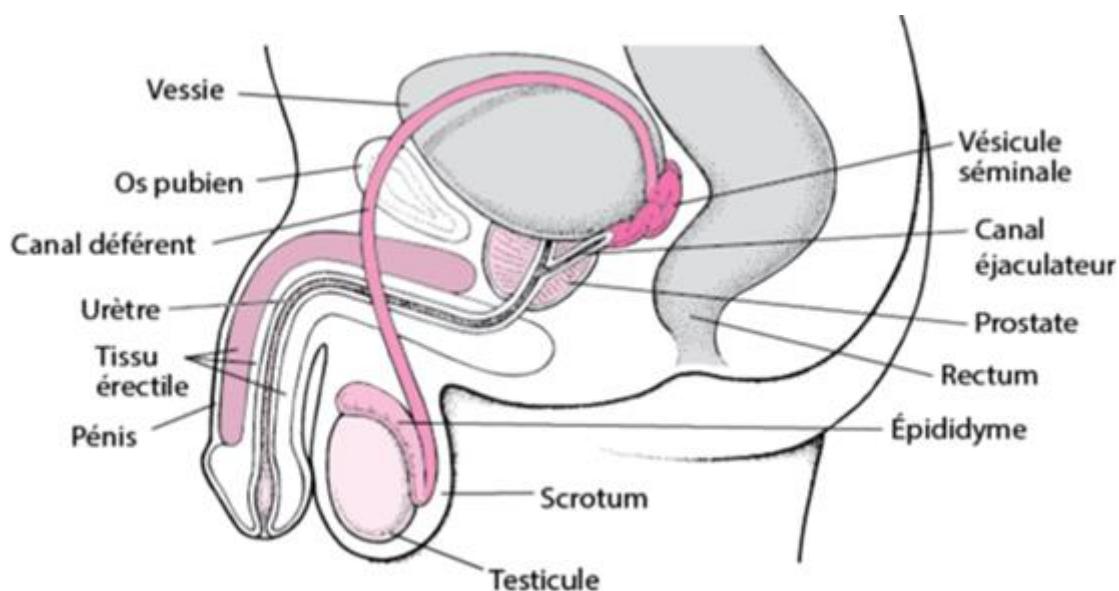


Figure 1. Schéma de l'appareil reproducteur masculin (10)

La production de spermatozoïdes, gamètes reproductrices masculines, se fait dans les tubes séminifères contenus dans les testicules, à partir de la puberté. Les hormones hypophysaires gonadotrophines, la LH et la FSH, exercent leurs actions sur les cellules de soutien des testicules. Les cellules de Sertoli stimulées par la FSH permettent l'activation de la spermatogénèse, les cellules de Leydig sous l'action de la LH stimulent la stéroïdogenèse avec la production de la testostérone. Celle-ci est diffusée au niveau sanguin et au niveau local où elle agit sur les cellules de Sertoli nourricières. Les cellules exercent en retour un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion hypothalamo-hypophysaire.

La production de spermatozoïdes est continue (contrairement aux cycles d'ovulation mensuels de la femme), des millions de spermatozoïdes sont produits par jour. Ensuite ils migrent des tubes séminifères vers l'épididyme (où ils finissent leurs maturations), puis cheminent dans les canaux déférents pour rejoindre les sécrétions des vésicules séminales et de la prostate. Le sperme est alors constitué de 75% de liquide séminal, de 20-25% de liquide prostatique et le reste est constitué de spermatozoïdes et autres composants. Les millions de gamètes représentent seulement 2 à 3% du volume du sperme donc leur suppression ne modifie pas sa quantité.

La vasectomie est la méthode de contraception définitive masculine.

Son objectif est de supprimer mécaniquement le caractère fécondant du sperme, autrement dit de barrer le chemin des spermatozoïdes au reste des sécrétions spermatiques. Il suffit alors de sectionner les canaux déférents comme l'explique le schéma suivant :

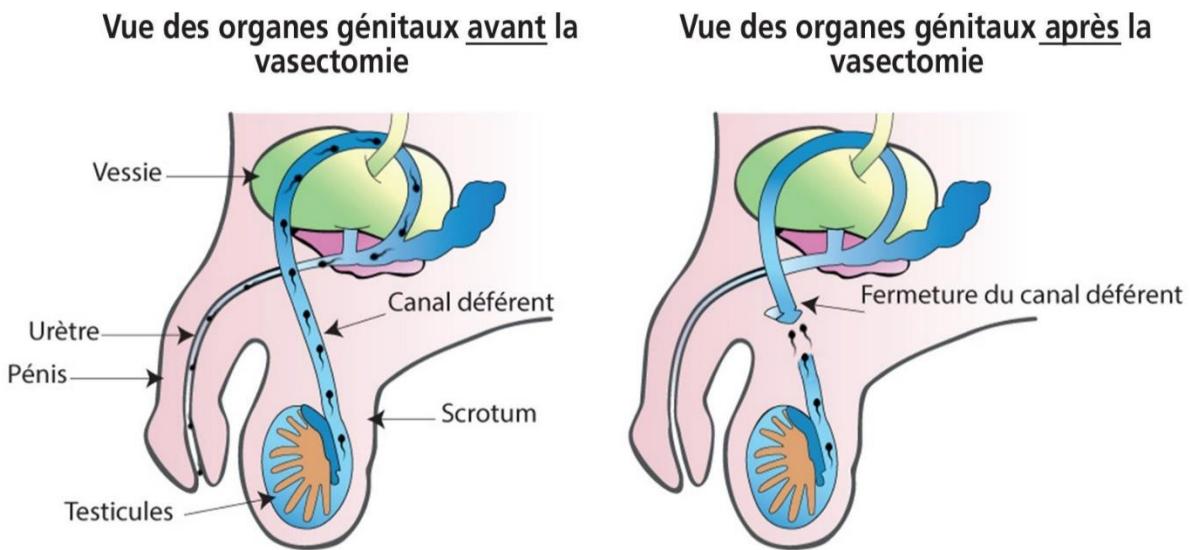


Figure 2. Qu'est-ce que la vasectomie ? (11)

Il s'agit d'une méthode mécanique, donc qui n'a pas d'impact sur le plan hormonal.

Les gamètes produits sont résorbés naturellement.

Les spermatozoïdes présents dans les zones au-dessus du lieu de ligature sont éliminés au bout de 3 mois environ ou 20 à 30 éjaculations environ. Il est donc nécessaire d'utiliser une méthode contraceptive complémentaire jusqu'à l'obtention de résultats satisfaisants au spermogramme prescrit à 3 mois.

La technique est simple et rapide. Les complications possibles sont : hématome (1-2 %), infection locale (0-2,5%), douleur chronique (3-6 %), épididymite congestive (0-2 %), retard de cicatrisation (0-2 %), granulome (1-4 %), l'atrophie testiculaire est rare.

Il s'agit d'une méthode efficace : quand l'azoospermie ou une oligoasthénospermie (moins de 100 000 spermatozoïdes immobiles par millilitre) est confirmée, la probabilité d'une grossesse est inférieure à 1% (12). Les échecs de la vasectomie représentent environ 1 grossesse sur 800 et sont expliqués par : des rapports sexuels non protégés pendant le délai entre la chirurgie et la confirmation de l'azoospermie par le spermogramme, le non-respect de la

procédure chirurgicale (ce risque diminue avec l'expérience du chirurgien), et la reperméabilisation spontanée précoce ou tardive.

Enfin, c'est une méthode irréversible. Sa réversibilité par une vaso-vasostomie est inconstante (50% de grossesse seulement) et ne peut pas faire envisager un projet d'enfant au décours (13). Selon les recommandations européennes d'Urologie de 2012, le principal risque de la vasectomie est lié à l'insuffisance d'information sur ses conséquences avant sa pratique et le risque de regret. Après 10 ans, environ 2% des hommes demandent une reperméabilisation des canaux déférents (surtout les hommes ayant eu une vasectomie jeune, ou sans enfant). Ils nécessitent parfois le recours à l'Aide Médicale à la Procréation.

Les contre-indications relatives évoquées (âge inférieur à 30 ans, absence d'enfant, comorbidités majeures, douleurs scrotales pré existantes, statut de célibataire lors de la demande) ne sont pas dans les recommandations françaises. (6)

Pour limiter ce risque de regret et favoriser le choix libre du patient, la démarche pour effectuer une contraception définitive est protocolisée. L'Association Française d'Urologie et la HAS ont établi une fiche (14) et un livret d'information (15) à destinée des patients. Ces livrets ont pour but de compléter les informations données par l'urologue. Lors de la 1ère consultation, le spécialiste cherche à comprendre la démarche du patient, l'informe sur la méthode, ses bénéfices et ses risques. Les alternatives à la vasectomie sont expliquées ainsi que le cadre légal des contraceptions définitives : celui de la loi du 4 Juillet 2001, avec notamment l'explication sur le respect du délai de réflexion de 4 mois (Annexe 1). Il est systématiquement proposé au patient de faire une cryoconservation du sperme avant la chirurgie dans un centre spécialisé (CECOS), tout en informant que cela ne garantit pas la réussite d'une grossesse lors de l'aide médicale à la procréation au décours. Après cette première rencontre une « attestation de consultation préalable » doit être signée par le patient et par le médecin (Annexe 2). Chacun d'eux doit garder un exemplaire. A l'issu de ce délai, le patient désireux

de poursuivre son souhait de stérilisation signe un consentement (Annexe 3) lors d'une seconde consultation avec le même praticien.

L'abord de la vasectomie en consultation est rare. Le caractère définitif de cette méthode qui l'associe plus à une stérilisation qu'à une contraception peut expliquer que le sujet soit peu évoqué en consultation. Cela ne semble pas être le seul facteur limitant car la contraception féminine définitive est plus courante. Le caractère masculin de la méthode ajoute probablement une difficulté à son abord, car les femmes consultent souvent seule au sujet de la contraception.

Depuis quelques années, les discussions autour de la parité homme-femme dans plusieurs domaines sont partagées et des modifications de comportements semblent suivre. Notamment l'intérêt des hommes pour les questions de contraception.

Les derniers chiffres délivrés par l'Assurance Maladie relayés par l'Association Française d'Urologie annoncent une multiplication par 5 du taux de vasectomie de 2011 à 2018 (16).

Une dynamique semble s'initier, mais la vasectomie existe depuis 20 ans en France et reste encore très peu abordée en consultation de médecine générale.

Ce travail avait pour but d'éclairer l'abord de la vasectomie en consultation ainsi que les freins et les motivations des médecins généralistes à aborder ce sujet.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

La population était constituée de médecins généralistes installés dans le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne.

Le recrutement des médecins a été réalisé par la méthode d'échantillonnage en « boule de neige ». Les critères de variations maximales étaient les suivants : sexe, âge, durée d'installation, diplôme universitaire en gynécologie, type d'activité, fonction de maître de stage universitaire, lieu d'exercice.

La taille de l'échantillon a été fixée a priori. Les entretiens étaient réalisés jusqu'à l'obtention de la saturation théorique des données, qui était confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Le premier contact se faisait soit par téléphone, soit par écrit (mail). Une lettre d'information (Annexe 4) était transmise ainsi que le formulaire du consentement à signer (Annexe 5).

Après accord du médecin pour participer à l'étude, un rendez-vous était ensuite programmé. Compte-tenu de la situation sanitaire et des limites de déplacement, les entretiens se faisaient en distanciel par visioconférence (par les logiciels Teams© ou WhatsApp©) ou par appel téléphonique. Quand cela était possible, l'entretien était réalisé en présentiel dans le lieu de leur choix.

Un guide d'entretien était réalisé (Annexe 6), d'après les données de la littérature. Il a évolué au fur et à mesure de l'analyse. Il cherchait à explorer les thèmes suivants :

L'abord de la contraception et celui de la vasectomie en consultation, les connaissances de la contraception définitive masculine et de son cadre légal chez les médecins généralistes et en population générale, la formation sur la contraception en médecine générale, les différences de pratique à travers l'exemple des pays anglosaxons et de la France.

Après un rappel du thème du travail, de son déroulement et de l'accord du participant, l'entretien était réalisé. Les entretiens pouvaient être interrompus à tout moment. Ils ont été enregistrés sur dictaphone ou téléphone portable, anonymisés, puis retranscrits sur le logiciel Word©, en respectant le langage oral. L'analyse des données a été faite au fil de l'eau, de façon manuelle sur le logiciel Excel©. Un double codage et une triangulation des données était réalisés par le chercheur et la directrice de thèse. Aucune donnée personnelle n'était conservée à l'issue de l'étude.

L'étude était conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ (Annexe 7).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Quatorze médecins ont participé à l'étude : 7 hommes et 7 femmes. Ils avaient entre 30 et 69ans (moyenne d'âge : 43.9 ans).

Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau I : Caractéristiques des participants

PSP : Pôle de santé pluridisciplinaire ; MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

Numéro de l'entretien	Sexe	Age	Durée d'installation	DU en gynécologie	Type d'activité	MSU	Lieu d'activité
1	F	36 ans	7 ans	Non	PSP	Oui	Maine-et-Loire
2	H	49 ans	17 ans	Non	MSP	Oui	Mayenne
3	F	43 ans	8 ans	Non	MSP	Oui	Mayenne
4	H	33 ans	5 ans	Oui	Mixte	Non	Sarthe
5	F	37 ans	7 ans	Non	MSP	Oui	Mayenne
6	H	30 ans	<1 an	Non	PSP	Non	Maine-et-Loire
7	H	36 ans	2 ans	Non	PSP	Non	Maine-et-Loire
8	F	36 ans	8 ans	Non	MSP	Oui	Sarthe
9	F	38 ans	8 ans	Oui	MSP	Oui	Mayenne
10	H	38 ans	9 ans	Non	MSP	Non	Maine-et-Loire
11	F	50 ans	17 ans	Non	MSP	Oui	Sarthe
12	H	62 ans	33 ans	Non	MSP	Oui	Mayenne
13	H	69 ans	41 ans	Non	Mixte	Oui	Maine-et-Loire
14	F	58 ans	27 ans	Non	PSP	Oui	Mayenne

2. Déroulement des entretiens

Quatre entretiens se sont déroulés au cabinet médical des médecins interrogés, 5 en distanciel en visioconférence (par Teams© ou WhatsApp©) et 5 par appels téléphoniques, selon le souhait de la personne interrogée et la possibilité de la méthode.

Les entretiens ont duré entre 8 minutes 17 secondes et 19 minutes 45 secondes (moyenne 14 minutes 39 secondes).

La saturation théorique des données a été obtenue au 11ème entretien, et trois entretiens complémentaires ont été réalisés pour la vérifier.

3. L'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale

3.1. Abord de la contraception en consultation

Un praticien interrogé mentionnait que les patientes ne savaient pas toujours que leur médecin généraliste pouvait pratiquer des suivis de contraception :

« Les généralistes, historiquement ils ne le faisaient pas trop, et ceux qui commencent à le faire il faut le savoir » (E4)

3.1.1. « La consultation des femmes »

La contraception est une « [...] problématique qui concerne tout le monde, en particulier les gens qui vont bien » comme le disait E4, mais en pratique les médecins constataient que la contraception était largement un **domaine féminin**.

Un médecin évoquait que les hommes ne « se sont rarement posé la question pour eux même en général » (E8), ce que notifiaient aussi certaines de leurs patientes :

« Je vais lui dire mais de toute façon pour lui ce n'est pas possible... dans sa conception enfin voilà... » (E3)

Parfois c'était les femmes qui s'appropriaient elles-mêmes le domaine de la contraception :

« Quand on parle contraception, je crois que les patients, et surtout les patientes, en font une affaire féminine encore. » (E8)

Et les femmes consultaient souvent seule pour ce motif (E2, E3, E5, E7, E8, E11, E12) :

« C'est quand même 95% que la patiente » (E5)

Plus rarement, les personnes interrogées recevaient un parent (père ou mère) et sa fille en consultation dans ce cadre-là (E2, E4, E6).

Tous les médecins remarquaient qu'ils recevaient rarement les couples en consultation, parfois cela arrivait autour de la grossesse (E5, E8). Quand ils répondaient à la question de l'existence de consultations de contraception en couple, les réponses étaient souvent ponctuées d'intonation :

« [Rires] Hahaha... Non. » (E9)

« *C'est très très rare d'avoir les 2 membres du couple. [...] Cela m'est déjà arrivé mais Pfff...*

Tellement lointain que... » (E14)

3.1.2. Motifs de la consultation de contraception

Les médecins recevaient régulièrement les patientes pour le renouvellement d'une contraception (E1, E5, E6, E9, E12, E13, E14), ou pour un changement de contraception (E2, E10, E11). Les patientes jeunes consultaient plutôt d'une primo prescription de contraception (E3, E4, E7, E8).

3.1.3. Choix de la méthode contraceptive

Pour la première contraception d'une patiente, le médecin vérifiait ses antécédents (E7). Il lui délivrait des informations orales (E3, E4) ou écrites (E3) sur les différentes méthodes de contraception. Les médecins expliquaient que les jeunes patientes avaient souvent déjà réfléchi à la pilule (E7, E8).

Lors des changements ou renouvellements de contraception, le médecin et la patiente discutaient des contraintes ou effets secondaires de la méthode utilisée (E2, E3, E4, E8, E10), mais aussi du désir ou non de grossesse (E4, E9).

Un médecin expliquait qu'il n'abordait pas systématiquement les autres méthodes contraceptives si la patiente ne s'en plaignait pas et n'avait pas de demande particulière (E2).

A côté des problèmes de tolérance, un médecin précisait que parfois l'introduction d'un autre traitement amenait à changer la méthode contraceptive de la patiente :

« [une patiente qui avait] *une épilepsie à type d'absence et qui a besoin d'un traitement par TEGRETOL®, elle était sous pilule* » (E10)

Aucun médecin auquel la question a été posée n'a évoqué de difficulté lors des consultations de contraception (E1, E2, E3, E6, E7, E12, E13, E14).

