2016-2017

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Contraception définitive : connaissances et pratiques des praticiens extrahospitaliers du Maine-et-Loire.

Etude épidémiologique, quantitative, descriptive, observationnelle, rétrospective, réalisée du 20 septembre et 12 novembre 2016

MORINIERE Claire

Sous la direction de M. LEGENDRE Guillaume et Mme BELLOEIL Vanessa

Membres du jury

LEGENDRE Guillaume | Praticien Hospitalier

ROUILLARD Cécile | Directrice de l'école de sage-femme

BOUDIER Sylvie | Sage-femme

TATEOSSIAN Mylène | Sage-femme enseignante

Soutenu publiquement le 31 mai 2017

CHU ANGERS CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Région PAYS DE LA LOIRE

université angers UFR SANTÉ

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

-Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).

-Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.

-Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée MORINIERE Claire, 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.

Signature :

REMERCIEMENTS

De chaleureux remerciements aux Docteurs Vanessa Belloeil et Guillaume Legendre pour avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration de ce mémoire, pour leurs précieux conseils et leur disponibilité.

Un grand merci à l'équipe enseignante et à Laurence Sadi pour son dévouement auprès des étudiants sages-femmes.

Une pensée pleine de gratitude à mes parents, grands-parents, frères et sœur, et à mes amis, qui m'ont soutenue et encouragée durant toute l'année et qui ont été présents durant ces années d'études.

Et enfin une reconnaissance éternelle à ma promotion pour avoir enjolivé ces 4 années à l'école et pour toute l'aide et les encouragements donnés en cette dernière année.

Sommaire

INDEX 6

INTRODUCTION 1

MATERIEL ET METHODE 2

1. Schéma d'étude 2
2. Matériel 2
3. Méthode 2

RESULTATS 4

1. Diagramme de flux 4
2. Caractéristiques de la population 4
3. Connaissances et pratiques des professionnels de l'étude 6

3.1. Description des connaissances et des pratiques 6

3.2. Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les connaissances des critères principaux de la loi de 2001, relative à la contraception définitive 8

4. Observations et avis des professionnels de l'étude 9

DISCUSSION 11

1. Forces et faiblesses de l'étude 11

1.1. Forces 11

1.2. Faiblesses 11

2. Principaux résultats 11

2.1. Connaissances des professionnels de l'étude 11

2.2. Pratiques des professionnels de l'étude 13

2.3. Autres solutions possibles pour promouvoir la contraception définitive 14

3. CONCLUSION 15

BIBLIOGRAPHIE 16

ANNEXES 18

1. Lettre d'information 18
2. Questionnaire 19
3. Réponses « autres » et remarques des professionnels de l'étude 23

3.1. Réponses « autres » 23

3.2. Remarques 24

TITRE 1

RESUME 1

ABSTRACT 1

INDEX

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

FI : Formation Initiale

FC : Formation Complémentaire

DPC : Développement Professionnel Continu

CD : Contraception Définitive

MG : Médecin Généraliste

SF : Sage-Femme

ECN : Examen Classant National

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INTRODUCTION

L'inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rapporte en 2009 une inadéquation entre les méthodes contraceptives prescrites et les conditions de vie des femmes. En effet, malgré une couverture contraceptive étendue en France, deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de la dite grossesse. (1) (2) (3).

Depuis la loi Neuwirth de 1967 qui a ouvert aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité en légalisant la contraception, les campagnes nationales d'informations augmentent afin d'assurer l'accès à une contraception adaptée. En 1981-1982 « la contraception est un droit fondamental » ; en 2000 « la contraception, à vous de choisir la vôtre » ; en 2007 « la contraception, c'est celle que l'on choisit ». (2) (3). En 2013 « la contraception qui vous convient existe ». A la suite de cette campagne d'information, Marisol Tourraine, « a réaffirmé sa volonté de lutter contre les obstacles à un libre exercice du droit à la contraception ». (4).

En France, le suivi gynécologique peut être assuré par les gynécologues, mais aussi par les médecins généralistes et depuis 2009 par les sages-femmes. Ils ont un rôle important d'information, d'orientation et de prescription. (2) (4) (5).

La loi de 2001 légalise la stérilisation comme méthode contraceptive. Elle est réalisable chez toute personne majeure, ayant exprimée une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. (6).

D'après la publication par le département des affaires économiques et sociales des Nations Unies « World Contraceptive Use 2013 », 18,9% des femmes et 2,4% d'hommes utilisent la contraception définitive dans le monde ; 3,8% des femmes et 2,7% d'hommes en Europe. En France, elle est utilisée par 3,8% de femmes et 0,8% d'hommes. (7). Avec de grandes disparités d'un pays à un autre, c'est le moyen contraceptif le plus répandu dans le monde, et c'est la grande absente du paysage contraceptif français. (5).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un rapport analysant les freins d'accès à la contraception adaptée, et proposé des leviers d'action pour y palier. Dans celui-ci, différents freins, parmi lesquels une réticence des professionnels à l'égard de cette contraception, et une méconnaissance de la loi, pourraient constituer des hypothèses pour expliquer le faible recours à cette méthode définitive. (2).

L'IGAS incite, en conclusion de son rapport, à diversifier la couverture contraceptive, à l'adapter aux besoins et aux modes de vie des utilisateurs, à promouvoir les méthodes de contraception de longue durée et à présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception. (5).

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, réalisée dans le département du Maine et Loire, entre septembre 2016 et novembre 2016, était de décrire les connaissances et les pratiques, sur la contraception définitive, de praticiens extrahospitaliers réalisant le suivi gynécologique tout au long de la vie.

MATERIEL ET METHODE

1. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, issue d'un questionnaire en ligne établi en juillet-août 2016, puis mis en ligne en septembre 2016.

L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances et les pratiques des professionnels extrahospitaliers du Maine-et-Loire sur la contraception définitive.

Le critère de jugement principal était le taux de professionnels de santé connaissant les critères principaux de la loi du 4 juillet 2001. Ces critères étaient : être majeur, seul le consentement du patient suffit, un délai de réflexion de 4 mois est obligatoire avant l'intervention.

2. Matériel

La population source sélectionnée se composait de professionnels pouvant réaliser le suivi gynécologique et exerçant une activité extrahospitalière dans le département du Maine-et-Loire : des sages-femmes, des gynécologues et des médecins généralistes. Un exercice extrahospitalier était défini comme un exercice professionnel en libéral, en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ou en Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les professionnels réalisant exclusivement des consultations échographiques ou de sexologie étaient exclus.

Les personnes ne réalisant pas de suivi gynécologique, étaient par la suite, exclues de l'analyse.

3. Méthode

Le questionnaire a été mis en ligne sur le site « Webquest » du 20 septembre au 12 novembre 2016. Un test réalisé par deux personnes a permis de s'assurer du caractère compréhensible des questions. Le lien internet a été diffusé par mail aux professionnels. Une lettre d'information l'accompagnait. Deux relances ont été effectuées les 4 et 18 octobre 2016 en cas de non réponse.

Les adresses de messagerie électronique des sages-femmes libérales ont été répertoriées à partir du listing du Conseil de l'ordre des sages-femmes. Celles qui n'avaient pas d'adresse mail d'inscrite sur le registre, ont été appelées pour les récupérer.

Les mails des sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues travaillant en PMI et CPEF ont été obtenus grâce à un médecin référent des CPEF 49.

Les médecins généralistes libéraux ont été contactés à partir du listing de formation continue en santé de la faculté de médecine d'Angers.

Enfin, les gynécologues libéraux ont été répertoriés à partir du site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le questionnaire se composait de plusieurs parties. Tout d'abord, le profil du professionnel (profession, âge, sexe, formations, ..) ; les connaissances sur la loi et les techniques de la contraception définitive ; les pratiques vis-à-vis de la contraception définitive (sujet évoqué, orientation,..) ; et enfin, les observations, avis et remarques personnels des professionnels.

La majorité du questionnaire se présentait sous forme de questions à choix unique ou multiple. Pour certaines réponses, les participants pouvaient joindre des informations complémentaires par commentaire.

