

Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 30 mai 2023

Par Marjorie HUBEAU

Evaluation des connaissances et représentations des patients de médecine générale (femmes et hommes) âgés de 35 à 65 ans sur la vasectomie dans l'ex-région Limousin

Thèse dirigée par le Dr HOUDARD Gaëtan

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mr le Professeur Aurélien DESCAZEAUD

Mr le Professeur Yves AUBARD

Mme le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Mme le Docteur Isabelle DEBLAERE BASTOS

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre Invité



Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 30 mai 2023

Par Marjorie HUBEAU

Evaluation des connaissances et représentations des patients de médecine générale (femmes et hommes) âgés de 35 à 65 ans sur la vasectomie dans l'ex-région Limousin

Thèse dirigée par le Dr HOUDARD Gaëtan

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mr le Professeur Aurélien DESCAZEAUD

Mr le Professeur Yves AUBARD

Mme le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Mme le Docteur Isabelle DEBLAERE BASTOS

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre Invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Madame le Professeur **Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

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.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
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
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
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
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
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
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE

MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
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
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
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 Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

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

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
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
-----------------------	---------

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

La médecine c'est guérir parfois, soulager souvent,
écouter toujours.

Louis pasteur

Remerciements

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur des universités en médecine générale, Responsable du département de Médecine Générale,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury aujourd'hui. Je ne me voyais pas clôturer cette page sans vous. Vous et toute votre équipe m'avez accompagnée dans mon internat, soyez assurée de ma profonde reconnaissance et je vous assure connaître la chance d'avoir été formée à Limoges.

Monsieur le Professeur Aurélien DESCAZEAUD, professeur des universités en Urologie,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Aux vues du sujet il était impensable pour moi de me passer de votre expertise. Je suis impatiente de connaître votre avis sur l'étude et le thème.

Monsieur le Professeur Yves AUBARD, professeur des universités en Gynécologie-Obstétrique,

C'est un plaisir de vous compter parmi les membres du jury. Votre point de vue de gynécologue sur la contraception définitive est essentiel et nous permettra d'aborder le sujet avec un angle différent.

Madame le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, maître de conférence associé en médecine générale,

Un grand merci d'avoir accepté d'être membre du jury, et ce malgré nos difficultés à communiquer par mails. Je suis ravie de vous revoir, vous faites partie des professeurs du DUMG qui ont marqué (en positif) notre promotion. Un grand merci pour votre motivation communicative et votre réassurance.

Madame le Docteur Isabelle DEBLAERE BASTOS, docteur en médecine générale,

Isabelle, on dit « le meilleur pour la fin » mais en ayant accepté d'être membre invité du jury, vous faites partie du « paragraphe » membres du jury. Je vous remercie donc ici d'avoir accepté ce rôle. Sachant que ce genre d'exercice ne fait pas partie de votre zone de confort, je n'en suis que plus touchée. A travers cette demande je vous témoigne le rôle plus qu'important que vous avez eu et avez toujours dans le médecin/personne que je suis. Suite des remerciements plus loin...

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Gaëtan HOUDARD, maître de conférence associé en médecine générale,

Gaëtan, après m'avoir supportée en GEP vous avez malgré tout accepté ce job de directeur de thèse. Je ne saurais comment vous remercier. Merci de vos conseils avisés et de la bienveillance dont vous avez fait preuve durant tout mon parcours. Merci également de

l'implication de ces derniers mois, intenses, dans la correction de ce travail. Vous me saviez pressée de passer cette thèse bien que les résultats dorment depuis longtemps et vous avez tout fait pour m'aider. Vous êtes un pilier du DUMG, ce dernier n'aurait pas la même valeur sans vous.

A celui sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour,

Monsieur le Docteur Oussman Loum, l'homme à cause de qui tout a commencé, à mon obstétricien qui m'a suivi lors de ma dernière grossesse un peu compliquée. Un énorme merci sur le plan personnel pour nous avoir accompagné jusqu'à la naissance d'Augustin. Également merci car ce sujet est né de ma consultation contraception post césarienne. D'une phrase en particulier « Marjorie, si tu le souhaites tu as l'âge pour discuter de la ligature des trompes ». Mis à part l'impact de ce petit pic sur mon âge avançant... Cette phrase a fait ressortir un petit aspect féministe de moi-même... « Et pourquoi pas discuter de la vasectomie ? Marjorie ce n'est pas dans les mœurs des hommes Français... » Et voilà mon sujet de thèse est né, alors un grand merci et j'espère vous voir dans l'audience....

A mes différents maitres de stage

Au service MIRMIT de Brive, là où a commencé cet internat. Un semestre très compliqué, très lourd d'implication à tous niveaux, on est arrivé dans un service qui venait de perdre 2 chefs de clinique. Merci à toute l'équipe, les IDE du dispensaire, à Sandrine notre secrétaire extraordinaire et femme exceptionnelle, à nos chefs Patricia, ta plénitude et ton énergie positive ont été un tel réconfort, tu nous as tant appris, Adel, au-delà de nos conversations politiques ton approche de la rhumatologie et du patient t'honore et mérite tous les diplômes français qu'ils soient, Guillaume, je ne suis pas objective te concernant, bosser avec toi était inné et passionnant. Vous quitter fut compliqué.

Merci à toute l'équipe des urgences de Guéret. Si on m'avait dit un jour que je m'éclaterai professionnellement et personnellement à Guéret je ne l'aurai jamais cru. Une équipe géniale. Si géniale que j'ai résigné en semestre bonus post accouchement.

A tous mes praticiens ambulatoires. Dana, Marie, Jean-Luc, Elisabeth, Michèle. Un grand merci, j'ai eu la chance durant cet internat de rencontrer des MSU qui avaient l'envie de transmettre sur le plan médical mais aussi humain ; Michèle, mon expérience en PMI restera le pilier de ma formation en pédiatrie, et merci de tous tes conseils pour allier vie professionnelle et personnelle.

Merci à toute l'équipe des urgences pédiatriques du CHU de Limoges. Stage compliqué car en surnombre mais ... une révélation, merci ! Ce fut un tel déchirement de refuser ce poste aux urgences pédiatriques mixte avec la médecine générale. Thomas, une magnifique rencontre d'un autre psychorigide, tu m'as accompagnée dans tous mes doutes sur ce semestre, pro et perso, merci !

Pierre Jean, un énorme merci pour tout votre enseignement. J'ai adoré être votre interne, votre organisation se veut rassurante surtout quand on débute en SASPAS. Merci de tout ce partage

d'expérience de toutes nos discussions de politique de santé. Être votre adjoint fut également un réel plaisir. Je peux toujours compter sur vous. Les internes et le DUMG ont beaucoup de chance de vous avoir.

Isabelle, non toujours pas vous serez plus loin....

A ma famille, mes amies

A mes co-internes.... Je pense à toi ma Charlène, cet internat n'aurait pas du tout été le même sans ta joie de vivre, nos conneries, notre DU ensemble à Bordeaux. Travailler avec toi aurait été du pur plaisir, tout comme toi Thibault, un grand merci, je suis jalouse au fond que tu côtoies au quotidien Isabelle, j'aurai tellement voulu travailler avec toi, un regret de plus pour ce cabinet médical de la place du 8 mai de Saint Leonard de Noblat. A toi Loïc, je pense plus souvent à toi que je ne prends le temps de t'envoyer un mot. Evoluer et travailler dans notre promo était si facile, si plaisant, si réconfortant.... Je connaissais ma chance avant de vous quitter mais je vous assure que j'en ai d'autant plus conscience chaque jour. Thomas, te revoilà, je rêve parfois à notre travail d'équipe si j'avais pu accepter le poste de chef en pédiatrie avec toi... Pauvres étudiants mais on se serait éclaté. Idem tu n'es pas un adepte du tel, moi non plus mais on en a pas besoin.

Un paragraphe pour remercier Pierre, Monique, Maelle, Aurore, Fanny et Tina. J'aurais adoré continuer avec vous mais malgré notre entente je ne peux rester et j'en suis la première désolée. Mais ceci n'est peut-être pas définitif. Vous êtes une merveilleuse rencontre professionnelle et personnelle, et même si je choisis une route différente j'espère que nos chemins se croiseront régulièrement. On y a cru, j'y ai cru...

Un énorme merci à toute l'équipe de l'EPHAD, surtout le team Kawa, sans vous ces derniers mois auraient été insurmontables...

Isabelle, nous y voilà. Notre relation dépasse celle d'une tutrice et d'une tutorée. Vous avez toute votre place dans cette partie des remerciements. Que dire, pas de mot adapté, pas assez de mots. Vous avez été une tutrice exemplaire, un maître de stage passionnant et extraordinaire, une confidente des plus sincères. Vous êtes professionnellement et personnellement l'objectif que j'ose me fixer. Un médecin traitant compétent, rigoureux, à l'écoute et une femme accomplie. Vous quitter a été très douloureux vous le savez, mais on sait également que ce ne seront que des aurevoirs car je ne pourrai jamais fermer cette page et je ne pourrai jamais oublier Saint Léonard de Noblat, ce limousin que j'aime tant et qui me manque à chaque instant. Vous restez pour moi un guide fidèle vers qui je peux toujours me tourner. Un énorme merci à vous, à José, aux filles...

A mes parents qui m'ont donné tous les moyens pour en arriver là aujourd'hui. Il n'a pas toujours été simple pour vous de suivre mon parcours et son importance. Mais cette fois ci on arrive sur une thèse qui a un sens pour vous. Nous n'avons pas et ne sommes pas toujours d'accord dû à certaines cicatrices du passé/présent mais je suis ravie d'être proche de vous pour vous rendre la monnaie de la pièce et vous êtes des grands parents extraordinaires. Rattrapons le temps perdu...

A ma famille adoptive, Chou, ma 2ème maman, à mes frangins Thomas et Kévin, à ma sœur Pauline. Que de bons souvenirs ensemble, passés et à venir. On en a traversé des galères ensemble et vous avez toujours été mes phares dans la tempête, mes repères, mon refuge. Les fondations indispensables à ce que je suis devenue. Merci d'être toujours là. Si revenir dans le 04 à un aspect positif c'est vous, c'est nous...

A mes beaux-parents, je ne suis pas une belle fille des plus facile et je le sais alors merci de nous accompagner depuis toutes ces années...

Enfin, et non des moindres les hommes de ma vie, mes amours.

Jérôme, quelle chance de se marier avec son meilleur ami, avec son roc. Merci d'avoir supporté tout ce parcours, tous ces déménagements, de toujours avoir été à mes côtés même dans les moments les plus compliqués. Je ne sais pas où je serais sans toi aujourd'hui (enfin si, dans le Limousin...). Ce déracinement/arrachement de cette région qui n'était pourtant pas la mienne, de ce milieu pro extraordinaire, je ne l'aurai jamais quitté pour quelqu'un d'autre que toi. Ma place est près de toi, de vous... On a dit un bilan à 5 ans me laissant le temps de me reconstruire dans le 04. Il en reste 3 et demi et je sais que tu seras là pour m'épauler à nouveau dans les défis à venir, et ils sont de taille.