3.2. **Circonstances de l'abord de la vasectomie en consultation**

3.2.1. **Qui abordait le sujet de la vasectomie ?**

Les demandes d'information sur la vasectomie ainsi que le nombre de patients vasectomisés dans la patientèle des médecins **étaient rares** (E1, E2, E10, E12, E13, E14), environ « *2 ou 3 [par an] [...] Grand maxi.* » selon E12.

Comme en matière de contraception en général, ce sont **les femmes** qui discutaient le plus souvent de contraception définitive féminine et masculine avec leur médecin généraliste (E3, E5, E10) :

« *C'est souvent une demande des femmes [...] On en parle plus facilement, les femmes sont plus au courant* » (E3)

Les hommes discutaient donc plus rarement de vasectomie en consultation (E3, E10, E11, E13, E14). Quand c'était le cas, ils étaient souvent déjà informés sur la méthode (E5, E9, E10, E11, E14), soit par leur conjointe (E11), internet (E6), ou plus fréquemment par les expériences de leur entourage (E3, E5, E9, E14) :

« *Quelques-uns, il y en a un dans un groupe d'amis, qui en fait voilà et cela fait son chemin.* » (E9)

Ils souhaitaient avoir l'avis de leur médecin généraliste (E3, E8) ou simplement être adressé au spécialiste (E3, E5, E6, E8). Leurs décisions étaient souvent déjà prises (E5, E8, E10, E11, E14) :

« La plupart des hommes qui viennent me voir pour en discuter c'est qu'ils ont déjà une idée bien avancée et globalement ils vont au bout la plupart du temps. » (E10)

En consultation, les médecins abordaient rarement de façon spontanée la contraception définitive masculine avec les patients (E1, E2, E6, E7, E12), parce qu'ils consultaient pour un autre motif (E5, E8, E9) :

« Honnêtement je n'y pense pas [...] je n'ai pas encore le réflexe d'en parler » (E5)

Avec la patiente, le praticien évoquait la vasectomie quand elle avait des difficultés avec sa méthode contraceptive (E3, E6, E7, E9, E10), ou une contre-indication à celle-ci (E3, E7, E13), selon l'âge du couple (E1, E4, E11, E13) et le projet de famille (E1, E3, E9, E11) :

« J'essaie d'en parler vers 35-38 ans quand elles commencent à dire qu'elles ne veulent plus d'enfants et que c'est sûr et tout et tout. » (E9)

Un médecin exprimait qu'il s'agissait d'une méthode de **dernier recours** :

« C'est à l'occasion d'une contre-indication de telle méthode contraceptive, ou d'intolérance d'une autre, qu'on se retrouve sans vraiment d'autre solution, et à ce moment-là on dit «

« Bon bah dans ce cas-là peut être monsieur ». » (E7)

Une autre personne interrogée profitait de discuter de la vasectomie dès qu'elle avait la notion que les patient(e)s qui ne désiraient plus d'enfants :

« C'est vrai que dès que je peux j'en parle » (E9)

En consultation avec une patiente, cela pouvait être l'occasion de discuter avec elle de l'existence d'une contraception masculine, **d'évoquer le partage de la responsabilité contraceptive en consultation** :

« *C'est quand l'homme n'est pas là et pour informer la femme, qu'il n'y a pas que la femme qui peut avoir une stérilisation* » (E14)

L'objectif pouvait être qu'elles en discutent ensuite avec leur conjoint si elles le souhaitaient (E3, E4, E9, E13, E14) :

« *Souvent, j'ai déjà abordé la contraception définitive avec la femme [...] elles essaient d'abord d'en parler auprès de Monsieur* » (E3)

Deux médecins signalaient aussi à leurs patientes qu'ils pouvaient faire un courrier pour que leur conjoint soit informé directement par un urologue sans les consulter obligatoirement (E4, E9).

La vasectomie était souvent évoquée en même temps que la contraception définitive féminine (E3, E4, E8, E9, E10, E11, E14) :

« *Quand je propose les différentes solutions de contraception aux femmes, aux patientes, je leur cite forcément aussi la vasectomie. Je dis « Ce n'est pas pour vous mais c'est un mode de contraception ».* » (E11)

Sauf pour un médecin qui avait plutôt l'habitude de parler de contraception définitive masculine après la contraception définitive féminine « [...] cela vient finalement en 3^{ème} » (E1).

3.2.2. Les motivations des protagonistes pour aborder la vasectomie

Depuis quelques années, il semblait y avoir un peu plus de demandes de vasectomie dans les patientèles de certains médecins (E8, E11, E14) :

« *J'ai l'impression que c'est un peu en augmentation, parce que c'est passé de quelque chose d'exceptionnel à quelque chose d'un peu rare quoi ! [Rires]* » (E14)

Cela pouvait s'expliquer par **les motivations des patients**, dont certaines rejoignaient celles des médecins :

- **L'inconfort ou les difficultés de leur conjointe avec leur contraception actuelle (E2, E3, E6, E8, E11)**

« *De plus en plus j'ai l'impression, parce que ... la contraception féminine parfois ne convient pas, ou plus. Et, donc... l'homme prend le relai* » (E8)

- **Le patient souhaitait partager la responsabilité de la contraception dans le couple (E11, E14)**

« *Maintenant certains couples considèrent que la contraception c'est un... C'est quelque chose d'un couple, que ça n'incombe plus du tout qu'à la femme.* » (E14)

- **Le patient ne souhaitait plus avoir d'enfant (E3, E8, E11)**

Un médecin interrogé a présenté le cas d'un de ses patients, qui a pratiqué une vasectomie après une interruption volontaire de grossesse :

« *Un patient, qui après une rupture, a retrouvé une conjointe, cette conjointe est tombée enceinte alors que ce n'était pas désiré, donc IVG et tout ça [...] Et bien il s'est fait vasectomiser ce monsieur.* » (E8)

Les bénéfices de la vasectomie que les praticiens évoquaient étaient :

- **Les risques chirurgicaux inférieurs** comparés à ceux de la contraception définitive féminine (E3, E9)

« *Maintenant on est obligé de passer par la coelioscopie et tout le bazar, c'est vrai que ça complexifie, voilà. Il faut encore plus qu'on propose la vasectomie.* » (E9)

- **Une meilleure tolérance par rapport à certaines méthodes contraceptives pour les femmes**, et parfois un meilleur confort pour le couple (E8)

« *Ça peut permettre quand même de soulager les couples, et certaines femmes qui sont en grande difficulté de contraception hein* » (E8)

- **Moins de recours à l'IVG**

« *Et ça pourrait limiter le nombre d'IVG ça c'est très clair* » (E8)

3.2.3. Evolution des mentalités autour des questions de contraception

Selon les médecins interrogés, quand ils évoquaient la vasectomie en consultation, il y avait « *2 types de comportements* » (E11).

Il pouvait y avoir des réactions positives, les patientes prévoyaient d'en reparler avec leur conjoint (E9, E11) :

« *Elles disent « je vais lui en reparler, parce que je lui en ai déjà parlé »* » (E9)

Un médecin expliquait aussi que quand il abordait le sujet avec l'homme, celui-ci ne rejetait pas l'idée systématiquement :

« *Après ils se sont rarement posé la question pour eux même en général, quand on évoque le sujet c'est « Ha bha oui c'est vrai »* » (E8)

En opposition à cela et d'après plusieurs praticiens interrogés, il était fréquent que les femmes anticipent la réaction de leur conjoint et refusent catégoriquement d'évoquer la méthode avec eux (E2, E3, E9, E11, E13, E14) :

« *La plupart du temps sa réaction est très négative, avec un « Il ne va jamais vouloir » [...]*

Elles imaginent que leur mari va dire « Non » de façon claire, nette. » (E14)

Il arrivait que ce soit la patiente elle-même qui refuse que son conjoint puisse pratiquer une vasectomie :

« *L'épouse n'était pas décidée à ce que son mari subisse une vasectomie [...] ils avaient 42 ans tous les deux, et elle trouvait que c'était trop tôt pour lui faire subir ça. »* (E13)

Cependant, ces refus anticipés semblaient évoluer parce que plusieurs médecins généralistes évoquaient une dynamique des pensées autour du thème de la contraception :

- La contraception devenait de plus en plus un sujet de couple (E14), une **responsabilité partagée** liée à « **la parité des sexes** » (E1, E11)

Un médecin généraliste (E14) remarquait une différence en comparant les réactions des femmes par rapport à il y a quelques années, elles semblaient avoir moins de réticences à aborder la vasectomie avec leur conjoint :

« C'est quelque chose qui est quand même en train d'évoluer, c'est que quand vous voyez les femmes après, beaucoup en ont parlé quand même. » (E14)

- La vasectomie semblait **un peu plus acceptée dans les mentalités** (E1, E5, E11), elle était « *Mieux accueillie actuellement qu'il y a 20 ans* » (E1)

- L'ouverture aux discussions autour de la contraception permettaient aux femmes d'être plus écoutée et d'aborder **les effets secondaires des traitements hormonaux** (E3), **de ceux des méthodes de contraception définitive féminine** (notamment ceux des implants de stérilisation Essure®)

« On en a de plus en plus qui disent « J'en ai marre des hormones », « Je voudrais changer » (E3)

- D'autre sujet d'actualité comme l'écologie (E9) participait aussi à l'évolution des pratiques autour de la contraception

« Après il y a toute la mouvance écolo là, [...] qui sont dans le « pas d'hormone » « pas trop d'enfant pour la planète », et donc la vasectomie du coup. C'est minime, c'est très très très marginal mais bon. » (E9)

Les médecins interrogés expliquaient que la contraception était abordée de façon différente selon la personne qui consultait. Quand les médecins abordaient la vasectomie, premièrement c'était rare, ensuite c'était plus souvent avec la patiente, en même temps que la contraception définitive féminine. Les réactions des patientes étaient parfois négatives, elles refusaient d'évoquer le sujet avec leur conjoint, mais les discussions semblaient évoluer. Certaines femmes commençaient à en parler à leur conjoint. Parallèlement, le patient qui consultait seul au sujet de la vasectomie était souvent déjà renseigné et motivé pour aller au bout de la procédure.

Il semblait y avoir une augmentation des demandes de vasectomie depuis quelques années passant d'un phénomène « exceptionnel à quelque chose d'un peu rare ».

Les motivations des patients et des médecins étaient le soulagement de certaines femmes qui toléraient mal plusieurs modes de contraception, à condition que leur couple ne désire plus d'enfant. L'âge des partenaires était un critère pour certains médecins pour aborder la vasectomie, mais aucun seuil n'était donné.

Certains des praticiens évoquaient des évolutions de pensées apparaissant parmi leur patientèle. La recherche de « parité homme-femme », le partage de la responsabilité contraceptive dans le couple étaient parfois évoquée, même si les 2 partenaires consultaient rarement ensemble.

Par rapport à la contraception définitive féminine, les médecins évoquaient spontanément que les risques chirurgicaux de la vasectomie étaient moindres.

4. Connaissances et pratiques des médecins généralistes sur la contraception

4.1. Formation sur la contraception en médecine générale

La formation sur les méthodes contraceptives était correcte pour la moitié des médecins interrogés (E4, E5, E6, E7, E10, E13, E14), mais certains ne la trouvaient tout de même pas assez « *concrète* » (E3, E8, E12), sauf concernant la pilule (E3).

Des médecins ont signalé le manque d'information sur les contraceptions masculines, et que leur caractère était anecdotique (E6, E7) :

« *En 1ere année où le prof d'embryologie nous avait parlé du fameux slip chauffant [...]*
c'était connu, mais c'était dit à la rigolade » (E7)

Concernant la vasectomie, la majorité des médecins interrogés pensaient qu'elle était très peu abordée dans la formation (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E12), et qu'ils n'étaient pas « *incité* » à en discuter en consultation (E7, E9). Mais 2 médecins exprimaient tout de même que la formation sur les contraceptions définitives était correcte pendant leur cursus (E7, E14) et qu'ils ne ressentaient pas de difficulté pour leur pratique à ce sujet :

« *Je suis capable d'expliquer à un homme que s'il fait une vasectomie ce ne sera pas efficace tout de suite [...] Je ne me sens pas du tout en difficulté par rapport à ça.* » (E14)

Deux autres médecins ne pouvaient pas dire si leurs formations étaient adéquates car elle était ancienne (E11, E13).

L'activité gynécologique en médecine généraliste **était pratiquée de façon hétérogène** (E2, E4, E6), cela pouvait avoir un lien avoir le fait que les avis sur la formation médicale des médecins sur la contraception n'allaient pas tous dans le même sens. Selon les médecins, il arrivait que certains professionnels limitent le sujet de la contraception à une simple

prescription (E3, E4). Un professionnel expliquait qu'il ne se sentait pas à l'aise en gynécologie notamment en raison de son manque de formation dans le domaine (E6), contrairement à 2 médecins pour qui ce motif faisait partie de leur pratique courante (E5, E8)

« J'en fait tous les jours. Ce qui me permet, de devoir me tenir à jour, à me former !

[Rires...] » (E8)

Ces différences de formations et de pratiques ne semblaient pas avoir d'impact pour adresser les patients à un urologue devant une demande de vasectomie (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12). Une personne interrogée racontait aussi qu'elle avait appris que les chirurgiens viscéraux pouvaient pratiquer la vasectomie car un de ses patients avait bénéficié de la méthode en même temps qu'une autre opération :

« C'est un chirurgien viscéral qui lui a fait en même temps qu'une autre opération ! Il en parlait déjà, et il a profité pour le faire en même temps, mais je n'aurai pas eu l'idée moi-même d'orienter vers un viscéral. » (E5)

4.2. **Freins à l'information sur la vasectomie en consultation de médecine générale**

4.2.1. **Connaissances et incertitudes des médecins généralistes sur la vasectomie**

Des médecins généralistes expliquaient que la méthode était connue des praticiens même s'ils ne l'abordaient pas en consultation (E3, E13).

Pourtant certains d'entre eux parlaient de leurs interrogations sur cette méthode. Un praticien racontait qu'il avait profité qu'une de ses connaissances ait pratiqué une vasectomie pour lui demander des informations car il ne connaissait pas bien la méthode (E2).

Les questions des professionnels sur la contraception définitive masculine concernaient **sa réversibilité** et **la moyenne d'âge des patients** qui y ont recours au Canada, **le vécu** des patients opérés (E2), et **l'existence de troubles de la sexualité à long terme** (E9) :

« *Niveau inconfort et sexualité je n'ai pas réussi à retrouver des documents là-dessus pour savoir s'il y avait une répercussion à long terme chez l'homme. »* (E9)

Un répondant expliquait que tous les médecins généralistes connaissaient au moins l'existence du délai de réflexion (E8). Il durait 2 mois pour E11, 3 mois pour E1, E10, E14, « *3 mois ou 1 mois* » pour E3. Un praticien hésitait mais évoquait une durée « non négligeable » :

« *Un délai de réflexion qui n'est pas négligeable [...] 8 jours de réflexion... Ha je crois même 3 mois de réflexion* » (E2)

Il durait bien 4 mois pour E4, E5, E6, E7, E9, E14, mais 6 mois pour E13.

Deux médecins précisait que le délai démarrait de la consultation avec le spécialiste, et non de la leur (E5 et E8). Mais pour une autre personne interrogée (E14), l'urologue pouvait tenir compte de la date du courrier du médecin généraliste pour estimer le début du délai de réflexion du patient.

Un praticien avait **des doutes sur la nécessité de l'accord de la conjointe** avant une vasectomie, ainsi que sur **l'existence d'un âge seuil** :

« *Il n'y a pas forcément l'âge de 40 ans, je ne suis pas sûr [...] peut être pour la ligature des trompes* » (E7)

La cryoconservation du sperme était possible avant la vasectomie pour E6 et E7, au frais du patient (E7).

Deux médecins évoquaient spontanément les autres méthodes contraceptives masculines, le slip chauffant (E7, E9), et l'hormonothérapie (E7) :

« Je m'étais un peu renseigné [...] Il existe en théorie 3 méthodes contraceptives masculines [...] surtout la vasectomie qui est validée. Mais il y a également, il y a 2 médecins français qui proposent, alors de un, c'est le slip chauffant, c'est particulier. Et puis l'autre c'est vraiment une hormonothérapie » (E7)

Dans 4 entretiens, les médecins expliquaient que la vasectomie était un sujet de discussion dans leur cercle privé (E2, E5, E9, E10). Dans la sphère professionnelle, une personne en discutait souvent entre collègues (E2), contrairement à un autre médecin qui trouvait que la vasectomie n'était pas assez abordée dans la profession :

« On n'a jamais fait d'échange de pratique là-dessus [...] Non on n'a jamais échangé. » (E9)

4.2.2. Peu d'informations délivrées sur la vasectomie parmi les différents modes de contraception présentés

Parallèlement à quelques notions qui restaient floues pour certains médecins, notamment sur le cadre légal de la vasectomie, d'autres points étaient susceptibles d'expliquer le manque d'informations disponibles pour les patients en consultation. Un des médecins interrogés remarquait que la vasectomie était quasiment absente des supports d'information qu'ils utilisaient pour parler de contraception en consultation (E8) :

« Alors il y a un micro encart « vasectomie » mais il est anodin » (E8)

La majorité des personnes interrogées expliquaient qu'à l'oral non plus ils ne délivreraient pas d'éléments sur ce sujet (E1, E3, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14), et que « peut-être » que le médecin généraliste « ne propose pas suffisamment aux hommes » selon (E11).