L'analyse des données a été faite grâce aux logiciels informatiques Spynx et BiostatTGV. Pour la comparaison des effectifs de variables qualitatives. Le test de Chi^2 et le test de Fisher (lorsque l'effectif était inférieur à 5) ont été utilisés. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0.05.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

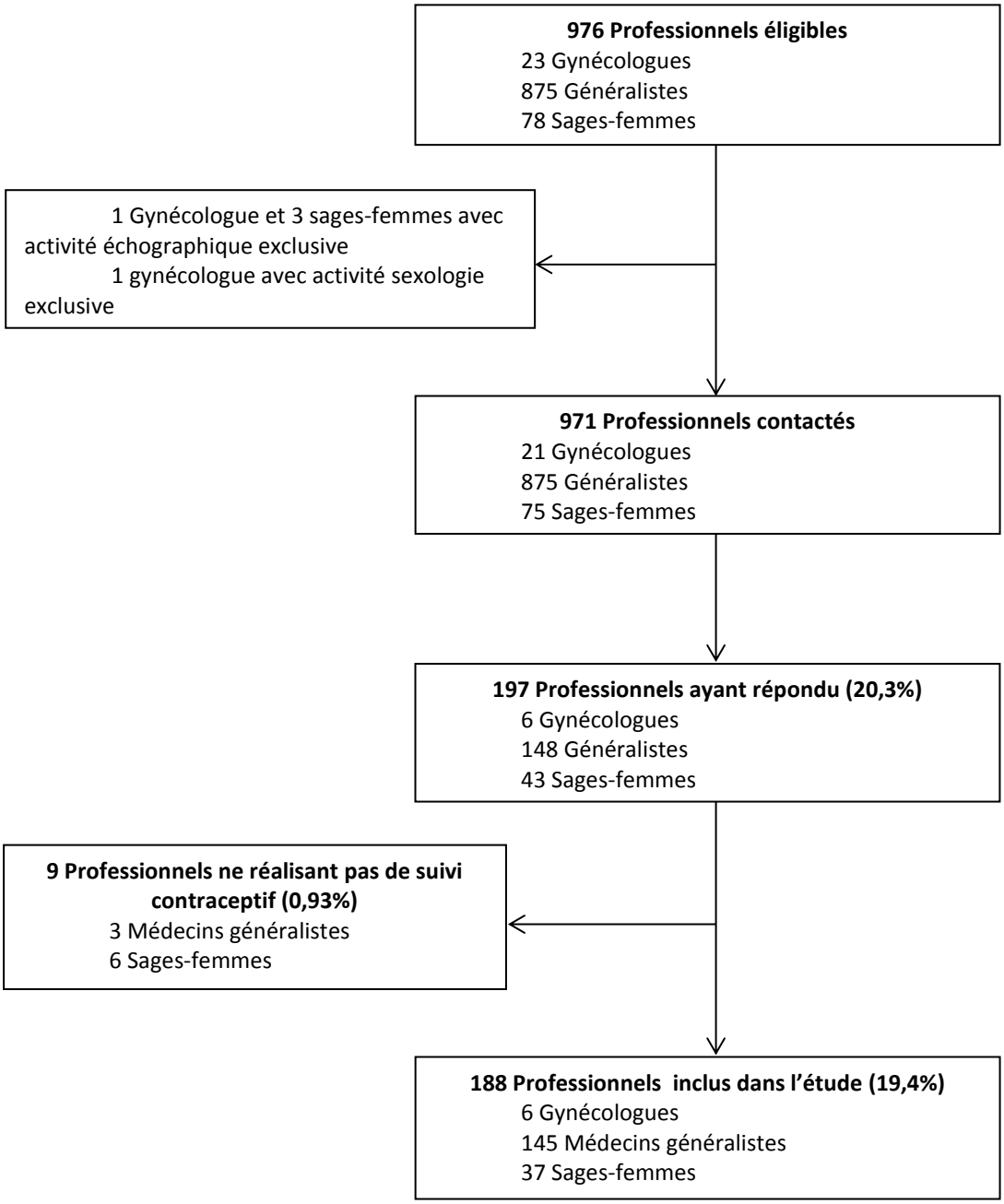

Figure 1: Diagramme de flux de l'étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, réalisée dans le département du Maine et Loire, entre le 20 septembre et 12 novembre 2016

2. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population de l'étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, réalisée dans le département du Maine et Loire, entre le 20 septembre et 12 novembre 2016, sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'étude

	N (/188) (%)
Sexe	
Homme	53 (28,2%)
Femme	135 (71,8)
Age actuel	
Moins de 30 ans	10 (5,3%)
[30 ; 40[ans	76 (40,4%)
[40 ; 50[ans	50 (26,6%)
Plus de 50 ans	52 (27,7%)
Situation maritale	
Célibataire	14(7,5%)
En concubinage	17 (9,0%)
Pacsé(e)	27 (14,4%)
Marié(e)	130 (69,1%)
Enfants	
1	29 (15,4%)
2	62 (33,0%)
3	55 (29,3%)
4	20 (10,6%)
5	3 (1,6%)
0	19 (10,1%)
Ancienneté du diplôme	
Moins de 5 ans	28 (14,9%)
[5 ; 15[ans	80 (42,6%)
[15 ; 25[ans	43 (22,9%)
Plus de 25 ans	37 (19,7%)
Profession actuelle exercée	
Médecin généraliste	145 (77,1%)
en cabinet libéral	131 (69,7%)
en CPEF	6 (3,2%)
en cabinet libéral ET en CPEF	8 (4,2%)
Gynécologue	6 (3,2%)
Sage-femme de PMI	6 (3,2%)
Sage-femme libérale	31 (16,5%)
Ancienneté de la pratique actuelle (années)	
Moins de 5 ans	60 (32,0%)
[5 ; 15[ans	73 (38,8%)
[15 ; 25[ans	29 (15,4%)
Plus de 25 ans	26 (13,8%)
Type d'exercice	
Urbain	63 (33,5%)
Semi-rural/Semi-urbain	79 (42,0%)
Rural	46 (24,5%)
Participation à une FI pour la réalisation du suivi contraceptif	162 (86,2%)
Participation à une FC pour la réalisation du suivi contraceptif	136 (72,3%)

FI = Formation Initiale / FC = Formation Complémentaire

Concernant l'âge, la valeur médiane était de 41 ans (26 à 65 ans), pour le nombre d'enfants, elle était de 2 (0 à 5) et concernant l'ancienneté du diplôme, elle était de 12ans (0 à 42 ans).

Parmi les professionnels de l'étude, 117/160 (73,1%) jugeaient leur formation initiale suffisante. Lors de cette formation, la contraception définitive était évoquée pour 132/161 (82,0%) personnes.

Les personnes participaient à une formation complémentaire car : leur formation initiale leur semblait insuffisante (67/181 ; 37,0%) ; ils avaient beaucoup de demandes de suivis contraceptifs (50/181 ; 27,6%) ; leurs études dataient de longtemps (43/181 ; 23,8%). (Plusieurs réponses pouvaient être cochées par les professionnels).

Lors des formations complémentaires, la contraception définitive était évoquée pour 99/135 (73,3%) personnes. Le Développement Professionnel Continu (DPC = Evaluation des pratiques professionnelles + Formation Médicale Continue), était le principal type de formation complémentaire (107/149 ; 71,8%).

La formation initiale leur suffit (25/51 ; 49,0%) et le manque de temps pour participer à une formation complémentaire (18/51 ; 35,3%) étaient les principales raisons pour lesquelles les personnes ne participaient pas à une formation complémentaire.

3. Connaissances et pratiques des professionnels de l'étude

3.1. Description des connaissances et des pratiques

Les connaissances et les pratiques de la population de l'étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, réalisée dans le département du Maine et Loire, entre le 20 septembre et 12 novembre 2016, sont décrites dans le tableau suivant.