A mon Alban, je suis si fière du garçon que tu deviens plein de sensibilité, sagesse, tu restes à jamais ma force tranquille, tu as évolué avec moi tout au long de mes parcours mais c'est bien toi qui m'as fait évoluer et m'as recentré sur les points importants de la vie.

A toi Augustin, notre boucan, nous sommes fusionnels tous les 2, un prolongement de moi-même. Je crains que cette relation si particulière soit due au fait que tu évolue sur les traces de ta mère, on fonce et on réfléchit après.... Ça promet !

Et enfin, à toi pépé, c'est la deuxième thèse que je clôture sans toi. Tu me manques chaque jour, tu étais mon modèle, mon soutien parmi tous. Tu t'es soucié la veille de ta mort de la valeur de l'homme que je te présentais pour la première fois, Jérôme. Il ne te remplace pas évidemment mais il assure parfaitement le rôle, tu l'aurais adoré même s'il n'est pas de la même vallée... Mes décisions sont toujours réfléchies et prises en me souciant de ce que tu penses de la situation. J'espère que tu es fière de moi. Tu me manques, tu fais à jamais partie de mon histoire et de ma mémoire. C'est en reconnaissance de toi que j'exercerai sous notre nom de famille.

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/>



Liste des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la santé
Ardecom : Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
CPAM : Caisse Primaire Maladie
CECOS : Centre d'Etude et de Conservation des Ovocytes et des Spermatozoïdes humains
CSP : Catégories Socio Professionnelles
DIU : Dispositif Intra Utérin
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECN : Examen Classant National
HAS : Haute Autorité de Santé
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MSU : Maitres de Stage Universitaire
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMA : Procréation Médicalement assistée
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaire Ambulatoire Supervisé

Table des matières

I. Introduction.....	24
II. Préambule	25
II.1. Approche socio démographique de la contraception définitive.....	25
II.1.1. La contraception en médecine générale.....	25
II.1.2. La place de la contraception définitive	25
II.1.3. La législation autour de la contraception définitive	26
II.2. Les techniques de contraception définitive	27
II.3. La contraception à travers le genre	31
II.4. Le contexte de l'étude	33
III. Matériel et méthodes.....	34
III.1. Le type d'étude	34
III.2. Les objectifs de l'étude.....	34
III.2.1. L'objectif principal	34
III.2.2. Les objectifs secondaires	34
III.3. L'élaboration du questionnaire	34
III.4. La population étudiée	35
III.4.1. Les critères d'inclusion	35
III.4.2. Les critères de non-inclusion.....	35
III.5. Le déroulement de l'étude.....	35
III.5.1. Le recrutement.....	35
III.5.2. Les lieux de réalisation de l'étude	36
III.5.3. La période de l'enquête	36
III.5.4. Les conditions de réalisation	36
III.5.5. Le recueil des données et analyse statistique	37
III.5.6. La bibliographie	38
IV. Résultats	39
IV.1. Patients participants.....	39
IV.1.1. Participation.....	39
IV.1.2. Caractéristiques socio-démographiques	40
IV.1.3. Situation familiale des patients	41
IV.2. Place de la contraception chez les patients	44
IV.2.1. Nécessité d'une contraception chez les patients	44
IV.2.2. Méthodes de contraception utilisées par les patients.....	46
IV.3. Les connaissances des patients sur l'intervention de la vasectomie.....	49
IV.3.1. Connaissance initiale de la vasectomie.....	49
IV.3.2. Les connaissances des patients sur le déroulement de l'intervention.....	52
IV.3.3. Les connaissances des patients sur les effets secondaires de l'intervention.....	53
IV.3.4. Les freins des patients sur le sujet de la vasectomie	55
IV.3.5. Les représentations des patients sur le sujet de la vasectomie.....	59
IV.4. L'impact du questionnaire/annexe soulignant quelques points sur la vasectomie.....	61
IV.4.1. Intérêt des patients pour la vasectomie au début du questionnaire	61
IV.4.2. Intérêt des patients pour la vasectomie à la fin du questionnaire	62
IV.5. Sensibilisation des patients à la contraception définitive par le milieu médical.....	63
V. Discussion.....	65
V.1. Les forces de l'étude	65

V.1.1 Sa pertinence dans la société et le monde médical	65
V.1.2 Nombre de questionnaires recueillis.....	65
V.1.3 Originalité du questionnaire avec un support informatif	65
V.2. Les Limites de l'étude	65
V.2.1. Biais de sélection	65
V.2.2. Biais d'information	66
V.2.3. Biais de saisie	66
V.2.4. Limite de recrutement	66
V.3. Analyse de l'étude dans le contexte	67
V.3.1. La population de l'étude	67
V.3.2. L'objectif principal.....	68
V.3.2. Les objectifs secondaires.....	69
V.3.2.1. Les patients et la contraception définitive	69
V.3.2.2. Les freins des patients sur la vasectomie	69
V.3.2.3. Les croyances des patients autour de la vasectomie	70
V.3.2.4. L'impact d'un bref résumé explicatif sur la vasectomie sur les patients.....	70
V.3.3. Perspectives	71
V. Conclusion	72
VI. Références bibliographiques	73
Annexes.....	78
Serment d'Hippocrate	100

Table des illustrations

Figure 1: Technique de ligature des trompes par salpingectomie bilatérale (20).....	28
Figure 2: Technique classique de vasectomie (27).....	29
Figure 3: Technique « no scapel vasectomy » (27)	30
Figure 4: Diagramme des flux des questionnaires	39
Figure 5: Statut marital des patients (n=155)	41
Figure 6: Nombre d'enfants parmi les patients (n=156).....	42
Figure 7: Désir d'enfants selon le genre (n=155)	43
Figure 8: Désir d'enfant selon les tranches d'âge (n=155).....	43
Figure 9: Place de la contraception en fonction du genre (n=154).....	44
Figure 10: Place de la contraception en fonction des tranches d'âge (n=154).....	44
Figure 11: Place de la contraception en fonction du genre et des tranches d'âge (n=154)...	45
Figure 12: Techniques de contraception utilisées par les patients en fonction du genre (n=74)	46
Figure 13: Techniques de contraception utilisées selon le statut marital (n=74).....	47
Figure 14: Satisfaction des patients de la méthode de contraception employée (n=74).....	48
Figure 15: Satisfaction des conjoints de la méthode de contraception employée (n=73).....	48
Figure 16: Répartition des patients sur la connaissance de la vasectomie (n=156).....	49
Figure 17: Connaissance initiale de la vasectomie en fonction du genre (n=156).....	49
Figure 18: Connaissance initiale de la vasectomie en fonction des tranches d'âge (n=156).	50
Figure 19: : Connaissance initiale de la vasectomie en fonction des CSP (n=154).....	51
Figure 20: Connaissances des patients sur le déroulement de l'intervention selon les genres (n=156)	52
Figure 21: Connaissances des effets secondaires de la vasectomie selon les genres (n=156)	53
Figure 22: L'effet indésirable le plus important pour les patients (n=126)	54
Figure 23: Les appréhensions des femmes à proposer la vasectomie à leur conjoint (n=82)	56
Figure 24: Les appréhensions des hommes à subir la vasectomie (n=74)	57
Figure 25: Les appréhensions les plus importantes des patients selon le genre (n=110)	58
Figure 26: Représentation des patients sur la vasectomie (n=156)	59
Figure 27: La représentation la plus associée à la vasectomie par les patients (n=67).....	60
Figure 28: Intention de discuter de la vasectomie au début du questionnaire (n=74).....	61
Figure 29: Intention de discuter de la vasectomie à travers les patients concernés par la problématique de la contraception avant (n=74) et après (n=73) l'étude	62

Figure 30: Abord de la contraception définitive dans le milieu médical (n=152)	63
Figure 31: Les spécialistes abordant la contraception définitive chez les patients (n=19).....	63
Figure 32: Technique(s) de contraception définitive(s) abordée(s) par les praticiens (n=16 pour les médecins généralistes et n=19 pour les spécialistes).....	64

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des patients	40
---	----

I. Introduction

Depuis que l'homme a compris le lien causal entre le rapport sexuel et la naissance d'un nouvel être humain, le contrôle de la natalité est une préoccupation importante pour l'humanité. L'objectif est ainsi de dissocier l'acte sexuel de la reproduction (1–4). Dans ce but une coopération est nécessaire entre les deux partenaires. Le fait que la grossesse soit corporellement assumée par les femmes a longtemps rendu légitime le fait que la responsabilité de la contraception du couple soit portée par ces dernières (5,6). Ceci explique que ce sont les femmes qui sont à l'origine du combat pour le droit à la contraception. Ce droit sera accordé en France le 28 décembre 1967 à travers la loi Neuwirth, « loi de régulation des naissances » par le Général de Gaulle (7).

On distingue alors deux types de méthodes contraceptives, non définitives et définitives dites autrefois méthodes de stérilisation. L'accès à ce type de contraception est longtemps resté controversé du fait d'un vide juridique encadrant législativement le recours à ces méthodes aussi bien du côté des patients que des praticiens. Ces méthodes trouvent enfin leur place à travers un cadre légal dans la loi de juillet 2001 (8). L'objectif premier de cette loi est de diminuer le nombre de grossesses non désirées et de ce fait le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG), en France. Une IVG sur cinq dans notre pays concerne des femmes de plus de 35 ans. Les pouvoirs publics mettent alors en avant l'intérêt des méthodes de contraception définitive, féminine par la ligature des trompes, et masculine par la vasectomie. Alors que ces méthodes sont très populaires dans les pays nordiques, au Royaume Uni et aux Etats Unis, ces dernières peinent à trouver leur place en France certainement du fait d'une légalisation tardive et ce malgré la crise pilule en France en 2012 qui est à l'origine d'un mouvement vers une contraception non hormonale (9–14).

Si dans l'histoire les femmes ont longtemps porté la responsabilité de la contraception, l'évolution de la société vers la parité entre les sexes s'applique également dans ce domaine où les hommes se disent de plus en plus prêts à assumer la contraception du couple (15). Malgré cette envie de l'homme de prendre le relais dans la contraception d'une part, et la mise en avant de l'intérêt des contraceptions définitives par nos sociétés savantes d'autre part, la vasectomie ne semble pas trouver sa place parmi les moyens de contraception. Dans ce contexte il nous a semblé intéressant d'établir un état des lieux des connaissances des patients, hommes et femmes de l'ex-région du Limousin sur la vasectomie partant de l'hypothèse qu'une méconnaissance de la vasectomie était responsable du faible recours à cette technique.