Un médecin justifiait cela par le fait que ce n'était pas dans les habitudes des médecins généralistes d'évoquer une contraception masculine à une femme qui consulte :

« On a déjà plein de chose à penser, alors penser à en parler quand le conjoint n'est pas là... » (E5)

Un autre praticien comparait le faible recours de la vasectomie à la faible utilisation de l'implant et du dispositif intra-utérin des jeunes femmes en France :

« On voyait la même chose sur... Sur les stérilets qui étaient utilisées chez la jeune femme nullipare de façon assez importante aux Etats Unis, au Canada et qui n'était pas utilisé en France quoi... » (E14)

Une personne interrogée avait eu écho que les gynécologues non plus n'abordaient pas la vasectomie en consultation :

« J'ai des amies suivies par des gynéco, on ne leur a jamais parlé de la vasectomie pour Monsieur. Moi ça me choque. » (E3)

Selon les médecins, un autre facteur qui restreignait la diffusion de l'existence de la vasectomie était l'exigence de certaines conditions par les professionnels. Leurs patients devaient avoir un certain **âge** (qui n'est pas précisé) et devaient être **parents**. Ces critères étaient **pourtant absents de la loi encadrant les contraceptions définitives** (E8, E9, E14) :

« On est quand même limiter par le fait de l'âge, et euh.. Je trouve. L'âge ou l'absence d'enfant. Et qui quand même est un frein très clair à ce que les spécialistes acceptent cette contraception définitive. » (E8)

Un praticien avait évoqué que le choix personnel de la patiente au sujet de sa contraception était minoritaire :

« Le choix de la patiente, c'est tout nouveau, c'est ultra minoritaire » « une part attribuable aux médecins qui sont habitués à cadrer la contraception » (E4)

4.2.3. Réflexion du médecin généraliste sur la contraception définitive masculine

Certains médecins expliquaient pourquoi ils ne proposaient pas spontanément la vasectomie à leurs patients, **notamment à cause du risque de modification du schéma familial après l'opération** (E2, E6) :

« *Même de rien s'il y a un divorce c'est dommage d'envisager une vasectomie en fonction de l'âge, c'est un peu contraignant* » « *A quelqu'un de 40 ans je ne lui proposerai pas spontanément* » (E6)

Pour l'un d'eux, le sujet de la contraception définitive masculine « *Ce n'est pas quelque chose qu'on propose comme ça, facilement* » (E6). Il envisageait de proposer cette méthode selon des conditions « *pourquoi pas 40-45 ans, déjà 3-4 enfants, que leur couple se passe bien et qu'ils l'envisagent* ». Ce n'était pas la même impression pour E13 qui expliquait que pour lui la vasectomie « *[...] Ce n'est pas compliqué à aborder* ».

Un autre praticien interrogé expliquait que son avis personnel ne devait pas l'empêcher de proposer cette méthode à ses patients :

« *Ce n'est pas mon rôle de trancher, c'est au patient. Mais c'est vrai que ça peut faire peur les moyens de contraceptions définitifs.* » « *Je ne suis pas forcément pour les contraceptions définitives parce que la vie fait qu'on peut pour plein de raisons [...] mais j'en parle évidemment.* » (E10)

La plupart des médecins généralistes ont évoqué le fait que la contraception définitive masculine était peu abordée au cours de leur formation. Malgré cela, certains praticiens estimaient connaître suffisamment les principes de la méthode. Parfois ils avaient quand même des questionnements, par exemple sur la réversibilité de la vasectomie, la moyenne d'âge et le vécu des patients qui ont pratiqué le geste, ainsi que sur de possibles séquelles au long terme. Au niveau du cadre légal, ils jugeaient leurs connaissances mauvaises. Un des médecins interrogés se questionnait sur l'existence d'un âge minimal et la nécessité de l'accord de la conjointe pour qu'un homme pratique une vasectomie. Ils connaissaient tous l'existence d'un délai de réflexion et près de la moitié connaissaient sa durée de 4 mois.

Les personnes interrogées expliquaient que la vasectomie était absente des supports d'information écrits sur la contraception, et ils ne pensaient pas à en parler à l'oral. Les contraceptions peu utilisées en pratique courante étaient peu relayées en consultation. Parfois c'était parce que l'abord de la contraception définitive avec les hommes était « délicat », à cause du risque qu'ils regrettent leur décision plus tard. Les freins à la pratique des contraceptions définitives venaient aussi de barrages de certains médecins généralistes, gynécologues ou urologues qui refusaient la demande de leur patient(e) en fonction de l'âge ou du statut parental de leur patient(e). Ces critères étaient pourtant absents de la loi.

L'information claire et complète sur les méthodes contraceptives disponibles ne semblait pas systématique et pouvait donc limiter le choix de la ou du patient(e).

5. Pourquoi si peu de vasectomie en France ?

5.1. Méconnaissances de la vasectomie en population générale

La majorité des médecins interrogés estimaient que la méthode était peu connue en France (E1, E2, E5, E6, E9, E10, E12) et cela limitait sa faible pratique (E1, E14) :

« Les hommes ne sont pas bien informés non plus, et je pense que les femmes non plus.

Donc personne n'est vraiment bien informé et sensibilisé à cette possibilité » (E12)

Elle avait besoin de « *démystification* » (E3) car elle était parfois confondue avec la chirurgie de la prostate (E4) ou victime d'idées fausses sur des troubles de l'érection ou de la vie sexuelle au décours (E3, E11) :

« Peut-être que les hommes en France le connaissent moins, parfois ont un a priori aussi, ne connaissent pas vraiment ce que c'est et ont peur de perdre leur virilité ou de perdre leurs érections » (E11)

Selon les personnes interrogées, la loi qui légalisait la vasectomie n'était pas non plus connue de la population générale (E1, E2, E11). Pour E8, les patients ne connaissaient pas toujours l'existence d'un délai de réflexion et étaient parfois « *surpris qu'il faille encore attendre* » (E8). D'autres médecins affirmaient qu'au contraire la méthode était connue par la population générale mais qu'elle n'était pas envisagée par les hommes :

« Je pense qu'elle est connue quand même... Mais que les hommes sont quand même très réticents. » (E13)

5.2. Impact des différentes cultures

- **La différence de culture** justifiait la différence de pratique de la vasectomie entre les pays pour quasiment tous les médecins interrogés (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14)

Ils expliquaient que la contraception était un **domaine féminin** dans les **populations latines comme en France** (E7, E8, E10, E12) :

« *C'est beaucoup plus ancré dans la culture anglosaxonne que dans la culture française [...]* »

On est latin, et la contraception est vraiment dédiée à la femme » (E10)

« *Après c'est culturel probablement. Et puis, on est peut-être un peu plus « macho » je dirai entre guillemets que les canadiens »* (E12)

La vasectomie portait atteinte à **l'image de l'homme** (E14), le « *rapport au corps* » (E8) était différent en France. Les praticiens expliquaient que leurs confrères anglosaxons avaient une culture plutôt « *judéo chrétienne* » (E13) et une Histoire différente (E4, E13). Cela pouvait modifier leur vision de la contraception définitive masculine :

« *Les pays anglo-saxons n'ont pas la même histoire, pas la même médecine non plus.* » (E4)

Un des médecins expliquait que la culture du professionnel de santé avait un impact sur sa pratique :

« *Le médecin est aussi dans sa culture, donc quelque part il ressemble à la majorité des gens qui l'entourent, donc peut être considéré que c'est une méthode trop violente entre guillemets.*

» (E7)

La différence de formation médicale dans les pays expliquait les différences de pratiques (E1, E7, E8, E12) :

« *Je pense qu'il y a la formation des professionnels de santé [...] On n'a pas de formation dessus.* » (E12)

Le fait de ne pas recevoir des demandes concernant la vasectomie entretenaient la méconnaissance des médecins sur ce sujet en France (E4, E5) :

« *La vasectomie, comme on ne le pratique pas au quotidien, on oublie d'en parler* » (E5)

Un médecin soulignait que les professionnels de santé en général, et pas seulement les médecins généralistes, n'abordaient quasiment pas la vasectomie en consultation :

« Les femmes vont voir leurs sage-femmes, leurs gynécos, je ne suis pas sûre qu'on en parle beaucoup dans ces consultations-là » (E5)

Les formations continues étaient choisies par les praticiens selon leurs souhaits, donc cela pouvait aussi expliquer l'hétérogénéité des connaissances des pratiques (E5).

Un médecin soulignait les risques des formations concernant le sujet de la contraception et de sa prescription car elles sont liées à l'industrie du médicament et source de « *conflits d'intérêts* » (E4). Le manque de temps et de disponibilité des médecins les limitait aussi à prendre de temps de se former (E2).

- L'information sur les méthodes contraceptives était présentée de façon différente selon les pays

Le système d'information sur le panel contraceptif variait selon les pays pour E4, en France la contraception n'était pas considérée comme « *un sujet à part entière* » (E4), contrairement aux pays anglosaxons (E4, E5) :

« Peut-être que justement que c'est un système de diffusion de l'information, ou en sortie de maternité » (E5)

L'accès à l'information sur la contraception et la qualité de son suivi n'étaient pas toujours fluides et homogènes pour les patientes :

« L'accès n'est pas aussi fléché que ça, dans le sens où, tout le peut le faire, mais qui le fait bien, ce n'est pas très clair. » (E4)

- La différence était sociétale pour E14

- Les systèmes de santé et notamment le remboursement ou non des soins faisait partie des raisons pour laquelle la contraception définitive masculine était plus pratiquée dans certains pays par rapport à la France pour E2.

5.3. L'irréversibilité de la méthode

Pour 2 médecins interrogés (E6, E7), le caractère définitif de la méthode limitait l'abord de la pratique en consultation :

« La contraception proposée chez les hommes actuellement de ce type-là est définitive. [...] »

« Je pense que c'est surtout ça le plus gros frein. » (E6)

Pour E7, les hommes seraient plus motivés à utiliser un mode de contraception masculin s'il était réversible. Les praticiens expliquaient que même s'ils parlaient de l'irréversibilité de la méthode avant l'opération, il pouvait arriver que la personne regrette au décours. Le nouveau projet familial était alors à haut risque d'échec (E2, E7) :

« Pour la ligature des trompes on a eu cette problématique sur les reprises [...] On se dit

« Mince, pour un homme c'est foutu alors » (E2)

Pour E7, c'était aussi le caractère « *invasif* » et « *sur les parties génitales* » des hommes qui les « *bloquent* » sur les organes génitaux externes de l'homme qui freinait sa pratique.

Parallèlement aux freins que les médecins interrogés évoquaient, ils rapportaient aussi que les retours positifs que leurs patients ayant pratiqué une vasectomie leur avaient transmis (E2, E5, E8 et E13). Certains patients leurs disaient être « *soulagés* » grâce à cette méthode contraceptive définitive, et aucun d'eux « *n'a regretté son choix* » (E8) :

« Ils sont plus serein vis-à-vis du risque de grossesse » (E8)

Une personne interrogée rapportait cependant le vécu opposé de 2 personnes de son entourage personnel qui avaient pratiqué une vasectomie (E2). Une d'entre elles avait été « *un peu*

traumatisé psychologiquement », mais il ne pouvait pas développer plus d'explication. La seconde connaissance au contraire avait été satisfaite : « *il est plutôt content* ».

Les évènements qui ont eu lieu au décours de la chirurgie et transmis aux médecins étaient une surinfection locale d'évolution simple (E6), de façon plus importante, une grossesse. Celle-ci était arrivée pendant le délai d'inefficacité après le geste, avant l'obtention de l'azoospermie : « *J'ai eu un « gag », entre guillemets [...]. J'ai eu une patiente qui est tombée enceinte... [...]*

elle a été obligée de faire un avortement cette dame » (E10)

D'après la moitié des médecins interrogés, la méconnaissance de la vasectomie et de son cadre légal en France expliquait son faible recours. Ils étaient nombreux à évoquer que la vasectomie était soit ignorée soit mal connue de la population. Elle était parfois confondue avec la chirurgie de la prostate, assimilée à une castration ou influencée par des idées erronées (troubles de la libido ou de la sexualité par exemple). Les autres freins à sa pratique étaient la culture latine de la France où les femmes gèrent majoritairement seule la contraception du couple, et le caractère chirurgical et irréversible de la vasectomie. De cultures différentes, les praticiens étaient aussi formés d'une autre manière.

Ils soulignaient aussi le contraste entre les nombreux freins de cette contraception définitive et les retours positifs transmis par des hommes vasectomisés. Souvent encouragés par une personne de leur entourage, des patients parlaient parfois de « *soulagement* » après la vasectomie. Un homme aurait été « *traumatisé* » du geste mais sans plus de précision. La bonne compréhension du principe de la vasectomie était donc primordiale, tant pour éviter les regrets que pour éviter les grossesses non attendues.

6. Comment améliorer l'information sur la vasectomie ?

6.1. Améliorer la formation des médecins sur le sujet de la contraception

Un des médecins interrogés avait connu la vasectomie par un stage d'urologie pendant l'externat (E9). Pour d'autres médecins, l'internat était adapté pour aborder la contraception définitive masculine, au cours des stages de médecine générale et de gynécologie (E1, E3, E6, E8) :

« Profiter de ses stages en médecine générale [...] Se forcer à évoquer le sujet parce que ce n'est pas toujours évident » (E8)

Après le 3^{ème} cycle des études médicales, les professionnels de santé évoquaient l'importance de continuer à s'informer au cours de leur pratique, notamment sur les méthodes contraceptives (E2, E3, E8, E11) :

« C'est à nous aussi de nous informer, d'aller voir, de chercher, de se renseigner... Voilà »
(E11)

Les moyens de formation pouvaient s'associer parmi :

- Les échanges entre collègues gynécologues et médecins généralistes (E9)
- La participation à des formations pratiques (E1, E3, E8, E11)

« Faire plus d'ateliers, ou plus de formation quand on propose des FMC sur la contraception »
(E1)

- L'entretien de la pratique dans l'exercice pour consolider ses compétences

« L'anneau, le patch tout ça il faut s'auto former, c'est avec la pratique » (E3)

Le médecin qui exerçait en centre de planification expliquaient que son exercice mixte l'a aidait à être bien formé sur le sujet de la contraception (E4).

- Le diplôme universitaire de gynécologie : son apport de compétences autour de la contraception était vu différemment selon les 2 médecins l'ayant reçu. Il avait été utile pour aborder le sujet en consultation pour E9, mais ce n'était pas le cas pour E4 :

« J'ai fait un DU de gynéco qui complète, encore qu'il n'y avait pas énormément de contraception dedans. J'avais 1 ou 2 cours, voilà, pas énorme » (E4)

La documentation personnelle était un moyen de formation utilisée par plusieurs médecins (E4, E5, E7, E11)

« C'est plutôt des documentations, la biblio personnelle » (E4)

Trois personnes interrogées souhaitaient être mieux formées sur l'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale pour savoir « quand évoquer » (E6) le sujet (E2, E6, E7) :

« Est-ce que j'aborde ça à une jeune femme, ou plutôt à partir de 35 ans ou une femme qui fume » (E2)

6.2. **Modifier les pratiques des professionnels de santé**

Plusieurs médecins interrogés ont souligné qu'ils avaient un rôle important à jouer dans l'information des patients et patientes sur la vasectomie (E1, E6, E9). C'était d'ailleurs le rôle des « professionnels de santé en général » (E12), incluant les gynécologues, les urologues (E1), et les sage-femmes (E3, E5). Les urologues pouvaient aussi informer les patients qu'ils suivaient pour des problèmes de prostate (E11).

L'objectif était de lutter contre les idées reçues et la méconnaissance de la vasectomie :

« Bha à nous d'en parler, de faire un travail de vulgarisation et de dédramatisation du truc. » (E9)

- Informer à l'oral, à l'écrit, ou en adressant au spécialiste

Pour les médecins, la première étape pour davantage informer les patients était d'évoquer le sujet en consultation (E1, E7, E11). Deux médecins évoquaient que même s'ils ne

connaissaient pas précisément la méthode de la vasectomie, ils pouvaient adresser le patient vers un spécialiste pour qu'il le renseigne davantage (E2, E11).

Des outils d'information en consultation, papier ou informatique, pouvaient être utiles pour E12 mais pas pour E1 qui ne souhaitait pas multiplier les supports.

- Profiter d'un renouvellement de contraception, ou du post partum pour aborder le sujet

Plusieurs occasions étaient évoquées pour discuter de la vasectomie avec les patients et les patientes : les consultations du post partum (E4 et E7), ou un renouvellement de contraception (E2 et E7).

Un des praticiens avait l'habitude de parler de la vasectomie en dernier recours, et proposait donc de modifier sa pratique en l'évoquant en même temps que la contraception définitive féminine (E1).

6.3. Discuter de la contraception et du couple

- En consultation : Les professionnels de santé expliquait qu'ils avaient un rôle à jouer pour impliquer le couple et non plus seulement la femme, au sujet de la contraception (E2, E8, E9, E11, E14) :

« C'est à nous aussi, le corps médical, de revoir nos pratiques et notre mode de conception de la contraception justement. Qu'elle doit être du couple. » (E8)

Les médecins devaient évoquer le partage de la responsabilité contraceptive avec la patiente (E11, E14) :

« Est ce que c'est le discours qui doit changer, même par rapport aux femmes, en disant mais la contraception vous n'êtes pas les seules à la porter quoi. Hein... Donc peut-être. »

(E14)

Pour la vasectomie par exemple, comme les femmes consultaient « *plus régulièrement dans le cadre de leur vie sexuelle* » (E5), elles pouvaient être « *la personne qui déclenche ce processus-là* » (en parlant de l'implication du couple dans la contraception) (E10). Les médecins leur proposeraient de venir consulter à 2 s'ils étaient intéressés (E1, E4, E5, E7, E10) :

« *"Discutez-en avec votre mari, et puis si vous voulez vous pouvez venir à 2 la prochaine fois"* » (E7)

Cela pouvait être une étape intermédiaire pour informer les hommes sur une contraception masculine comme la vasectomie. Consulter en couple permettait aussi d'améliorer leurs connaissances sur la contraception en général :

« *Qu'il [l'homme du couple] ait un peu une idée de ce que c'est quoi [la contraception]* »
(E9)

- En population générale : Aborder le thème de la contraception en couple ne se limitait pas au cabinet médical car cela faisait partie des modifications plus larges des mentalités sur la responsabilité contraceptive :

« ***Il faudrait une prise de conscience que la contraception c'est quand même le plus souvent un phénomène de couple en fait*** » (E14)

L'implication de l'homme dans le domaine de la contraception était considérée comme un tournant dans les façons de penser, « *un gros cap culturel* » pour E1. Certains médecins pensaient que les hommes n'étaient « *pas prêts* » à aborder les questions de contraception masculine en consultation (E1), surtout concernant la vasectomie pour E4 et E7. Un autre médecin était plus optimiste, il y avait « *un grand levier, des grandes possibilités de faire mieux* » (E3).