Tableau II : Connaissances et pratiques sur la contraception définitive des professionnels de l'étude

	N (%)
Connaissances selon les professionnels :	
Critères obligatoires pour prétendre à la CD (n=323*) *	
Etre majeur	137 (42,4%)
Avoir plus de 35 ans	51 (15,8%)
Avoir au moins un enfant	30 (9,3%)
Avoir son dernier enfant âgé de plus de 1 an	5 (1,5%)
Etre en couple	10 (3,1%)
Avoir une (ou plusieurs) CI aux autres méthodes	28 (8,7%)
Avoir une grille d'évaluation (score de Lerat) supérieure à 6	17 (5,3%)
Je ne sais pas	45(13,9%)
Autres conditions (n=205) *	
Avoir obligatoirement l'accord du conjoint	6 (2,9%)
Le propre consentement du patient suffit	145 (70,7%)
Participer à un entretien obligatoire avec un conseiller conjugal, psychologue ou psychiatre	22 (10,7%)
Je ne sais pas	32 (15,6%)
Délai de réflexion (n=187)	
Pas de délai	3 (1,6%)
1 mois	14 (7,5%)
4 mois	129 (69,0%)
6 mois	11 (5,9%)
Je ne sais pas	26 (13,9%)
Autres (3 mois)	4 (2,1%)
Efficacité immédiate des méthodes contraceptives (n=187)	
Oui	14 (7,5%)
Non	154 (82,3%)
Je ne sais pas	19 (10,2%)
Conséquences de ces méthodes sur (n=204) *	
L'équilibre hormonal	3 (1,5%)

Le désir sexuel	20 (9,8%)
Le plaisir sexuel	6 (2,9%)
La qualité de l'érection et de l'éjaculation (pour la vasectomie)	15 (7,4%)
Aucune conséquence citée ci-dessus	136 (66,7%)
Je ne sais pas	20 (9,8%)
Autres	4 (2,0%)
Irréversibilité des méthodes (n=187)	
Oui	107 (57,2%)
Non	69 (36,9%)
Je ne sais pas	11 (5,9%)
Recours à une opération restauratrice possible (n=185)	
Oui	120 (64,9%)
Non	27 (14,6%)
Je ne sais pas	38 (20,5%)
Pratiques des professionnels :	
CD considérée comme un moyen de contraception (n=188)	167 (88,8%)
CD proposée lors d'une consultation de suivi contraceptif (n=188)	
Jamais	23 (12,2%)
Parfois	141 (75,0%)
Systématiquement	24 (12,8%)
Méthode(s) évoquée(s) (n=392) *	
La ligature des trompes	80 (20,4%)
Autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)	29 (7,4%)
Essure° (insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie)	157 (40,1%)
La vasectomie	126 (32,1%)
Grille d'évaluation (comme le score de Lerat) utilisée (n=165)	6 (3,6%)
Attitude la plus neutre possible adoptée (n=165)	158 (95,8%)
Orientation des patients (n=163)	159 (97,6%)

CD = Contraception définitive/
**=plusieurs réponses pouvaient être cochées par les professionnels*

Les professionnels considéraient les méthodes suivantes comme efficaces immédiatement : la ligature des trompes (47/99 ; 47,5%) ; la vasectomie (27/99 ; 27,3%) ; les autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) (20/99 ; 20,2%) ; Essure° (5/99 ; 5,1%). Ils considéraient les méthodes suivantes comme pouvant avoir une opération restauratrice : la ligature des trompes (79/198 ; 39,9%) ; les autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips) (45/198 ; 22,7%) ; Essure° (45/198 ; 22,7%) ; la vasectomie (29/198 ; 14,7%). (Plusieurs réponses pouvaient être cochées par les professionnels).

La principale raison pour laquelle les professionnels ne parlaient jamais de la contraception définitive était le manque de connaissances des méthodes (13/26 ; 50,0%).

Les raisons pour lesquelles les professionnels en parlaient parfois étaient : le patient en fait la demande lui-même (121/512 ; 23,6%) ; il ne tolère pas les autres moyens contraceptifs (105/512 ; 20,5%) ; il présente des contre-indications aux autres moyens (105/512 ; 20,5%) ; il a plus de 35 ans (75/512 ; 14,7%) ; il a eu une ou plusieurs IVG (33/512 ; 6,5%) ; le couple est stable (27/512 ; 5,3%) ; le patient a au moins un enfant (22/512 ; 4,3%) ; le patient est sous tutelle ou curatelle (12/512 ; 2,3%) ;Autres (12/512 ; 2,3%). (Plusieurs réponses pouvaient être cochées par les professionnels).

Concernant l'orientation des patients souhaitant une contraception définitive, elle se faisait principalement vers un chirurgien gynécologue (150/237 ; 63,3%).

3.2. Comparaison des caractéristiques et pratiques des professionnels, avec les connaissances des critères principaux de la loi de 2001, relative à la contraception définitive

Pour prétendre à la contraception définitive, 71/186 (38,2%) des professionnels, savaient qu' « être majeur » était le seul critère obligatoire. Ils étaient 129/186 (69,4%) à savoir que seul le consentement du patient suffit, et 129/187 (69,0%) à connaître le délai de réflexion obligatoire de 4 mois.

Parmi les soignants interrogés, 74/182 (40,7%) déclaraient connaître la loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception définitive. Les 3 critères principaux de cette loi : être majeur, seul le consentement du patient suffit, délai de réflexion de 4 mois, étaient connus pour 50/185 (27,0%) professionnels. Les 2 critères principaux de cette loi : seul le consentement du patient suffit, délai de réflexion de 4 mois, étaient connus pour 98/185 (53,0%) professionnels.

Les caractéristiques et les pratiques de la population de l'étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, réalisée dans le département du Maine et Loire, entre le 20 septembre et 12 novembre 2016, sont comparées avec le taux de connaissance de 2 critères principaux de la loi de 2001, relative à la contraception définitive, dans le tableau suivant. Ces 2 critères étant : seul le consentement du patient suffit, délai de réflexion de 4 mois pour prétendre à la contraception définitive.

Tableau III : Caractéristiques et pratiques des professionnels, associées au taux de connaissance de 2 critères principaux de la loi de 2001 relative à la contraception définitive.

		Connaissance de la CD pour 2 critères N(%)		
	N (%)	Oui	Non	p
Sexe				0,40
Homme	52 (28,1%)	25 (13,5%)	27 (14,6%)	
Femme	133 (71,9%)	73 (39,5%)	60 (32,4%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
Age				0,77
<40ans	85 (46,0%)	46 (24,9%)	39 (21,1%)	
>40ans	100 (54,0%)	52 (28,1%)	48 (26,0%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
Enfants				0,79
Oui	167 (90,3%)	89 (48,1%)	78 (42,2%)	
Non	18 (9,7%)	9 (4,9%)	9 (4,9%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
Age du diplôme				0,11
<15ans	107 (57,8%)	62 (33,5%)	45 (24,3%)	
>15ans	78 (42,2%)	36 (19,5%)	42 (22,7%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
Profession				0,07
Médecin généraliste	142 (76,8%)	70 (37,8%)	72 (38,9%)	
Sages-femmes + gynécologues	43 (23,2%)	28 (15,1%)	15 (8,1%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
Type d'exercice				0,76
Urbain	61 (33,0%)	30 (16,2%)	31 (16,8%)	
Semi-rural/semi-urbain	79 (42,7%)	43 (23,2%)	36 (19,5%)	

Rural	45 (24,3%)	25 (13,5%)	20 (10,8%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
Participation à une FI sur la contraception				0,57
Oui	159 (86,4%)	86 (46,7%)	73 (39,7%)	
Non	25 (13,6%)	12 (6,5%)	13 (7,1%)	
Totaux	184 (100%)	98 (53,3%)	86 (46,7%)	
Participation à une FC sur la contraception				0,06
Oui	134 (72,8%)	**77 (41,0%)**	57 (31,0%)	
Non	50 (27,2%)	**21 (11,2%)**	29 (15,8%)	
Totaux	184 (100%)	98 (53,3%)	86 (46,7%)	
CD considérée comme un moyen contraceptif				0,04 **
Oui	166 (89,7%)	**92 (49,7%)**	74 (40,0%)	
Non	19 (10,3%)	**6 (3,2%)**	13 (7,0%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	
CD proposée en consultation				<0,01 **
Jamais	21 (11,4%)	5 (2,7%)	16 (8,7%)	
Parfois	140 (75,7%)	76 (41,1%)	64 (34,6%)	
Systématiquement	24 (13,0%)	17 (9,2%)	7 (3,8%)	
Totaux	185 (100%)	98 (53,0%)	87 (47,0%)	

FI = Formation Initiale / FC = Formation Complémentaire / CD = Contraception Définitive /
***= Résultat significatif (p<0,05)*

4. Observations et avis des professionnels de l'étude

Les observations et avis de la population de l'étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, réalisée dans le département du Maine et Loire, entre le 20 septembre et 12 novembre 2016, sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau IV : Observations et avis des professionnels de l'étude