Dans un premier temps nous établirons à travers un questionnaire un état des lieux de la connaissance de la vasectomie et les notions qu'ont les patients sur la réalisation et les effets secondaires liés à la technique. Dans un deuxième temps nous identifierons les freins et les représentations des patients à l'origine des préjugés sur la contraception définitive masculine. A travers cette étude nous allons également aborder la connaissance de la contraception définitive dans son ensemble au sein de cette même population et comment celle-ci est abordée dans le corps médical.

De manière très succincte nous terminerons ce travail sur l'intérêt d'une sensibilisation rapide sur la vasectomie proposée aux patients par l'intermédiaire d'une annexe associée au questionnaire. Nous évaluerons ainsi l'impact de cette première campagne d'information sur l'intention du patient de discuter de ce sujet avec ses proches ou le monde médical, notamment le médecin généraliste.

II. Préambule

II.1. Approche socio démographique de la contraception définitive

II.1.1. La contraception en médecine générale

La contraception fait partie des motifs courants de consultation en médecine générale. En 2004, une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) avait estimé que ce sujet concernait 1,2% des consultations de médecine générale (16). Ce chiffre a été revu à la hausse seulement 5 ans après par l'Observatoire de Médecine Générale à 3,9% (17). L'enquête Epilule réalisée via le réseau EPI en 2003 sur plus de 2800 patientes, a mis en évidence qu'une femme sur trois confiait son suivi gynécologique à son médecin généraliste et que ce dernier était à l'origine de l'initiation de la prescription de pilules contraceptives chez une femme sur deux (18). Devant la féminisation de la médecine générale et la décroissance démographique d'accès à un gynécologue, nous pouvons penser que l'activité de gynécologie des médecins traitants ne peut que s'accroître. Le médecin généraliste devient alors une clé de voute dans le dialogue sur la contraception avec les patients.

A travers ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (HAS) demande aux praticiens d'aboutir avec leur patients à un « choix personnalisé après une information éclairée » pour leur contraception (19). Afin de parvenir à ce résultat, au moins une consultation dédiée à ce thème doit être proposée aux patients. Durant cette consultation, le médecin doit évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie et fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles et s'assurer de la compréhension de ces informations. Il est important également de prendre en compte que la méthode contraceptive choisie initialement peut évoluer au fil du temps et des consultations sont régulièrement nécessaires pour refaire un point sur l'adéquation de la méthodes/nouvelles attentes, sa tolérance et son observance. L'observance et l'acceptation de la méthode sont d'autant plus fortes si le partenaire est impliqué et participe au choix. Le médecin généraliste possède donc un rôle crucial comme premier interlocuteur quel que soit le sexe et l'âge des patients et « se doit de présenter, selon l'HAS, tous les moyens de contraception y compris la stérilisation » appelée maintenant la contraception définitive. Ce rôle crucial est d'autant plus vrai pour la contraception définitive masculine. En effet, si les femmes ont libre accès dans le parcours de soin aux gynécologues, ce n'est pas le cas pour les hommes qui doivent être orientés par un courrier de leur médecin traitant pour consulter un urologue.

II.1.2. La place de la contraception définitive

La contraception définitive féminine par la ligature des trompes ou masculine par la vasectomie a maintenant toute sa place dans les méthodes de contraception en France mais reste une méthode très peu employée. En 2009, la contraception définitive concernait au niveau mondial 35% des couples alors qu'en France, en 2011, les méthodes de contraception définitive représentaient uniquement 3,9% des femmes et 0,3% des hommes (9). On observe

une légère augmentation en France de la place de la contraception définitive puisqu'en 2016 elle concernait 4,5% des femmes interrogées sur leur moyen de contraception (10). Cette augmentation ne perdurera pas puisqu'en 2019 seul 2,9% des femmes et 0,5% des hommes ont eu recours à la contraception définitive (11). Il est également intéressant de noter que dans certains pays où la contraception définitive représente plus de 10% des méthodes de contraception employées, la vasectomie est plus employée que la ligature des trompes. C'est le cas au Bhoutan, en République de Corée, en Australie et au Royaume Uni (11). A ce propos, le British Medical Journal invitait les Français à faire dans les années 2000 du « tourisme vasectomique » (13). Une telle disparité entre la France et le reste du monde semble liée à des réticences culturelles et sociales mais surtout à une mésinformation et une législation autour de l'acte longtemps controversée. Dès les années 1960, la contraception définitive a connu un véritable essor en Amérique du Nord poussant certains démographes à parler à la fin des années 80 de troisième révolution contraceptive après la contraception naturelle et la pilule contraceptive (12). Elle a été légalisée en 1969 au Canada et en 1972 aux Etats-Unis. En 2011, 48% des femmes canadiennes âgées de 35 à 44 ans déclaraient utiliser la contraception définitive dans leur couple (la leur ou celle de leur conjoint) (14). En France il a fallu attendre 2001 pour avoir un cadre légal autour de cette méthode contraceptive (8).

II.1.3. La législation autour de la contraception définitive

Avant 2001, les chirurgies de contraception définitive s'effectuaient hors cadre légal exposant ainsi la responsabilité des chirurgiens qui n'étaient pas couverts par leurs assurances professionnelles. Le flou juridique autour de cette chirurgie « volontaire » remonte à l'empire Napoléonien. Afin d'échapper à la conscription, les jeunes gens s'automutilaient, allant des dents cassées pour ne pas pouvoir déchirer les cartouches, aux doigts des mains ou des pieds coupés... Afin de lutter contre cette forme de contournement, il a été créé le décret impérial du 8 fructidor an XIII (26 août 1805) relatif à la levée de la conscription de l'an XIV : « tout conscrit reconnu coupable de s'être mutilé avant l'examen du conseil de recrutement ou entre celui-ci et son arrivée au corps serait « traduit en prison » et mis à la disposition du gouvernement, puis conduit dans un port et de là transporté aux colonies françaises, pour y être employé à un service militaire ou maritime quelconque » (20). Ce décret ne s'appliquait qu'aux jeunes gens appelés à la conscription et plus tard à tout militaire engagé. Ainsi aucune loi du code Napoléon n'abordait le sujet de la mutilation volontaire sur l'appareil reproducteur. Cette faille juridique a été annulée par la loi de 1920, qui votait « l'interdiction de l'atteinte à l'intégrité de toute personne, hors le cas d'expérimentations avec le consentement éclairé et libre de l'intéressé » condamnant indirectement la stérilisation à visée contraceptive au titre d'une mutilation volontaire (21). En 1976, la France signe une convention Européenne dans laquelle la stérilisation est une méthode validée pour le contrôle des naissances. Mais en 1994, la stérilité volontaire fut interdite par la loi bioéthique Française de 1994 par l'article 16-3 : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » (22). La loi du 27 juillet 1999 du code civil substitue le terme thérapeutique de la loi de 1994 par le terme médical autorisant implicitement la stérilisation volontaire (23). Le 4 juillet 2001, la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et la contraception définit enfin un cadre légal autour des contraceptions définitives

annonçant ainsi officiellement leur légalisation (8). En 2004, l'HAS et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) mettent en avant l'intérêt des contraceptions définitives et la nécessité de proposer ses méthodes aux patients dans le but de diminuer le recours à l'IVG (24). En 2004, le Dr Badraoui du service d'urologie de Tours publie une étude réalisée entre janvier et juin 2003, soit 18 mois après la légalisation de la contraception définitive. Le but de l'étude est d'évaluer la connaissance de cette légalisation auprès de 262 chirurgiens (urologues et gynécologues) à travers un questionnaire distribué lors de congrès ou réunions de spécialistes. Cette étude a mis en évidence une méconnaissance de la loi qui encadre cette pratique. 60% des chirurgiens avaient reçu des demandes de patients et seuls 40% d'entre eux avaient accepté de réaliser l'acte (25). L'auteur s'inquiétait du fait que les enseignants qui devaient, à partir de novembre 2004, enseigner les contraceptions définitives dans le cadre de l'Examen Classant National (ECN) de médecine étaient ces mêmes spécialistes remettant ainsi en cause la formation des futurs médecins sur le sujet. C'est à travers la loi du 4 juillet 2001 que la contraception définitive a été juridiquement encadrée. Cette loi avait pour but principal de prolonger le délai de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. On peut alors se poser la question si la mésinformation liée à la contraception définitive est due au fait que les médias et le monde médical se soient concentrés sur l'objectif premier de cette loi laissant de côté cette évolution majeure sur le plan législatif.

II.2. Les techniques de contraception définitive

Il y a actuellement deux techniques reconnues en France de contraception définitive, la ligature des trompes du côté féminin et la vasectomie du côté masculin. Ces deux contraceptions ont un excellent indice de Pearl, à 0,5 pour la ligature des trompes et 0,1 pour la vasectomie. Ces deux méthodes de contraception s'effectuent sur une personne majeure exprimant une volonté libre, motivée et délibérée. Le médecin doit à son patient une information claire et complète sur le déroulement des interventions et leurs conséquences lors d'une consultation dédiée et doit s'assurer de la bonne compréhension du patient. A la fin de cette consultation le médecin doit obtenir un consentement éclairé de la part du patient. Après cette première consultation un délai de réflexion de 4 mois est obligatoire avant de programmer l'intervention dans un établissement de santé. Pour les personnes avec une altération mentale, les contraceptions définitives peuvent être pratiquées uniquement s'il existe une contre-indication médicale ou une impossibilité de mettre en œuvre les autres moyens contraceptifs. L'intervention est alors juridiquement très encadrée après un accord du juge des tutelles. Il est donc important de noter que dans la loi, l'âge minimal requis pour subir ces interventions est de 18 ans. Les spécialistes pour raison éthique/culturelle et parfois religieuse préfèrent appliquer leurs contre-indications relatives de manière arbitraire avec un âge plus avancé pour laisser le temps aux patients d'assouvir un projet parental. Les chirurgiens, urologues et gynécologues ne sont pas obligés d'effectuer l'intervention si celle-ci va à l'encontre de leurs croyances mais ils doivent dans ce cas orienter le ou la patient(e) vers un confrère.

Sur le plan technique, la ligature des trompes se réalise par coelioscopie pendant laquelle est pratiquée une salpingectomie bilatérale totale ou partielle. Cette intervention nécessite une anesthésie générale. Elle est majoritairement réalisée en ambulatoire. Les principaux effets secondaires mis en avant sont des douleurs abdominales dans les premiers jours nécessitant parfois des arrêts de travail lorsqu'elles ne sont pas soulagées par les antalgiques. Ces

douleurs sont le plus souvent passagères. Cela reste une intervention chirurgicale de l'abdomen avec une anesthésie générale et les effets indésirables qui découlent de cela. Nous n'avons pas encore assez de recul sur les complications à long terme d'une telle chirurgie du fait de sa récente légalisation mais il est à retenir que la coelioscopie indépendamment du but pour laquelle elle est utilisée ici, a ses propres complications. Les personnes qui ont subi une chirurgie abdominale par coelioscopie, ont plus de risque de développer des adhérences, une des principales causes d'occlusion intestinale (26).