Deux personnes expliquaient qu'il fallait impliquer les filles et les garçons dans les questions de contraception (E2) dès l'adolescence (E14) :

« Ce qui se fait un petit peu quand on parle de préservatif, mais on voit très très vite que les femmes qui s'en emparent » (E14)

6.4. Améliorer la diffusion de l'information à la population générale

Diffuser l'information sur la vasectomie pouvait permettre de rassurer la population sur cette méthode mal connue, cela pouvait peut-être participer à étendre sa pratique :

« Ça reste anecdotique. Plus c'est répandu et plus ça rassure » (E3)

Les objectifs cités par les médecins étaient d'élargir l'information à la population générale (E1).

Il fallait un moyen de permettre d'**engager la discussion sur la vasectomie aux couples à domicile**, puis de consulter leur médecin s'ils étaient intéressés. Effectivement selon E8, les patients ne refusaient pas systématiquement d'être informé en consultation mais ils s'étaient « rarement posé la question pour eux même » :

« Quand on évoque le sujet c'est « Ha bah oui c'est vrai » » (E8)

Il fallait aussi **lutter contre les idées fausses sur la contraception définitive** masculine (E3, E7, E9) :

« Qu'il faudrait dédramatiser le fait qu'on touche... à cet endroit-là [Rires]... Il y a un énorme tabou hein. C'est sûr. » (E9)

Pour cela, les personnes interrogées proposaient plusieurs méthodes :

- Une **campagne médiatique** (E1, E2, E3, E9, E12, E13)

« Peut-être le rôle effectivement des médias » « Dr CYMES, il explique bien les choses » (E2)

Un des médecins citait l'exemple de campagne de prévention de santé publique humoristique diffusée au Canada pour mieux marquer les esprits :

« Ils avaient fait un spot sur le dépistage du cancer du testicule. C'était très intéressant oui, humoristique et bien fait. » (E13)

Des reportages avec des témoignages d'hommes ayant pratiqué une vasectomie pourrait aussi permettre de mieux connaître leur vécu :

« *On n'en entend jamais parler au grand public, qu'il faut que ça vienne par des reportages, des gens qui acceptent de dire.* » (E3)

Mais l'impact des campagnes médiatiques était différent selon les médecins interrogés :

« *On ne va pas faire de spots publicitaires par rapport à ça, ça n'aurait pas de sens* » (E14)

- Des **campagnes de l'Assurance Maladie, de la Haute Autorité de Santé** (E12) ou les pouvoirs publics (E5) pouvaient proposer des mesures pour informer la population sur la vasectomie :

« *Par des informations grand public aussi [...] peut être le rôle de nos tutelles, peut-être de la HAS, de la sécu, peut être des autorités de santé en général* » (E12)

- Des **flyers disponibles sur le bureau** du médecin pouvaient être utiles (E11)

- **L'affichage en salle d'attente** divisait les personnes interrogées : la majorité les trouvait utile pour informer les patient(e)s (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E12, E13)

« *C'est clair que l'affiche en salle d'attente ça entame plein de démarche, des fois sur des choses qu'on pense moins aussi.* » (E5)

Les points positifs étaient « *de créer le dialogue* » (E9), et de pouvoir « *peut-être toucher plus de gens qui n'osent pas en parler* » (E9).

Pour la vasectomie, un praticien proposait même de mettre ce genre d'information dans les toilettes des hommes pour qu'ils puissent se permettre de lire l'affiche sans se sentir jugé :

« *Et je vous avoue que je la mettrai bien à l'intérieur des toilettes messieurs. Parce que comme ça ils peuvent regarder. Si vous voulez, il n'y a pas le regard des autres...* » (E8)

Mais ce médecin soulignait qu'il fallait d'abord que la vasectomie soit rajoutée sur les affiches actuelles traitant de contraception car seules les contraceptions féminines sont clairement notées (E8).

Deux médecins étaient d'accord pour mettre une affiche sur la vasectomie dans sa salle d'attente, mais E12 souhaitait être d'abord mieux informé sur le sujet :

« *à condition qu'à côté de ça on ait des éléments nouveaux aussi de réponses* » (E12)

Et E9 était d'accord, bien que selon lui ce n'était pas le meilleur moyen de communiquer sur le sujet :

« *Pour créer le dialogue, ho oui oui on accepterait. Le truc des affiches c'est qu'il y a des affiches pour tout quoi. C'est souvent noyé dans la masse. La question c'est comment suscité le débat en fait.* » (E9)

Deux médecins évoquaient **l'impact des affiches pendant la pandémie de Covid 19**. Pour E5, le retrait des magazines des salles d'attente avait permis à ce que l'affiche puisse rejouer son rôle d'information. C'était le contraire pour E14, le non-respect des consignes sanitaires affichées aux entrées des cabinets confirmait qu'elles n'étaient pas lues. Cinq praticiens pointaient l'accumulation et la perte d'information des affiches (E2, E3, E10, E11, E14) car « *Dans la salle d'attente, trop de message tue le message* » comme disait E3.

L'association de plusieurs types de messages d'information semble donc être nécessaire pour pouvoir informer, porter les connaissances sur le thème de la contraception et donc sur la vasectomie au plus grand nombre de personnes possible.

Pour améliorer les connaissances de la population sur la vasectomie, les médecins évoquaient la nécessité de mieux informer les patient(e)s sur la contraception en général. Ils ont proposé plusieurs axes pour y parvenir : approfondir la formation des médecins sur la contraception, notamment sur des méthodes moins utilisées, et de modifier les pratiques des professionnels de santé en informant les couples et plus seulement la femme seule en matière de contraception. Concernant la formation, les médecins proposaient

de plus discuter de la vasectomie pendant l'internat et lors des formations médicales continues. Les médecins semblaient motiver à des formations pratiques en matière de contraception sous forme d'ateliers, ou à apprendre quand et comment évoquer la vasectomie en consultation. Un des freins des formations sur ce thème était l'existence de conflit d'intérêt dans le monde des médicaments. Les formations médicales continues, les échanges entre professionnels et les recherches bibliographiques étaient souvent associées. Pour améliorer de façon plus large les connaissances de la population générale sur les contraceptions, il semblait important de ne plus cibler seulement les femmes. Il fallait informer « *les garçons et les filles dès l'adolescence* » et parler de contraception « *avec les couples* » en consultation. Trois médecins ont évoqué que l'implication de l'homme dans ce domaine demandaient des bouleversements dans les mentalités, c'était un « *grand cap* ».

Pour sensibiliser la population sur la contraception et sur la vasectomie, les campagnes médiatiques de santé publique pouvait permettre de diffuser des informations de façon plus large. Huit médecins acceptaient de mettre une affiche en salle d'attente sur la vasectomie pour créer le dialogue. Les cinq autres médecins pensaient que l'affiche était inutile. Ils insistaient sur les informations délivrées par les professionnels de santé, et/ou les campagnes médiatiques.

Il semblait alors utile qu'il y ait diverses sources d'information pour former les médecins et pour informer la population sur la vasectomie.

DISCUSSION

1. Les forces de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale qui s'était intéressée à l'abord de la vasectomie par les médecins généralistes. Les thèmes de la contraception et du couple, et de la contraception masculine étaient des sujets de plus en plus étudiés dans la littérature.

L'échantillon a pu être hétérogène ce qui a permis d'étudier des profils de médecins généralistes différents, et recueillir ainsi des représentations et opinions différentes.

Il n'était pas prévu initialement qu'il y ait autant d'entretiens en distanciel mais les échanges ont dû être adaptés à la situation sanitaire. Cette méthode a finalement pu permettre l'accès à certains praticiens en termes de disponibilité (des horaires plus souples par exemple). La méthode qualitative et en plus en distanciel, a pu permettre l'expression plus libre des personnes sur leur pratique, sur leurs représentations de la contraception et donc les échanges étaient plus fluides. L'expression des médecins, leurs rires, leurs silences apportaient des informations sur le thème telles qu'elles étaient vécues par le praticien. Elles ont été retranscrites le plus possible dans les entretiens par des « didascalies ».

Le double codage et la triangulation des données permettaient de s'assurer d'une analyse de qualité.

La construction du guide d'entretien évoluait de façon dynamique au fil des entretiens, en laissant la personne interrogée libre de parler des sujets qui lui semblait importants. Les thèmes balayés ont été larges et différents selon les médecins, les échanges étaient très enrichissants.

La saturation des données a été recherchée, et a été confirmée par trois entretiens supplémentaires.

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ, ce qui permettait de s'assurer de la validité interne de l'étude.

2. Les limites de l'étude

Comme dans toute étude qualitative, il existait un biais de sélection. Pour avoir un maximum de représentations de personnes interrogées, les critères de variabilité maximale ont été recherchés.

Les praticiens qui ont accepté de répondre aux questions étaient susceptibles d'être plus intéressés par le sujet, il y avait donc un biais de désirabilité. Leurs connaissances et leurs motivations à modifier leurs pratiques pouvaient être plus importantes et pouvaient modifier les résultats.

Le chercheur était novice, il s'agissait de sa première étude qualitative. La qualité du recueil des données lors de l'entretien pouvait être limitée.

Le biais d'interprétation éventuel a cherché à être limité par le double codage et la triangulation des données. Certaines notions survolées par les personnes interrogées n'ont pas cherché à être approfondies pour laisser les médecins s'exprimer librement, sans jugement. Cela pouvait laisser des incertitudes sur leurs réelles connaissances par exemple. L'évolution du guide d'entretien au fil des analyses, a permis de diminuer cette limite.

3. Les freins à l'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale évoqués dans d'autres travaux

3.1. Le manque de formation perçu par les professionnels de santé

Pendant longtemps, le domaine de la contraception renvoie d'abord à la gynécologie médicale, spécialité devenue à part entière de 1963 et 1984 et ensuite revenue en 2003 après une pétition de plus d'un million de femmes (17). Compte tenu de l'âge des praticiens, la DREES prévoit en 2002 une baisse du nombre des gynécologues en France. Ces chiffres sont confirmés (selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le taux de gynécologues médicaux diminue de 32% entre 2013 et 2019 (18). Pendant ce temps, les médecins généralistes sont quand même impliqués dans ce domaine avec des missions de dépistages, de suivi de contraception ou de grossesse. Selon l'étude de 2016 « Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire », au niveau national, 56 % des médecins généralistes considèrent que le suivi gynécologique fait partie de leurs missions. Il existe tout de même des différences de pratique selon les régions, par exemple dans les Pays de la Loire ce taux s'élève à 77%. Parallèlement, la démographie médicale des gynécologues au niveau local est aussi variée. (19)

Les sage-femmes sont de plus en plus impliquées dans le domaine de la contraception depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Elles peuvent suivre les patientes en globalité pour leur suivi gynécologique, prescription comprise (20).

Il y a donc eu progressivement une « décentralisation » du suivi gynécologique des femmes vers d'autres professionnels de santé, mais pourtant la formation des médecins généralistes n'a pas été profondément modifiée.

- **Une formation insuffisante sur la contraception pour certains, et insuffisante sur la vasectomie pour tous**

Dans la littérature, l'avis des médecins généralistes sur leur formation en gynécologie est plus négatif qu'auprès des médecins interrogés dans mon travail. La Haute Autorité de Santé soulignait déjà en 2013 (21) leur manque de formation sur les questions de contraception, c'est un sujet qui évolue rapidement et qui demande une actualisation régulière des connaissances. Ces notions sont bien constatées dans divers travaux :

En 2014, Marie Romero dans sa thèse intitulée « *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* » (22) explique que **plus de la moitié des médecins généralistes (52.6%) considèrent qu'ils ne sont pas assez formé en gynécologie** et qu'il s'agit d'un frein majeur à sa bonne pratique. Ces chiffres varient d'une région à une autre. Bien que la formation en gynécologie se soit améliorée depuis la création du Diplôme d'Enseignement Spécialisé de médecine générale, seulement « 53.3% des médecins ayant soutenu leur thèse après 2004 estiment avoir reçu une formation adaptée ou parfaitement adaptée ». Pour les médecins thésés avant 1992, ils sont seulement 41.8% dans ce cas.

Héloïse Guyomard explique dans une revue de la littérature de 2016 que les professionnels qui se sentent bien formés l'ont souvent fait par leurs propres initiatives avec des formations médicales continues. Le manque de pratique est tout de même souligné. Peut-être pour compenser cela, une partie des médecins (6% à 25%) choisie de passer un diplôme universitaire supplémentaire à orientation gynécologique (23).

Concernant la vasectomie, le sujet est encore moins évoqué dans la formation médicale selon Delphine Monfort. Dans sa thèse quantitative en 2013 « *Déterminants expliquant le manque de recommandations de la vasectomie comme moyen de contraception*

chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique », 74% des médecins interrogés disent ne pas avoir été suffisamment informé sur la vasectomie pendant leur cursus, et 17% moyennement informés (24). Il y aurait un bénéfice à mieux former les médecins car ses résultats montrent qu'il existe **un lien statistique entre le fait de proposer la vasectomie plutôt que la contraception définitive féminine et leur niveau d'information sur la vasectomie.**

Cécile Ventola expliquait que le **manque de standardisation de la formation** sur les contraceptions et le **manque d'encadrement** de la pratique biaisaient les informations délivrées aux patientes en consultation. Les représentations des professionnels limitaient les choix possibles de la patiente (25). Ce manque de pratique uniforme explique peut-être ce paradoxe : les médecins généralistes et gynécologues proposent plus souvent la contraception définitive féminine que son versant masculin, tandis que la majorité d'entre eux sait que la méthode est plus efficace, plus sûre et à moindre coût par rapport à la ligature des trompes (26).

Le manque de formation des médecins généralistes n'est pas un problème qu'en France. En comparant avec les médecins d'autres pays, en 2010, une étude américaine évoquait aussi le fait que les médecins généralistes ne maîtrisaient pas toujours les différentes contraceptions par rapport aux gynécologues (par exemple, méconnaissances des DIU comme moyen de contraception d'urgence, ou des contre-indications des contraceptions oestroprogestatives transdermique ou vaginale). Il s'agissait surtout des professionnels de santé dont la formation initiale datait de plusieurs dizaines d'années (27).

En matière de santé de la femme, il existe alors une inégalité dans la formation pratique des médecins généralistes. Ceux qui ont fait des stages en gynécologie ou en planning familial se sentaient aidé pour aborder les questions autour de la contraception (28).

Des efforts ont été initié pour améliorer les connaissances des médecins généralistes en France: **la réforme du 3^{ème} cycle en 2017** a inclus dans la maquette de médecine générale un **stage en santé de la femme et** un stage en pédiatrie pendant la phase d'approfondissement (29). La mise en place de ces programmes dépend des postes accessibles dans chaque subdivision, en fonction des terrains de stage en ambulatoire, ou à défaut à l'hôpital. Actuellement les maquettes de ce type ne sont pas systématiquement réalisables, et le choix persiste parfois entre le stage de gynécologie et celui de pédiatrie (30).

Des travaux pourront être menés auprès des générations d'internes diplômés à l'issue de la réforme de 2017 sur l'évolution de leurs connaissances et de leur pratique en matière de gynécologie, à condition qu'ils aient pu réaliser un stage dans ce domaine.

Ensuite, l'amélioration de la formation des praticiens peut passer par des formations médicales continues régulières et axées sur la pratique. Ce ne sont pas les gestes techniques qui semblent nécessaires, mais plutôt les mises en situation de problématiques autour des questions de contraception, ou l'abord de méthodes peu courante (comme les méthodes masculines et/ou définitives) (31) (23).

- Méconnaissances du cadre légal de la vasectomie

Les médecins généralistes disent ne pas bien connaître la loi qui encadre cette méthode. Dans mon travail, quasiment toutes les réponses concernant le délai de réflexion étaient accompagnées d'incertitude « *je pense qu'il doit y avoir [...]* », « *je crois* », « *qui doit être de 3 mois, ou 1 mois* », « *Je ne sais pas si c'est encore ça* ». Tous les médecins savaient qu'il existait un délai de réflexion ce qui est un critère majeur, mais seulement 6 médecins sur 14

savaient le délai exact (soit 42.8%). Seulement 4 médecins étaient déjà installés avant que la loi n'apparaisse en 2001. Nous aurions pu imaginer que la diffusion de nouvelles informations sur la vasectomie en 2001 ait pu entraîner des changements, mais **l'apparition de cette loi n'a pas semblé impacter ni les pratiques ni les connaissances sur cette méthode.** La méconnaissance du cadre légal de la vasectomie a été aussi constatée en 2014 par Marie Romero. Son travail quantitatif de grande ampleur regroupe plus de 2300 réponses et retrouve une moins bonne connaissance du délai de réflexion : à peine un tiers (32.2%) d'entre eux connaît sa durée de 4 mois. Le critère le plus cité pour recommander une vasectomie est l'âge (59%), et **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 (22).

En 2016, Claire Morinière dans son mémoire « *Contraception définitive : connaissances et pratiques des praticiens extrahospitaliers en Maine et Loire* », a interrogé 188 personnes et les chiffres étaient meilleurs (40,7% déclaraient connaître la loi de 2001, 69% connaître le délai de réflexion de 4 mois). L'échantillon hétérogène composé de 145 médecins généralistes, 37 sage-femmes, 6 gynécologues peut en partie expliquer cela. Seulement 27% connaissaient les 3 critères principaux de cette loi (être majeur, le consentement du patient et le délai de réflexion de 4 mois).

Cette méconnaissance du cadre légal peut expliquer en partie la crainte des professionnels de santé sur des répercussions médicolégales en cas de regret du ou de la patient(e) (32) (33).

Les travaux étudiés retrouvent des résultats plus sévères que ceux de mon étude sur l'avis des médecins à propos de leur formation sur la contraception qui selon eux est insuffisante. Sur la vasectomie aussi les médecins généralistes évoquent très majoritairement qu'ils n'ont pas été suffisamment formé. Sur le plan médicolégal plusieurs études retrouvent des incertitudes parmi leurs connaissances, par exemple sur l'âge à partir duquel une vasectomie est légale (22).

