

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 16 septembre 2021

Par Clément BOURGAIN

Né le 31 juillet 1992 à Senlis (Oise)

La stérilisation tubaire : facteurs motivationnels et implication du médecin traitant dans le parcours de soins

Thèse dirigée par le Docteur François SIEGERTH

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,
Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT,
Madame le Docteur Nadège LAUCHET,
Madame le Docteur Bibi Roohi JOOMAYE,

présidente du jury
membre du jury
membre du jury
membre du jury



Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 septembre 2021

Par Clément BOURGAIN

Né le 31 juillet 1992 à Senlis (Oise)

La stérilisation tubaire : facteurs motivationnels et implication du médecin traitant dans le parcours de soins

Thèse dirigée par le Docteur François SIEGERTH

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,
Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT,
Madame le Docteur Nadège LAUCHET,
Madame le Docteur Bibi Roohi JOOMAYE,

présidente du jury
membre du jury
membre du jury
membre du jury



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE

OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
SEVE Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE

MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEFS DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Néant

Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.

Louis Pasteur

Remerciements

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, professeur des universités en médecine générale,

Un grand merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse, et de m'avoir accompagné tout au long de cet internat. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT, professeur des universités en endocrinologie,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, soyez assurée de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Nadège LAUCHET, maître de conférences associé en médecine générale,

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse, projet dont vous avez participé à l'initiation.

Madame le Docteur Bibi Roohi JOOMAYE, docteur en médecine, gynécologue-obstétricien,

Un immense merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, cela me touche particulièrement. Merci également pour la patience, le partage, et la gentillesse dont tu as fait preuve lors de notre début de stage à Tulle, point de départ d'une amitié qui continuera encore longtemps j'espère.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur François SIEGERTH, docteur en médecine, gynécologue-obstétricien,

François, merci d'avoir accepté de diriger ce projet. Merci pour ta patience, ta rigueur, et l'intérêt que tu as porté à ce travail. Merci également pour l'encadrement sans faille dont tu as fait preuve lors de mon stage en gynécologie-obstétrique. Pour tout cela, je te suis très reconnaissant.

Aux enseignants de la Faculté de Médecine de Limoges,

Merci pour la transmission de votre savoir durant ces six premières années de cours et stages à la Faculté et au CHU.

Aux différents maîtres de stages ambulatoires rencontrés pendant mon internat, aux médecins du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Tulle,

Merci pour la transmission de vos connaissances, et pour la confiance que vous m'avez accordée. Ces trois années d'internat m'auront permis de développer grâce à vous les compétences nécessaires pour devenir médecin.

À l'équipe des Urgences du Centre Hospitalier de Saint Junien,

Là où cet internat a commencé. Six mois mémorables qui ne peuvent se résumer en deux lignes. Merci pour tout. Vous savez l'amitié que j'ai pour vous.

À mes parents,

Qui m'ont donné l'éducation et toutes les chances possibles pour devenir ce que je suis.

À mes frères,

À mes amis,

- A ceux qui ont su rendre ces études plus belles au fil des années : Jonathan, Alexia, Marie & Julien, Denis, Madi, Manon, Manon, Marion, Simon, Hélène, Thibault, Adrien, Cathy, Loïc P,
- Aux Aurillacois Doc, Ludo, Samu, Thibault, Sophie, Floriane,
- Aux anciens et futurs Limougeauds Clotilde et Alexandre.

À Loïc,

A toutes ces années de dur labeur auxquelles nous avons fait face, à notre travail constant et acharné. Ces études auront été le berceau d'une belle amitié.

À mes beaux-parents,

Qui nous auront toujours soutenu durant ces longues études.

À Sabine, mon épouse,

Tu sais tout l'amour que j'ai pour toi. Merci d'être sans cesse là pour moi.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

I. Introduction	20
I.1. Généralités	20
I.2. La contraception définitive.....	21
I.2.1. Cadre législatif en France.....	21
I.2.2. Techniques chirurgicales	21
I.2.3. Utilisation de la contraception définitive en France	22
I.2.4. La contraception définitive dans le monde	24
I.2.5. Satisfaction de la contraception définitive féminine	27
I.2.6. Critères médicaux décisionnels à la réalisation d'une stérilisation féminine	27
I.2.7. Efficacité de la stérilisation tubaire	27
I.3. Rôle du médecin traitant	30
II. Matériel et méthodes	31
II.1. Problématique et objectifs	31
II.2. Type d'étude.....	31
II.3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion	31
II.4. Questionnaire	31
II.4.1. Élaboration du questionnaire	31
II.4.2. Distribution du questionnaire	32
II.5. Calculs.....	32
III. Résultats	33
III.1. Profil des patientes	33
III.2. Motivations et accès des patientes à la contraception définitive.....	35
III.3. Intervention du médecin traitant	38
IV. Discussion	41
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes	48
Serment d'Hippocrate	58

Table des illustrations

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées par les femmes françaises en âge de procréer	23
Figure 2 : Estimation du nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) utilisant différents moyens contraceptifs dans le monde	25
Figure 3 : Méthodes contraceptives utilisées dans certains pays du monde, pour cent couples mariés utilisant une contraception	26
Figure 4 : Motivations à réaliser une contraception définitive	36
Figure 5 : Temps de réflexion avant demande d'une contraception définitive	37
Figure 6 : Professionnels assurant le suivi gynécologique des patientes	39
Figure 7 : Motifs évoqués par les patientes non accompagnées par leur médecin traitant ...	40

Table des tableaux

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives	29
Tableau 2 : Profil de la population étudiée	34

Liste des abréviations

COVID : coronavirus disease

DIU : dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : human papillomavirus

INED : Institut National d'Études Démographiques

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

SPF : Santé Publique France

I. Introduction

I.1. Généralités

La contraception est définie par l'OMS comme étant "l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception, ou l'éviter". En France, l'accès à la contraception a été permis par la loi Neuwirth, dite "loi de régulation des naissances", promulguée le 28 décembre 1967 par le Général de Gaulle (1). Elle autorise l'accès à la contraception, notamment aux contraceptifs oraux existant à l'époque, sur délivrance en pharmacie et sur prescription médicale uniquement. La délivrance était possible également aux patientes mineures, avec consentement parental obligatoire. Il aura fallu attendre l'année 1974 pour que l'accès à la contraception soit autorisé aux mineures sans accord parental, et qu'une prise en charge par la sécurité sociale soit permise (2).

Aujourd'hui en France, en dehors des méthodes dites naturelles (Billings, retrait, Ogino etc.), des spermicides, capes, et diaphragmes aux indices de Pearl élevés, les principales contraceptions utilisées sont les suivantes :

- dispositif intra-utérin (au cuivre ou au lévonorgestrel),
- contraception œstro-progestative sous différentes formes (contraception orale, patch, anneau vaginal),
- contraception progestative autre que le DIU (contraception orale, implant)
- contraception mécanique par préservatif,
- contraception définitive (stérilisation tubaire, vasectomie).

L'indice de Pearl des préservatifs féminins ou masculins est élevé, mais leur intérêt dans la protection contre les maladies sexuellement transmissibles est majeur.

Ce travail de thèse s'intéresse à la contraception définitive féminine. Lors de mon stage réalisé dans le service de Gynécologie - Obstétrique du Centre Hospitalier de Tulle, j'ai rencontré une patiente qui a eu une grossesse extra-utérine. Elle avait bénéficié d'une salpingectomie unilatérale par coelioscopie pour traiter la pathologie. La patiente, mère de deux enfants, marquée par cet événement, avait pu bénéficier d'une contraception définitive six mois plus tard par salpingectomie controlatérale. Elle avait 29 ans au moment de l'intervention.

Ce travail va s'intéresser premièrement aux motivations des patientes à demander une contraception définitive, à leur satisfaction, et enfin savoir si leur médecin traitant a joué un rôle dans leur parcours de soins.

I.2. La contraception définitive

I.2.1. Cadre législatif en France

En France, la contraception définitive féminine (ou stérilisation à visée contraceptive) est permise aujourd'hui grâce à la loi du 4 juillet 2001, dite loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (3). Cette dernière précise le parcours que doit réaliser la patiente pour obtenir une contraception définitive :

- au cours d'une première consultation, la patiente exprime son souhait de ligature tubaire. La procédure chirurgicale est exposée avec ses avantages, risques, et inconvénients. La patiente reçoit également des informations sur les méthodes contraceptives alternatives. En fin de consultation, elle se voit remettre un dossier d'informations précisant ce qui lui a été dit. Cela lui permettra de confirmer son choix en toute connaissance de cause. Elle reçoit également une attestation de consultation médicale. Cette consultation peut avoir lieu chez un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme ;

- ensuite vient un délai de réflexion légal de quatre mois pendant lequel la patiente mûrit sa réflexion ;

- puis vient une deuxième consultation médicale où la patiente réitère son souhait de bénéficier d'une contraception définitive, par écrit cette fois-ci ;

- enfin vient le temps de l'intervention, qui ne peut avoir lieu qu'au sein d'un établissement de santé (centre hospitalier public ou clinique privée).

La loi du 4 juillet 2001 précise que la contraception définitive féminine n'est pas accessible aux mineures. Elle peut l'être aux patientes dont l'altération des facultés cognitives a rendu une mise sous tutelle ou curatelle obligatoire, lorsqu'il "existe une contre-indication médicale absolue aux autres méthodes contraceptives, ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement". Dans ce cadre, l'intervention ne peut avoir lieu qu'après accord du juge des tutelles.