La technique d'implant intra-tubaire Essure® mise en place en 2003 est interdite depuis 2017 car associée à de nombreux effets indésirables : étaient identifiées dans 75% des cas des douleurs musculosquelettiques, dans 63% une asthénie et dans 55% des douleurs pelviennes chroniques (27).

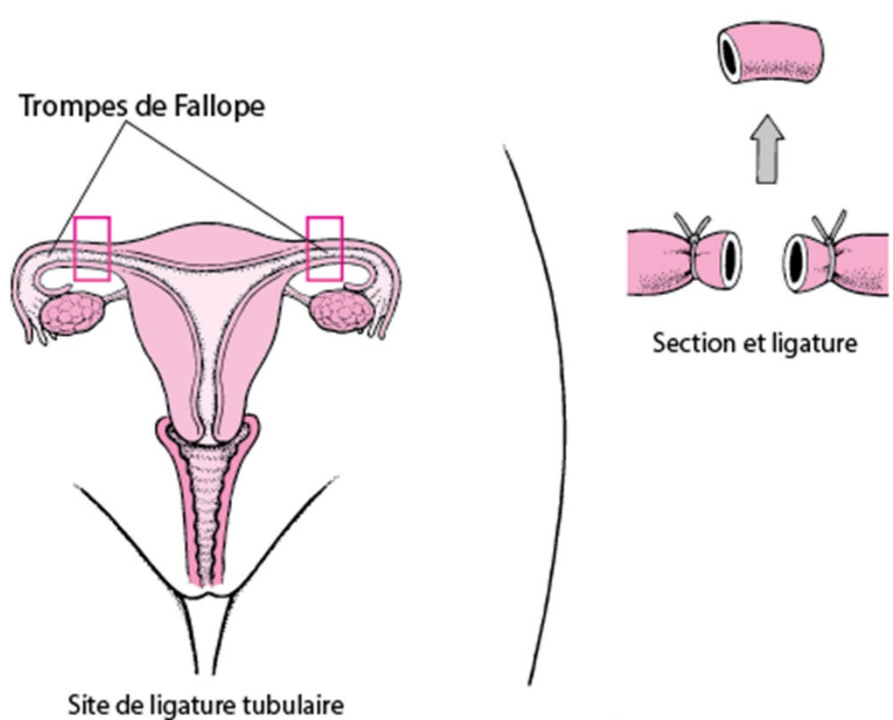


Figure 1: Technique de ligature des trompes par salpingectomie bilatérale (20)

La vasectomie consiste au blocage bilatéral des canaux déférents au niveau scrotal pour bloquer le passage des spermatozoïdes dans le liquide spermatique. Deux techniques sont actuellement possibles. Les deux techniques se réalisent le plus souvent sous anesthésie locale, dans de très rares cas sous anesthésie générale (28–30). La vasectomie a été initiée pour la première fois en 1823 par Sir Astley Cooper sur un chien puis en 1924 par Reginald Harrison dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate.

- La technique par abord scrotal : incision au niveau du raphé médian ou deux incisions latérales en regard du canal déférent (A, B). Le déférent est isolé puis sectionné (C). Plusieurs techniques sont décrites pour occlure le déférent. Une légère excision, ou une coagulation avec ou sans interposition du fascia diminuent le risque de reperméabilisation (D, E) (31–33). La peau est ensuite refermée avec un fil résorbable soit par points séparés, soit par surjet intra dermique.

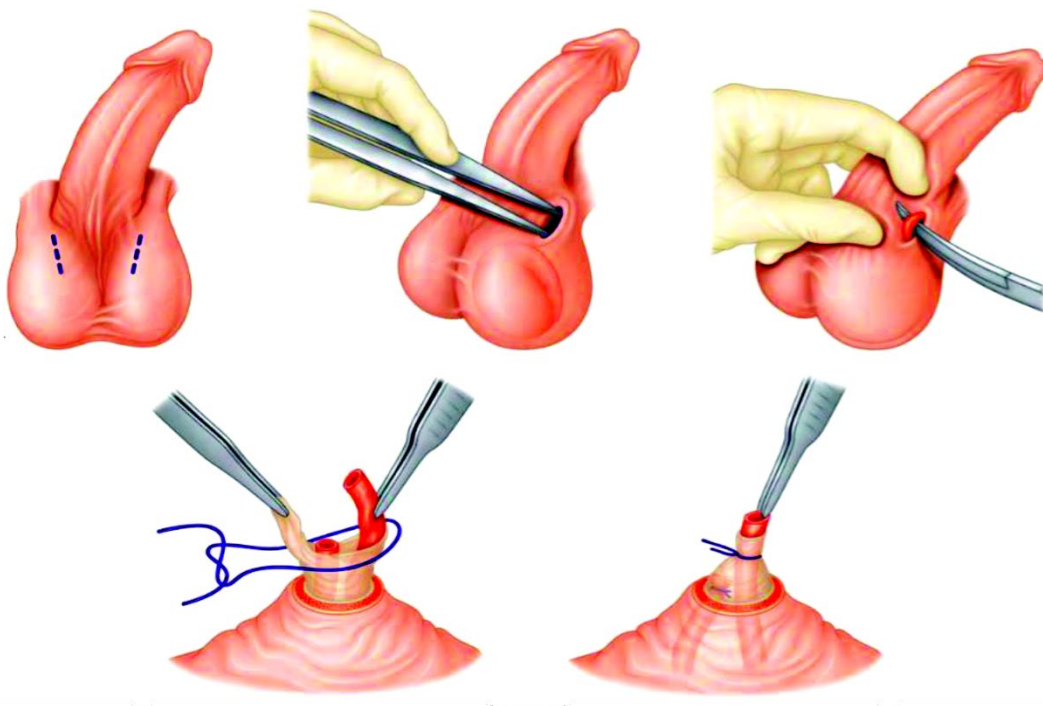


Figure 2: Technique classique de vasectomie (27)

- La technique sans scalpel ou « no scalpel vasectomy » : Cette technique a été pour la première fois pratiquée au sein de la « Chongqing Family Planning Scientific Research Institute » dans la province de Sichuan en Chine. Cette méthode a été réalisée sur 10 millions d'hommes (34). A l'aide d'une pince spécifique à cette chirurgie le déférent est amené sous la peau. A l'aide d'une pince Mosquito dotée de pointes acérées, la peau est perforée et le déférent extériorisé (34–36). Le déférent est ainsi extrait par une incision unique restreinte. Cette technique d'isolement sur incision unique réduit les principales complications aiguës de la vasectomie comme les hématomes, les douleurs post opératoires et le risque d'infection (36–40). Malgré ses meilleurs

résultats notamment sur la réduction des effets secondaires, cette technique est peu utilisée. Ceci s'explique par le nombre limité d'interventions annuelles de vasectomies et la nécessité d'une courbe d'apprentissage pour cette technique de 15 à 20 procédures (35).

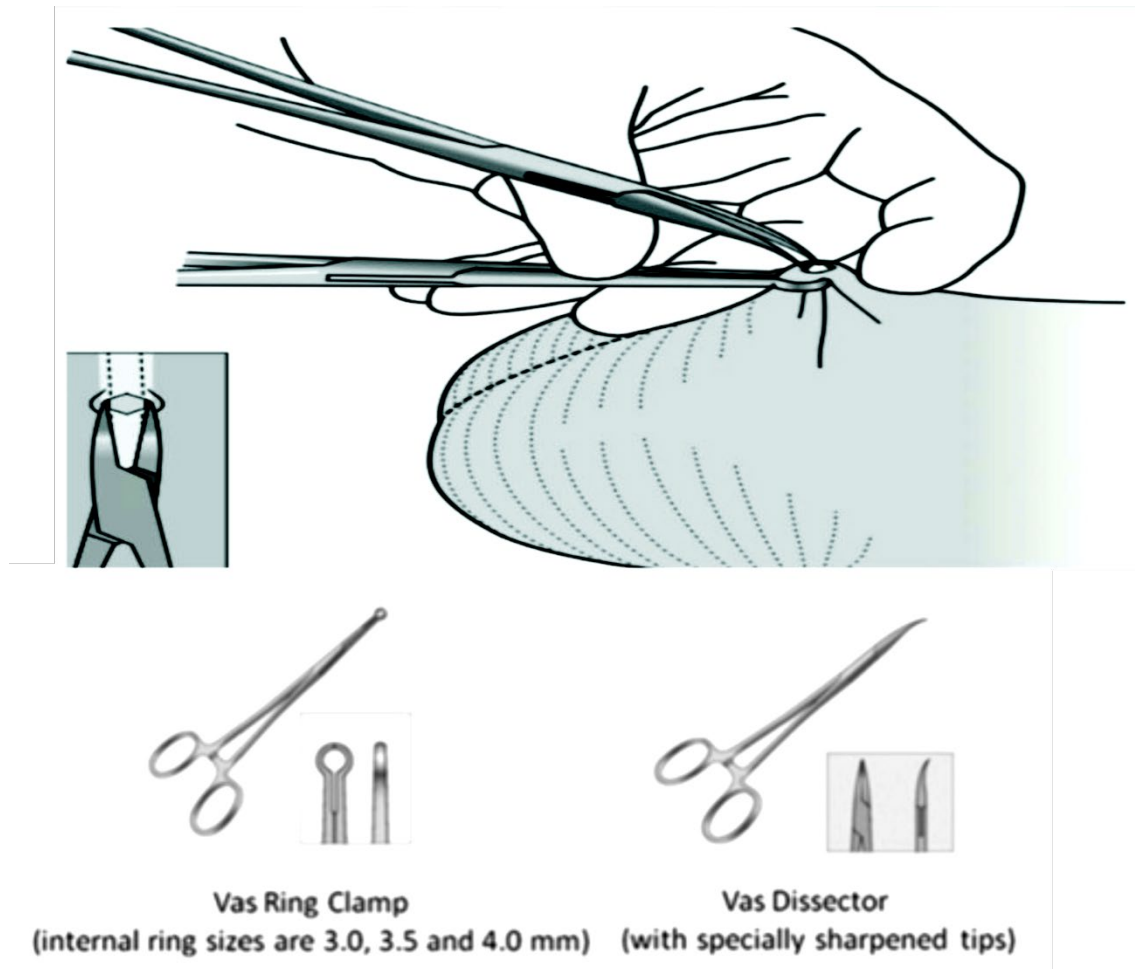


Figure 3: Technique « no scalpel vasectomy » (27)