	N (%)
Devenir de la majorité de leurs patients souhaitant la CD (n=164)	
Pas de nouvelles	18 (11,0%)
CD réalisée	125 (76,2%)
CD non réalisée par choix patient	6 (3,7%)
CD non réalisée par choix praticien chirurgien	6 (3,7%)
Autres	9 (5,5%)
Patients regrettant leur choix de CD (n=165)	17 (10,3%)
Pratiques des professionnels influencées par ces retours (n=164)	87 (53,0%)
Souhait de participation à une formation théorique sur les méthodes de CD (n=187)	105 (56,1%)
Souhait de participation à une formation éthique et aux techniques de « counseling » (n=187)	83 (44,4%)
Facteurs pouvant influencer la diffusion plus larges de la CD, selon les professionnels (n=188) :	
-Amélioration de la FI en gynécologie avec des connaissances théoriques et pratiques	162 (86,2%)
-Développement de formations continues en gynécologie adaptées aux pratiques des MG et des SF	183 (97,3%)
-Valorisation et reconnaissance financière de l'activité gynécologique des MG et des SF	125 (66,5%)
-Diffusion publique des rôles du MG et de la SF dans la pratique de la gynécologie	150 (79,8%)
-Organisation de campagnes d'information plus rapprochées et destinées à tous	162 (86,2%)
-Application de la loi du 4 juillet 2001 en matière d'obligation légale d'éducation à la sexualité à l'école	143 (76,1%)
-Présentation de tous les moyens de contraception de la manière la plus neutre possible et accord d'une place plus importante aux choix du patient	179 (95,2%)
-Recentrer la contraception sur le couple et non sur la femme seule	163 (86,7%)

CD = contraception définitive /FI = Formation Initiale / MG = médecin généraliste / SF = Sage-femme

Selon les soignantes interrogés, les raisons évoquées pour lesquelles les patients regrettaient leur choix de contraception définitive étaient : changement de situation familiale (11/21 ; 52,4%) ; désir de grossesse (7/21 ; 33,3%) ; douleurs lors du geste opératoire et en post-opératoire (1/21 ; 4,8%). Les autres réponses apportées (2/21 ; 9,5%) étaient : « Patiente âgée de 25 ans lors de l'opération » ; « irrégularité des règles sans hormones ». (Plusieurs réponses pouvaient être cochées par les professionnels).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces

Cette étude, concernait la contraception définitive, sujet peu traité et méthode peu utilisée en France par proportion aux autres pays développés notamment. La population de l'étude était composée de toutes les catégories de professions participant à la promotion de la contraception : gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes. Elle a été réalisée dans le département du Maine-et-Loire, donc concernait une population aussi bien urbaine que rurale. Aucun questionnaire renvoyé n'était ininterprétable. 79,3 % étaient complets. 87.4% des questionnaires incomplets avaient une seule réponse manquante.

1.2. Faiblesses

Plusieurs biais étaient présents dans cette étude. Tout d'abord, un biais de sélection. Seuls les professionnels intéressés ou interpellés par ce sujet ont pris le temps de répondre. Le niveau de connaissances a donc peut-être été surévalué. De plus, cette étude, ne concernait qu'un seul département de France. Elle n'était donc pas très représentative de la population française de professionnels extrahospitaliers pouvant exercer le suivi contraceptif.

Il y avait aussi un biais d'auto-déclaration et de compréhension. En effet, le questionnaire était en ligne. Aucune explication ne pouvait être apportée en cas d'incompréhension des questions. Des réponses ont donc peut-être été faussées ou non répondues. De plus, il était impossible de savoir si le professionnel répondait directement ou s'il recherchait certaines réponses sur internet avant de répondre.

Les participants devaient sélectionner leurs réponses parmi des listes de propositions : les résultats étaient donc susceptibles d'avoir été influencés par celles-ci.

2. Principaux résultats

2.1. Connaissances des professionnels de l'étude

La majorité des professionnels interrogés avaient reçu et avaient participé à une formation initiale (86,2%) et complémentaire (72,3%) afin de réaliser le suivi contraceptif de leurs patients. Le sujet de la contraception définitive était évoqué en formation initiale (82,0%) et en formation complémentaire (73,3%).

Parmi les soignants interrogés, 40,7% déclaraient connaître la loi de 2001 relative à la contraception définitive. Or, seulement, 27,0% connaissaient les 3 critères principaux de cette loi : être majeur, seul le consentement du patient suffit, délai de réflexion de 4 mois ; et 53,0% les 2 critères : seul le consentement du patient suffit, délai de réflexion de 4 mois.

Dans la thèse de M.ROMERO, « Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie », 30.4 % des professionnels déclaraient connaître la loi de 2001. 23,7%, savaient qu' « être majeur » était le seul critère obligatoire pour prétendre à la contraception

définitive (versus dans notre étude : 38,2%). 33,1% savaient que seul le consentement du patient suffit (versus dans notre étude : 69,4%), et 32,2% savaient qu'il y avait un délai de réflexion de 4 mois (versus dans notre étude : 69,0%). (8) Certains résultats diffèrent de notre étude. Une des explications possible pourrait être la différence de population interrogée constituée uniquement de médecins.

Dans notre étude, 82,3% des professionnels savaient que ces méthodes n'étaient pas efficaces immédiatement. Ils étaient 66,7% à être au courant qu'elles n'avaient pas de conséquences sur l'équilibre hormonal, le désir sexuel, le plaisir sexuel, la qualité de l'érection et de l'éjaculation. Et ils étaient 57,2% à savoir qu'elles étaient irréversibles.
Parmi les soignants, 64,9% pensaient que le recours à une opération restauratrice était possible.

Les caractéristiques des professionnels suivantes : sexe, âge, avoir des enfants, âge du diplôme, profession, type d'exercice, participation à une formation initiale pour le suivi contraceptif, n'avaient pas d'influence significative, dans notre étude, sur le fait de connaitre les 2 critères principaux de la loi relative à la contraception définitive.
Les personnes ayant participé à une formation complémentaire pour le suivi contraceptif avaient une meilleure connaissance des 2 critères principaux de la loi relative à la contraception définitive (41,0%), que celles n'ayant pas participé à ce type de formation (11,2%). (p=0,06). Cette tendance non significative du fait d'un manque de puissance de l'étude est en accord avec la thèse de M.ROMERO. Elle observe que le manque de formation des médecins généralistes en matière de gynécologie peut être un frein dans la connaissance et le fait d'aborder le sujet de la contraception définitive. (8).

Pour une diffusion plus large de la contraception définitive en France, 86.2 % des professionnels de l'étude souhaiteraient une amélioration de la formation initiale en gynécologie avec des connaissances théoriques et pratiques et 97.3 % souhaiteraient le développement de formations continues en gynécologie, adaptées aux pratiques des médecins généralistes et des sages-femmes. Cependant, ils n'étaient que 56,1% à souhaiter participer à une formation théorique sur les différentes méthodes.

L'amélioration des connaissances des professionnels pourrait être un facteur augmentant la diffusion plus large de la contraception en France.
En 2009, l'IGAS, a proposé des axes de recommandations pour les politiques publiques en matière de contraception : Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins afin de développer et revaloriser la fonction de conseil en matière de contraception, et de mieux les préparer aux rôles croissants qu'ils sont appelé à jouer dans ce domaine. Cela pourrait être possible avec la révision des études médicales, un ajustement des programmes, une revalorisation des heures d'enseignement, un développement de la place donnée à la contraception dans le programme des questions susceptibles d'être posées à l'Examen Classant National (ECN), une réorganisation des stages dans l'internat avec une place plus importante pour la gynécologie. (Recommandation 13). Encourager le développement d'actions de formation médicale continue axée sur la contraception, domaine en perpétuelle évolution. (Recommandation 14). Adapter le programme des études de sage-femme aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2001 en matière de contraception. (Recommandation 15). (5).

Pour informer les praticiens ne pouvant pas participer à une formation complémentaire, un lien internet menant à une courte vidéo, récapitulant les différentes méthodes existantes et leurs conditions d'utilisation, pourrait leur être envoyé. Le lien de cette vidéo pourrait aussi figurer sur des sites de références médicales.

2.2. Pratiques des professionnels de l'étude

Parmi les soignants interrogés, 88,8% considéraient ces méthodes comme un moyen contraceptif. Or, ils n'étaient que 12,8% à en parler systématiquement.

Dans le rapport IGAS, aucun professionnel rencontré par la mission au cours de ses nombreux entretiens sur le terrain, n'y faisait spontanément référence parmi les méthodes de contraception possibles. (5). Dans la thèse de M.ROMERO, 90,6% des médecins généralistes considéraient la contraception définitive comme un moyen contraceptif, mais ils n'étaient que 21,1% à en parler avant le patient. (8). K. GUIHOT dans son mémoire « Pourquoi la contraception définitive est-elle si peu répandue en France ? », relate que cette méthode est considérée comme un moyen contraceptif, mais peu évoquée en consultation par manque de formation, de temps de consultation et peur d'un suivi irrégulier ensuite pour les femmes. (9).