Enfin, cette loi précise qu'un chirurgien peut être en droit de refuser de réaliser l'intervention demandée. Il doit alors en informer clairement la patiente, et l'orienter vers un confrère ou une structure de soins pouvant répondre à son souhait.

I.2.2. Techniques chirurgicales

Sur le plan technique, il est proposé actuellement en France majoritairement une salpingectomie bilatérale, totale ou partielle. Cette intervention courte (environ trente minutes) se réalise par coelioscopie, et généralement en ambulatoire. La mise en place de clips et l'électrocoagulation des trompes ne sont quasiment plus réalisées en pratique.

L'intervention n'engendre que rarement d'effets indésirables graves, les plaintes les plus fréquentes étant des douleurs abdominales post-opératoires, passagères et bénignes.

Les implants intra-tubaires Essure®, longtemps utilisés depuis leur mise sur le marché français en 2002 ont été interdits en 2017. Ils ont été désignés comme responsables de nombreux effets indésirables pour les patientes qui en étaient porteuses (douleurs musculo-squelettiques, douleurs pelviennes, asthénie pour les plus fréquents) (4).

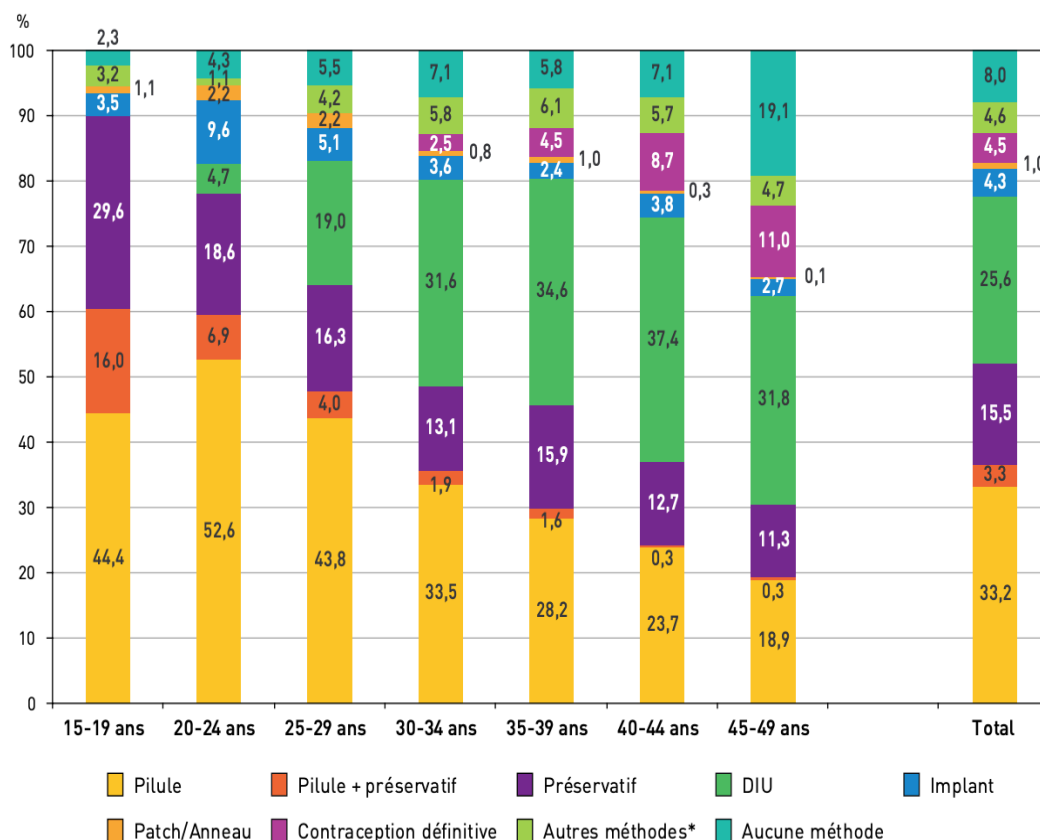
La salpingectomie bilatérale apparaît comme l'intervention à proposer aux patientes devant une potentielle diminution de risque de cancer de l'ovaire.

Plusieurs études sur la carcinogénèse des cancers ovariens ont montré que les trompes de Fallope seraient un point de départ de ces tumeurs. Dans une étude menée par Callahan et al. sur une population de patientes porteuses d'une mutation BRCA 1 ou 2, ayant bénéficié d'une ovariectomie et d'une salpingectomie bilatérales à titre prophylactique, tous les cancers ovariens découverts fortuitement avaient une origine tubaire. Quatre-vingt-cinq pour cent des découvertes de cancer dans cette étude l'ont été à un stade infra-clinique (5). Dans leur étude sur une population similaire, Finch et al. observaient également un nombre significatif de tumeurs ovariennes à point de départ tubaire (6). Dans une revue de la littérature effectuée par Reade et al. en 2014, ils explicitaient qu'un nombre significatif de lésions précancéreuses ou cancéreuses ovariennes étaient retrouvées dans les salpingectomies prophylactiques des patientes BRCA positives. Ils nous indiquaient également que des études moléculaires et génétiques, notamment sur les mutations du gène p53, tendaient à prouver le point de départ tubaire des carcinomes séreux ovariens à haut risque (7).

Une revue de différentes études cas-témoin réalisée par Sieh et al. a conclu à une réduction de risque d'apparition de différents types de cancers ovariens (séreux de haut grade, mucineux, carcinome à cellules claires, et carcinome endométrioïde) pour des patientes ayant bénéficié d'une salpingectomie (8).

I.2.3. Utilisation de la contraception définitive en France

Un état des lieux des pratiques contraceptives chez les femmes de 15 à 49 ans en France a été réalisé par Santé Publique France en 2016 (9). La contraception définitive, définie dans cette étude par la stérilisation tubaire ou la vasectomie, est adoptée par environ 4,5% des femmes. Il est noté une absence d'utilisation de la contraception définitive avant 30 ans. L'utilisation est de plus en plus importante en avançant en âge pour atteindre environ 11% des femmes dans la tranche d'âge 45-49 ans. Concernant la stérilisation tubaire uniquement, environ 3 % des femmes françaises en âge de procréer y avaient recours en 2019 (10).



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées par les femmes françaises en âge de procréer

Source : Santé Publique France

I.2.4. La contraception définitive dans le monde

Dans le monde, la stérilisation tubaire est la pratique contraceptive la plus utilisée. Selon l'ONU (10), environ 24% des femmes de 15 à 49 ans utilisant un moyen de contraception ont réalisé cette intervention. Dans des pays comparables à la France sur les plans économiques et sociaux, 6,2% des femmes de 15 à 49 ans au Royaume Uni, 5,1% en Norvège, 13,7% aux États-Unis d'Amérique et 6,5% en Suisse utilisent une contraception définitive féminine. Ces pays se démarquent également par une utilisation de la vasectomie plus large qu'en France, notamment au Royaume-Uni où elle est plus utilisée que la ligature de trompes. Certains chiffres sont encore plus édifiants. Toujours selon l'ONU, en 2009, 42% des couples mariés utilisant une contraception aux États-Unis d'Amérique, et 45% au Canada utilisaient une méthode de stérilisation, contre seulement 6% pour la France (11).

L'utilisation de la stérilisation tubaire, et plus largement de la contraception définitive en France, est peu répandue par rapport aux pays sus-cités.

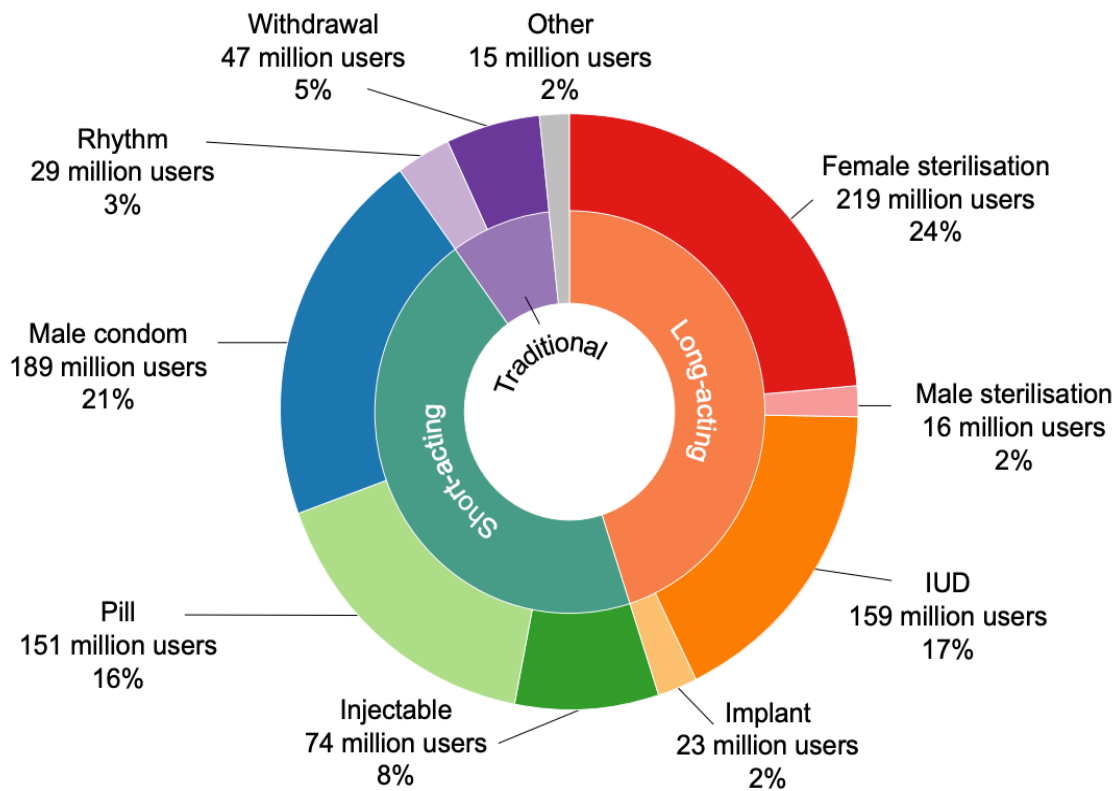


Figure 2 : Estimation du nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) utilisant différents moyens contraceptifs dans le monde