Peu d'effets secondaires post vasectomie sont décrits surtout si la technique « no scalpel vasectomy » est employée. Après l'intervention, les testicules continuent à produire des spermatozoïdes. Ces derniers sont absorbés par le corps comme chez les hommes non vasectomisés. Les glandes séminales et la prostate continuent à produire le liquide spermatique normalement. Cette notion permet de comprendre que le volume de sperme émis lors de l'éjaculation est sensiblement le même chez un homme vasectomisé que chez un homme qui ne l'est pas. Seul l'absence de spermatozoïdes dans le sperme du patient vasectomisé diffère. Les hormones mâles continuent également à être produites normalement, il n'y a donc pas d'influence sur l'érection, l'éjaculation, le désir et le plaisir sexuel chez les patients vasectomisés. Les effets secondaires les plus fréquents sont chez 1 homme sur 4 des saignements et hématomes post opératoires, une douleur au niveau de l'intervention qui

est le plus souvent minime et calmée par des antalgiques, une gêne au niveau de la cicatrice qui peut être présente pendant quelques jours impliquant parfois une abstention d'activité pénible pendant 48H. Rarement on peut retrouver des infections du site opératoire (0,2 à 3,4%), un granulome spermatique (1 à 6%), une reperméabilisation aigue (0,2% à 5,3%) (41–44). Cet effet indésirable met en avant la nécessité d'un contrôle de l'azoospermie à 3 mois de la chirurgie après au moins 20 éjaculations (28–30,45). Cette complication est très rare mais une reperméabilisation tardive (entre 16 mois à 3 ans) a été décrite dans 0,03 à 1,2% des cas (46). Le rétablissement de la perméabilité des canaux déférents par vaso-vasostomie a un succès de 77 à 87% et un taux de grossesse de 50% (47–49). Cette reperméabilisation dépend du temps écoulé entre la vasectomie et la technique de reperméabilisation. Le taux de réussite est élevé avant trois ans de délais entre les deux chirurgies (50,51). Afin d'éviter le risque de regret de la vasectomie une congélation préventive du sperme est possible. La congélation du sperme coûte environ 94,50€ selon la cotation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et est remboursé par la sécurité sociale à 80%. Chaque année le patient reçoit une lettre du Centre d'Etude et de Conservation des Ovocytes et Spermatozoïdes humains (CECOS) pour connaître son intention de prolonger la cryoconservation. Cela coûte 43,20€/an et peut être remboursé à hauteur de 80%.

II.3. La contraception à travers le genre

La vasectomie est plus efficace que la ligature des trompes et présente moins d'effets secondaires. Par ailleurs, elle est également plus économique. C'est une contraception définitive avec une possibilité de congeler le sperme. Pour autant cette technique est 10 fois moins appliquée en France par rapport à la ligature des trompes (10,11,52). Les mémos de l'HAS et les fiches de sensibilisation du public établis par le Ministère de la Santé mettent pourtant les deux techniques de contraception définitive au même niveau. Malgré cela, les vasectomies sont extrêmement rares en France versus 26% en Amérique du Nord (11). Est-ce qu'en réalité la contraception et toute la problématique qui l'entoure reste un sujet féminin désintéressé par les hommes ? Selon Desjeux (15), il existe dans la société actuelle une réelle volonté de la part des hommes à partager la contraception du couple. Cette envie est cependant imbriquée dans le paradoxe que la grossesse est corporellement vécue par la femme ce qui lui donne la légitimité de la maîtrise de la contraception et le fait que le processus procréatif nécessite la participation des deux partenaires pouvant impliquer un investissement masculin dans l'acte contraceptif. Malgré le développement et la commercialisation de plus d'une dizaine de moyens contraceptifs féminins depuis la légalisation de la contraception, seuls quatre méthodes s'offrent aux hommes : l'abstinence, le coït interrompu, deux méthodes

ancestrales, le préservatif et la vasectomie. Les recherches sur la contraception ont toujours été déséquilibrées entre les deux sexes. En effet, il était plus facile d'avoir accès aux hormones féminines via les matériaux biologiques comme les urines, le placenta...pour étudier les hormones féminines. Dès les années 1930, les gynécologues ont instauré un partenariat avec les firmes pharmaceutique/chercheurs pour la recherche sur les hormones féminines. Pour les hommes, les hormones masculines étaient le plus souvent recueillies hors contexte médical dans les prisons, casernes militaires... Cette inégalité d'accès aux hormones a créé dès le départ de la recherche sur la contraception un déséquilibre entre les hommes et les femmes (53). Différentes techniques seront cependant testées pour les hommes comme l'association d'une pilule progestative associée à une lotion de testostérone dans les années 1979 par Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (Ardecom), puis l'expérimentation autour de l'injection d'énanthate de testostérone par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1985 à 1996. Malheureusement aucune de ces méthodes ne se développera davantage.

Dans un premier temps pour des raisons économiques : soit la contraception masculine reste marginale et l'investissement serait trop important par rapport au coût (exemple de l'injection d'énanthate de testostérone), soit au contraire elle ferait concurrence à la contraception féminine. Ceci ne répondait pas aux ambitions économiques des firmes pharmaceutiques. L'injection hebdomadaire à visée contraceptive n'est pas validée en France et l'OMS ne la recommande pas plus de 18 mois du fait de ses effets secondaires (acné, pilosité, dépression...). Les demandes de financement faite pour la pilule contraceptive combinée à la lotion, les demandes de financement pour sa recherche et développement ont été refusées par le Ministère de la Santé.

Dans un deuxième temps, l'homme doit faire face aux représentations et influences négatives des médias infantilisant et déresponsabilisant les hommes, les jugeant incapables de prendre une contraception quotidiennement ou de supporter la douleur d'une injection à visée contraceptive (54). Le corps médical n'a parfois pas plus d'égard sur le sujet (55,56). Actuellement l'équipe Américaine du Pr Gunda Georg dans le Minesota travaille sur une méthode de contraception non hormonale masculine via une molécule, la YCT529 qui bloquerait l'action de l'acide rétinolique qui joue un rôle important dans la formation des spermatozoïdes. Les résultats sur les souris sont encourageants et les essais thérapeutiques sur les hommes devraient commencer prochainement pour une commercialisation d'ici 5 ans. Il existe peu d'études sur la contraception masculine car la majorité des enquêtes réalisées sur le sujet intègrent des femmes et si des hommes sont inclus ils le sont uniquement si marié ou en couple. Interroger les hommes sur leurs pratiques contraceptives ne semble pas une priorité et renvoi la responsabilité contraceptive aux femmes (57-59). A travers les données récoltées dans l'étude Fecond 2013 post crise pilule, il a été démontré parmi les hommes

interrogés, que si ces derniers sont maîtres de la contraception à travers le préservatif au début d'une relation, cette méthode contraceptive évolue vers la pilule exclusive lors de la stabilisation du couple. Cette modification souligne un passage de responsabilité partagée de la contraception du couple vers une responsabilité totalement féminine (58,59). On note cependant que ces hommes sont aptes à répondre sur le type de contraception employé dans le couple ce qui sous-entend leur implication de façon différente, comme s'assurer de la bonne prise de la pilule auprès de leur compagne, aller chercher la pilule ou un Dispositif Intra Utérin (DIU) à la pharmacie, discussion dans le couple....(26)

II.4. Le contexte de l'étude

L'évolution de la société tend à donner plus de responsabilité aux hommes dans la contraception du couple. Cette demande est en relation avec l'envie des femmes de se rapprocher le plus possible de moyens contraceptifs non hormonaux. Depuis la crise pilule de 2012, la pilule contraceptive est moins représentée dans les moyens contraceptifs choisis en faveur des dispositifs intra utérins (60). Mais cette envie est également manifestée par les hommes qui apparaissent de plus en plus impliqués pour assumer cette tâche. Plusieurs raisons sont mises en avant par les hommes comme prendre le relais volontairement ou en cas de contre-indication médicale à la contraception féminine de leur compagne, la soulager de cette problématique, lui éviter les effets secondaires et la volonté d'être maître de sa fécondité et de celle du couple. Il semble avoir eu un impact de la crise pilule sur le nombre de vasectomie bien que ce dernier reste toujours infime. En 2010, 1908 vasectomies ont été remboursées par l'assurance maladie contre 23306 en 2021 (61). La crise pilule a forcé les institutions médicales et les patients à réfléchir sur l'usage des hormones et à se recentrer sur la contraception masculine dont la vasectomie. Cependant, plus de 20 ans après sa légalisation et 12 ans après la crise pilule, cette méthode a du mal à percer en France parmi les méthodes contraceptives employées (0,3%) contrairement aux pays anglo-saxons où elle est parfois la technique la plus employée (26% en moyenne). C'est dans ce contexte que notre étude a été réalisée afin de faire un point 20 ans après la loi du 4 juillet 2001 sur les connaissances et représentations des patients de médecine générale (femmes et hommes) dans la région Limousin, âgés de 35 à 65ans sur la vasectomie supposant que leurs connaissances sur cette contraception définitive sont erronées (déroulement de l'intervention, douleur, préjudice physique, son impact sur la sexualité du couple, sa réversibilité...) faussant ainsi leur représentation de la vasectomie et sa place dans la contraception de notre société.

III. Matériel et méthodes

III.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale basée sur des données déclaratives obtenues par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme.

III.2. Les objectifs de l'étude

III.2.1. L'objectif principal

L'objectif principal de ce travail est d'établir un état des lieux des connaissances des patients sur la vasectomie 20 ans après la légalisation de cette méthode définitive de contraception.

III.2.2. Les objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les différents facteurs pouvant influencer les connaissances des patients sur la vasectomie :

- Apprécier la place de la contraception chez les patients interrogés.
- Identifier les freins des patients à la vasectomie.
- Identifier les représentations des patients sur la vasectomie.
- Mettre en évidence les croyances sur les contraceptions définitives chez les 35-65 ans femmes et hommes confondus.
- Estimer l'impact d'un résumé explicatif de la vasectomie sur l'intention des patients à aborder le sujet avec leur conjoint (e) et/ou médecin.
- Apprécier comment est abordé le sujet de la contraception définitive par les patients au sein de leur couple et avec leur médecin.

III.3. L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire est composé de 23 questions maximums (Annexe 3). Le questionnaire est interactif. Selon la réponse des patients, ils doivent répondre à la question suivante ou passer à la partie suivante. Le questionnaire est composé de 8 parties :

L'état des lieux des connaissances des patients sur l'existence de la vasectomie : Q1

Les caractéristiques du patient : Q2-Q8

Les connaissances des patients sur l'existence des contraceptions définitives : Q9

La contraception est-elle toujours une problématique pour le patient ? Q10-Q14

Les connaissances des patients sur l'intervention de la vasectomie : Q15-Q17

Les freins des patients au sujet de la vasectomie : Q18-Q19

Les représentations des patients sur la vasectomie : Q20-Q21

L'impact immédiat sur le patient du résumé sur la contraception définitive joint au questionnaire : Q22-23

Les questions sont de type question à choix multiples. Pour les questions fermées de type dichotomique (Oui/Non), la possibilité de réponse « je ne sais pas » a été incluse afin de limiter le biais de Hazard.

Le choix des questions ayant été déterminé par l'investigateur de l'étude, une possibilité de réponse ouverte est proposée après chaque question non dichotomique à choix multiples avec une proposition « autre » laissant libre réponse au patient.