Dans notre étude, les professionnels qui considéraient la contraception définitive comme un moyen contraceptif, avaient une meilleure connaissance des 2 critères principaux de la loi relative à la contraception définitive (49,7%) par rapport à ceux ne considérant pas ce type de moyen comme une contraception (3,2%) (p=0,04).

Ils étaient 75,0% à évoquer parfois la contraception définitive car : le patient en fait la demande lui-même (23,6%) ; il ne tolère pas les autres moyens contraceptifs (20,5%) ; il présente des contre-indications aux autres moyens (20,5%). L'étude ESTHYME retrouve ces motifs : intolérance au stérilet ou à la contraception orale (34%), contre-indication à la contraception orale ou contre-indication médicale à la grossesse (20%), ne veut plus être en situation d'IVG (9%). Les 38% restant sont pour une absence de désir d'enfant. (10).

Les professionnels proposant parfois ce type de contraception en consultation, avaient une meilleure connaissance des 2 critères principaux de la loi relative à la contraception définitive (41,1%), que ceux qui n'en parlaient jamais (2,7%) (p<0,01).

Ils étaient 12,2% à ne jamais en parler.

Les méthodes évoquées étaient Essure° (40,1%), la vasectomie (32,1%), la ligature des trompes (20,4%) et autres méthodes (7,4%). Une des recommandations de la HAS de 2007, est de recommander Essure° en première intention. (11).

Parmi les soignants interrogés, 97,6% orientaient leurs patients lorsqu'ils souhaitaient ce type de contraception, et 63,3% savaient qu'il fallait les orienter vers un chirurgien gynécologue. Seulement 3,6% utilisaient une grille d'évaluation comme le score de Lerat et 95,8% déclaraient adopter l'attitude la plus neutre possible envers le choix de leurs patients.

Selon les professionnels de l'étude, la contraception définitive était réalisée pour la majorité des patients (76,2%). Toujours selon les soignants, 10,3% de leurs patients regrettaient leur choix. Cela résultat semble surestimé par rapport aux données de la littérature sur le taux de regret chez les patientes, où celui-ci est estimé autour de 5%. (12) (13).

Les professionnels étaient 53,0% à rapporter que leurs pratiques étaient influencées par ces retours.

Seulement 44,4% d'entre eux souhaitaient participer à une formation éthique et aux techniques de « counseling ».

Selon les professionnels, plusieurs facteurs pourraient influencer une diffusion plus large de la contraception définitive : Présenter tous les moyens de contraception de la manière la plus neutre possible et accorder une place plus importante au choix du patient (95,2%) ; Recentrer la contraception sur le couple et non sur la femme seule (86,7%). La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive (14) ; Valoriser et reconnaître financièrement l'activité des médecins généralistes et des sages-femmes (66.5 %). Cela concorde avec le rapport IGAS 2009 : Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive (recommandation n°16). En effet, L'IGAS relate que les conditions actuelles d'exercice et de rémunération ne s'accommodent guère avec le peu de temps de consultation et le peu de disponibilités des professionnels. Une consultation particulière pourrait être dédiée à la contraception et destinée à toute femme en âge de procréer selon une périodicité à définir. Une cotation supérieure pourrait être envisagée pour ce type de consultation, et cela pourrait être réservé aux praticiens ayant suivi une formation spécifique sur la contraception. (5).

Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception, comme proposé dans le rapport IGAS 2009 (recommandation 8) pourrait aussi augmenter l'utilisation de la contraception définitive (5). La HAS le recommande actuellement afin que les patients puissent faire le choix qui correspond le mieux à leur mode de vie en toute objectivité (11).

2.3. Autres solutions possibles pour promouvoir la contraception définitive

Selon les professionnels, d'autres facteurs, concernant la population générale, pourraient influencer une diffusion plus large de la contraception définitive : La diffusion publique des rôles des médecins généralistes et des sages-femmes, dans la pratique de la gynécologie (79,8%) ; L'organisation de campagnes d'information plus rapprochées et destinées à tous (86,2%) ; L'application de la loi du 4 juillet 2001 en matière d'obligation légale d'éducation à la sexualité à l'école (76,1%).

L'étude nationale EPILULE réalisée en 2003 chez des femmes en âge de procréer retrouvait un manque de connaissance en matière de contraception chez les répondantes. (8).

Une étude réalisée au Québec dans les années 80 sur la ligature tubaire, retrouvait que dans 97% des cas le sujet de la contraception définitive était abordé par la patiente. Dans cette région, la contraception définitive est beaucoup plus développée qu'en France. Ainsi les femmes au Québec sont bien plus informées sur la stérilisation. (8).

Il pourrait être pertinent de réaliser une étude chez les hommes et les femmes en âge de procréer afin de décrire leurs connaissances et représentations sur la contraception définitive. Une mauvaise connaissance de ces méthodes ou de fausses représentations pourraient expliquer la faible utilisation de la contraception définitive en France.

Ce type d'étude pourrait aussi être réalisé dans des pays comme la Finlande, la Suisse, le Canada, les États-Unis, l'Australie,.. où ces méthodes sont plus utilisées, afin de comparer les résultats à la nôtre. Il serait aussi intéressant de connaître leur loi ainsi que leur date de légalisation de la contraception définitive.

Enfin, il serait intéressant d'observer s'il y a une évolution des demandes des patients et pratiques des professionnels, concernant la contraception définitive, depuis la polémique Essure°.

3. CONCLUSION

Dans l'étude, on remarque que la loi de 2001 relative à la contraception définitive est peu connue des professionnels réalisant la promotion de la contraception. De plus, les connaissances des critères de cette loi semblent influer sur les pratiques (contraception définitive considérée comme une contraception et proposée).

La contraception définitive nécessite d'être reconnue comme un moyen de contraception et présentée aux couples de façon systématique.

Faire évoluer les connaissances des professionnels pourrait permettre de répandre davantage l'usage de la contraception définitive, et ainsi contribuer à la réduction du taux de grossesses non désirées grâce à une contraception mieux adaptée aux patients. Un effort de formations initiale et continue plus régulières et plus approfondies, l'apprentissage d'un nouveau positionnement dans la relation médecin-patient avec le modèle BERCER axé sur le « counseling » ainsi que l'organisation et le traitement de la consultation contraceptive, avec une consultation spécifique, pourraient influencer la diffusion de la contraception définitive.

BIBLIOGRAPHIE

1. Heckel S. La démarche de stérilisation féminine [Internet]. Journées régionales d'échanges « Prise en charge de l'IVG »; 2014 avril [consulté le 17 août 2016]; Lyon. Disponible sur: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Evenements/20140424_DEOS_journee_IVG_11_-_Dr_HECKEL_-_La_demarche_de_sterilisation_feminine.pdf

2. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [consulté le 16 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

3. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. 2009 oct [consulté le 9 nov 2016] p. 53. Report No.: RM2009-112P. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047.pdf

4. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Dossier de presse : Mise en oeuvre de la politique sur la contraception - Lancement de la campagne de communication [Internet]. 2013 [consulté le 8 août 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf

5. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. 2009 oct [consulté le 9 nov 2016]. Report No.: RM2009-104A. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf

6. Code de la santé publique, Deuxième Partie, Titre II, Chapitre III : Stérilisation à visée contraceptive [Internet]. Legifrance. [consulté le 8 juin 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=0DAC48A60DB80D5BFA8D3A68303EBD3A.tpdila15v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171128&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160608

7. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Contraceptive Patterns 2013 [Internet]. [consulté le 8 nov 2016]. Disponible sur: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf

8. Romero M. Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale. Toulouse; 2014

9. Guihot M. Pourquoi la contraception définitive féminine est-elle si peu répandue en France ? Rennes; 2015

10. Scarabin C, Dhainaut C. Étude ESTHYME. Stérilisation selon le procédé Essure : vécu des femmes. Enquête multicentrique rétrospective. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 12 avr 2007;35(11):1123−8.

11. HAS, AFSSAPS. Référentiel de bon usage hors GHS, ESSURE Dispositif pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique [Internet]. 2007 [consulté le 15 nov 2016]. Disponible sur: http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/essure_2008_01_14__15_44_30_690_1_.pdf

12. ANAES, AFSSAPS, INPES, Service des recommandations professionnelles de l'Anaes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2004 [consulté le 9 nov 2016]. Disponible sur: http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources_legales/rapports_officiels/anaes_contraception.pdf

13. Legendre G, Varoux M, Nazac A, Fernandez H. Regret après stérilisation tubaire hystéroscopique par technique Essure®. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2014;43(5):387-92.

14. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique [Internet]. [consulté le 8 nov 2016]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

ANNEXES

1. Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter concernant mon mémoire sur la contraception définitive.

Je me présente, je suis Claire MORINIERE, étudiante sage-femme en dernière année de formation à Angers.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur la contraception définitive en interrogeant les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes travaillant en libéral, CPEF ou PMI, du Maine et Loire.

En France, ce type de contraception est utilisé par 3,9% de femmes et 0,3% d'hommes. Dans le monde par 18,9% de femmes et 2,4% d'hommes. L'écart est notable, ce qui m'a conduit à m'intéresser à ce sujet.

A partir de cette étude, je souhaite décrire les connaissances et les pratiques des professionnels réalisant le suivi gynécologique tout au long de la vie.

Je sollicite donc votre participation pour compléter le questionnaire (7 à 8 minutes maximum seront nécessaires). Les données recueillies resteront anonymes et confidentielles.

Je vous remercie par avance pour votre participation à ce projet.

Je vous serais reconnaissante de ne pas diffuser ce questionnaire autour de vous, afin qu'il ne s'adresse qu'aux professionnels extrahospitaliers du Maine-et-Loire.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez plus de renseignements.

Lien internet du questionnaire en ligne :

http://www.webquest.fr/?m=20205_la-contraception-definitive-description-des-connaissances-et-des-pratiques-des-medecins-generalistes-gynecologues-et-sages-femmes-extra-hospitaliers-du-maine-et-loire

MORINIERE Claire

38 rue Renou 49100 ANGERS

06.47.42.69.31 - clairemoriniere@orange.fr

2. Questionnaire

Contraception Définitive

sept-octobre 2016 - Mémoire

Description des connaissances et des pratiques des professionnels extrahospitaliers du Maine-et-Loire

Profil du professionnel de santé

Vous êtes :
O Un homme O Une femme

Quelle est votre année de naissance [ ]

Vous êtes
O célibataire O en concubinage O pacsé O marié

Avez-vous des enfants ?
O Oui O Non

Combien d'enfants avez-vous ? [ ]
La question n'est pertinente que si Enfants = "Oui"

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme [ ]

Quelle profession exercez-vous actuellement ?
O Médecin généraliste O Gynécologue
O Sage-femme de PMI O Sage-femme libérale

Où ?
O En cabinet libéral O En CPEF O En libéral et CPEF
La question n'est pertinente que si Profession actuelle = "Médecin généraliste"

Depuis combien de temps exercez-vous votre pratique actuelle ?
O moins de 5 ans O [5,15[ans O [15,25[ans
O 25 ans et plus

Quel est votre type d'exercice
O Urbain O Semi-rural/semi-urbain O Rural

Lors de vos consultations, réalisez-vous des suivis contraceptifs
O Oui O Non
Terminer le questionnaire si Suivis contraceptifs = "Non"

Avez-vous reçu une formation initiale vous permettant de réaliser le suivi contraceptif
O Oui O Non

La jugez-vous suffisante pour assurer ce suivi
O Oui O Non
La question n'est pertinente que si Formation initiale = "Oui"

Lors de cette formation, vous a-t-on parlé de la contraception définitive
O Oui O Non
La question n'est pertinente que si Formation initiale = "Oui"

Avez-vous participé à une (ou plusieurs) formation(s) complémentaire(s) vous permettant de réaliser le suivi contraceptif
O Oui O Non

Si oui, pourquoi
☐ Votre formation initiale vous semblait insuffisante
☐ Vous avez beaucoup de demandes de suivis contraceptifs
☐ Vos études datent de longtemps
☐ Autres
Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Formation complémentaire = "Oui"

Si 'Autres', précisez : [ ]
La question n'est pertinente que si Raison d'une FC = "Autres"

Laquelle/lesquelles
☐ Diplôme Universitaire ☐ DPC (EPP + FMC) ☐ Autres
Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Formation complémentaire = "Oui"

Si 'Autres', précisez : [ ]
La question n'est pertinente que si Type de FC = "Autres"

Lors de cette (ou ces) formation(s), vous a-t-on parlé de la contraception définitive
O Oui O Non
La question n'est pertinente que si Formation complémentaire = "Oui"

Pourquoi
☐ La formation initiale vous suffit
☐ Vous n'avez pas le temps d'y participer
☐ Vous n'avez pas les moyens d'y participer
☐ Autres
Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Formation complémentaire = "Non"

Si 'Autres', précisez : [ ]
La question n'est pertinente que si raison d'aucune FC = "Autres"

Observations des connaissances

Connaissez-vous la loi de 2001 relative à la contraception définitive
O Oui O Non

Quel(s) critère(s) sont obligatoires pour prétendre à la contraception définitive

- ☐ Etre majeur
- ☐ Avoir plus de 35 ans
- ☐ Avoir au moins un enfant
- ☐ Avoir son dernier enfant âgé de plus de 1 an
- ☐ Etre en couple
- ☐ Avoir une (ou plusieurs) contre-indications aux autres méthodes contraceptives
- ☐ Avoir une grille d'évaluation (score de Lerat) supérieure à 6
- ☐ Je ne sais pas

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Le patient souhaitant une contraception définitive :

- ☐ Doit obligatoirement avoir l'accord de son conjoint
- ☐ Son propre consentement suffit
- ☐ Doit participer à un entretien obligatoire avec un conseiller conjugal ou un psychologue ou un psychiatre
- ☐ Je ne sais pas

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Existe-t-il un délai de réflexion

○ Pas de délai ○ 1 mois ○ 4 mois ○ 6 mois
○ Je ne sais pas ○ Autres

Si 'Autres', précisez : _____

La question n'est pertinente que si Délai de Réflexion = "Autres"

Les méthodes de contraceptions définitives sont-elles toutes efficaces immédiatement

○ Oui ○ Non ○ Pas toutes ○ Je ne sais pas

Lesquelles sont efficaces immédiatement

- ☐ La ligature des trompes
- ☐ Autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)
- ☐ Essure® (insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie)
- ☐ La vasectomie

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Efficacité immédiate = "Pas toutes"

Selon vous, ces méthodes peuvent avoir des conséquences sur

- ☐ L'équilibre hormonal
- ☐ Le désir sexuel
- ☐ Le plaisir sexuel
- ☐ La qualité de l'érection et de l'éjaculation (pour la vasectomie)
- ☐ Aucune conséquence citée ci-dessus
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Si 'Autres', précisez : _____

La question n'est pertinente que si Conséquences = "Autres"

Les méthodes sont-elles toutes considérées comme irréversibles

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Est-il possible de recourir à une opération restauratrice pour certaines méthodes

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Si oui, pour quelle(s) méthode(s)

- ☐ La ligature des trompes
- ☐ Autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)
- ☐ Essure® (insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie)
- ☐ La vasectomie

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Opération restauratrice = "Oui"

Observation des pratiques

Considérez-vous la contraception définitive comme un moyen de contraception ?

○ Oui ○ Non

Lorsqu'un patient vous consulte pour son suivi contraceptif, vous arrive-t-il de parler des méthodes de contraceptions définitives

○ Jamais ○ Parfois ○ Systématiquement

Si 'Autres', précisez : _____

La question n'est pertinente que si Pourquoi jamais = "Autres"

Pourquoi jamais

- ☐ Vous considérez que votre patient ne peut pas avoir cette méthode
- ☐ Vous ne connaissez pas de médecins réalisant ces méthodes
- ☐ Vous n'avez pas le temps d'en parler
- ☐ Vous manquez de connaissances sur ces méthodes
- ☐ Vous avez peur que votre patient n'assure plus son suivi médical régulièrement
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Proposition de CD = "Jamais"

Pourquoi considérez-vous que votre patient ne peut pas avoir cette méthode

- ☐ Il a moins de 35 ans
- ☐ Il n'a pas d'enfants
- ☐ Il n'a pas suffisamment de rapports sexuels
- ☐ Le couple n'est pas stable
- ☐ La patiente ou la conjointe du patient est trop proche de la ménopause
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Pourquoi jamais = "Vous considérez que votre patient ne peut pas avoir cette méthode"

Si 'Autres', précisez : ☐

La question n'est pertinente que si Pq patient jamais = "Autres"