Source : ONU, Département des affaires économiques et sociales, Contraceptive Use by method, data booklet, 2019

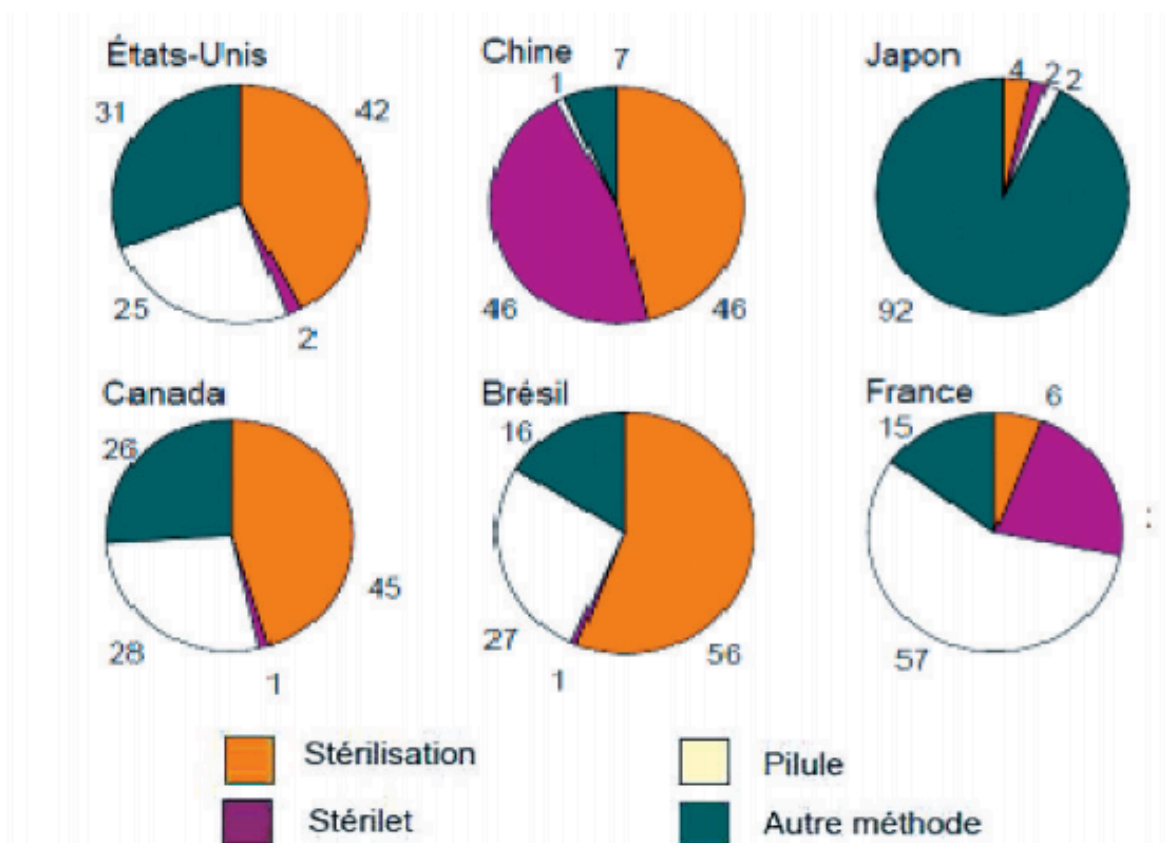


Figure 3 : Méthodes contraceptives utilisées dans certains pays du monde, pour cent couples mariés utilisant une contraception

Source : INED (2010), selon ONU (2009)

I.2.5. Satisfaction de la contraception définitive féminine

Plusieurs études ont été menées concernant la présence ou non de regrets post stérilisation tubaire (12–15). La plupart d'entre elles ne relaient pas de regrets pour une majorité de patientes.

D'autres études se sont intéressées aux facteurs de risque de regrets post stérilisation tubaire (16–18). Le principal facteur de risque était un jeune âge (généralement inférieur à 30 ans) au moment de l'intervention. Les arguments secondaires étaient dépendants du statut familial (faible nombre d'enfants, séparation ou nouvelle union récente). Le peu de connaissance de moyens contraceptifs alternatifs en pré-chirurgical majorait l'apparition de regrets. Enfin la réalisation du geste en post partum apparaissait comme un argument notable dans les regrets. Cela souligne l'importance des consultations pré-intervention et de toutes les informations à apporter à la patiente. Le caractère irréversible de la procédure doit être clairement exprimé lors de ces consultations par le ou les praticiens intervenant dans ce parcours de soins.

I.2.6. Critères médicaux décisionnels à la réalisation d'une stérilisation féminine

Selon une étude réalisée auprès de gynécologues obstétriciens français par Le Rohellec pour sa thèse d'exercice, la majorité de la population interrogée avait un critère d'âge pour la réalisation de l'intervention (19). Environ 50% souhaitaient que la patiente ait déjà eu un enfant. Les critères décisionnels obstétricaux comprenaient les antécédents d'IVG, de grossesse pathologique, et de césarienne. Les derniers critères étaient les difficultés rencontrées avec d'autres contraceptions, la motivation et le degré de compréhension de la patiente.

Dans cette étude, 86% des gynécologues interrogés avaient déjà refusé une demande de stérilisation tubaire, majoritairement pour un critère d'âge (patientes jugées trop jeunes). Une réticence à réaliser des stérilisations tubaires dans des contextes de post-partum immédiat était également avancée. Cela met en exergue les difficultés d'accès à cette contraception pourtant permise par la loi, même si les motifs évoqués ont été décrits dans les facteurs de risque de regret.

I.2.7. Efficacité de la stérilisation tubaire

L'indice de Pearl permet d'évaluer l'efficacité des différentes méthodes contraceptives. Il correspond au nombre de grossesses accidentelles survenues dans un panel de 100 femmes utilisant de façon optimale et théorique la contraception étudiée sur une période d'un an.

Dans le tableau suivant, l'indice de Pearl est comparé à une efficacité dite pratique. Cette dernière est établie selon les mêmes critères que l'indice de Pearl pour une utilisation courante de la contraception.

La stérilisation tubaire a un indice de Pearl et un indice d'efficacité pratique à 0,5. Elle possède le cinquième indice de Pearl dans les contraceptions féminines derrière l'implant, et le DIU au lévonorgestrel, et les contraceptions orales micro-progestatives ou œstro -

progestatives. En terme d'efficacité pratique, elle est classée troisième derrière l'implant et le DIU au lévonorgestrel. Elle est ainsi la contraception féminine non hormonale la plus efficace.

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives

Source : L'assurance maladie, selon l'OMS (2011)

Méthode contraceptive	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Stérilisation tubaire	0,5	0,5
Pilule oestro-progestative	0,3	8
Pilule microprogestative	0,3	8
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
DIU au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Capot cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implant	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15

I.3. Rôle du médecin traitant

Dans notre activité, la contraception est un motif courant de consultation. Les consultations de gynécologie sont probablement encore plus fréquentes dans les zones rurales, nombreuses dans notre région, où l'accès aux gynécologues s'avère parfois difficile. Les médecins généralistes urbains sont d'ailleurs moins équipés pour des consultations gynécologiques que les médecins généralistes ruraux (20).

Il nous convient alors de connaître les différentes méthodes contraceptives avec leur mode d'utilisation, leurs indications et contre-indications, leurs avantages et inconvénients. Il est du devoir de tout médecin d'apporter une information la plus complète possible à ses patients. S'il juge ne pas être le plus compétent dans ce domaine, la prudence est d'adresser ses patients à des confrères, consœurs, ou autre professionnel de santé plus habitués.

Les patientes souhaitent que le médecin généraliste, intervenant de premier recours, et connaissant le patient dans sa globalité, soit une source d'informations, et soit impliqué dans la prescription de leur contraception (21,22).

L'étude de Romero dans le cadre de sa thèse d'exercice portait sur les freins à la proposition d'une contraception définitive en médecine générale (23). Celle-ci concluait que 11,6% des médecins interrogés ne proposaient pas ce type de contraception lors de consultations dédiées à la contraception. Seuls 21% des médecins interrogés abordaient spontanément ce type de contraception. Une minorité des médecins généralistes interrogés connaissaient les règles régissant la contraception définitive.