Avant sa diffusion le questionnaire a été préalablement testé :

- par 3 médecins généralistes et 3 internes en Stage Autonome en Soins Primaire Ambulatoire Supervisé (SASPAS) qui se sont mis en conditions réelles de réalisation du test avec leur conjoints(es) non issus du milieu médical dans le rôle du patient.
- par l'investigateur lui-même sur 8 patients (4 hommes 36, 38, 42, et 57 ans et 4 femmes 39, 44, 47 et 62 ans).

III.4. La population étudiée

III.4.1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- patients consultant en soins premiers de médecine générale
- hommes et femmes âgés de 35-65 ans
- hétérosexualité

III.4.2. Les critères de non-inclusion

Les critères d'exclusions étaient :

- hommes vasectomisés
- femmes dont le conjoint ou ex conjoint est vasectomisé
- opposition du patient à participer à l'étude
- patient dont les capacités intellectuelles ne lui permettent pas de répondre au questionnaire (argument laissé à l'interprétation du médecin traitant)

III.5. Le déroulement de l'étude

III.5.1. Le recrutement

J'ai contacté par téléphone l'ordre des médecins afin de récupérer les adresses emails de tous les médecins généralistes installés sur le territoire de la région Ex-Limousin, soit la Haute-

Vienne, la Creuse et la Corrèze. Cette demande a été rejetée. Après accord de la commission des thèses du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Limoges, il a été décidé d'utiliser la liste des adresses emails des Maitres de Stage Universitaire (MSU) inscrits sur la période de mai-novembre 2020. Un mail explicatif du projet et de demande de participation à l'étude a ainsi été envoyé à 152 MSU. Ont été exclus les MSU exerçant au sein d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (ne correspondant pas au critère de consultation en soins premiers). Sur ces 152 mails envoyés, 12 MSU ont répondu positivement. Chacun d'entre eux a reçu le protocole d'exécution du questionnaire et a été contacté par téléphone pour s'assurer de la bonne réalisation de l'étude. Chaque MSU a reçu 45 questionnaires et une urne de recueil. 540 questionnaires imprimés ont ainsi été déposés chez ces praticiens

III.5.2. Les lieux de réalisation de l'étude

Les lieux d'exercice des MSU qui se sont engagés à participer sont les suivants :

- 8 en Haute Vienne : Eymoutiers, Saint-Léonard-de-Noblat, Saint-Just-le-Martel, La Jonchère St Maurice, 2 à Limoges, Saint-Victorien et Oradour-sur-Vayre
- 2 en creuse : Bourganeuf et Marsac
- 2 en Corrèze : Allasac et Bort les Orgues

A un mois du début de l'étude, j'ai recontacté les cabinets participants par téléphone/ mail afin de savoir s'ils rencontraient des soucis dans la réalisation de l'étude et de m'assurer du bon déroulement de celle-ci. Les cabinets de Bourganeuf, Marsac et Eymoutiers m'ont avoué ne pas avoir le temps de participer à l'étude. Le cabinet de Bort les Orgues n'a finalement pas donné suite. Dans un des 2 cabinets de Limoges, la praticienne devait participer à l'étude. Devant l'absence de réponse, j'ai discuté avec son interne SASPAS pour qu'il prenne le relais de l'étude mais m'a avoué 2 semaines plus tard ne pas pouvoir l'assurer.

Finalement, seuls les cabinets de Saint-Léonard-de-Noblat, Saint-Just-le-Martel, La Jonchère Saint-Maurice, Saint-Victorien, 1 cabinet à Limoges et Allasac rendront des questionnaires remplis. Aucun cabinet du département de la Creuse n'a rendu de questionnaires. Sur 2 de ces cabinets, l'étude a été réalisée par les internes en SASPAS du praticien.

III.5.3. La période de l'enquête

L'enquête a eu lieu de septembre à novembre 2020.

III.5.4. Les conditions de réalisation

Le praticien ou l'interne en SASPAS propose au patient de participer à un travail de thèse de médecine sur la contraception définitive chez l'homme. Le praticien recueille l'accord oral du patient pour participer à cette étude en lui expliquant qu'il s'agit d'un questionnaire anonyme qui prend une dizaine de minutes à remplir en salle d'attente. Le praticien vérifie auprès du

patient ou de la patiente les critères d'inclusion et l'absence de critères d'exclusion. Le praticien demande si le (la) patient (e) connaît la technique de la vasectomie et saisie sa réponse dans la première question du formulaire. Quel que soit la réponse, à l'aide d'un premier document annexé plastifié fourni, identique pour tous les patients, le praticien explique à travers 2 phrases et 2 schémas la définition de la vasectomie et de la ligature des trompes. Le praticien explique au patient qu'avant de répondre aux deux dernières questions, il doit lire une annexe fournie en verso de son questionnaire, annexe qu'il ne doit en aucun cas lire avant de débiter le questionnaire pour ne pas fausser les réponses. Le (la) patient (e) retourne ensuite en salle d'attente pour remplir le formulaire. Une fois qu'il a terminé, le (la) patient (e) dépose le questionnaire dans une urne prévue à cet effet.

Un « kit » a été envoyé dans une pochette pour chaque praticien ainsi qu'une urne de recueil. Le kit est composé :

- Une page « progression de la distribution des questionnaires » : Chaque praticien devait faire remplir au minimum 10 questionnaires par tranche d'âge (5 par des femmes et 5 par des hommes) (Annexe 1).
- 1 planche plastifiée nommée annexe 1 où étaient présentés les schémas de la vasectomie et de la ligature des trompes ainsi que les phrases de définition que le praticien devait lire à chaque patient participant (Annexe 2).
- 45 questionnaires : 30 questionnaires pour la réalisation minimum de l'étude +15 si soucis ou participants supplémentaires (Annexe 3).
- Chaque questionnaire était marqué en tête du lieu du cabinet et du praticien responsable afin de limiter le risque de mélange des questionnaires lors de leur saisie.

III.5.5. Le recueil des données et analyse statistique

Je suis allée directement récupérer les questionnaires et les urnes après prise de rendez-vous aux cabinets d'Allasac, Saint Just le Martel, Saint Léonard de Noblat, La Jonchère Saint Maurice. Ceci me permettait de discuter de l'étude avec les praticiens participants et de les remercier. Pour les cabinets de Saint Victurnien et celui de Limoges participant, j'ai récupéré les questionnaires auprès de mes co-internes.

Les données des questionnaires ont été saisies dans un questionnaire en ligne créé par l'investigatrice via Limesurvez. Cette retranscription a été réalisée sur une journée. La saisie a été réalisée cabinet par cabinet participant. Les 4 premiers questionnaires remplis ont été vérifiés pour s'assurer de la bonne retranscription sur le logiciel. Une alarme avait par la suite été programmée toutes les 20 minutes. Le questionnaire en cours de retranscription lors du déclenchement de l'alarme était vérifié. Une pause de 10 min toutes les heures a été réalisée. La durée moyenne de saisie d'un questionnaire était de 1min41 secondes. Grâce à ce même

logiciel, différentes requêtes/croisement des données ont été formulées puis les résultats extraits en format Excel afin de faciliter l'analyse. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel BiostaTGV®. Les valeurs qualitatives étaient exprimées en nombre et en pourcentage. Les tests du Chi² ou de Fischer (s'il y avait moins de 5 patients dans un groupe) ont été utilisés pour les comparaisons des variables qualitatives. Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques était fixé avec un $p < 0,05$.

III.5.6. La bibliographie

Les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : PubMed, Google, SUDOC.

Les mots clés étaient : vasectomie, stérilisation définitive, contraception masculine, médecin généraliste, spécialiste, automutilation.

La bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero format Vancouver.

IV. Résultats

IV.1. Patients participants

IV.1.1. Participation

Au total, sur 6 cabinets participants nous avons déposé 270 questionnaires. Nous avons récupéré 157 questionnaires. Parmi ces 157 questionnaires, 1 a été retiré car l'âge du patient ne faisait pas partie des critères d'inclusion. 138 questionnaires ont été complétés en entier contre 18 questionnaires rendus incomplets. Il y aura ainsi un effectif différent selon les questions étudiées.