Pourquoi en parlez-vous parfois

- ☐ Le patient en fait la demande lui-même
- ☐ Il ne tolère pas les autres moyens de contraception
- ☐ Il présente des contre-indications aux autres moyens
- ☐ Il a plus de 35 ans
- ☐ Le couple est stable
- ☐ Le patient a au moins un enfants
- ☐ Le patient est sous tutelle ou curatelle
- ☐ Le patient a eu une ou plusieurs IVG
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Proposition de CD = "Parfois"

Si 'Autres', précisez : ☐

La question n'est pertinente que si Pourquoi parfois = "Autres"

De quelle méthode parlez-vous

- ☐ La ligature des trompes
- ☐ Autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips)
- ☐ Essure® (insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie)
- ☐ La vasectomie

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Vous arrive-t-il d'utiliser une grille d'évaluation (comme le score de Lerat) pour savoir si votre patient(e) peut bénéficier de la contraception définitive

○ Oui ○ Non

La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Arrivez-vous à adopter une attitude la plus neutre possible vis-à-vis de cette demande en faisant abstraction de vos éventuelles convictions personnelles

○ Oui ○ Non

La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Orientez-vous ces patients

○ Oui ○ Non

La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Si oui, vers qui les orientez-vous

- ☐ Vers un médecin généraliste
- ☐ vers un gynécologue de ville
- ☐ vers un chirurgien gynécologue
- ☐ vers un urologue

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Orientation = "Oui"

Si non, pourquoi

- ☐ Le patient a moins de 35 ans
- ☐ Il n'a pas d'enfants
- ☐ Il n'a pas suffisamment de rapports sexuels
- ☐ Le couple n'est pas stable
- ☐ La patiente ou la conjointe du patient est trop proche de la ménopause
- ☐ Vous ne connaissez pas de médecins réalisant ces méthodes
- ☐ Vous avez peur que votre patient n'assure pas son suivi médical
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Orientation = "Non"

Si 'Autres', précisez : ☐

La question n'est pertinente que si Pq pas d'orientation = "Autres"

Observations personnelles et avis

Quel est le devenir de la majorité de vos patients souhaitant la contraception définitive

- ○ Vous n'avez pas de nouvelles
- ○ Contraception définitive réalisée
- ○ Contraception définitive non réalisée par choix patient
- ○ Contraception définitive non réalisée par refus praticiens
- ○ Autres

La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Si 'Autres', précisez : ☐

La question n'est pertinente que si Devenir = "Autres"

Avez-vous déjà rencontré des patients regrettant leur choix de contraception définitive

○ Oui ○ Non

La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Pourquoi regrettaient-ils leur choix de contraception définitive

- ☐ Douleurs lors du geste opératoire et en post-opératoire
- ☐ Mésentente conjugale préexistante
- ☐ Désaccord du conjoint concernant le choix de contraception définitive
- ☐ Changement de situation familiale (séparation, nouveau conjoint)
- ☐ Désir de grossesse
- ☐ Grossesse sous contraception définitive
- ☐ Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si Regret = "Oui"

Si 'Autres', précisez : ☐

La question n'est pertinente que si Pq regret = "Autres"

Pensez-vous que le fait d'avoir des retours ou pas, influence votre pratique (notamment dans l'orientation de vos patients)

○ Oui ○ Non

La question n'est pertinente que si Proposition de CD # "Jamais"

Souhaiteriez-vous participer à une formation théorique sur les différentes méthodes de contraceptions définitives

○ Oui ○ Non

Souhaiteriez-vous être formé à l'éthique et aux techniques de "counseling", afin d'informer et d'orienter la personne, souhaitant une contraception définitive, sans émettre de jugement

○ Oui ○ Non

Selon vous, les facteurs ci-dessous pourraient-ils influencer la diffusion plus large de la contraception définitive

	Oui	Non
Ameliorer la formation initiale en gynécologie avec des connaissances théoriques et pratiques	○	○
Développer des formations continues en gynécologie adaptées aux pratiques des médecins généralistes et des sages-femmes	○	○
Valoriser et reconnaître financièrement l'activité gynécologique des médecins généralistes et des sages-femmes	○	○
Diffuser publiquement le rôle du médecin généraliste et de la sage-femme dans la pratique de la gynécologie	○	○
Organiser des campagnes d'informations plus rapprochées et destinées à tous	○	○
Appliquer la loi du 4 juillet 2001 en matière d'obligation légale d'éducation à la sexualité à l'école	○	○
Présenter tous les moyens de contraception de la manière la plus neutre possible et accorder une place plus importante au choix du patient	○	○
Recentrer la contraception sur le couple et non sur la femme seule	○	○

Autres facteurs possibles, précisez :

Avez-vous des remarques

3. Réponses « autres » et remarques des professionnels de l'étude

3.1. Réponses « autres »

Les autres réponses pour lesquelles les personnes participaient à une formation complémentaire étaient « Nécessité du Développement Professionnel Continu afin d'être à jour », « Intérêt personnel », « Orientation de la pratique exclusivement en gynécologie », « Recherche d'approches plus personnalisées et plus globales (pas des « recettes ») ».
Les autres types de formation complémentaire étaient le Diplôme Universitaire, « Lectures (articles, livres, revues) », « Congrès de gynécologie et médecine générale », « Echanges (confrères, stage CPEF, Jury de thèse, laboratoires) ».
Les réponses autres pour lesquelles les personnes ne participaient pas à une formation complémentaires étaient : ils n'ont pas les moyens d'y participer, « Formation continue à venir », « Pas de propositions de formations », « Je fais d'autres formations pour l'instant », « Non intéressé sur le plan éthique ».

Les conséquences « autres » des méthodes de contraception définitive citées par les professionnels étaient : « Les douleurs », « Les regrets », « Tout est possible quand il y a intervention médicale quelle qu'elle soit », « Ces conséquences ne sont pas directes et physiques mais peuvent être psychologiques », « Je sais bien qu'il n'y a pas de conséquences sur l'organisme et la sexualité (sur le plan mécanique, hormonal). L'équilibre affectif et sexuel, la libido peuvent être affectés UNIQUEMENT si la demande n'est pas bien renseignée, ou s'il existe des problèmes sous-jacents (personnels ou de couple). Beaucoup de préjugés sur le sujet !! et qui circulent très bien malheureusement, notamment par internet. ».

Les autres raisons pour lesquelles les professionnels ne parlaient jamais de la contraception définitive étaient : la considération que le patient ne pouvait pas avoir la méthode car le patient a moins de 35 ans, il n'a pas d'enfants, son couple n'est pas stable, « Pas de demande du patient concernant la contraception définitive », la peur que le patient n'assure plus son suivi médical régulièrement par la suite, « Je laisse le soin au patient d'aborder cette question », « Oublis d'évoquer ce type de contraception », « Patientèle jeune », « Difficulté à suggérer quelque chose d'irréversible », « Réticence à ce type de contraception », « Pas d'indication à en parler quand la contraception est satisfaisante».
Les autres raisons pour lesquelles les professionnels en parlaient parfois étaient : « Grande multiparité », « Plus de désir d'enfants », « Association des situations, je ne propose pas d'emblée à une femme de 35 ans… », « Patient autour de la quarantaine », « C'est un moyen parmi d'autres au choix de la ou des patients », « Lors de certaines pathologies psychiatriques », « En fonction de la discussion », « Grosses carences de la fonction parentale », « La contraception de la patiente ne lui convient plus », « Nombreux enfants confiés à l'ASE », « Présentation des méthodes en général », « Quand on sent la possibilité de le proposer », « Le patient en a ras le bol de se préoccuper de la contraception », « Les patientes n'y pensent pas toujours même si la contraception pose problème. Parfois certaines en parlent comme d'une contraception, et croient que la réversibilité est automatique. Chaque fois que j'en parle (de moi-même ou sur demande), je dis : il ne s'agit pas de méthodes réversibles, comme la contraception, et la chirurgie réparatrice est aléatoire. Aider à bien peser ses choix de vie ! ».

Les raisons pour lesquelles les professionnels n'orientaient pas étaient : le patient a moins de 35 ans, il n'a pas d'enfants, la patiente ou la conjointe du patient est trop proche de la ménopause, « Pas encore de cas ».

Les réponses « autres » sur le devenir des patients des professionnels étaient : « Pas assez de recul pour répondre », « Choix toujours en cours pour 2 patientes », « Pas encore de cas », « Devenir extrêmement variable probablement car la discussion survient à des moments très différents de la réflexion et/ou histoire du couple », « Si trop loin de 40 ans, pas réalisé à Angers, mais ailleurs..».