Ces réponses peuvent expliquer la faible utilisation de cette méthode contraceptive en France. Les difficultés d'accès, l'absence de proposition par le médecin, et les méconnaissances de cette technique sont vraisemblablement les principaux éléments expliquant les résultats des études.

II. Matériel et méthodes

II.1. Problématique et objectifs

La contraception définitive féminine est moins utilisée en France par rapport à d'autres pays comparables sur le plan social et économique. Nous avons vu précédemment qu'une majorité de médecins traitants ne proposaient pas spontanément ce type de contraception à leurs patientes. Certains d'entre eux ne le proposent même pas dans les différents modes de contraception existants.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre les motivations des patientes à réaliser cette intervention. En objectif secondaire, nous allons voir si le médecin traitant des participantes à l'étude a joué un rôle dans leur démarche. La satisfaction des patientes sera également étudiée. Les réponses nous permettront d'envisager les ajustements réalisables en médecine générale dans le parcours de soins de ces patientes.

II.2. Type d'étude

L'étude réalisée était une étude épidémiologique, multicentrique, transversale, descriptive, déclarative, à l'aide d'un questionnaire.

II.3. Population, critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible du questionnaire était l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une technique de contraception définitive, consultant dans les services de gynécologie-obstétrique de l'ex-région Limousin. Il s'agissait des deux seuls critères d'inclusion.

Les critères d'exclusion comprenaient les questionnaires partiellement remplis, ainsi que les patientes ne répondant pas aux critères d'inclusion.

II.4. Questionnaire

II.4.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire permettant l'étude était composé de quinze questions. La majorité d'entre elles étaient des questions à réponses fermées. Certaines permettaient des réponses ouvertes dans le but de préciser une réponse, d'exprimer un sentiment, ou donner tout autre élément qui n'était pas décrit dans les choix proposés.

La première partie du questionnaire permettait d'établir le profil de la patiente :

- âge,
- situation familiale au moment de l'intervention,
- type de contraception avant l'intervention,
- recul depuis l'intervention,

La deuxième partie du questionnaire étudiait :

- la facilité d'accès à l'intervention,
- les motivations de la patiente,
- sa satisfaction,
- le rôle du médecin traitant dans la contraception de la patiente et dans le parcours de soins de la contraception définitive.

En fin de questionnaire, il était possible d'écrire un commentaire libre si les patientes le souhaitaient.

II.4.2. Distribution du questionnaire

Pour la distribution des questionnaires, nous avons sollicité les services de gynécologie-obstétrique des centres hospitaliers de Limoges, Saint-Junien, Brive-la-Gaillarde, Tulle, et Guéret, ainsi que celui de la Polyclinique de Limoges. Pour tous ces hôpitaux, il était impossible de laisser les questionnaires pour remplissage en salle d'attente dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID 19. Les remplissages des questionnaires se réalisaient donc en fin de consultation avec le praticien. Les médecins pouvaient expliciter certaines questions aux patientes si elles le demandaient, mais ne devaient pas influencer les réponses de ces dernières. Le questionnaire a été mis à disposition des services à partir du 1er décembre 2020. Les réponses ont été arrêtées au 30 juin 2021.

II.5. Calculs

Les résultats du questionnaire ont été intégrés au sein du logiciel Microsoft Excel®. C'est ce même logiciel qui a servi aux calculs de proportions réalisés.

III. Résultats

III.1. Profil des patientes

L'étude s'est terminée avec trente réponses au questionnaire. Dix-neuf questionnaires provenaient du Centre Hospitalier de Tulle, cinq du Centre Hospitalier de Brive, et six du Centre Hospitalier de Saint-Junien. Il n'y a pas eu de retour provenant des autres centres hospitaliers sélectionnés dans le protocole. Il n'y a pas eu d'exclusion de participantes à l'étude.

L'âge moyen des patientes ayant répondu était de 42,7 ans. La médiane était à 38,5 ans. L'âge moyen au moment de l'intervention était de 36,3 ans avec une médiane à 36,5 ans. Le recul moyen par rapport à l'intervention était de 6,3 ans au moment du remplissage du questionnaire, avec une médiane à un an.

Au moment de l'intervention, la totalité des patientes avait déjà eu au moins un enfant. La moitié avait trois enfants ou plus, et 36,7% avait deux enfants. La majorité des patientes étaient en couple au moment de l'intervention (93,3%).

Concernant la contraception des patientes au moment de l'intervention, un tiers des patientes avaient une contraception orale. Trente-trois pour cent avaient un dispositif intra-utérin. Dix-sept pour cent des patientes utilisaient l'implant contraceptif et 7% l'anneau vaginal. Aucune patiente n'utilisait le patch contraceptif. Les dix derniers pour cent n'avaient pas de contraception avant l'intervention.

Tableau 2 : Profil de la population étudiée

		EFFECTIF	POURCENTAGE
POPULATION		30	100%
AGE	18-24	0	0
	25-29	3	10
	30-34	3	10
	35-39	10	33,33
	40-44	2	6,67
	> 45 ans	12	40
AGE LORS INTERVENTION	18-24	0	0
	25-29	3	10
	30-34	6	20
	35-39	14	46,67
	40-44	4	13,33
	> 45 ans	3	10
RECU L PAR RAPPORT INTERVENTION	0-1 ans	16	53,33
	2-4 ans	3	10
	5-9 ans	2	6,67
	> 10 ans	9	30
NOMBRE d'ENFANTS	0	0	0
	1	4	13,33
	2	11	36,67
	3 ou plus	15	50
SITUATION FAMILIALE	Célibataire	0	0
	En couple	28	93,33
	Séparée	2	6,67
CONTRACEPTION AVANT INTERVENTION	Aucune	3	10
	Contraception orale	10	33,33
	DIU	10	33,33
	Implant	5	16,67
	Anneau Vaginal	2	6,67
	Patch	0	0

III.2. Motivations et accès des patientes à la contraception définitive

Nous avons pu observer plusieurs facteurs motivationnels à la demande d'une contraception définitive féminine. La motivation principale des patientes était l'efficacité de la méthode. Cette réponse était donnée par 73% d'entre elles. La volonté de stopper une contraception hormonale était citée par 43% de la population. Dix-sept pour cent des patientes se sont tournées vers la contraception définitive pour stopper un autre mode contraceptif qu'hormonal. Deux commentaires libres explicitaient ces motivations. Une patiente évoquait trois grossesses sous contraception. Une autre patiente de l'étude avait eu une grossesse extra-utérine sur stérilet.

Une des autres motivations était pour 23% des répondantes le vécu difficile d'une grossesse antérieure. Pour exemple, une patiente avait fait une pré-éclampsie en fin de grossesse. Une autre avait mal vécu deux fausses couches spontanées.

Dix-sept pour cent des patientes avaient souhaité l'intervention suite au vécu difficile d'une interruption volontaire de grossesse.

Enfin 3 % souhaitaient une contraception définitive pour contre-indication à une contraception hormonale sur facteurs de risque cardio-vasculaires (diabète, dyslipidémie importante).

Concernant leur délai de réflexion avant leur demande d'intervention, il était supérieur à un an pour la majorité des patientes (53%). Il était inférieur à 6 mois pour 30% des patientes, et entre 6 et 12 mois pour 17% d'entre elles.

Neuf patientes sur dix affirmaient avoir eu un accès facile à leur demande d'intervention. Pour 84% des sujets, leur choix n'avait pas porté débat dans leur entourage.

Enfin, 94% des patientes étaient satisfaites de leur contraception définitive. Les patientes éprouvant un regret par rapport à leur contraception définitive l'ont explicité. Pour une patiente, il s'agissait du désir d'un nouvel enfant. Pour une autre patiente il s'agissait de l'apparition d'effets indésirables dus aux implants intra-tubaires Essure®.