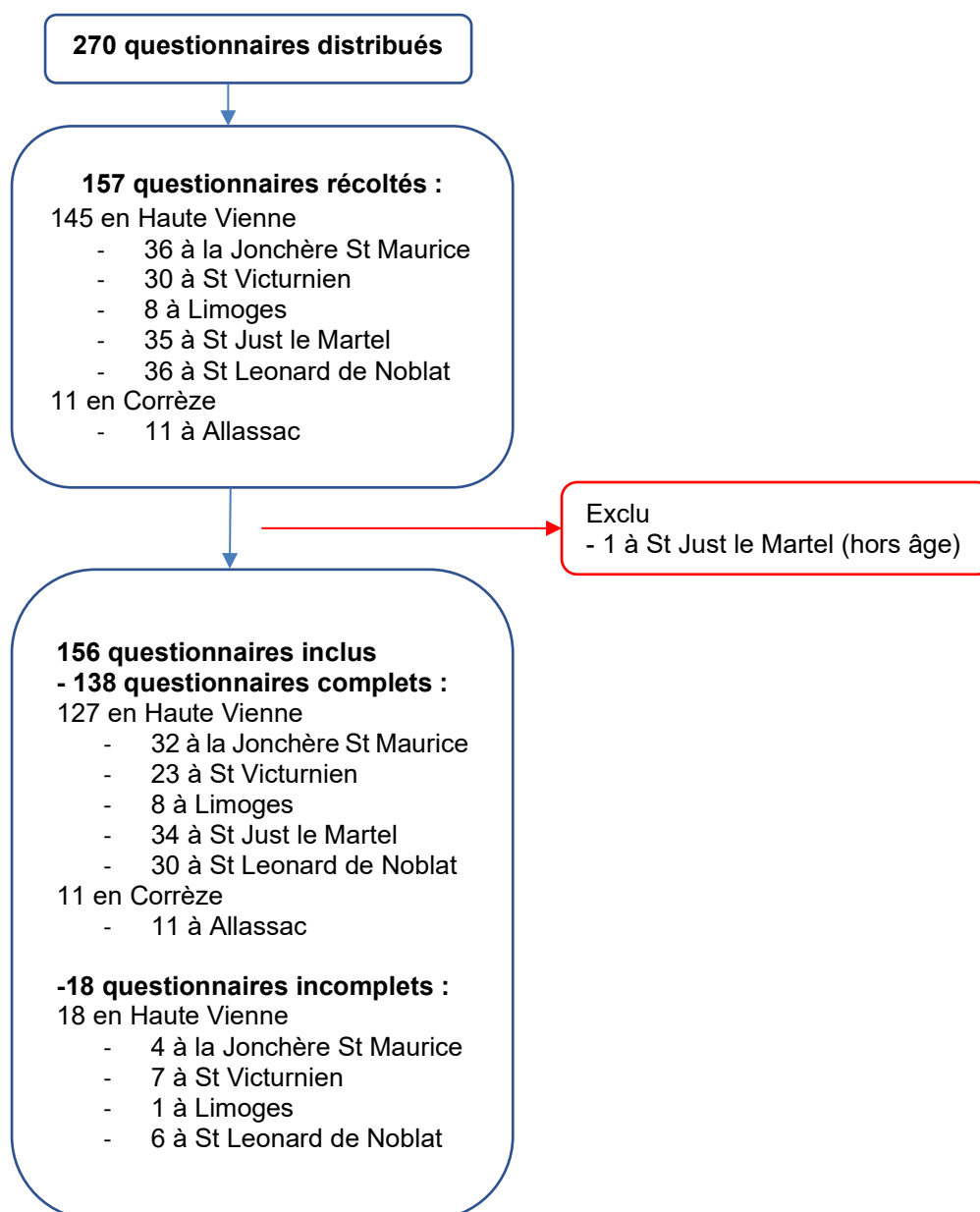


Figure 4: Diagramme des flux des questionnaires

IV.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Sexe	Femme	Homme	TOTAL
	82 (53%)	74 (47%)	156 (100%)
Age			
35-44	38 (46%)	20 (27%)	58 (37%)
45-54	25 (31%)	27 (36,5%)	52 (33%)
55-65	19 (23 %)	27 (36,5%)	46 (30%)
Catégories Socio Professionnelles (CSP)			
Agriculteur, exploitant	0 (0%)	2 (2,7%)	2 (1,3 %)
Artisan, Commerçant, Chef entreprise	3 (3,7%)	9 (12,1%)	12 (7,7%)
Cadre, profession intellectuelle supérieure	17 (20,7%)	13 (17,6%)	30 (19,2%)
Profession intermédiaire	9 (11%)	4 (5,4%)	13 (8,2%)
Employé	33 (40,2%)	22 (29,8%)	55 (35,3%)
Ouvrier	3 (3,7%)	13 (17,6%)	16 (10,3%)
Retraité	9 (11%)	7 (9,5%)	16 (10,3%)
Sans activité professionnelle	7 (8,5%)	3 (4%)	10 (6,4%)
Sans réponse	1 (1,2%)	1 (1,3%)	2 (1,3%)
Pays d'origine			
France	79 (52,3%)	72 (47,7%)	151 (96,8%)
Autre			
Madagascar	1		1
Espagne	1		1
Cote d'ivoire		1	1
Sans réponse	1	1	2
Situation			
En couple	69 (84,1%)	60 (81%)	129 (82,7%)
Célibataire	5 (6,1%)	7 (9,5%)	12 (7,7%)
Divorcé ou séparé	7 (8,5%)	7 (9,5%)	14 (9%)
Sans réponse	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (0,6%)

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques des patients

IV.1.3. Situation familiale des patients

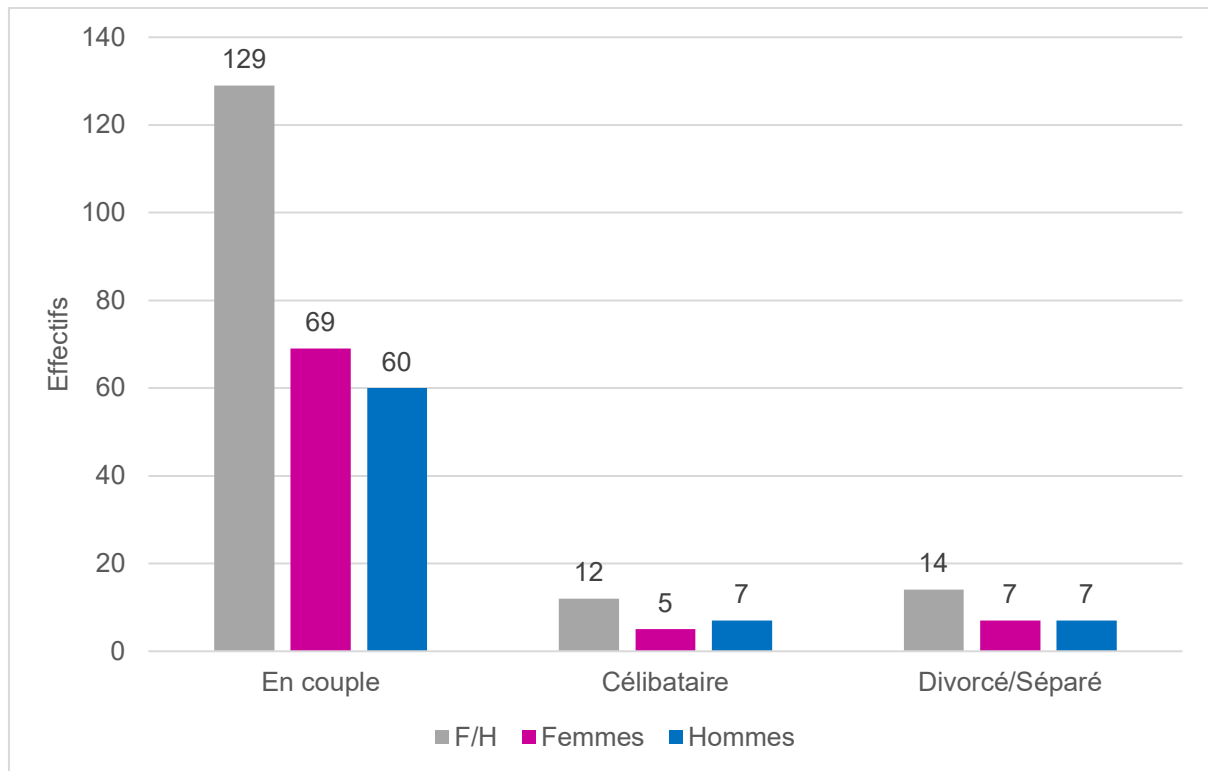


Figure 5: Statut marital des patients (n=155)

Dans notre étude, 129 patients sont en couple soit 83%, 12 sont célibataires soit 7,7% et 14 sont divorcés ou séparés soit 9%. Ces valeurs sont reproductibles quel que soit le sexe du patient ce qui permet une homogénéité des résultats.

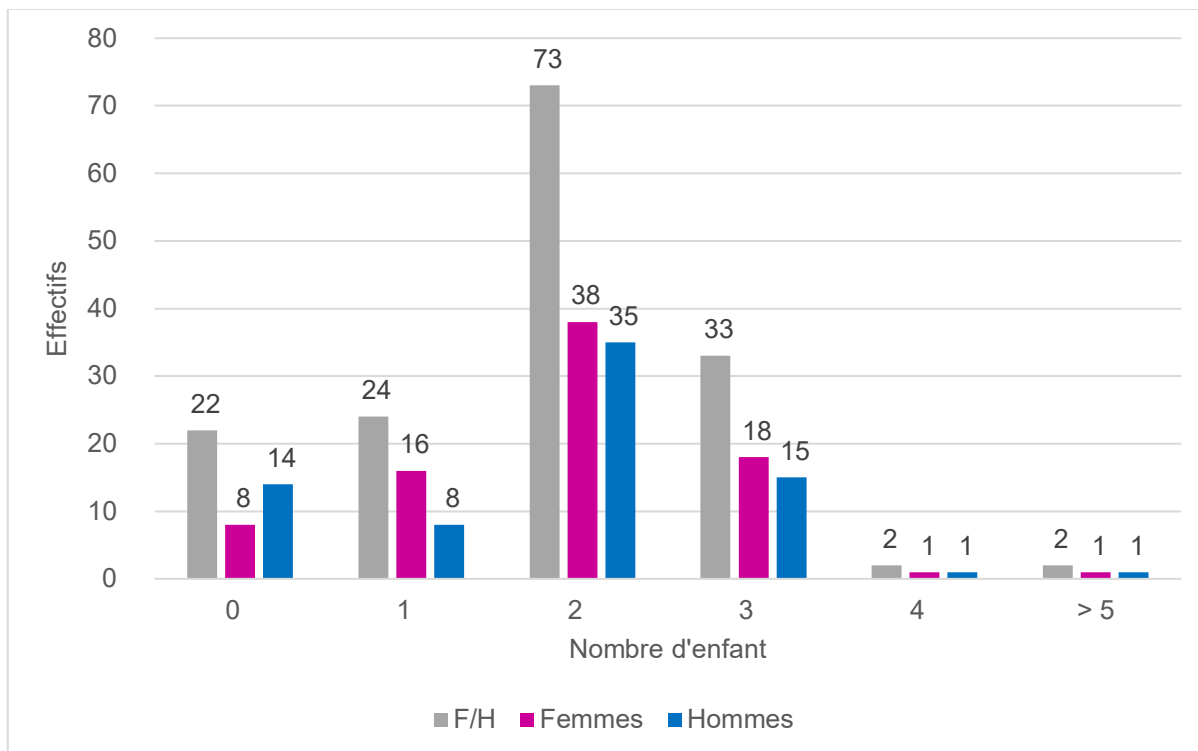


Figure 6: Nombre d'enfants parmi les patients (n=156)

La majorité des patients interrogés, 73, ont 2 enfants au moment de l'étude, soit 47%. La répartition à travers le genre et les âges est homogène. La majorité des patients sans enfant sont des hommes et ceux avec un enfant sont des femmes.

A noter une différence significative entre les hommes et les femmes ne possédant pas encore d'enfant ou un seul enfant, $p=0,039$.