Pourtant, le médecin généraliste est le premier recours de la population en matière de santé. Ses compétences dans ce domaine sont donc primordiales pour expliquer au mieux le panel de méthodes contraceptives en consultation, à sa patientèle qui est diversifiée (10). Pour les futurs médecins, des évolutions ont commencé pour améliorer leurs connaissances dès l'internat, notamment en matière de contraception, en incluant un stage sur la « santé de la femme » dans leur maquette. Ensuite, les formations médicales continues semblent importantes tout au long de la vie professionnelle. Pour améliorer l'information sur la vasectomie notamment, il serait intéressant de promouvoir des formations inter professionnelles sur le sujet, avec des intervenants spécialistes et médecins généralistes qui côtoient régulièrement ce thème pour favoriser les échanges de pratiques.

3.2. Le manque de recommandations des sociétés savantes

En 2016, Alexandre Hourie dans son travail « *Evaluation des pratiques et impact médico-économique de la vasectomie. Expérience monocentrique française.* » remarque l'absence de recommandations de l'Association Française d'Urologie destinés aux urologues sur la vasectomie. L'absence de standardisation de la méthode entretient sa faible pratique et suggère un faible intérêt des professionnels (32). La méthode conventionnelle est plus souvent

pratiquée, pourtant c'est la technique avec une incision unique, « *vasectomie sans scalpel* », qui engendre le moins de complications post opératoire (moins d'hématome, d'infection, de douleur post chirurgicale). Elle permet d'utiliser moins de matériel et la chirurgie est plus courte. Comme pour tout geste opératoire, pour être de qualité la vasectomie nécessite que l'apprentissage soit suffisant et que l'exercice soit régulier. Les demandes sont peu fréquentes et limitent probablement le perfectionnement de la pratique (1). Dans certains pays où la pratique est courante, la technique est mieux maîtrisée et plus rapide (32) (34).

Sur le plan financier, l'acte en lui-même coûte aux alentours de 60-65€ seulement (35). Au CHU de Rouen, « chaque vasectomie pratiquée entraînait une perte moyenne de 136,13 euros » pour l'hôpital selon l'étude. Pourtant, l'opération correctement maîtrisée pourrait se faire en consultation sous anesthésie locale (et non par anesthésie générale comme elle est souvent proposée) (32). Cet acte plus court et mieux valorisé pourrait réduire le coût et augmenter l'attractivité pour la méthode. Au long cours c'est aussi une méthode intéressante, c'est la contraception efficace la moins chère (au total 515€, prise en charge à 80% par l'Assurance maladie) quand on la compare avec d'autres moyens contraceptifs :

- la stérilisation féminine est plus longue, présente plus de complications post-opératoires et nécessite plusieurs jours d'hospitalisation, l'acte lui-même est plus rémunéré, il est remboursé à 100%,
- la pilule coûte, en moyenne, 1.50 € par mois pour les 1ères et 2^{ème} générations, remboursée à 65% par l'Assurance Maladie (les autres générations ne sont pas remboursées, les tarifs sont libres),
- le dispositif intra utérin coûte entre 30 et 112€, le remboursement par l'Assurance Maladie est de 65% (36),

L'influence de l'industrie du médicament et le paiement à l'acte peuvent aussi expliquer l'entretien de la médicalisation de la contraception (21), (32),(37), (38), (39).

La vasectomie fait partie des 3 méthodes de contraceptions masculines les plus utilisées (après le préservatif et le retrait). **Les recherches sur les contraceptions masculines ont débuté il y a des dizaines d'années mais elles sont peu connues.** Dans les années 1930-1940, les recherches autour des hormones masculines se sont focalisées sur les troubles de la fertilité et la quête de la virilité de l'homme, dans le contexte de la Seconde Guerre Mondiale. Les premiers essais de contraception hormonale et non hormonale masculine en France datent d'un peu avant 1980 (40).

Les contraceptions féminines ont été plus développées (et leur développement continu encore). Elles ont eu un caractère urgent à une période de lutte contre les avortements dangereux, de maîtrise de la fécondité et de combats féministes.

L'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM) a été créée dans les années 1970, elle rassemble des hommes et femmes souhaitant faire de la contraception un domaine aussi actif au niveau masculin. Les volontaires participent à des études cliniques, diffusent des formations aux professions médicales, informent dans des centres de planning familiaux à propos des contraceptions masculines (41). Mais les études dans ce domaine demandent un engagement financier, de longues périodes d'analyse (due à la durée de la spermatogénèse) (42). Les investisseurs semblent peu entraînés à contribuer à l'évolution des méthodes contraceptives masculines. Cela peut s'expliquer par la concurrence des méthodes féminines disponibles (40) ou le risque de ne pas trouver d'intérêt avec des craintes de représentations négatives à propos des contraceptions masculines (difficulté de gestion des hommes, atteinte à la virilité et autres clichés) (40).

Agathe Granger et Julie Vergonjanne en 2019 ont fait une revue de la littérature sur la contraception masculine, notamment sur les études en cours (comme l'injection intra-déférentielle de RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance), l'essai d'un vaccin à effet transitoire et de nombreuses autres) (43).

Fin 2020, l'Association Française d'Urologie a publié « **Contraception masculine : quelles r(e)volutions ?** » qui synthétise les méthodes contraceptives masculines disponibles et celles en cours de recherche. Deux méthodes peuvent être prescrites actuellement mais sont peu connues par la population et par les médecins. Il s'agit d'une **méthode contraceptive hormonale injectable** utilisant 2 protocoles, soit de la testostérone seule qui exerce un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamohypophysaire, soit une autre molécule freinatrice de cet axe associé à de la testostérone locale à visée supplémentatrice. Les injections sont hebdomadaires ou mensuelles et sont efficaces (indices de Pearl entre 0.8 et 1.4 pour les injections hebdomadaires, et de 1.1 à 2.3 pour celles trimestrielles). Le délai moyen de réversibilité dure en moyenne 3,7 mois, et les hommes déclarent ne pas avoir eu de difficulté à la procréation ensuite (16). La 2^{ème} méthode disponible elle, est parfois connue de façon anecdotique, c'est **la contraception masculine thermique**. Cette méthode a été étudiée dans les années 1980 par Dr Bujan et Mieusset (44). Elle utilise le fait que la spermatogénèse soit inhibée par l'augmentation de la température. L'objectif est donc de placer les testicules à la température corporelle qui est de 37°C, donc entre 2 et 4°C de plus par rapport à la température physiologique du scrotum. Cette méthode non hormonale consiste alors à porter un sous-vêtement qui remonte les testicules vers la paroi abdominale pendant au moins 15h sur 24h. Elle est prescrite au CHU de Toulouse uniquement (car n'a pas été étudiée sur de grands échantillons) (16). Comme pour la vasectomie, ces 2 méthodes nécessitent d'utiliser une autre contraception transitoire jusqu'à l'obtention de moins d'un million de spermatozoïdes par millilitre.

Le manque de diffusion d'informations sur la vasectomie de la part des politiques publiques et des professionnels de santé participe à la faible pratique de cette méthode. L'intérêt des sociétés savantes semblent évoluer dans ce domaine comme

le montre la publication récente de l'Association Française d'Urologie « *Contraception masculine : quelles (r)évolutions ?* ».

Actuellement il y a seulement 3 méthodes de contraceptions masculines utilisées (la vasectomie, le préservatif et le retrait), et 13 méthodes féminines. Les contraceptions masculines thermique et hormonale ne sont quasiment pas pratiquées, elles sont méconnues et ont un risque d'inobservance élevé. Il semble alors important de continuer et d'intensifier les recherches sur les méthodes contraceptives masculines pour que les patients aient plus de choix (41). La motivation de la population pour l'avancée de la recherche dans ce domaine existe et devrait être encore encouragé, parce que le sujet doit être attractif et rentable pour que l'industrie pharmaceutique se mobilise davantage.

3.3. La consultation de contraception : une consultation particulière

3.3.1. Le recours au médecin généraliste pour le suivi gynécologique n'est pas si évident

Il existe une discordance entre les pratiques des médecins généralistes en matière de gynécologie et les connaissances des patientes sur leurs compétences dans ce domaine (23). Marion Plantevin en 2020 constate que les patientes connaissent un peu mieux celles de leur médecin traitant. C'est souvent parce que celui-ci les a informées (53.8%), grâce au bouche-à-oreille (25%) ou par un autre professionnel de santé (19.2%). Cependant le recours au médecin traitant pour d'autres motifs que la contraception (infection génitale haute ou un saignement génital par exemple) sont moins connus, bien que 95% des médecins aient répondu réaliser ces prises en charge (45).

Les patientes consultent en majorité les gynécologues pour leur suivi (entre 72 et 92% par un gynécologue et entre 8 et 23% par le médecin généraliste selon une étude de la littérature) (23). Bien que la diminution du nombre de gynécologues soit connue et effective depuis plusieurs années, les compétences des médecins généralistes en matière de gynécologie ne semblent pas avoir marqué la population.

3.3.2. Une consultation requérant une organisation

a) Les protagonistes

Selon les médecins interrogés dans mon travail et dans les autres travaux étudiés, la prise en charge de la contraception se fait (presque) toujours par la femme.

Depuis la loi de Neurwith en 1967 et l'apparition des méthodes contraceptives médicalisées, le domaine du contrôle des naissances est passé d'une préoccupation intime de couple à un sujet abordé au cabinet médical en **duo médecin-patiente**. Ce thème sera évoqué dans le prochain paragraphe sur les freins socioculturels à l'abord de la vasectomie en consultation. **Mais l'implication de l'homme et du couple semblent devenir plus importantes.** Bien que la majorité des méthodes contraceptives soit féminine, l'implication des hommes ne doit pas être oubliée (46). Ils peuvent participer à la maîtrise de la fécondité avec l'utilisation du préservatif, le retrait, l'abstinence périodique, et aussi avec la contraception définitive masculine (5) (47). Ils peuvent s'impliquer par d'autres façons, en participant à penser à la prise de la pilule par exemple, ou financièrement si la méthode n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie (40). Dans l'étude publiée en 2017 nommée « *USE OF MALE METHODS OF CONTRACEPTION WORLDWIDE* », les auteurs expliquent qu'entre 1994 et 2015, **l'utilisation de la contraception masculine et de la contraception en générale a augmenté**. Cela montre le **bénéfice à impliquer les hommes et les femmes dans ce domaine**. Dans le monde,

25% des moyens de limitations des naissances concerne une méthode masculine seule ou associée à une méthode féminine (48).

Chloé Rostam en 2017 comme Alexane Cottineau en 2019 ont interrogés des hommes dans leurs travaux respectifs. Ils rapportent leurs plaintes sur le manque d'information sur la contraception et le manque de méthodes masculines disponibles. Les personnes interrogées expriment leur souhait de plus d'« égalité homme-femme » dans ce domaine (49) (50). De façon quantitative, Sophie Cuvelier retrouve ces mêmes notions. Elle a récemment enregistré 282 questionnaires d'hommes majeurs. Parmi eux, **93,6% n'étaient pas d'accord avec l'affirmation «la contraception est une affaire de femme »**. Ils affirment être concerné par la contraception de leur couple. La rareté des hommes en consultation de contraception en médecine générale se confirme tout de même, **67% des hommes ne se sont jamais rendus chez un professionnel de santé pour évoquer ce thème** et seulement 17% déclarent y être déjà allé, avec leur partenaire (51) (52).

Dans ces études, les hommes confirment leur intérêt pour participer à une contraception qui serait celle du couple et souhaitent donc plus d'informations sur le sujet. Pour cela les professionnels de santé devraient changer leur pratiques car ils évoquent eux-mêmes le fait qu'ils ne discutent pas spontanément de contraception avec les hommes car ils n'en ont pas l'habitude (53) (54) (52). Cela majore les écarts de connaissances des hommes et des femmes en matière de contraception.

Pourtant la HAS explique que **l'efficacité d'une méthode contraceptive est « étroitement liée au consentement des partenaires »** et que la contraception concerne « les hommes et les femmes ». L'information et l'implication du couple semblent améliorer l'adhérence à la méthode et son efficience (21). Les campagnes de santé publique essaient d'aller dans le sens du partage de la responsabilité contraceptive, par exemple en 2009 l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé lance le slogan « *Faut-il que les hommes tombent*

enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? ». Le site choisirsacacontraception.fr encourage à discuter de contraception avec son entourage, son ou sa partenaire, et avec le professionnel de santé (55).

De nombreux hommes, futurs utilisateurs et/ou médecins sont demandeurs de plus d'informations sur les méthodes de contraception masculines actuelles et plus de choix (56) (53). La contraception est un sujet quasi-inexistant quand ils consultent au cabinet médical, et les informations publiques encore tournées trop souvent vers les femmes. Le médecin généraliste peut jouer un rôle dans l'évolution des modalités en essayant de **réorganiser les modalités des consultations de contraception**, en abordant ces questions avec les hommes, avec les femmes, et en proposant une consultation avec le couple.

Les femmes médecins ne semblent pas avoir de réticence à ces sujets selon une étude française, 96% d'entre elles souhaitent plus d'informations sur les méthodes masculines et 89.7% plus de choix (53).

L'effort pour améliorer les connaissances des hommes en matière de contraception sera utile, car d'après les résultats de l'étude de Delphine Cadiergues, nombreux sont ceux qui méconnaissent leur moyen de contraception. Soixante-deux pourcents des participants ont déclaré connaître « parfaitement » le préservatif mais 57 % répondent qu'il est efficace à 100% (57). Pourtant, l'indice de Pearl du préservatif est entre 2 et 15 (21). Autre exemple, la pilule est perçue comme « parfaitement » et « suffisamment » connue par 46 % et 36 % des hommes respectivement, mais **presque 1 homme sur 5 (19%) pensent que la pilule peut rendre stérile** et 34% ne se prononcent pas. Un tiers (29%) sous estiment les conséquences de l'oubli d'un comprimé sur l'efficacité de la pilule et 90% ne sauraient pas conseiller leur partenaire en cas de vomissement après la prise de pilule (57).

Concernant les méthodes masculines, l'étude de Sophie Cuvelier retrouve que 99.2% des hommes connaissent le préservatif, 42.5% la vasectomie, seulement 7.4% connaissent la contraception masculine thermique. Les hommes de moins de 30 ans connaissent le plus de méthodes contraceptives (51). Les connaissances sont aussi meilleures chez les hommes qui n'ont pas d'enfant (ce qui pourrait faire penser que leurs connaissances sont utiles et efficaces), ou chez ceux qui ont fait des études.

b) Une information complète pour permettre un choix adapté aux utilisateurs

Opter pour un moyen de contraception plutôt qu'un autre nécessite d'être informé et de bien comprendre les différentes méthodes qui existent.

- Première étape : l'information

Pour délivrer des messages importants en consultation, il est nécessaire d'insister sur **une bonne communication médecin- patient(e) ou médecin-couple**. Il arrive que le moyen contraceptif choisi ne soit pas celui que le médecin aurait choisi pour l'individu (par exemple une méthode peu efficace selon l'Indice de Pearl). Dans ce cas, toutes les informations doivent être données et le choix pourra être respecter en l'absence de contre-indication. En présence de celle-ci, la discussion entre les 2 acteurs de la consultation doit encore plus se renforcer afin d'élaborer une décision médicale partagée (58). D'une façon plus générale, qu'il s'agisse de contraception ou d'autres sujets en médecine, l'OMS recommande d'utiliser la méthode BERCER (59) en consultation. Elle prend en compte les différents déterminants nécessaires au choix de la patiente et/ou du couple : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explication et Retour. L'objectif est une bonne compréhension entre les protagonistes pour que le choix du ou de la patient(e) soit le plus mieux pour il/elle/eux.

L'information doit être complète selon la HAS. Elle a publié un livret (réactualisé ensuite en 2019) intitulé « Prescription et conseils aux femmes » destiné aux professionnels de santé.

Elle explique que « La méthode contraceptive doit être **adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle**, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications.

La méthode choisie **peut évoluer au fil de la vie** et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple. » Bien que le titre cible seulement les femmes, il est précisé qu'il s'agit d'un outil pour « **mieux aider les femmes/les hommes** à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie » (9). Le confort et l'observance des patientes sont meilleurs quand elles connaissent la méthode qu'elles utilisent (60).

Concernant la vasectomie, les patient(e)s sont peu informés en consultation. Marie Romero quantifie ce fait dans sa thèse : bien que tous les praticiens considèrent la vasectomie comme un moyen de contraception, seulement 21.1% des médecins évoquent le sujet en premier et 37.1% l'abordent « au même titre que les autres moyens de contraception » (22).

Les patientes vont dans ce sens, elles ont **le sentiment de devoir « chercher l'information ».** D'après la thèse de Noémi Servasier, plusieurs femmes décrivent que le médecin adapte les informations qu'il donne en fonction de la patiente et de son projet, mais elles souhaitent néanmoins être informées de toutes les contraceptions, y compris celles qui sont définitives, pour pouvoir faire leur choix de façon adaptée (61). **Le risque d'ignorer la vasectomie est l'émergence et l'entretien de croyances fausses.** Par exemple, l'assimilation de la vasectomie à la castration est une idée bien trop présente malheureusement et qui reflète la méconnaissance de la méthode (62) (39).

Le médecin doit pouvoir délivrer des informations complètes et adaptées du panel contraceptif qui est à disposition des utilisateurs et utilisatrices, et ceci régulièrement au cours de la période où un moyen de limitation des naissances est souhaité. L'objectif est que les patient(e)s puissent exposer leurs souhaits, leurs questionnements et que leur choix soit le plus confortable possible (63) (64) .