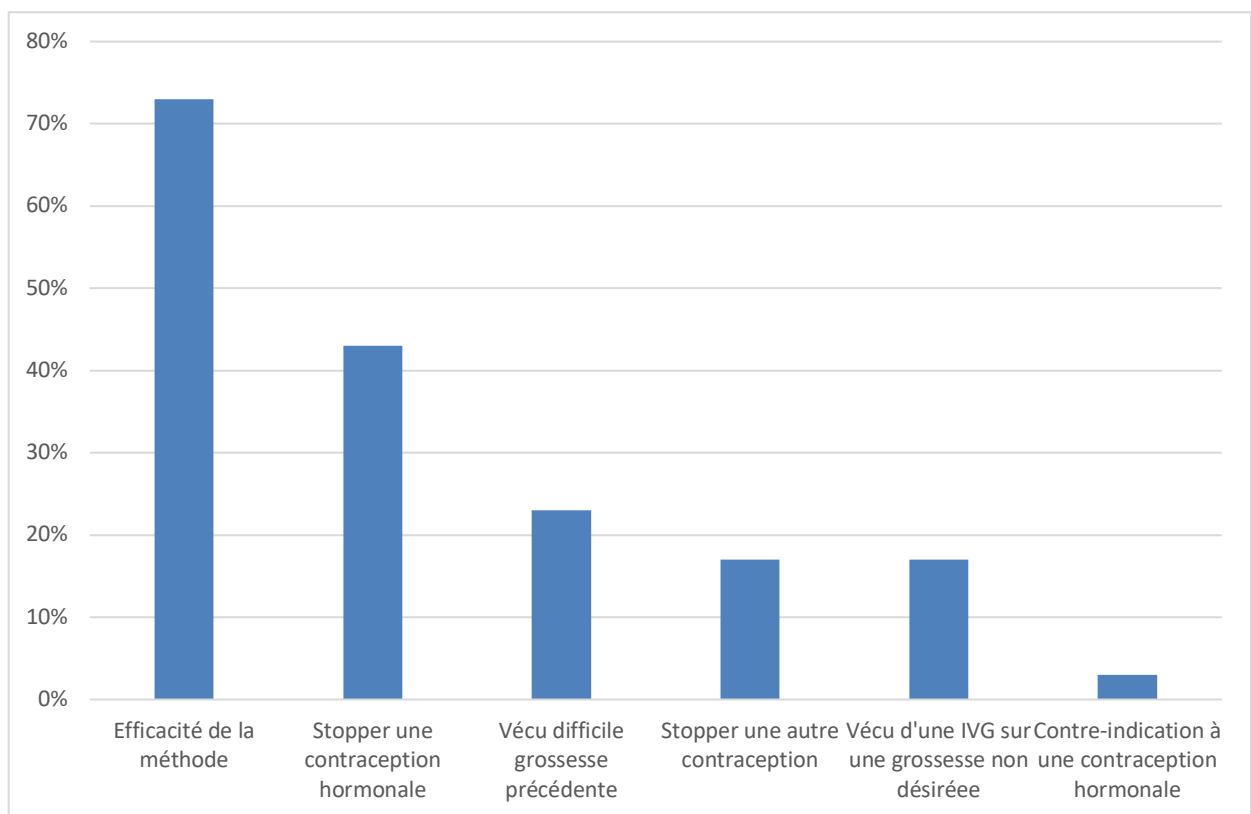


Figure 4 : Motivations à réaliser une contraception définitive

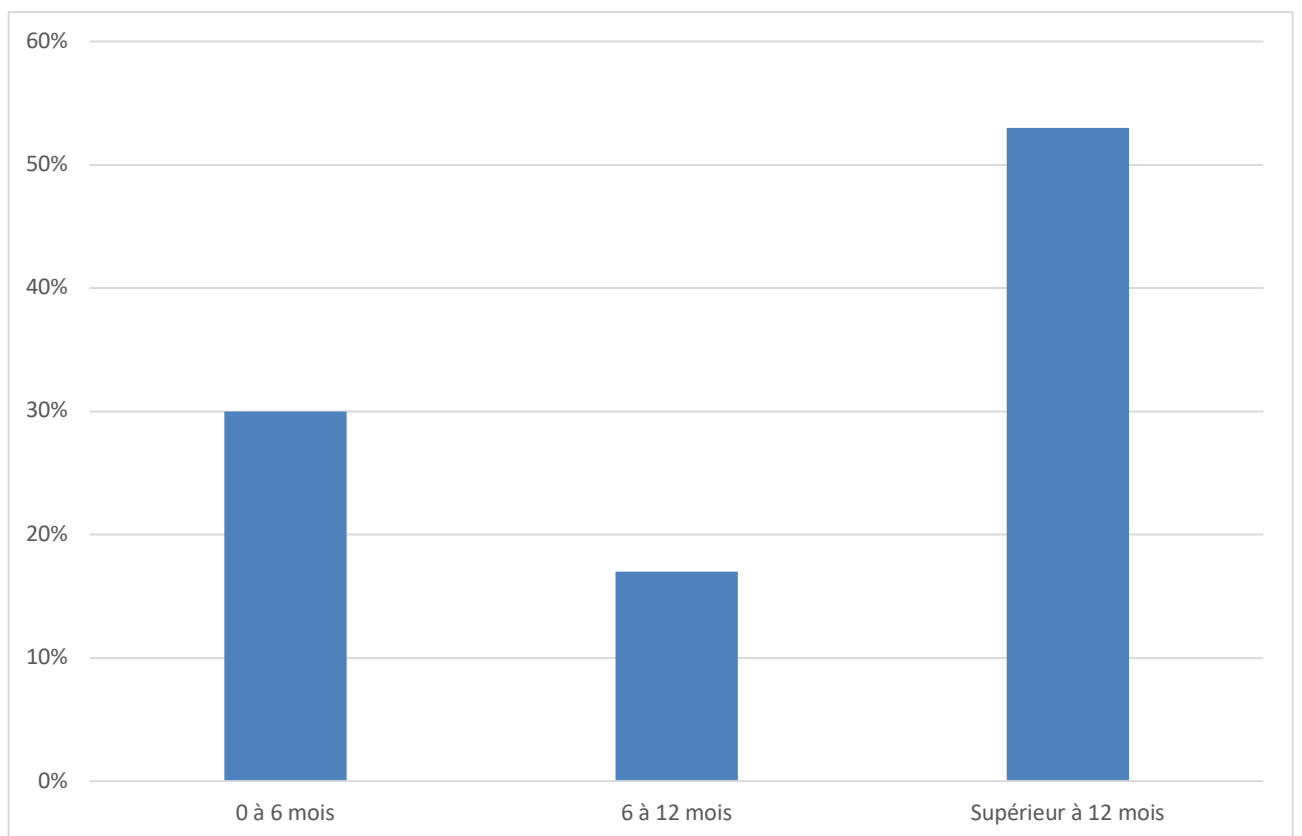


Figure 5 : Temps de réflexion avant demande d'une contraception définitive

III.3. Intervention du médecin traitant

Le suivi gynécologique des patientes était assuré en majorité par un gynécologue (80%).

Cinquante-sept pour cent des patientes déclaraient ne pas avoir été accompagnées par leur médecin traitant dans leur démarche de contraception définitive.

Dans cette majorité, 59 % évoquaient le fait que leur médecin traitant n'était pas impliqué dans leur suivi gynécologique. Trente-cinq pour cent avaient été adressées au gynécologue-obstétricien sans que leur médecin traitant ait développé le sujet en consultation, et 6% des patientes ne leur en avaient jamais parlé.

Seulement 13% des patientes choisissaient leur médecin traitant pour assurer leur suivi gynécologique.

Cependant, 60% des patientes estimaient que leur médecin traitant a pour rôle de les accompagner dans ce choix si elles font appel à lui.