Parmi les réponses « autres » aux facteurs pouvant influencer la diffusion plus large de la contraception définitive, figuraient : « Prendre en compte la demande de contraception définitive des femmes sans enfants ou avec enfants mais jeunes » ; « Principal frein : convictions personnelles religieuses et morales des praticiens hospitaliers de type "Mme vous avez 32 ans et 8 enfants. Vous ne pouvez pas avoir de stérilisation car vous n'avez pas 35 ans. Au revoir." et la patiente de se retrouver enceinte 4 mois plus tard avec IVG car elle n'a pas été suivi pour appliquer un autre moyen contraceptif qu'elle ne voulait pas. » ; « Oui et non selon les cas » ; « Concernant la valorisation des médecins et sages-femmes et la diffusion de leur rôle, questions non adaptées. Les patientes ne formulent pas les mêmes demandes aux uns et aux autres car l'approche n'est pas la même, on ne se confie pas de la même manière, et les circonstances de consultation peuvent être très différentes. Vous auriez dû dissocier les questions ».

3.2. Remarques

« J'ai coché oui à la question portant sur la re-perméabilisation tubaire car je sais que cela a déjà été fait, mais j'insiste bien sur le caractère irréversible lorsque je présente la méthode aux patients » ;

« Le choix d'une contraception définitive est rarement accepté par les praticiens pour des patientes jeunes. La vasectomie est considérée par les hommes comme une perte de leur virilité (pour certains, alors que..). » ;

« Sujet pas simples ! Et pas facile d'avoir du recul car très peu d'expérience dans ce domaine ! » ;

« La neutralité et l'empathie sont des attitudes difficiles, compte tenu du fait que les vérités personnelles peuvent passer pour une "règle de vie idéale". La religion complique la diffusion de message portant à l'universalité et la recherche de liberté. Je trouve que chez un adulte de plus de 30 ans les idées sont souvent fixées. Il me parait donc indispensable de promouvoir la santé en milieu scolaire, car les jeunes consultent peu, mais il faut y mettre les moyens financiers, et ne pas se reposer sur les professeurs qui ont déjà suffisamment à faire dans leur discipline. » ;

« Il y a 2 problèmes majeurs face à la stérilisation contraceptive : -la faible implication des hommes, qui sont souvent les premiers à dire qu'ils ne veulent plus d'enfants, mais qui refusent par principe la vasectomie (15min sous AL, ça va pas les tuer!!) -l'opposition des gynécologues qui refusent sur Angers la stérilisation féminine avant 35ans, au prétexte qu'il y a trop de femmes qui redemanderaient une re-perméabilisation en regrettant leur choix (donnée empirique, aucune donnée chiffrée de cet argument qui va à l'encontre de la loi. » ;

« Intéressant ! » ;

« J'ai noté qu'une méthode de contraception définitive pouvait influencer le désir car le risque de débuter une grossesse non désirée n'existe plus et le couple peut se sentir libéré » ;

« Je trouve que la question de la contraception définitive est plutôt du ressort du spécialiste donc en tant que médecin généraliste, j'adresse au gynécologue pour cette prise en charge. » ;

« Les patients connaissent la possibilité d'une contraception définitive, à nous de les orienter. Par ailleurs, la vie est imprévisible, créer de l'irréversible est une très grave question. » ;

« Contraception définitive banalise la notion d'infertilité irréversible. Importance d'être connecté au réel et d'appeler un chat un chat = stérilisation. » ;

« Au sujet des 8 dernières questions, si la question était "pensez-vous qu'il faudrait..?", alors ma réponse est "non" partout, sauf sur la dernière. Car pour des raisons éthiques, je ne considère pas la contraception définitive comme une bonne solution. » ;

« J'ai répondu "oui" aux items ci-dessus, mais je crois que les personnes sont informées de l'existence de ce moyen, et le demandent si ils souhaitent l'obtenir, alors seulement on intervient. ».

« Merci pour votre travail » ;

« Difficile de répondre à certaines questions par oui ou non. Bien connaître les problématiques des demandes = prendre du temps » ;

« Difficile de trouver un gynécologue qui accepte la pose avant 35 ans, voire 40 à Angers...même si la patiente le réclame +++++ et a 6 enfants confiés à l'ASE.... » ;

« Médecin généraliste, j'oriente vers un spécialiste et n'ai pas besoin d'en connaître beaucoup plus sur la méthode. J'entends la demande, mais je laisse la main au spécialiste. » ;

« Questionnaire très intéressant ! » ;

« Je suis intéressé par les conclusions de ce travail » ;

« Avoir de vos nouvelles et avoir le plaisir de lire votre mémoire » ;

« Questionnaire intéressant et bien ouvert dans les items de réponse. Présentation agréable (avec les questions qui s'ouvrent à mesure selon les réponses choisies). Bon courage. ».

TITRE

Contraception Définitive : connaissances et pratiques des praticiens extrahospitaliers du Maine-et-Loire.
Etude épidémiologique, quantitative, descriptive, observationnelle, rétrospective, réalisée du 20 septembre au 12 novembre 2016.

RESUME

Introduction : En France, la contraception définitive (CD) concerne 3,9% de femmes et 0,3% d'hommes. Malgré sa légalisation avec la loi du 4 juillet 2001, elle reste peu utilisée alors que dans le monde et en Europe, elle concerne respectivement 18,9% et 3,8% de femmes et 2,4% et 2,7% d'hommes. L'objectif était de décrire les connaissances et les pratiques de praticiens extrahospitaliers, sur la CD.
Matériel et Méthode : Sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, exerçant en dehors de l'hôpital (libéral, CPEF, PMI) dans le département du Maine-et-Loire, ont été inclus dans l'étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive, rétrospective, issue d'un questionnaire en ligne, diffusée du 20 septembre au 12 novembre 2016.
Résultats : 37 sages-femmes, 145 médecins généralistes, 6 gynécologues étaient inclus dans l'étude. 38,2%, savaient qu' « être majeur » était le seul critère obligatoire pour prétendre à la CD. Parmi les soignants, 53% connaissaient les 2 critères principaux de la loi : le consentement du patient et le délai de réflexion de 4 mois. Les soignants connaissant ces critères principaux, étaient 41,1% à parler parfois de la CD ($p<0,01$) et 75% à la considérer comme un moyen contraceptif ($p=0,04$). Ils étaient 88,8% à considérer ces méthodes comme un moyen contraceptif ; 12,8% à en parler systématiquement, 75% parfois, 12,2% jamais.
Discussion : Accorder une place plus importante aux formations initiale et complémentaire théoriques et pratiques, des professionnels, pourrait permettre de diminuer leur réticence à parler de la CD et à la présenter de façon systématique afin d'augmenter son utilisation.

Mots-clés : Contraception définitive (CD), loi du 4 juillet 2001, contraception irréversible, professionnels de santé, sage-femme, gynécologue, généraliste, Maine-et-Loire.

ABSTRACT

Introduction: In France, permanent contraception concerns 3, 9% of women and 0, 3% of men. Despite its legalization by the law of July 4th, 2001, it's used infrequently, while the permanent contraception concerns 18, 9% of women and 2, 4% of men in the world and 3, 1% of women and 2, 5% of men in Europe. The objective of this study was to describe healthcare provider's knowledge and practices, on permanent birth control.
Methods: Midwives, General practitioners, Gynecologists working in surgery, Family planning clinic, Maternal and child care services, in the Maine-et-Loire Department were included in the epidemiological, quantitative, observational, descriptive, retrospective study, through an online survey, made available from September 20th to November 12th 2016.
Results: 37 Midwives, 145 General practitioners, 6 Gynecologists were included in the study. 38, 2% knew "being legally an adult" was the only criteria to get permanent contraception. Among nursing staff, 53, 0% knew 2 fundamentals principles of the law: patient's consent and reflection period of 4 months. Those were 41, 1% to spoke sometimes permanent contraception ($p<0, 01$) and 75, 0% to consider there method like a contraception ($p=0, 04$). They were 88, 8% considered these methods like a contraceptive method; 12, 8% spoke about it systematically, 75% sometimes, 12, 2% never.
Conclusion: There are solutions that could help to increase permanent contraception's use: developing professionals' knowledge, with initial and additional, theoretical and practical trainings and presenting permanent contraception in a systematic manner.

Keywords: Permanent contraception, Law of July 4th, 2001, irreversible contraception, healthcare provider, midwife, gynecologist, general practitioner, Maine-et-Loire

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00