En pratique toutes les informations ne sont pas toujours délivrées et le choix pas toujours laissé à la patiente comme le disait un médecin interrogé :

« *On a des médecins qui depuis bien longtemps sont habitués à cadrer la contraception, en fonction de l'âge, de la situation et tout ça. Le choix de la patiente, c'est tout nouveau, c'est ultra minoritaire encore.* » (E4)

- Deuxième étape : laisser choisir

Delphine Boulange explique dans son mémoire « *La contraception et les femmes : le choix contraceptif à travers 8 femmes* » que certaines femmes interrogées font part de **l'impression de « supériorité du professionnel »** où celui-ci les dirigent et les orientent vers la méthode qu'il préfère (65). Dans l'étude de Marie Romero, **seulement 34% des médecins interrogés cite le choix du patient pour recommander une contraception définitive** (22).

Cécile Ventola explique la relation asymétrique du médecin et de la patiente face aux connaissances médicales et des « **différents degrés de partenariat** » possibles entre les deux (25). Les praticiens doivent trouver le juste milieu entre 2 extrêmes : l'attitude paternaliste longtemps pratiquée en médecine, et la position de conseiller de certains médecins (64) (66) (58) (67) (38).

En 2007, la campagne d'information « **La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit** » (68) a pour objectif « d'expliquer qu'une contraception efficace est une contraception choisie et adaptée à sa situation personnelle et affective ». Cette campagne est **destinée aux patientes et aux médecins**. L'année dernière en 2020, l'agence nationale de santé publique Santé Publique France, dans le cadre de son programme de « Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030 » (SNSS) va plus loin. Elle élabore un outil qui est une version améliorée du site **choisirsacontraception.fr** (créé en 2007). Ce site est facile d'accès, et « traite de tous les aspects liés à la contraception de manière simple et

pédagogique ». La diffusion de ce site semblerait très bénéfique pour les patient(e)s à domicile, et pourrait être un support utile pour les médecins en consultation (55) (69).

c) Le caractère chronophage

C'est une caractéristique des consultations gynécologiques fréquemment évoquée par les médecins et de nombreuses études (21) (28) (23). Cela figure dans les freins à l'accès à la contraception de la HAS en 2013 (58). D'abord, le motif de la consultation n'est pas toujours connu en avance et donc ne peut pas être anticipé. Ensuite, le thème de la contraception n'est pas toujours considéré comme un sujet à part entière qui mériterait une consultation dédiée. Le sujet se greffe alors à d'autres motifs, en fin de consultation (28). L'importance de l'accompagnement de la gestion de la contraception peut être discutée avec les patient(e)s, cela peut révéler des problématiques mises de côté habituellement. La revalorisation des consultations de contraception (22) dont le temps serait augmenté et l'organisation optimale, peut faciliter la mise en place de ces évolutions.

Aborder la contraception en consultation est une facette particulière de la pratique du médecin généraliste, car ce type de consultation repose actuellement sur un duo médecin-patiente. Cela demande déjà que les patientes soient au courant des missions de suivi gynécologique des médecins généralistes, ce qui n'est pas la règle selon les études citées. La diffusion des connaissances des capacités des praticiens de premier recours pour les questions de contraception faciliterait le suivi des patientes, notamment parce qu'ils sont plus accessibles que les spécialistes. Pour cela, il semble important de valoriser le fait que la contraception est un sujet médical à part entière, même chez les sujets en bonne santé. Du côté des médecins généralistes, la pratique gynécologique devrait être revalorisée car ces consultations

sont souvent chronophages. Les modalités des consultations devraient être aussi revues : avec les femmes, pour leur exposer tous les choix dont elles disposent, ce qui n'est pas toujours fait en pratique, mais aussi avec les hommes et les couples car la contraception est rarement évoquée avec eux. Pourtant les hommes semblent motivés à mieux connaître le domaine de la contraception, et aussi à pouvoir avoir des choix de méthodes masculines. Aussi, la consultation en couple favoriserait l'adaptation, l'observance et l'adhésion au mode contraceptif choisi.

Pour ces changements, certains médecins semblent devoir se détacher d'une pratique paternaliste qui laisse encore de l'ombre aux choix libre des patient(e)s en consultation. La standardisation de la présentation des méthodes contraceptive évoquée par des sociologues et des médecins, comme il existe au Royaume-Uni pourrait être utile (38).

3.4. **Les différences socioculturelles**

Elles peuvent expliquer en partie les différences entre les méthodes contraceptives disponibles et celles qui sont proposées en consultation par les professionnels de santé. Dans le monde, la stérilisation et le préservatif sont les 2 méthodes de contraception les plus utilisées. La vasectomie est utilisée par 2% de la population mondiale, les continents les plus concernés sont l'Océanie puis l'Europe et l'Amérique du Nord.

Ces notions sont évoquées dans le travail quantitatif de Delphine Montfort : 40 médecins sur les 141 interrogés, soit environ 28%, disaient être réticents à aborder la vasectomie, et **22% d'entre eux évoquaient des raisons idéo-culturelles** (les autres raisons étaient la méconnaissance de la législation (27%), un manque d'information sur la méthode (20%), le

domaine de la contraception considéré comme féminin, l'absence de demande de vasectomie, et des fausses-idées) (24). Les représentations personnelles des professionnels de santé, sur des sujets comme la contraception ou sur le regard qu'ils peuvent porter sur certain(e)s patient(e)s s'imprègnent en général du milieu socioculturel dans lequel ils ont vécu ou appris (38) (70) (32).

En France, les **normes sociales** et les **normes procréatives** sont évoquées dans de nombreux travaux sur la contraception (21) (38) (71). C'est-à-dire que dans les pensées du plus grand nombre, il y aurait un « temps fertile » entre 25 à 40 ans, et des étapes quasi systématisées quant à l'utilisation et la prescription des différentes méthodes contraceptives (67). Le préservatif est utilisé au début de vie sexuelle, la pilule en début de relation stable en couple, puis l'utilisation du DIU après avoir eu des enfants (72). Cela rappelle les réticences que certains médecins généralistes avaient à prescrire des dispositifs intra-utérins chez les femmes nullipares il y a peu de temps (c'était moins le cas chez les gynécologues) (73). Selon le Baromètre 2016, le scandale de la pilule en 2012-2013 a permis une diminution de l'utilisation des pilules des 3^{ème} et 4^{ème} génération, et une augmentation du recours aux DIU après 25 ans et des prescriptions de pilule de 1^{ère} et 2^{ème} génération (74). Il n'y a pas eu de bouleversement des « normes », mais plusieurs mouvements ont permis des modifications de pratique : une plus grande écoute des souhaits des utilisatrices, plus d'informations données sur les risques de certaines pilules, les nouvelles recommandations avec le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. La médiatisation et la diffusion des effets indésirables liés aux implants Essure ont entraîné leur arrêt. Cela n'a pas été compensé par plus d'informations sur la vasectomie (75) (72).

Parmi les autres idées préconçues qui existent dans la population générale et chez les médecins, celle que la femme autour de la ménopause n'a plus de sexualité existe encore. Au

risque d'oublier la différence entre la procréation et la sexualité (71) (76), et le taux d'IVG autour de 5% entre 40 et 44ans et qui est stable entre 1990 et 2015 (77).

Une autre limite à l'abord de la vasectomie en consultation est liée à son **caractère définitif**. En France, les méthodes réversibles sont quasiment exclusives tout au long de l'utilisation de méthodes contraceptives. Les patients qui ont pratiqué une vasectomie expliquent parfois que c'est un « sujet tabou », ils préfèrent parfois rester discret sur le sujet car ils subissent des remarques ou l'étonnement de leur entourage (50) (33) . A travers l'Atlantique, au Canada comme au Québec cela semble différent : les méthodes contraceptives sont réversibles au début de la vie reproductive, puis quand le nombre d'enfants souhaités est atteint, le couple opte en général pour une contraception définitive féminine ou masculine. Là-bas, le recours à la vasectomie est fréquent selon plusieurs études (34) (78) (79). Le rapport des Nations Unies « *Trends in Contraceptive Used Worldwide* » de 2015 ¹: parmi les 73.3% de femmes qui utilisent une contraception, 21.7% utilisent la vasectomie, suivie par 20.7% d'utilisatrices de pilules, 14.8% préservatif, 10.9% la contraception définitive féminine. Au Canada, cette méthode a été légalisée quasiment en même temps que la commercialisation de la pilule et des DIU. Dans les années 1970, un tiers des femmes ayant un moyen de contraception utilisaient une méthode définitive, et dans les années 1980 ces méthodes féminines et masculines s'équilibraient (80). Les urologues, mais aussi les médecins généralistes ou les chirurgiens peuvent pratiquer la vasectomie au Canada et aux Etats-Unis (26) (34). La précocité de son accessibilité, ainsi que la culture peut-être moins nataliste, pouvaient contribuer à son plus grand essor (81). Aux Etats-Unis en 2015, il y a eu 527 476 vasectomies,

¹ Dans ce rapport, l'estimation de la prévalence est définie comme le pourcentage actuel de femmes utilisant une méthode contraceptive, parmi les femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) mariées ou en couple (vivant dans le même lieu). Les données proviennent de 1 059 bases de données de 195 pays ou régions différentes.

les demandes venaient en majorité des hommes de 25 à 44 ans (82). La moyenne d'âge se situe autour de 33 ans et reste stable (83) . Le vécu des patients est en grande majorité positif, sans impact sur leur sexualité ni de conséquence psychologique (50) (33) (84) (85).

La **gestion féminine de la contraception** était aussi émise par les médecins interrogés dans mon travail. Cécile Ventola en 2016 (25), comparait la gestion genrée de la contraception en France par rapport au Royaume-Uni où la question n'est pas exclusivement féminine. Là-bas, il n'existe pas de spécialité de gynécologie médicale (les compétences reviennent aux médecins généralistes, aux infirmiers, parfois aux endocrinologues), les méthodes les plus courantes ne sont pas les mêmes. En 2015, la prévalence estimée de la vasectomie au Royaume Uni la place comme 2^{ème} moyen de contraception utilisé avec un taux de 21%, après la pilule (28%). Par comparaison, le taux de contraception définitive féminine est de 8%. Les différences culturelles des **pays anglosaxons et des pays latins** étaient soulignées par les médecins interrogés. En Espagne par exemple, selon les estimations du rapport des Nations Unies de 2019 (2), 56.5% femmes entre 15 et 49 ans en couple hétérosexuels utilisent une méthode contraceptive. La majorité utilise le préservatif (26.5%), 16.3% la pilule, et le DIU est à la 3^{ème} place avec un taux de 4.1%. La vasectomie est plus utilisée que la CDF (2.6% versus 2.1%). En Italie, la pilule est presque autant utilisée que le préservatif (19.2% et 19.1%) parmi les 55.6% de femmes concernées. L'ordre de grandeur est à peu près similaire à celui de la France pour les taux de contraception définitive féminine et masculine, 3.3% et 0.3% respectivement. On peut constater un gradient entre les pays anglosaxons et les pays latins. Les pays en voie de développement ont aussi plus souvent recours à des méthodes définitives pour limiter le nombre de naissances devant des systèmes de santé souvent couteux ou difficile d'accès (83).

Depuis quelques années, **des changements de pratiques semblent s'initier dans les 2 sens.** Dans le rapport actualisé en 2019 des Nations Unies « *Contraceptive Use by Method* »

(2), la vasectomie serait une des méthodes en déclin depuis 1994 dans le monde. Parallèlement, la contraception définitive féminine, les méthodes hormonales injectables et le recours au préservatif augmentent. **Au Royaume Uni, la vasectomie reste néanmoins le 2^{ème} moyen de contraception utilisé** mais son recours est estimé à 10.4% (sur les 71.7% femmes qui utilisent un moyen de contraception, 26.1% utilisent la pilule, 6.2% la contraception définitive féminine). Au Canada les mêmes tendances sont retrouvées (parmi les 72.1% d'utilisatrices de contraception, le taux de recours à la vasectomie chute à 3.8%, la contraception définitive féminine à 4.2%, notamment au profit du préservatif et de la pilule). Une autre étude a comparé aux Etats-Unis le taux de vasectomie entre 2002 et 2017 : il paraît y avoir une diminution des demandes en globalité (83). Cela semble lié à un plus large recours aux méthodes réversibles. En France, l'estimation de la prévalence en 2019 est de 0.5%. Ce résultat est contradictoire avec l'augmentation de la fréquence du nombre de vasectomie **selon l'Assurance Maladie, qui a été multipliée par 5 entre 2010 et 2018 atteignant environ 7500 pratiques par an** (16).

L'évolution de ces chiffres sera intéressante à suivre. Nous pouvons penser que l'estimation de la prévalence sur les résultats des dernières années peut être en retard par rapport aux changements de pratique en cours. Les changements de motivation, l'évolution du confort contraceptif des patient(e)s laissent encore la place à de nombreuses discussions sur le sujet de la contraception, en incluant les couples.

Les freins socio culturels sont largement évoqués par les médecins interrogés dans différentes études pour expliquer le faible recours en France de la contraception définitive, surtout masculine. Les « normes procréatives » présentes en France participent à ce que les méthodes de contraception proposées dépendent de l'âge de la patiente, de son statut familial. Il arrive donc qu'une demande de contraception

définitive soit refusée par les professionnels de santé, même en l'absence de contre-indication. La pratique est très différente selon les pays : la vasectomie est largement pratiquée dans des pays anglo-saxons, contrairement aux pays latins où le domaine de la contraception est « géré par » et « pour » les femmes. Des modifications de pratique semblent commencer, le taux de vasectomie augmente depuis 2011. Ces chiffres semblent coïncider avec l'évolution de l'implication des hommes dans ce domaine, ils s'intéressent de plus en plus à la contraception, en théorie et en pratique.

Le manque de formation sur la vasectomie rend le sujet peu maîtrisé par les professionnels de santé et peu évoqué en consultation. Certains professionnels de santé évoquent des craintes sur le plan médicolégal par rapport aux méthodes contraceptives définitives. L'information sur les méthodes contraceptives doit se faire dans un temps approprié, en permettant le choix du ou de la patient(e), tout en respectant le respect des bonnes pratiques et les recommandations. Exposer les différentes méthodes contraceptives et informer les patient(e)s n'est pas censé faire craindre des répercussions.

La vasectomie est souvent représentée de manière négative dans la population. Des croyances fausses circulent, par exemple son assimilation à la castration, l'idée qu'elle ait des conséquences négatives sur la libido ou sur la sexualité. Pourtant, c'est une méthode fiable, peu coûteuse, et responsable de beaucoup moins de risques chirurgicaux que la contraception définitive féminine. De façon plus globale, une meilleure information sur la contraception en générale semble nécessaire. Certaines patientes ne semblent pas bien être informées des méthodes contraceptives, même celle qui est utilisée. C'est encore plus le cas pour les patients

car le sujet n'est pas abordé avec eux en consultation. Pourtant de nombreux hommes semblent être motivés pour mieux connaître le domaine de la contraception. Mieux informer les femmes, commencer à informer les hommes et aborder le sujet avec les couples pourraient améliorer les connaissances de toutes et tous. Cela permettrait de mieux garantir un choix libre et éclairé du moyen contraceptif. Les médecins généralistes semblent motivés à cette idée, parce qu'ils ont un rôle primordial dans le relai de l'information en consultation. Il rencontre une population hétérogène, dont certaines personnes susceptibles d'être intéressées par les contraceptions définitives. Les échanges entre professionnels, médecins généralistes, gynécologues, urologues, sage-femmes, lors de formations diverses sur les contraceptions pourraient améliorer, diversifier les connaissances et les pratiques. L'information sur les méthodes contraceptions passe aussi par des moyens de communication plus collectifs. Les campagnes de santé publique, les médias, les témoignages pourraient avoir un rôle synergique avec celui des médecins pour informer la population générale.

A travers la question de l'abord de la contraception masculine définitive en consultation, semble aussi se jouer l'enjeu de l'abord de la contraception « avec tous » (tous ceux et toutes celles qui souhaitent un contrôle des naissances). Cet accès à une culture de la contraception pourrait permettre une meilleure compréhension de la méthode contraceptive, et améliorer le confort de l'utilisation. Travailler sur l'abord de la contraception en couple, avec les médecins comme avec les patientes et patients pourraient aider à cibler les attentes de chacun et d'améliorer la pratique des professionnels. Il pourrait être intéressant d'interroger le discours des plus concernés, ceux qui ont pratiqué une vasectomie afin de mieux connaître les bénéfices et les risques et surtout leur vécu.

CONCLUSION

Les médecins interrogés ont évoqué les principaux freins qui limitaient l'abord de la contraception définitive masculine en consultation. La formation sur la vasectomie semblait succincte, le sujet de la contraception était évoqué qu'avec la femme en consultation, cela participait à expliquer les différences de pratique entre les pays de culture latine et ceux de culture anglosaxonne. Les caractéristiques de la méthode chirurgicale, masculine et définitive augmentaient la place de l'influence des idées erronées et des préjugés sur le sujet. Des leviers semblent possibles pour améliorer l'abord de la vasectomie en consultation, par exemple encourager les formations interprofessionnelles sur la contraception et sur la vasectomie, discuter de contraception avec les couples, améliorer les connaissances en population générale dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. l'Urologie M de. Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles :aspects légaux et techniques [Internet]. 2018 [cité 1 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/vasectomie-et-chirurgies-contraceptives-deferentielles-aspects-legaux-et>
2. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide, 2015. 2015.
4. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
5. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):777-85.
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P., Dr Paul Ram. EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. 2002 p. 35. (Wonca Europe).
7. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. 2007.
8. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
9. Haute Autorité de Santé HAS. Fiche Mémo. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes.
10. Structure du système reproducteur masculin - Problèmes de santé de l'homme [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.msdsmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-l%E2%80%99homme/biologie-du-syst%C3%A8me-reproducteur-masculin/structure-du-syst%C3%A8me-reproducteur-masculin>
11. Québec V. Qu'est-ce que la vasectomie? [Internet]. Vasectomie Québec. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://vasectomie.net/la-vasectomie/quest-ce-que-la-vasectomie/>
12. Ira D. Sharlip, Arnold M. Belker, Stanton Honig, Michel Labrecque, Joel L. Marmor,, Lawrence S. Ross, Jay I. Sandlow and David C. Sokal. Vasectomy: AUA guidelines. 2012;188:2483-91.
13. Association Française d'Urologie. Chapitre 01 - Contraception masculine [Internet]. 2016 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>

14. Fiches Info Patients : traitements | Urofrance [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/uurologie-grandpublic/fiches-patient/fiches-traitements.html?organe=All&theme=All&title=vasectomy>
15. Haute Autorité de Santé HAS. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-vissee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
16. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir J-C, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine: quelles (r)évolutions? Progrès en Urologie - FMC. déc 2020;30(4):F105-11.
17. La gynécologie médicale [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medicale.html>
18. BOUET Patrick, GERARD-VARET Jean-François. SITUATION AU 1er JANVIER 2020 ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS; 2020.
19. Marie-Christine, Bournot, Jean-François Buyck, Françoise, Lelièvre, Anne Tallec (ORS Pays de la Loire), et Thomas Hérault (URML Pays de la Loire). ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2016 oct p. 8p. Report No.: 15.
20. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
21. HAS 2013, État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
22. ROMERO M. 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 III]; 2014.
23. GUYOMARD Heloise. Etats des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de littérature. Angers; 2018.
24. Monfort D. Déterminants expliquant le manque de recommandations de la vasectomie comme moyen de contraception chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse de médecine générale]. Nantes; 2013.
25. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cahiers du Genre. 2016;60(1):101.
26. Nguyen BT, Jochim AL, Shih GH. Offering the full range of contraceptive options: a survey of interest in vasectomy training in the US family planning community. Contraception. 1 mai 2017;95(5):500-4.