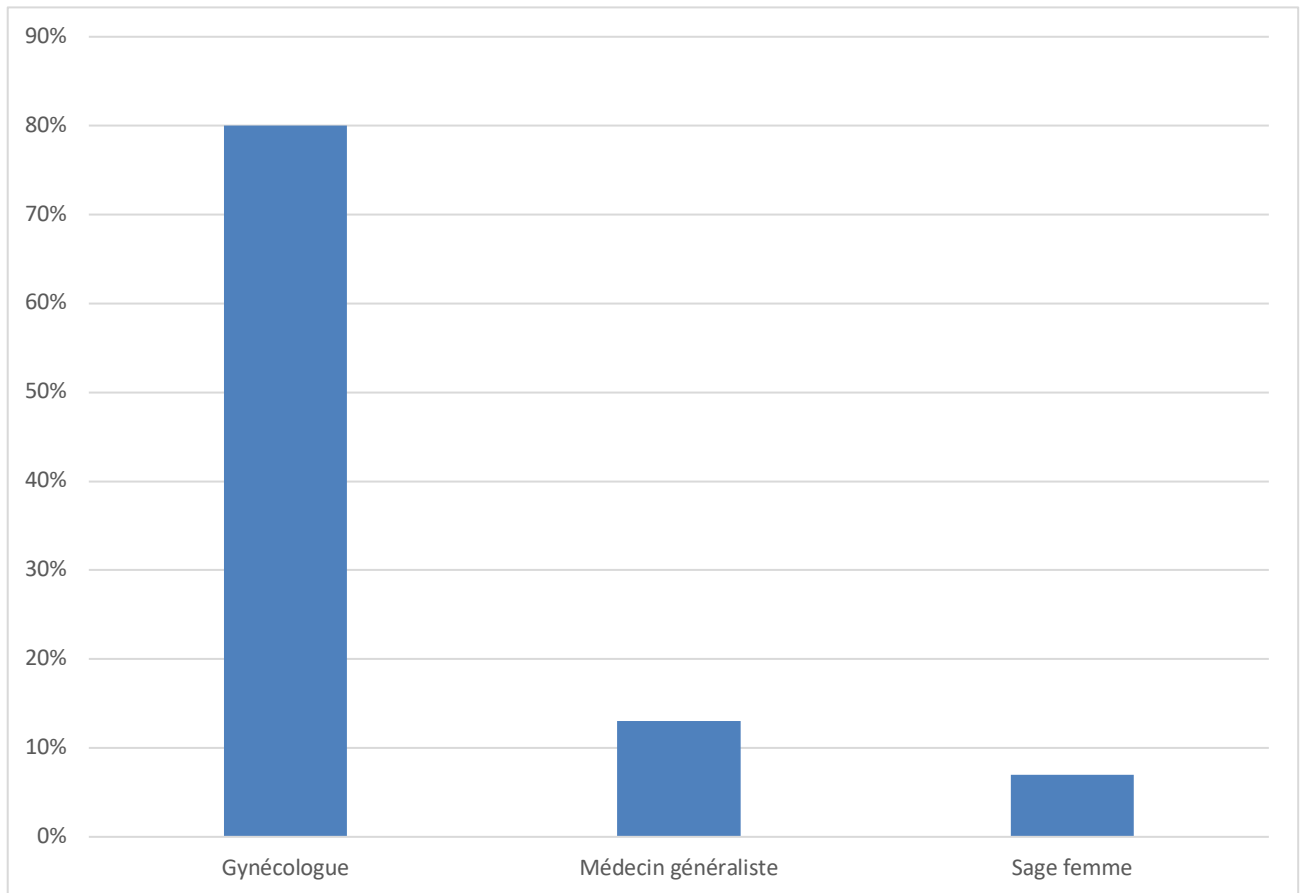


Figure 6 : Professionnels assurant le suivi gynécologique des patientes

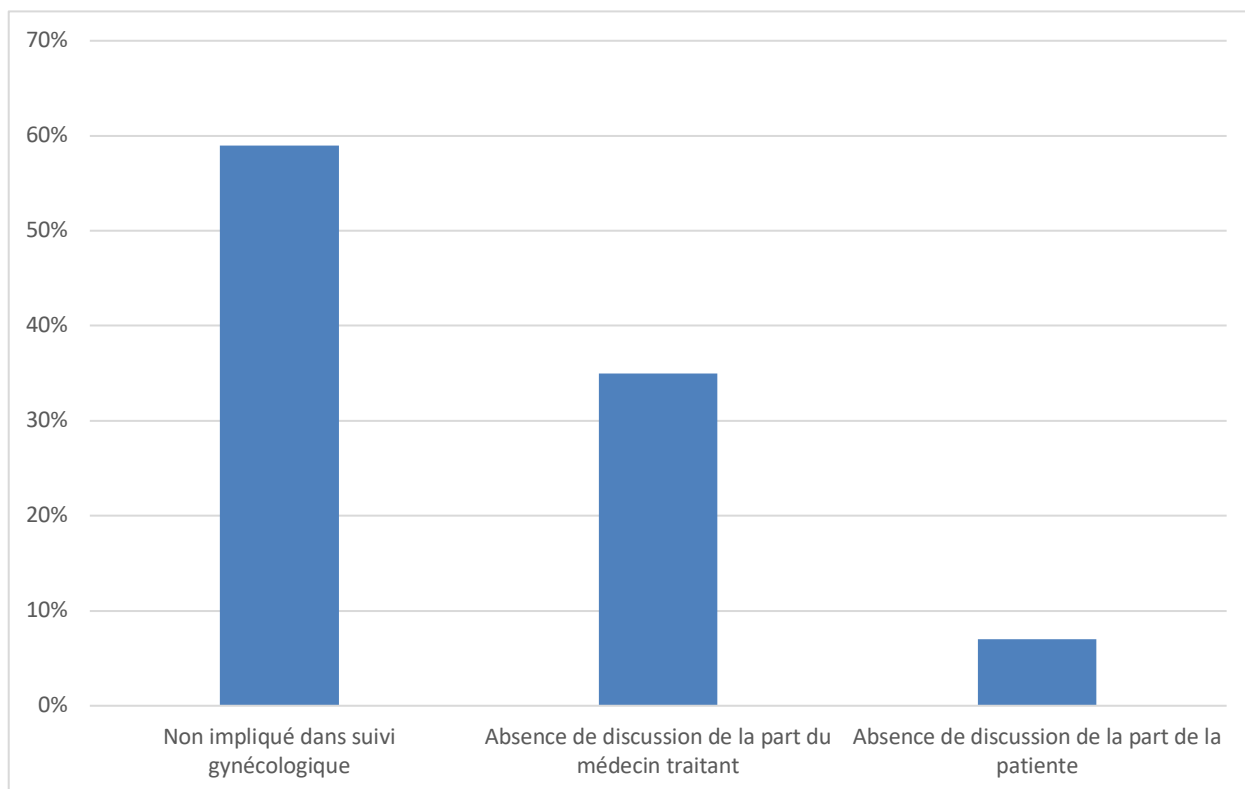


Figure 7 : Motifs évoqués par les patientes non accompagnées par leur médecin traitant

IV. Discussion

Dans notre étude, la motivation principale des patientes était l'efficacité de la méthode. Le souhait de stopper leur contraception actuelle notamment hormonale venait en deuxième position. Puis il y avait le vécu difficile d'une grossesse antérieure, d'une IVG, et la contre-indication aux contraceptifs hormonaux.

Deux études françaises ont également travaillé sur ce sujet dans les années 2000. Dans l'étude Esthyme (24), les motivations des patientes étaient pour 38% l'absence de désir d'enfant. Pour 34 % des patientes, il s'agissait de l'intolérance de leur contraception actuelle (orale ou DIU). Les contre-indications à la contraception orale étaient évoquées par 14 % des patientes, puis venaient ensuite le vécu d'une IVG, et la contre-indication à la grossesse (respectivement 9% et 5%).

Dans l'étude menée par Ploteau et al. (25), 46 % des patientes souhaitaient une contraception définitive suite aux effets secondaires et aux modalités de prises parfois contraignantes de leur ancienne contraception. Les principaux effets indésirables évoqués étaient l'oubli de prise pour les contraceptions orales, les méno-métrorragies sous DIU, et la contrainte liée à l'utilisation du préservatif. Vingt-deux pour cent des patientes souhaitaient ne plus être préoccupées par leur moyen de contraception. Une autre motivation était la contre-indication aux méthodes contraceptives usuelles pour 12 % des patientes. Dix pour cent avaient eu un échec de leur contraception avec grossesse, et pour la plupart s'était ensuivie une IVG. Huit pour cent des patientes évoquaient le souhait d'une contraception définitive sans argumentation, et 2% d'entre elles présentaient une contre-indication à la grossesse.

Ainsi, les motivations des patientes limousines sont comparables à celles retrouvées dans ces deux études.

L'âge moyen de réalisation de l'intervention était de 36,3 ans. Par rapport aux chiffres donnés par SPF (9), l'échantillon étudié se situait chez les femmes les plus jeunes utilisant la stérilisation comme moyen de contraception.

La totalité des patientes de notre échantillon avait déjà au moins un enfant au moment de l'intervention. Ce critère pouvait être un facteur décisionnel pour le chirurgien de pratiquer ou non l'intervention. Il a été démontré également que la nulliparité, ou le fait d'avoir un faible nombre d'enfant est un des principaux facteurs pouvant amener la patiente à regretter son choix (17). Cela est en accord également avec les recommandations de la HAS disant que la contraception définitive doit être envisagée « avec la plus grande réserve et la plus grande précaution » chez les femmes jeunes et nullipares.

Quatre-vingt-quatorze pour cent des patientes étaient satisfaites de leur choix de contraception définitive, ce qui est en accord avec de nombreuses études (12–15). Ce chiffre est à prendre avec prudence dans notre étude car le recul médian par rapport à l'intervention n'est que de un an. Cependant, concernant la part de notre population ayant bénéficié de l'intervention depuis plus de cinq ans, le taux de patientes satisfaites était de 82%.

Pour plus de la moitié des patientes, le délai de réflexion avant la demande de contraception définitive était supérieur à 1 an. Ce délai largement supérieur aux quatre mois légaux pourrait expliquer le taux de satisfaction important de notre population.

Concernant l'accès à la contraception définitive, 90% des patientes avouaient y avoir eu recours sans difficulté. Ce chiffre est similaire à celui de l'étude Esthyme où 9% des

patientes avaient essuyé un refus d'un professionnel de santé (24). L'accès à la contraception définitive dans notre région est concordant avec celui du reste de la France.

Dans notre étude, 80% des patientes avaient leur suivi gynécologique assuré par un gynécologue. Dans une autre étude, 68 % des patientes confiaient leur suivi gynécologique à un gynécologue (26). Les consultations concernant la contraception sont assurées pour 38% par des médecins généralistes, et 61% par des gynécologues (27). Les médecins généralistes sont plus souvent sollicités dans le suivi de la contraception, que dans l'initiation du moyen contraceptif (28). Cependant, 44% des femmes déclarent confier leur contraception principalement à leur médecin traitant (29). Le suivi plus important par le gynécologue dans notre étude pouvait être dû à un biais de sélection. En effet, nous avons sélectionné nos patientes uniquement en milieu hospitalier, dans des services de gynécologie - obstétrique. Aussi, la médiane du recul par rapport à l'intervention était de un an. La moitié des patientes était donc dans une période post-opératoire encore précoce, ce qui peut expliquer un suivi qui était toujours réalisé par leur gynécologue hospitalier.

Les médecins généralistes prescrivent plus de 50% des contraceptifs pris en charge par la Sécurité Sociale (20). Une femme consulte en moyenne 3,6 fois un médecin généraliste par an pour un motif gynécologique (30). Trente-cinq pour cent de ces consultations ont comme principal motif la contraception . En 2004, la DREES a estimé une réduction de 33% du nombre de gynécologue en France sur la période 2002-2020 (31). Cela a pour conséquence une augmentation du nombre des consultations de contraception pour les médecins généralistes et les sages-femmes. Le médecin traitant est donc un acteur clé de la contraception.

Cinquante-sept pour cent des patientes déclaraient ne pas avoir été accompagnées par leur médecin traitant dans leur parcours de soins vers la contraception définitive. Cela peut s'expliquer par plusieurs points. Quatre-vingts pour cent des patientes confiaient leur suivi gynécologique à un gynécologue. Ces professionnels sont donc en premier plan pour les discussions autour de nouvelles méthodes de contraception. Ils sont aussi plus souvent sollicités pour les consultations d'initiation de contraception (28).

Dans l'étude menée par Romero sur une population de médecins généralistes français (23), 56% d'entre eux estimaient leur formation initiale en gynécologie insuffisante. Cette donnée s'atténue avec l'âge des médecins, puisque 53% des médecins thésés depuis moins de 16 ans estimaient avoir eu une formation initiale satisfaisante en gynécologie. Sur le plan de la contraception définitive féminine, la quasi-totalité des répondantes la considéraient comme un moyen de contraception à part entière, mais seulement 21% des médecins vont l'évoquer en consultation.

Les femmes déclarent avoir pour principales sources d'information sur la contraception leur gynécologue et leur médecin généraliste (29). Cependant, une proportion non négligeable de femmes ne connaissent pas la stérilisation à visée contraceptive (32).

Il y a donc une faille dans les consultations de contraception. Les médecins généralistes n'évoquent probablement pas suffisamment la contraception définitive en consultation. Ce manque d'information aux patientes conditionne l'orientation contraceptive qu'elles choisissent.

Par ailleurs, nous remarquons plus généralement dans notre pratique que les consultations autour de la sexualité restent assez taboues en France. Il est très compliqué d'aborder et de développer ces thèmes (HPV, IST, problèmes lors de rapport sexuel, etc.)

avec les patientes et patients. Les patients pour certains n'osent pas aller chez le médecin lorsqu'ils présentent des problèmes de la sphère gynécologique ou urologique.

Dans les pays où la contraception définitive (masculine et féminine) est plus utilisée, comme le Canada par exemple, la population est beaucoup plus libre de parler de ces sujets entre eux, ainsi qu'avec leur médecin. Ainsi, après la légalisation des techniques de contraception définitive dans les années 1970, le sujet de la stérilisation était abordé par plus de 95% des patientes (33).

Notre étude n'était pas dénuée de certains biais. La population sélectionnée dans cette étude était uniquement suivie en Limousin. Nous ne pouvons pas extrapoler l'étude à la population générale française, sans analyser les différences territoriales pouvant exister dans l'accès aux soins.

Aussi, nous avons sélectionné la population dans les services hospitaliers de gynécologie de la région. Cela influe sur les réponses données dans le questionnaire.

Enfin, le nombre de questionnaires recueillis était faible. L'étude est donc peu puissante. Cela peut notamment s'expliquer par la pandémie de la COVID 19. En effet, une majorité des consultations et chirurgies dites « non-essentiels » dont fait partie la stérilisation tubaire, ont été déprogrammées sur les quinze derniers mois.

L'utilisation d'une majorité de questions à réponses fermées permettait de rendre plus attractif le questionnaire pour les patientes. Ce dernier était plus rapide et plus facile à remplir. Il était également plus facile à analyser pour l'investigateur. Cependant, il créait un biais de suggestion car les réponses étaient déjà orientées.

Le questionnaire était déclaratif. Chaque patiente remplissait elle-même le questionnaire. Un biais d'information pouvait être créé par défaut éventuel de compréhension d'une question, ou défaut de mémorisation. Le défaut de compréhension pouvait être réduit par la reformulation de la question par le professionnel de santé.

Conclusion

La contraception définitive féminine est une méthode contraceptive à part entière. Les patientes présentent de réelles motivations pour demander une ligature de trompes. Elle doit être proposée dans le panel contraceptif disponible en France. La satisfaction des patientes démontre l'acceptabilité de l'intervention et ses avantages par rapport à d'autres modes de contraception. Cependant, il ne s'agit pas ici de prôner ce mode de contraception par rapport aux autres. Il s'agit de permettre aux patientes d'avoir le maximum d'informations pour effectuer un choix libre et éclairé. Concernant les femmes qui ont des enfants, et qui n'ont plus le désir d'en avoir, proposer la stérilisation tubaire pourrait apporter plusieurs avantages, notamment pour les patientes en échec de leur contraception actuelle. Premièrement, la disparation d'effets secondaires liés à d'autres modes de contraceptions qui apporterait une meilleure qualité de vie. Également, il peut être espéré une diminution du risque de grossesse non désirée et donc potentiellement d'IVG. Concernant les femmes nullipares, il convient d'évoquer cette méthode contraceptive avec tact et mesure. En effet, la nulliparité est un facteur de risque de regretter l'intervention.

Quatre-vingt-treize pour cent des patientes étaient en couple au moment de l'intervention. D'après les chiffres du baromètre santé de SPF (9), l'utilisation de la contraception est majoritairement confiée aux femmes. Au vu des chiffres d'utilisation de la vasectomie dans d'autres pays, il y a un vrai travail à réaliser en France auprès des couples ne désirant plus d'enfants, afin que les hommes prennent une part active dans la contraception.

Plus généralement, il conviendrait de développer en médecine générale les consultations sur le thème de la contraception et de la prévention des IST en utilisant un discours adapté à chaque âge. Il faut expliquer l'intérêt du vaccin contre l'HPV aux plus jeunes, la prévention des IST, l'intérêt des méthodes contraceptives aux adolescents en âge d'avoir des relations sexuelles. Briser ces tabous lors de consultations pendant l'adolescence, en explicitant le fait que le médecin est disponible pour parler de ces sujets permettrait d'avoir moins de gêne lors des consultations à des âges plus avancés. Gagner la confiance de la patiente permet d'espérer une meilleure adhésion de cette dernière à la méthode contraceptive qu'elle aura choisie.

Références bibliographiques

1. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
2. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances
3. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
4. Leleu A, Cathelain A, Rubod C, Vandendriessche D, Cosson M, Giraudet G. Symptom related to Essure® and evolution after removal: Outcomes of retrospective cohort. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* mars 2021;50(3):101836.
5. Callahan MJ, Crum CP, Medeiros F, Kindelberger DW, Elvin JA, Garber JE, et al. Primary fallopian tube malignancies in BRCA-positive women undergoing surgery for ovarian cancer risk reduction. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 sept 2007;25(25):3985-90.
6. Finch A, Shaw P, Rosen B, Murphy J, Narod SA, Colgan TJ. Clinical and pathologic findings of prophylactic salpingo-oophorectomies in 159 BRCA1 and BRCA2 carriers. *Gynecol Oncol.* janv 2006;100(1):58-64.
7. Reade CJ, McVey RM, Tone AA, Finlayson SJ, McAlpine JN, Fung-Kee-Fung M, et al. The fallopian tube as the origin of high grade serous ovarian cancer: review of a paradigm shift. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* févr 2014;36(2):133-40.
8. Sieh W, Salvador S, McGuire V, Weber RP, Terry KL, Rossing MA, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer subtypes: a pooled analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol.* avr 2013;42(2):579-89.
9. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
10. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019 [Internet]. UN; 2019 Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>
11. United Nations. World contraceptive Use 2009 [Internet]. UN; 2009 Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2009.asp>
12. 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.
13. Chi IC, Jones DB. Incidence, risk factors, and prevention of poststerilization regret in women: an updated international review from an epidemiological perspective. *Obstet Gynecol Surv.* oct 1994;49(10):722-32.
14. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertil Steril.* nov 2000;74(5):892-8.

15. Peterson HB. Sterilization. *Obstet Gynecol.* janv 2008;111(1):189-203.
16. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception.* sept 1996;54(3):159-62.
17. Marino S, Canela CD, Nama N. Tubal Sterilization. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470377/>
18. Wilcox LS, Chu SY, Eaker ED, Zeger SL, Peterson HB. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertil Steril.* mai 1991;55(5):927-33.
19. Thébault-Le Rohellec C, Meslé B. Prise en charge d'une demande de contraception définitive en médecine générale: comment accompagner les patientes ? [Internet]. France; 2013. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=de5b7116-47c8-4c84-a667-b3c8e5e094f1>
20. Gallais JL. Contraceptions des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale. *Documentation SFMG.* déc 2010;10.
21. Comblet M. Etude du regret après stérilisation tubaire par dispositif ESSURE® [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0647836.pdf>
22. Gnechchi Forgues A. La place du médecin généraliste dans la première prescription de contraception: point de vue des adolescentes et de leur mère [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
23. Romero M, Brillac T. 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 [Internet]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/519/>
24. Scarabin C, Dhainaut C. The ESTHIME study. Women's satisfaction after hysteroscopic sterilization (Essure micro-insert). A retrospective multicenter survey. *Gynecol Obstet Fertil.* nov 2007;35(11):1123-8.
25. Ploteau S, Haudebourg M, Philippe H-J, Lopes P. [Hysteroscopic sterilization among women older than forty years: what motivated the women?]. *Gynecol Obstet Fertil.* oct 2009;37(10):775-9.
26. Hallès V, Pigache C. Déterminants de la faible utilisation de la contraception définitive chez les femmes françaises de plus de quarante ans [Internet]. Lyon, France; 2017 . Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6qz28x2>
27. Etude Permanente de la Prescription médicale (EPPS) - DOREMA. IMS; 1999.
28. AUBIN Claire , JOURDAIN MENNINGER Danièle , CHAMBAUD Laurent. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales [Internet]. France; 2009 oct. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article93>

29. Meniere R, Bastien P. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Internet]. S.I, France; 2004. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf
30. Observatoire Thalès. La prise en charge des femmes françaises - la prise en charge gynécologique [Internet]. 2000]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
31. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. 2004;12.
32. Cudennec E, Meslé B. La contraception des femmes de plus de quarante ans en Loire-Atlantique: étude auprès de femmes de 40 à 49 ans dans les cabinets de médecine générale [Internet]. sl, France: sn; 2012. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=743d1e4c-f0e4-4c21-bc57-8316ba8ca896>
33. Marcil-Gratton N. De l'interdiction à la libéralisation : les paradoxes entourant le recours à la stérilisation en Amérique du Nord. Les enjeux de la stérilisation. In 2000. p. 225-47.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude	49
Annexe 2. Extraits du livret d'information délivrée aux patientes, HAS (2017)	51

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Étude sur la contraception définitive féminine

Mesdames,

Je m'appelle Clément Bourgain, je suis interne en dernière année de médecine générale, et dans le cadre de ma thèse dirigée par le Dr François Siegerth, je réalise une étude auprès des femmes ayant eu recours à une technique de contraception définitive (stérilisation tubaire) à travers ce questionnaire anonyme.