27. Christine Dehlendorf and al. Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care? | Elsevier Enhanced Reader. 2010;Contraception.(81(4)):292-8.
28. Galichon C. La prescription et le suivi de la contraception : difficultés rencontrées par le médecin généraliste [Internet]. Paris Descartes; 2014 [cité 4 juill 2021]. Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/52192860>
29. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 27 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
30. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche. Caen- Normandie; 2019.
31. COLCHEN Matthieu. INFLUENCE DE L'ABSENCE D'UN STAGE DE GYNECOLOGIE AU COURS DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES) DE MEDECINE GENERALE SUR LA PRATIQUE DU MEDECIN GENERALISTE. Amiens; 2016.
32. Hourie A. Evaluation des pratiques et impact médico-économique de la vasectomie. Expérience monocentrique française. [Rouen]; 2016.
33. THEZE L. EXPLORATION DU PARCOURS ET DU VECU DES PERSONNES AYANT EU UNE CONTRACEPTION DEFINITIVE : Enquête qualitative menée en Haute Savoie à partir de 14 entretiens. [Lyon]; 2017.
34. Shih G, Turok DK, Parker WJ. Vasectomy: the other (better) form of sterilization. Contraception. avr 2011;83(4):310-5.
35. CCAM en ligne - [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=JHSB001>
36. Contraception : dispositifs et remboursements [Internet]. 2021 [cité 22 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>
37. Les femmes sont-elles encore libres de leur contraception ? [Internet]. France Culture. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/du-grain-moudre-dete/les-femmes-sont-elles-encore-libres-de-leur-contraception>
38. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir: Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines. Paris Saclay (COmUE); 2017.
39. Jardin A. Pourquoi si peu de vasectomies en France ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 févr 2008;36(2):127-9.
40. Desjeux Cyril. « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine ». avr 2009;(52):49-63.

41. Historique d'Ardecom | [Internet]. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/historique-dardecom/>
42. Roth MY, Page ST, Bremner WJ. Male Hormonal Contraception: Looking Back and Moving Forward. *Andrology*. janv 2016;4(1):4-12.
43. Agathe GRANGER et Julie VERGONJANNE. La contraception masculine : méthodes validées et perspectives thérapeutiques. Toulouse III Paul Sabatier; 2019.
44. Mieusset R, Bujan L. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. *Int J Androl*. août 1994;17(4):186-91.
45. PLANTEVIN Marion. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. Aix Marseille; 2020.
46. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. 1 juill 2015;92(1):46-54.
47. PATTERNS AND CHALLENGES OF MEN'S INVOLVEMENT IN BIRTH CONTROL.
48. JOHN ROSS*1, AND KAREN HARDEET. USE OF MALE METHODS OF CONTRACEPTION WORLDWIDE JOHN. 2017;(49,):648-63.
49. COTTINEAU Alexane. La contraception, aussi une affaire d'hommes? Pratiques et représentations de la contraception chez les jeunes en France. Nantes; 2020.
50. Rostam C. La vasectomie, une contraception occultée. *Vocation Sage-femme*. mai 2017;16(126):26-30.
51. Cuvelier Sophie. Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes. [Ecole de sages-femmes CHRU de Lille]: Lille; 2020.
52. Fournier Charlotte. CONNAISSANCE DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION MASCULINE ETUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE AUPRES DE 145 HOMMES. Claude Bernard Lyon 1; 2018.
53. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. *PLoS One*. 29 mai 2018;13(5):e0195824.
54. Hoga LA, Rodolpho JR, Sato PM, Nunes MC, Borges AL. Adult men's beliefs, values, attitudes and experiences regarding contraceptives: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(7-8):927-39.
55. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm
56. CHAUD Marie-Amélie. Acceptabilité de la contraception par les hommes: revue de la littérature. Claude Bernard Lyon 1; 2020.

57. CADIERGUES Delphine. La connaissance des hommes sur la contraception: Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans. Paris Diderot; 2015.
58. Lobies L. Les déterminants de la décision médicale partagée en médecine générale et en consultation de contraception: point de vue des médecins généralistes.
59. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Contraception- Pour une prescription adaptée [Internet]. Sicom; 2005. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
60. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. :98.
61. SERVASIER Noemi. Quelle est l'opinion des femmes sur la stérilisation à visée contraceptive? Angers; 2016.
62. ROSSIGNOL A. REGARDS DES HOMMES SUR LA STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE MASCULINE. [Angers]; 2016.
63. Loriane PAYA. Les femmes choisissent-elles la pilule? Entretiens de 13 femmes âgées entre 20 et 24 ans. Université Claude BERNARD LYON I; 2015.
64. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. Clin Obstet Gynecol. déc 2014;57(4):659-73.
65. Boulange Delphine. La contraception et les femmes: le choix contraceptif à travers 8 femmes. [Ecole de Sage Femme]: Nantes; 2013.
66. Bretin H, Kotobi L. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. Agone. 29 juin 2016; n° 58(1):123-34.
67. Roux Alexandra, Ventola Cécile, Bajos Nathalie,. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. 2017;37(3):41-70.
68. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports:, INPES. LA MEILLEURE CONTRACEPTION C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT. 2007.
69. Santé Publique France. CONTRACEPTION Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr>
70. Chambost J, Raboteau A, Vallée J. Vasectomie: regards croisés des hommes et des médecins généralistes. Exercer. 2017;(132:162-9):8.
71. DETCHART C. Mes enfants je vous aime donc je ne vous ai pas. Les personnes sans enfant par choix à l'épreuve de la norme procréative dans le parcours vers la contraception définitive. [Toulouse]; 2016.
72. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Population & Sociétés. 2017;N° 549(10):1.

73. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. 1 janv 2014;89(1):9-16.
74. : Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017 p. 8p.
75. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences Sociales et Santé*. 2004;22(3):117-42.
76. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 3 juill 2021];(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3215>
77. Sylvie Rey, Annick Vilain et Muriel Moisy sous la direction de, Nathalie Fourcade et Franck von Lennep. IVG: État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Commission sur les données et la connaissance de l'IVG. 2016 juill.
78. Un regard averti sur l'état de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 2017.
79. Camirand H. Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 [Internet]. Place of publication not identified: Miscellaneous Agency; 2016 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <http://deslibris.ca/ID/10065186>
80. De Guibert-Lantoine C. Révolutions contraceptives au Canada. *Population*. 1990;45(2):361-98.
81. Charton L, Lapierre-Adamcyk E. Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec. :14.
82. Kevin A. Ostrowski, Sarah K. Holt, Brandon Haynes, Benjamin J. Davies, Eugene F. Fuchs, and Thomas J. Walsh. Evaluation of Vasectomy Trends in the United States. :76-9.
83. Zhang X, Eisenberg ML. Vasectomy utilization in men aged 18–45 declined between 2002 and 2017: Results from the United States National Survey for Family Growth data. *Andrology* [Internet]. [cité 3 sept 2021];n/a(n/a). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/andr.13093>
84. Manhoso FR, Hoga L a. K. Men's experiences of vasectomy in the Brazilian Public Health Service. *International Nursing Review*. 2005;52(2):101-8.
85. Thonneau P, D'isle B. Does vasectomy have long-term effects on somatic and psychological health status? *International Journal of Andrology*. 1990;13(6):419-32.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de l'appareil reproducteur masculin 5

Figure 2 : Qu'est-ce que la vasectomie? 6

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristiques des patients	11
---	----

Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	9
RÉSULTATS	11
1. Caractéristiques des participants	11
2. Déroulement des entretiens.....	11
3. L'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale	12
3.1. Abord de la contraception en consultation.....	12
3.1.1. « La consultation des femmes ».....	12
3.1.2. Motifs de la consultation de contraception.....	13
3.1.3. Choix de la méthode contraceptive	13
3.2. Circonstances de l'abord de la vasectomie en consultation	14
3.2.1. Qui abordait le sujet de la vasectomie ?	14
3.2.2. Les motivations des protagonistes pour aborder la vasectomie	16
3.2.3. Evolution des mentalités autour des questions de contraception	18
4. Connaissances et pratiques des médecins généralistes sur la contraception	21
4.1. Formation sur la contraception en médecine générale	21
4.2. Freins à l'information sur la vasectomie en consultation de médecine générale	22
4.2.1. Connaissances et incertitudes des médecins généralistes sur la vasectomie	22
4.2.2. Peu d'informations délivrées sur la vasectomie parmi les différents modes de contraception présentés.....	24
4.2.3. Réflexion du médecin généraliste sur la contraception définitive masculine	25
5. Pourquoi si peu de vasectomie en France ?	28
5.1. Méconnaissances de la vasectomie en population générale	28
5.2. Impact des différentes cultures.....	28
5.3. L'irréversibilité de la méthode.....	31
6. Comment améliorer l'information sur la vasectomie ?	33
6.1. Améliorer la formation des médecins sur le sujet de la contraception	33
6.2. Modifier les pratiques des professionnels de santé	34
6.3. Discuter de la contraception et du couple	35
6.4. Améliorer la diffusion de l'information à la population générale	37
DISCUSSION	41
1. Les forces de l'étude	41
2. Les limites de l'étude	42
3. Les freins à l'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale évoqués dans d'autres travaux	43
3.1. Le manque de formation perçu par les professionnels de santé	43
3.2. Le manque de recommandations des sociétés savantes	48
3.3. La consultation de contraception : une consultation particulière	52
3.3.1. Le recours au médecin généraliste pour le suivi gynécologique n'est pas si évident	52
3.3.2. Une consultation requérant une organisation	53

a) Les protagonistes	53
b) Une information complète pour permettre un choix adapté aux utilisateurs	56
c) Le caractère chronophage	59
3.4. Les différences socioculturelles	60
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE.....	68
LISTE DES FIGURES	74
LISTE DES TABLEAUX.....	75
TABLE DES MATIERES	76
ANNEXE N°1 : Loi du 4 Juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception	Erreur ! Signet non défini.-II
ANNEXE N°2 : Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive.....	III
ANNEXE N°3 : Consentement éclairé	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE N°4 : Lettre d'information destinée aux participants	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE N°5 : Formulaire de consentement	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE N°6 : Guide d'entretien.....	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE N°7 : Critères COREQ.....	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE N°8 : Retranscription d'un entretien.....	Erreur ! Signet non défini.-XVI
ANNEXE N°9 : Carte mentale	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXE N°1 : 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^e 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 oeuvre 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 N°1 : Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive (modèle proposé par l'Association Française d'Urologie)

**ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE PRÉALABLE
À UNE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE**

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LE PATIENT

2/

Je soussigné (e), Drcertifie

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

Date :/...../.....

Signature

ANNEXE N°2 : Consentement éclairé (modèle proposé par l'Association Française d'Urologie)

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

Dans le respect du code de santé public (Article R.4127-36), je, soussigné (e) Monsieur, Madame, reconnaît avoir été informé (e) par le Dr en date du/...../....., à propos de l'intervention qu'il me propose : **vasectomie contraceptive**.

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention.

Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à
Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

Cette fiche a été rédigée par l'Association Française d'Urologie pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site urologie-santé.fr. L'Association Française d'Urologie ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

ANNEXE N°3 : Lettre d'information destinée aux participants



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers.
Lettre d'information

~~IMQ~~

■ UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 09/12/2019

Madame, monsieur, cher frère, cher collègue,

Je suis Hélène DONABEDIAN, interne en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse à l'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale.

L'objectif de ce travail est de permettre de mieux comprendre comment est abordé ce thème lors des consultations de contraception en médecine générale, afin d'explorer les freins et les motivations des médecins généralistes à l'évoquer durant les consultations.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur les consultations abordant la contraception définitive en consultation.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant environ 30 à 45 minutes, dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. ([voir le document joint](#))

Le projet a été relu par la Commission d'Ethique du CHU d'Angers.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par téléphone au 06.27.27.45.07
- Par email : helena.donabedian@gmail.com
- Ou par courrier directement au département de médecine générale de l'UFR Santé d'Angers.

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Hélène DONABEDIAN

ANNEXE N°4 : Formulaire de consentement

Titre du travail :

L'abord de la vasectomie en consultation par les médecins généralistes exerçant dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Nom du thésard : DONABEDIAN Hélène

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

ANNEXE N°5 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je suis Hélène DONABEDIAN, interne en médecine générale à l'université d'Angers, et je réalise ma thèse sur l'abord de la vasectomie en consultation chez les médecins généralistes exerçant dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Une lettre d'information vous a été envoyée en amont.

Après l'obtention de votre consentement écrit, nous débuterons l'entretien.

Cet entretien sera enregistré, et retranscrit ensuite dans son intégralité, en gardant votre anonymat. Aucune donnée personnelle ne sera ensuite conservée. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment. Un exemplaire de l'entretien vous sera transmis si vous le souhaitez, et vous pourrez à tout moment vous opposer à l'exploitation des résultats.

Début de l'enregistrement

1/ Pouvez-vous raconter la dernière consultation où il a été question de contraception ?

Comment la patiente a-t-elle fait son choix ?

Quelle(s) difficulté(s) avez-vous éventuellement rencontrée(s) ?

Avez-vous des consultations avec les 2 membres du couple pour le motif de contraception ou s'agit-il exclusivement de consultations avec une patiente seule ?

2/ Vous arrive-t-il d'aborder la contraception définitive masculine en consultation ?

Si oui, comment l'abordez-vous ? Si non, pourquoi ?

Vous arrive-t-il d'avoir des demandes d'information sur la vasectomie en consultation venant de patiente/patient/couple ? Quel ressenti avez-vous ressenti ? Les adressez-vous à un spécialiste ?

3/ Que savez-vous sur la vasectomie et sur la Loi du 4 Juillet 2001 ?

Si vous exercez avant 2001, avez-vous remarqué des changements de demandes des patient(e)s sur les méthodes de contraception définitive ?

Pensez-vous que cette loi et cette méthode sont connues en population générale ? Et chez les médecins généralistes dans leur profession ?

Depuis cette loi légalisant les contraceptions définitives féminine et masculine, quels sont les questionnements que vous vous posez ?

4/ Que pensez-vous de votre formation (et de celle en médecine générale en générale) sur la contraception ? Pensez-vous avoir été formé sur les contraceptions définitives ?

5/ En France, la vasectomie est pratiquée à 0.8%, au Royaume-Uni à 21% et au Canada à 21.7% ? Que pensez-vous de ces écarts ? Avez-vous des idées expliquant ces différences de pratique ?

6/ Avez-vous des remarques ou des suggestions supplémentaires ?

Remerciements et fin de l'enregistrement.

ANNEXE N°6 : Critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) - Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ

N° et Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	DONABEDIAN Hélène
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	2 premiers entretiens avec 2 médecins connus professionnellement
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne en médecine générale effectuant un travail de thèse
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne en médecine générale à l'Université de Médecine d'Angers
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Enquête qualitative par entretien individuel semi-dirigé
Sélection des participants		

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Médecins généralistes dans le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne. Recrutement en boule de neige à partir d'un 1 ^{er} médecin intéressé et d'un collègue gériatre
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Mail et téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	14
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1 seul médecin n'a pas répondu
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	4 entretiens sur lieu de travail du médecin généraliste, 5 entretiens en visioconférence, 5 entretiens téléphoniques
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Voir Tableau I
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 8 minutes 17secondes et 19 minutes 45 secondes (moyenne 14 minutes 39 secondes)
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, au 11 ^{ème} entretien

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
---------------------------------	--	-----

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 (la chercheuse et la directrice de thèse)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Word et Microsoft Excel
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE N°7 : Retranscription d'un entretien

Questions

HD : Pouvez-vous raconter la dernière consultation où il a été question de contraception en générale ?

E8 : Euh... De contraception, oui, et c'était il y a très peu de temps, c'était la semaine dernière. C'était avec une jeune femme. 1^{ère} consultation de contraception chez une jeune fille de 16 ans, qui, en fait a des règles douloureuses, donc un syndrome pré menstruel marqué, et qui a un petit copain depuis plus d'un an, et au bout d'un moment on s'est dit que c'était peut-être le bon moment pour débuter une contraception, pour régler un petit peu tous les problèmes et prévenir une grossesse.

HD : Et comment elle a fait son choix ?

E8 : Elle en avait discuté avec sa maman. C'est une famille où la discussion est simple entre la mère et la fille et elle m'a posé des questions, enfin voilà je lui ai répondu. Mais elle n'envisageait rien d'autre qu'une pilule évidemment.

HD : D'accord. Et Avez-vous des consultations avec les 2 membres du couple pour le motif de contraception ou s'agit-il exclusivement de consultations avec une patiente seule ou avec quelqu'un d'autre ?