Je vous remercie par avance de ces quelques minutes que vous allez m'accorder pour m'aider à avancer dans mon travail.

Questionnaire : La contraception définitive féminine

Contexte :

1°) Quel âge avez-vous ?

2°) A quel âge avez-vous eu cette intervention ?

3°) Dans quelle situation familiale vous trouviez vous au moment de l'intervention ?

- Célibataire
- Séparée
- En couple

4°) Aviez-vous des enfants avant la réalisation de l'intervention ?

- Non
- 1
- 2
- 3 ou plus

5°) Aviez-vous une contraception avant la réalisation de l'intervention ? Si oui, de quel type ?

- Non
- Pilule
- DIU
- Anneau vaginal
- Patch
- Implant

Intervention médecin généraliste, motivation, accès :

6°) Depuis combien de temps votre réflexion avait commencé avant le début de la demande d'intervention ?

- 0-6 mois
- 6 à 12 mois
- > 12 mois

7°) Votre médecin généraliste vous a-t-il accompagnée dans cette démarche (discussion autour des techniques, des conséquences, des modalités légales, des gynécologues pratiquant ces interventions...)?

- Oui
- Non

8°) Si non, pourquoi ?

- Suivi gynécologique et contraception non assurés par votre généraliste
- A préféré vous adresser à un gynécologue sans en discuter
- N'est pas en faveur de ce moyen de contraception
- Autre (en quelques mots) :

9°) Considérez-vous que votre médecin généraliste a pour rôle de vous accompagner dans ce souhait ?

- Oui
- Non

10°) Votre suivi gynécologique et contraceptif est assuré par : (plusieurs réponses possibles)

- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme

11°) Quels sont les facteurs vous ayant motivé à demander une contraception définitive ?

- Solution définitive efficace à 100%
- Souhait de stopper une contraception hormonale
- Souhait de stopper un autre moyen de contraception
- Vécu difficile d'une grossesse précédente
- Vécu d'une IVG sur une grossesse non désirée
- Autre (en quelques mots) :

12°) Avez-vous pu accéder facilement à une contraception définitive ?

- Oui
- Non (refus, opposition de certains professionnels de santé)

13°) Est-ce que votre choix personnel a porté à débat dans votre entourage (famille, amis...)?

- Oui
- Non

14°) Aujourd'hui, êtes-vous toujours satisfaite d'avoir fait ce choix de la contraception définitive ?

- Oui
- Non Si non, pourquoi ?
-

15°) Commentaire libre (facultatif) :

Annexe 2. Extraits du livret d'information délivrée aux patientes, HAS (2017)

NB : Edité en 2017, le document évoque toujours les implants intra-tubaires Essure®, supprimés du marché la même année.

LIVRET D'INFORMATION - STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

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

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001). L'intervention et les démarches sont définies par ce texte législatif (cf. article 26 de la loi figurant en annexe 3).

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

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

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

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

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

Le délai de réflexion

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

La 2^e consultation préalable à l'intervention

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

6

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

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

► **Le lieu de l'intervention**

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

► **L'accompagnement**

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

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

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



CE QU'IL FAUT RETENIR

Première consultation médicale

la demande de stérilisation à visée contraceptive

Délai de réflexion

4 mois

Seconde consultation médicale

la confirmation écrite de la demande

L'intervention chirurgicale de stérilisation

dans un établissement de santé

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

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

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

► La stérilisation féminine

Les techniques

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

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

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

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

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

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

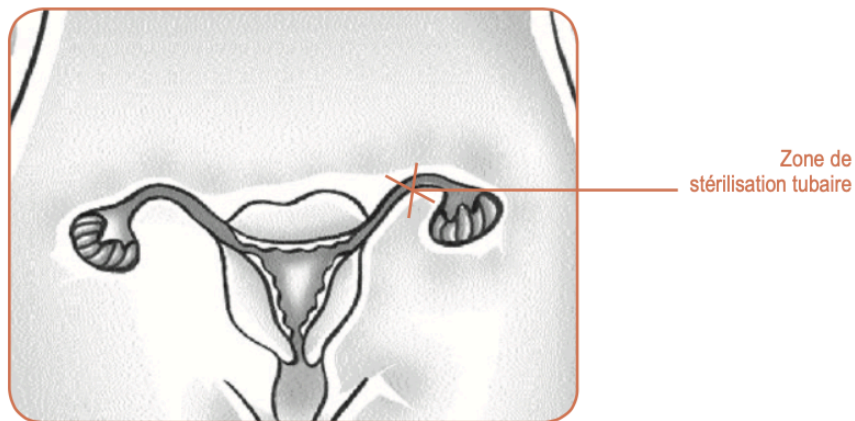
- en insérant un micro implant (« plug ») dans chacune d'elles (l'obstruction est obtenue définitivement au bout de trois mois par fibrose).

! ATTENTION

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

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

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



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

L'anesthésie

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

Efficacité

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

Les suites opératoires

Les complications post-opératoires sont rares et généralement bénignes : douleurs abdominales passagères.

L'échec des techniques de stérilisation féminine est rarissime. Cependant lorsqu'il se produit, il peut aboutir à une grossesse qui, du fait des lésions des trompes, se développe anormalement dans la trompe (grossesse extra-utérine).

Tout retard de règles doit donc amener à consulter un médecin.

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

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

Irréversibilité

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

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

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

► **La stérilisation masculine : la vasectomie**

Les techniques

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

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

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

L'intervention est simple, se pratique généralement sous anesthésie locale, et le plus souvent sans hospitalisation.

ANNEXE 1

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE PRÉALABLE À UNE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)

exemplaire destiné à la/au patient(e)

1- Je soussigné(e)..... certifie :

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

Date Signature

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

Date Signature

ANNEXE 2

CONSENTEMENT À LA RÉALISATION D'UNE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001- article L. 2123-1 du Code de la santé publique

exemplaire destiné à la/au patient(e)

Je soussigné(e).....déclare :

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

Date

Signature

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Résumé

La stérilisation tubaire est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde. En France, son utilisation reste marginale. Environ 3% des femmes françaises en âge de procréer y ont recours. L'étude réalisée s'est intéressée aux motivations des patientes à demander une contraception définitive. Nous avons également étudié leur degré de satisfaction, ainsi que l'implication de leur médecin traitant dans leur parcours de soins. L'efficacité de la méthode est la motivation principale évoquée par 73% des patientes, puis viennent ensuite le souhait de stopper une contraception hormonale, le vécu d'une grossesse difficile, le souhait de stopper une autre forme de contraception, un antécédent d'interruption volontaire de grossesse, et une contre-indication à la contraception hormonale. Quatre-vingt-quatorze pour cent des patientes sont satisfaites de leur ligature de trompes. Seulement 43% des patientes ont été accompagnées par leur médecin traitant dans ce parcours de soins. La contraception définitive peut être une solution pour les patientes en échec de leur contraception actuelle. Elle semble satisfaire la majorité des patientes l'ayant choisie. Une meilleure information des patientes sur ce mode de contraception, notamment par leur médecin généraliste, permettrait de diminuer les échecs contraceptifs, et éventuellement le risque d'IVG chez les patientes ne souhaitant plus d'enfants.

Mots-clés : contraception, stérilisation tubaire, motivations, satisfaction, médecin traitant.

Abstract

Tubal sterilization is the most widely used contraceptive method in the world. In France, its use remains marginal. About 3% of French women of childbearing age have recourse to it. The study carried out looked at the motivations of female patients to request permanent contraception. We also studied their level of satisfaction, as well as the involvement of their general practitioner in their care path. The effectiveness of the method is the main motivation mentioned by 73% of patients, then come the wish to stop hormonal contraception, the experience of a difficult pregnancy, the wish to stop another form of contraception, a history of voluntary termination of pregnancy, and a contraindication to hormonal contraception. Ninety-four percent of patients are satisfied with their tubal ligation. Only 43% of patients were accompanied by their general practitioner in this course of care. Permanent contraception may be a solution for female patients who have failed their current contraception. It seems to satisfy the majority of patients who have chosen it. Better information for patients on this method of contraception, in particular by their general practitioner, would reduce contraceptive failures, and possibly the risk of abortion in patients who no longer want children.

Keywords : contraception, tubal sterilization, motivations, satisfaction, general practitioner.