E8 : Ho c'est très variable concernant la contraception... Ça peut m'arriver d'avoir... Le plus souvent, la femme vient seule. L'immense majorité du temps. Parce que la contraception c'est presque exclusivement je trouve une question que la femme se pose. Il m'est arrivé de voir aussi des hommes seuls, mais des hommes qui avaient déjà décidé de demander une vasectomie, qui avaient déjà pris leur décision. Qui avaient seulement besoin de moi pour être adressé. Bien qu'il y en ait un qui avait pensé à ça, qui avait besoin de... De mon avis. Et ça m'arrive aussi qu'il y ait des couples en fait, parfois quand les couples sont jeunes, c'est-à-dire quand ce sont 2 jeunes qui se véhiculent l'un et l'autre, et donc ils viennent ensemble, et puis parfois en post partum ça peut arriver.

HD : D'accord... Et quand c'est le couple, c'est pour des demandes de contraception définitive, ou ça peut être pour des demandes de contraceptions transitoires ?

E8 : Oui en général, en majorité pour la contraception.

Ceci dit, quand... Comment dire, quand l'homme est présent... Eh bien... La question de la vasectomie est évoquée. Alors que pas forcément quand la femme est toute seule enfaite. Mais, souvent la contraception, même quand le couple vient, ça reste de la contraception féminine quand même.

HD : D'accord. Et du coup quand vous avez ces demandes de vasectomie ou de ligature des trompes ect, vous les adressez facilement à un spécialiste ? Vous avez un réseau ?

E8 : Oui, alors effectivement, en effet la demande de ligature, j'adresse tout de suite auprès du gynécologue. Après on en discute quand même en consultation, parce que la jeune femme de 30 ans qui va me demander une ligature, je lui explique qu'à priori elle va essuyer un refus de la part du gynécologue. Après si c'est vraiment son choix je la laisse discuter avec le spécialiste. Pour la vasectomie, pareil, on en discute d'abord, mais en fait dès la 1ere consultation, en général je fais le courrier pour aller voir le spécialiste. En leur disant bien que le temps qu'ils aient le rendez-vous, plus le délai de 4 mois, ils auront le temps de réfléchir de toute façon.

HD : D'accord. Et là vous diriez que vous avez combien de consultation avec des demandes de vasectomie par an ? C'est quelque chose que vous voyez souvent ?

E8 : Bha, de plus en plus. Parce que ... Alors je ne sais pas si c'est du fait de mon exercice, que mes patientes depuis quelques années ont eu leurs enfants, et ont... Euh voilà, sentent qu'il n'y a plus de désir d'enfant. Donc *c'est peut-être une évolution de ma patientèle qui est une patientèle jeune*. De plus en plus j'ai l'impression, parce que la contraception féminine parfois ne convient pas, ou plus. Et, donc euh... l'homme prend le relai. Je dirai que je n'en ai pas beaucoup par an... je dirai euh... 3-4. Globalement.

HD : D'accord. Donc on va passer au cadre légal. Que savez-vous sur le cadre légal de la vasectomie, et sur la loi du 4 Juillet 2001 qui l'encadre, mais que savez-vous sur le cadre légal ?

E8 : De ce que j'en sais en tout cas c'est que c'est après avis spécialisé, donc j'adresse au spécialiste. Donc en effet il y a un délai de réflexion, alors moi j'ai gardé en tête qu'il y avait un délai de réflexion de 4 mois à partir de la consultation du spécialiste.

HD : Ok.

E8 : Je ne sais pas si c'est encore ça.

HD : Si si tout à fait, c'est 4 mois. Est-ce que vous pensez que cette loi est connue de la population générale ?

E8 : Non non, je ne pense pas. Ils sont d'ailleurs surpris qu'il faille encore attendre, ils ont mis 6 mois à avoir le spécialiste, je leur indique que c'est légal c'est comme ça, on ne peut pas en faire moins, et bha avec des explications, ils le comprennent enfaite. C'est définitif quand même [sourire].

HD : D'accord, et est-ce que vous pensez que la vasectomie, la méthode est connue en population générale ?

E8 : Connue... Au fond oui je pense [rires], mais envisagé certainement pas beaucoup. Connue oui parce que les hommes ils connaissent ce terme là quand même, mine de rien. Après ils se sont rarement posé la question pour eux même en général, quand on évoque le sujet c'est « Ha bha oui c'est vrai ». Après, très connue, non. Je ne pense pas, quand on parle contraception, je crois que les patients, et surtout les patientes, en font une affaire féminine encore.

HD : D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de votre formation, et de celle en médecins généralistes sur la contraception, et sur les contraceptions définitives ?

E8 : Formation initiale... Pas très... Voilà, qui pourrait être plus étoffée, mais ceci dit on a quand même nos stages. Après tout dépend du désir de chacun de s'auto former à la chose et de s'intéresser à ça. On peut tout à fait profiter de ses stages en médecine générale pour forcer un peu le sujet entre guillemets, pour évoquer le sujet, se forcer à évoquer le sujet parce que ce n'est pas toujours évident. Et en profiter pour se former de cette façon-là, et aussi se former avec ses maîtres de stage, savoir un peu comment ils font, il me semble qu'on a des petites journées qu'on a où on peut se former éventuellement en PMI, pas en PMI, en centre de planification. Après moi spécifiquement j'avais fait un stage en gynéco, donc voilà question contraception j'étais plus à l'aise. Et voilà j'ai une patientèle très gynécologique. J'en fait tous les jours. Ce qui me permet, de devoir me tenir à jour, à me former ! [Rires...] Et donc évoquer la contraception définitive, je sais que personnellement je le fais sans soucis quand je vois que voilà, on ne s'en sort pas, que c'est difficile, les stérilets tout ça... Voilà. Et si on changeait un peu de manière quoi.

HD : Ok... Donc c'est surtout votre auto formation sur les contraceptions définitives ?

E8 : Oui. Oui oui tout à fait, c'est vrai que je n'ai pas suivi de formation. Enfin je ne me rappelle pas pendant l'internat, sur ça.

HD : D'accord. Est-ce que vous pensez que tous les médecins généralistes proposent ces méthodes ou... ?

E8 : Non pas tous, je ne pense pas ! Je ne pense pas. Après ils vont peut-être y penser dans des situations de frein à la contraception... de, d'impasse en fait de contraception. Là c'est peut-être... Là ils pourront peut-être y penser. Mais d'emblée comme ça, proposer à une femme d'un âge où elle pourrait en bénéficier, peut-être pas.

HD : Mais est-ce que vous pensez que les médecins généralistes connaissent déjà le cadre légal ?

E8 : Des 4 mois ? Et de la consultation spécialiste ?

HD : Oui.

E8 : Pfff... [Silence] Franchement je ne sais pas ! Je ne sais pas s'ils le connaissent tous... Je crois qu'ils ont tous notion qu'il y a un délai de réflexion. Sincèrement. Je pense que la majorité le sait. Par contre du nombre de mois, peut-être pas. Mais oui oui je pense que la plupart sait que ça ne se fait pas comme ça, ça ne se décide pas comme ça sur un coup de tête.

HD : Ok. En France, la vasectomie est pratiquée à 0.8%, au Royaume-Uni à 21% et au Canada à 21.7% ? Que pensez-vous de ces écarts ? Et est-ce que vous Avez des idées qui pourraient expliquer ces différences entre ces pays ?

E8 : On a un mode de vie certainement différent, les pays latins ne sont pas les pays anglo saxons hein. Pas du tout le même rapport au corps, et l'homme le rapport à... Peut-être voilà, a une baisse de sa masculinité par rapport au plaisir aussi peut être, qui est probablement différent, entre nos modes de vies. Et puis aussi quand même je pense que la vasectomie ce n'est pas quelque chose qu'on va aborder en consultation avec nos patients hommes enfaite. Et la contraception avec lui en tout cas. On attendra de voir le couple, et de voir la femme. Parce que voilà les... On a été formé comme ça tout simplement. Je pense.

HD : Vous, vous pouvez proposer à la femme d'en parler avec son conjoint ou passer par le biais de la femme pour informer, si vous ne le voyez pas lui en consultation pour ça ?

E8 : Alors ça peut m'arriver quand j'évoque la ligature des trompes, j'évoque systématiquement la vasectomie en même temps en fait. Je... Quand j'évoque l'un, j'évoque l'autre, forcément. Parce que... Parce qu'il n'y a pas une raison de favoriser une technique plus que l'autre, parce que la contraception à mon sens, doit être une contraception du couple en fait. Hé hé, il n'y a pas de raison que les messieurs soient moins impliqués, enfin dans ma pratique à moi hein. Après ça m'arrive, j'ai quand même évoqué la chose avec des patients hommes, parce que j'ai par exemple un patient, qui après une rupture, a retrouvé une conjointe, cette conjointe est tombée enceinte alors que ce n'était pas désirer, donc IVG et tout ça, et voilà il me parlait un peu des difficultés autour de ça, et je lui ai dit peut-être qu'il y a un moyen, baaaa d'y remédier. Et bha il s'est fait vasectomiser ce monsieur. Comme ça plus de risque ! [Rires]. Non mais ça peut m'arriver avec des patients jeunes, où je sais que la contraception est problématique dans le couple, eh bien là je peux, je m'autoriserais, j'y penserai plus facilement.

HD : Ok. Et d'ailleurs, du coup je rebondis sur que vous dites, vos patients qui ont une vasectomie ils disent quoi après ? Ils sont satisfaits ?

E8 : Euh oui. Ils sont satisfaits et surtout ils sont soulagés ! [Rires] Ils sont plus sereins vis-à-vis du risque de grossesse et euh... Voilà ils ne sont plus dans la crainte, je pense que ça leur permet de, comment dire, d'envisager plus sereinement la vie de couple.

HD : D'accord !

E8 : Donc oui oui, je n'ai aucun patient jusqu'à ce jour qui a regretté son choix.

HD : D'accord. Et pour vous, par quel moyen on pourrait passer pour que ce soit plus connu de la population générale ?

E8 : Silence... Euh peut être que sur les nombreuses affiches, les flyers, sur cette contraception, il faudrait que ce soit noté, parce qu'il y a tout de noté, mais c'est que la contraception féminine en fait. Toutes les affiches qu'on a c'est de la contraception féminine. Ou alors il y a un micro encart « vasectomie » mais il est anodin. Donc déjà si on ne commence pas par-là, sur les choses grand public, ça ne peut pas aller. Et puis après c'est à nous aussi, le corps médical, de revoir nos pratiques et notre mode de conception de la contraception justement. Qu'elle doit être du couple.

HD : Oui, d'accord, recentrer la contraception sur le couple.

E8 : Oui c'est ça tout à fait. Mais ça c'est un effort, à nous de... qui nous revient, alors peut-être qu'on manque d'information, parce qu'on n'y pense pas, parce que voilà, parce qu'on n'aura pas eu l'information sous les yeux en fait.

HD : Et du coup, oui, c'était une de mes questions, est ce que vous vous accepteriez dans votre salle d'attente, d'avoir une affiche avec écrit « la vasectomie, parlez en à votre médecin » pour donner une marche, un accès à la discussion en consultation ?

E8 : Oui carrément ! Oui oui oui, parce que j'ai une grande affiche sur la contraception, et il n'y a pas la vasectomie. Donc je la mettrai bien à côté. Et je vous avoue que je la mettrai bien à l'intérieur des toilettes messieurs. Parce que comme ça ils peuvent regarder. Si vous voulez il n'y a pas le regard des autres. Quand j'ai des choses, spécifiques un peu pour les messieurs ou pour les femmes, je les mets aux toilettes ! [Rires]

HD : Ha oui oui c'est une très bonne idée ! [Rires] D'accord !

Ok. Est-ce que vous avez des remarques ou des suggestions supplémentaires sur ce thème, la vasectomie en consultation ?

E8 : Non... C'est vrai qu'en effet, ça correspond... Moi, pour moi, ma pratique, a peu de consultation alors que je fais beaucoup de contraception, mais parce que... Je n'y pense pas non plus forcément.

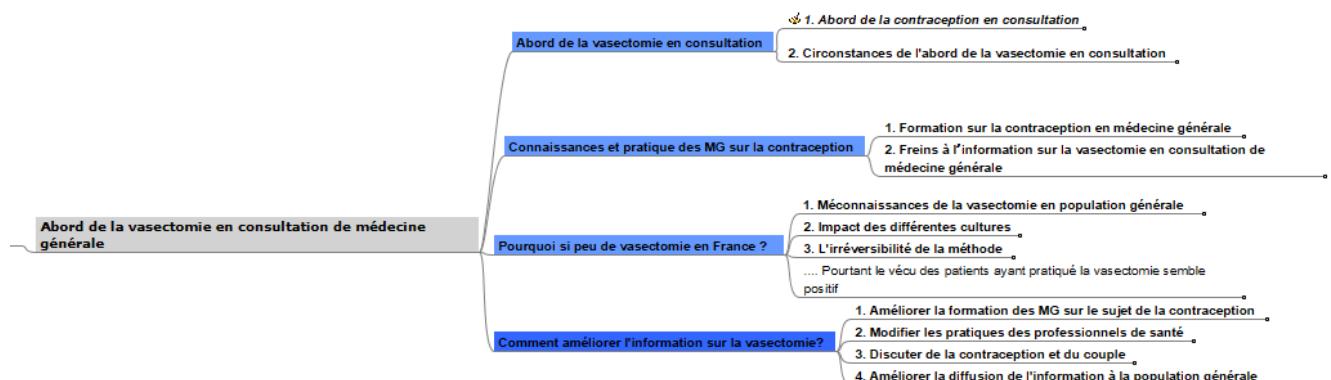
Hors ça peut permettre quand même de soulager les couples, et certaines femmes qui sont en grande difficulté de contraception hein. Et ça pourrait limiter le nombre d'IVG ça c'est très clair.

Après bon... Il faut quand même qu'il y ait un cadre légal. Et puis quand même l'appréciation du spécialiste aussi, qui si la femme est trop jeune, bha il va dire non... Bha voilà, on est quand même limité par le fait de l'âge, et euh... Je trouve. L'âge ou l'absence d'enfant. Et qui quand même est un frein très clair à ce que les spécialistes acceptent cette contraception définitive. Après c'est un effort à faire par nous tous, mais c'est vrai qu'en médecine générale ce serait bien pour débloquer les choses. Au même titre que le dépistage du cancer de la prostate, on pourrait faire des consultations de prévention pour les hommes. Mais même en parler aux femmes. Dans la contraception, c'est vrai qu'il y a des choses à faire.

HD : Ok ! Bha merci beaucoup !

Fin de l'enregistrement.

ANNEXE N°8 : Carte mentale



DONABEDIAN Hélène

L'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale

Etude qualitative auprès de médecins généralistes des départements du Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne, en 2020-2021

Introduction : La vasectomie est très peu pratiquée en France, contrairement à d'autres pays comme le Canada et le Royaume-Uni. Pourtant, elle fait partie des méthodes contraceptives depuis la loi du 4 juillet 2001.

Méthode : Quatorze médecins généralistes exerçant dans le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne ont été interrogés. Les entretiens ont été retranscrits en intégralité manuellement sur le logiciel Excel© et l'analyse a été faite par double codage et triangulation des données. Ce travail avait pour but d'éclairer l'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale ainsi que les freins et les motivations des médecins généralistes à aborder ce sujet.

Résultats : Les freins émis par les médecins généralistes étaient leur manque de connaissances à eux et en population générale sur la vasectomie. Ils évoquaient l'absence du sujet dans leur formation médicale, comme dans celles qui sont diffusées en santé publique plus généralement. Les femmes consultaient majoritairement seule pour la contraception, ceci limitait l'abord d'une contraception définitive masculine en consultation, surtout dans un pays où la culture est d'origine latine. Les praticiens évoquaient des pistes pour améliorer l'information des patient(e)s : l'approfondissement des formations médicales et médicolégales sur la vasectomie pour les médecins, la diffusion d'information de santé pour lutter contre les croyances fausses. L'implication des couples dans les questions de contraception en consultation pourrait permettre d'améliorer les connaissances des patient(e)s sur les différentes méthodes de contraception, d'améliorer le choix et d'engager une responsabilité partagée dans le domaine.

Conclusion : Les médecins semblent motivés à davantage informer les patients et les patientes sur la vasectomie, et plus globalement à inclure le couple dans le choix de la contraception. Des changements de pratique semblent émerger notamment avec les derniers chiffres de la vasectomie en France, en évolution.

Mots-clés : vasectomie, contraception, médecin généraliste, couple

Talking about vasectomy in general practice

A qualitative study with general practitioners in Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne departments, in 2020-2021

Introduction : Vasectomy is rarely used in France, unlike in Canada or Grand Britain. However, contraceptive methods include male sterilization since the law of the July 4th, 2001.

Method : This study is based on the interview of fourteen general practitioners in 3 French departments, Maine-et-Loire, Sarthe and Mayenne. Interviews were manually transcribed with Excel© program, and the analyse was made by the double-coded and the data triangulation methods. The purpose was to learn about how physicians talked about vasectomy to their patients, and to understand their motivations and limits on discussing about this subject.

Results : One of the limit general physicians point out was the lack of knowledge french people have. They also mentioned that they were not enough trained during their medical studies and that they did not receive enough information about vasectomy from Public Healt authorities. Moreover women often came alone to talk about contraception, so physicians had no opportunity to speak to men about their options. French culture was mainly latin, also counted for a limit in suggesting a male contraceptive method to patients.

General practitioners gave some ideas on how to improve patient information, developping specific learning on vasectomy and its legal aspects, broadcasting trustworthy Public Health information to avoid misconceptions on the subjects. Primary care physicians could initiate the discussion about contraception when they see the couple in their practice to improve their knowledge.

Conclusion : General practitioners seem to be willing to talk more about vasectomy with men and women in consultation. It seems important that the choice of the contraceptive method was done with both people of the couple. In France, changes may have happened yet, according to the new datas available.

Keywords: vasectomy, contraception, general practitioner, couple