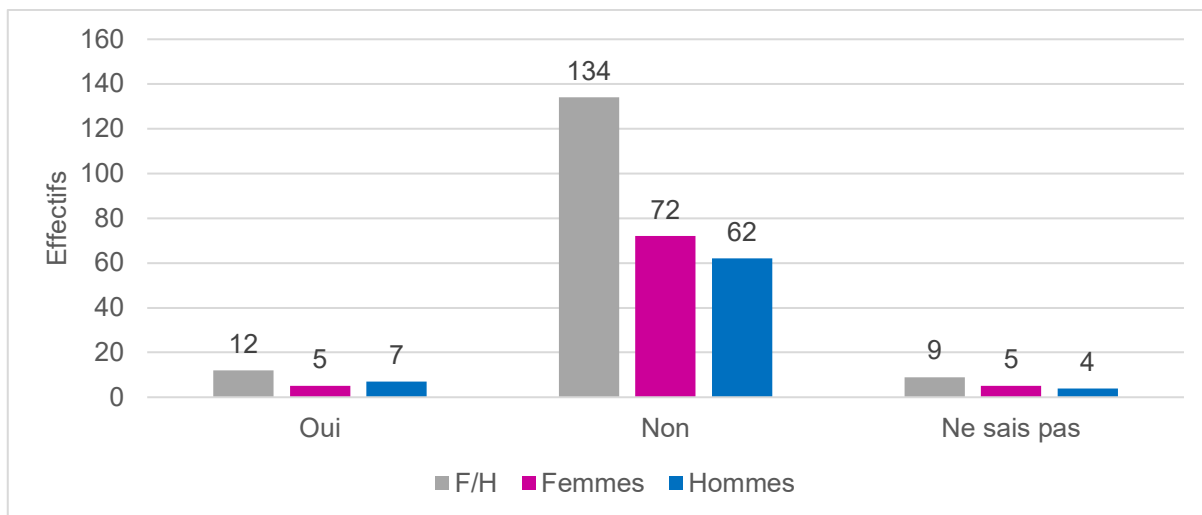


Figure 7: Désir d'enfants selon le genre (n=155)

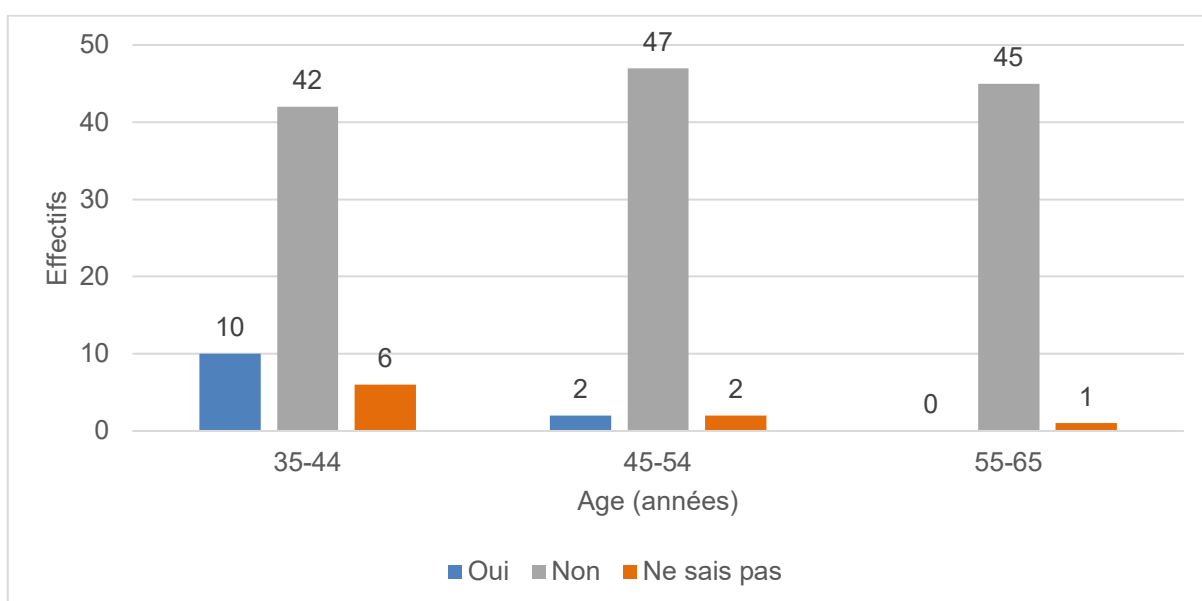


Figure 8: Désir d'enfant selon les tranches d'âge (n=155)

Parmi les 155 patients ayant répondu à la question, 134 d'entre eux soit 86,4% n'ont plus de désir d'enfants au moment du questionnaire, 88% des femmes et 84% des hommes. 72% des 35-44 ans affirment ne plus vouloir d'enfants contre 92% des 45-54 ans et 98% des 55-65 ans, On observe une différence significative sur le désir d'enfants en fonction des tranches d'âge, $p=0,002$.

IV.2. Place de la contraception chez les patients

IV.2.1. Nécessité d'une contraception chez les patients

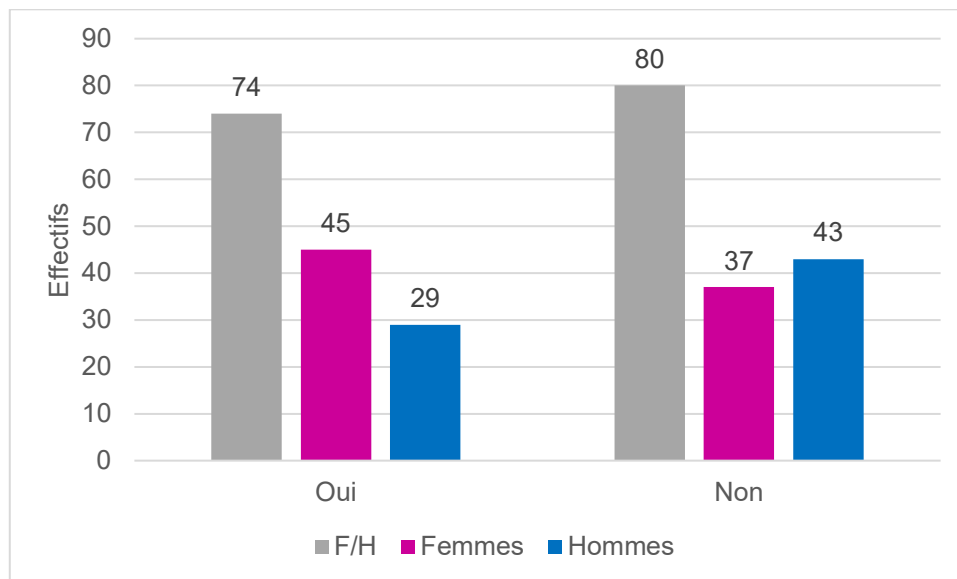


Figure 9: Place de la contraception en fonction du genre (n=154)

74 des patients répondants à cette question déclarent être toujours concernés par la contraception soit 47% de notre échantillon. Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes tout âge confondu.

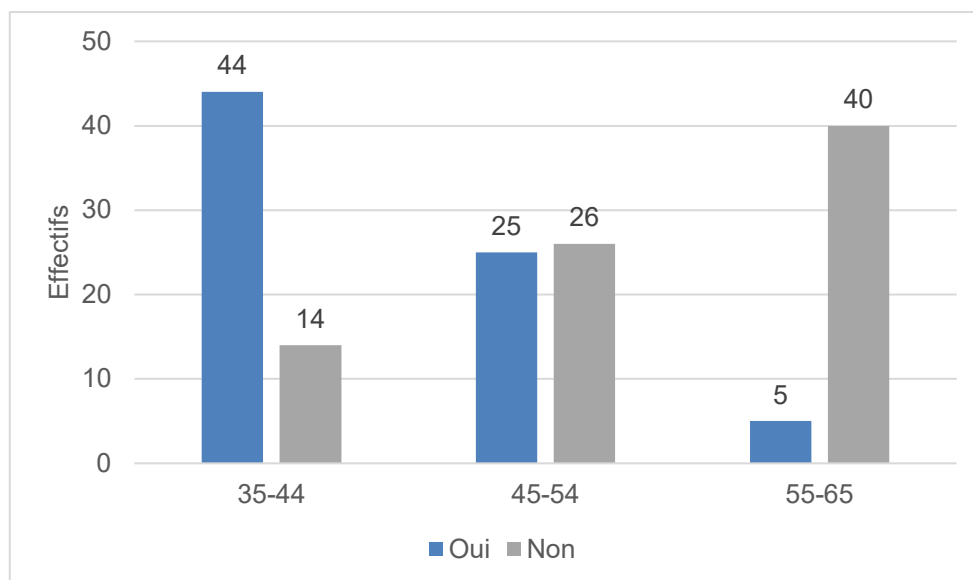


Figure 10: Place de la contraception en fonction des tranches d'âge (n=154)

Dans notre étude, 76% des 35-44 ans (n=44) sont concernés par la problématique de la contraception contre 49% des 45-54 ans (n=25) et 11% des 55-65 ans (n=5), On observe une différence significative sur le besoin de contraception en fonction des tranches d'âge, $p < 0,001$.

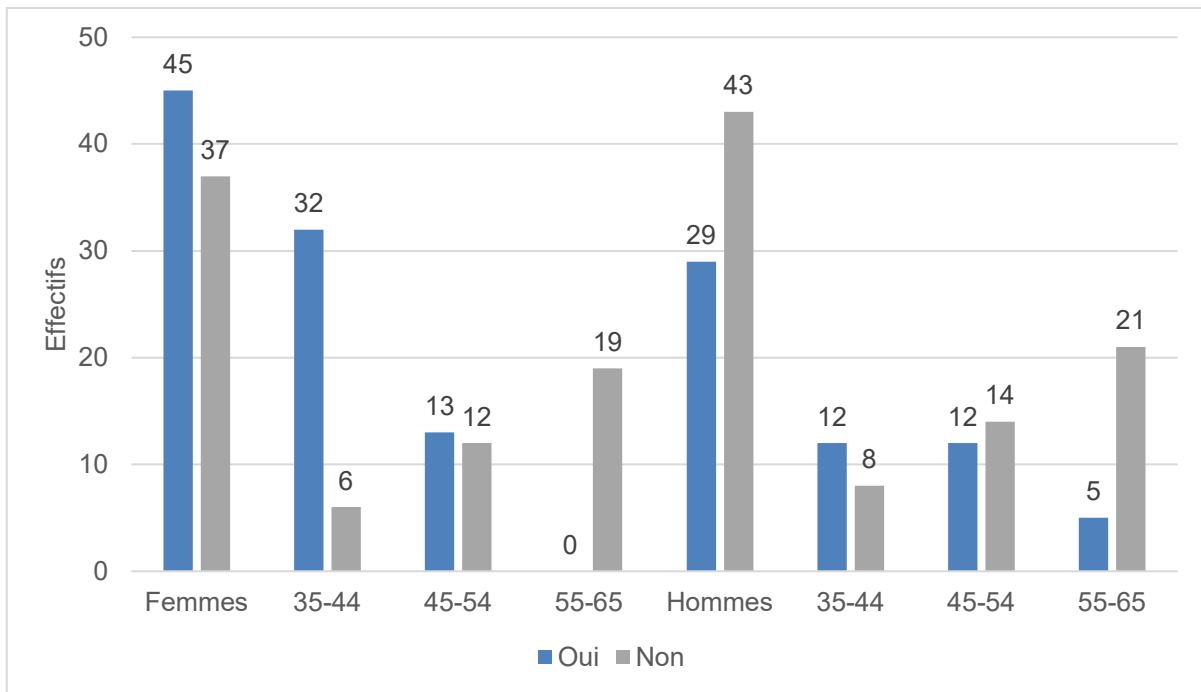


Figure 11: Place de la contraception en fonction du genre et des tranches d'âge (n=154)

Il existe également une différence significative dans la distribution de la problématique à travers les genres et les âges, $p < 0,001$. Ainsi les femmes de 35-44 ans (n=32) sont plus concernées, que les hommes (n=12) dans la même tranche d'âge. Cette différence s'atténue avec l'avancée en âge.

IV.2.2. Méthodes de contraception utilisées par les patients

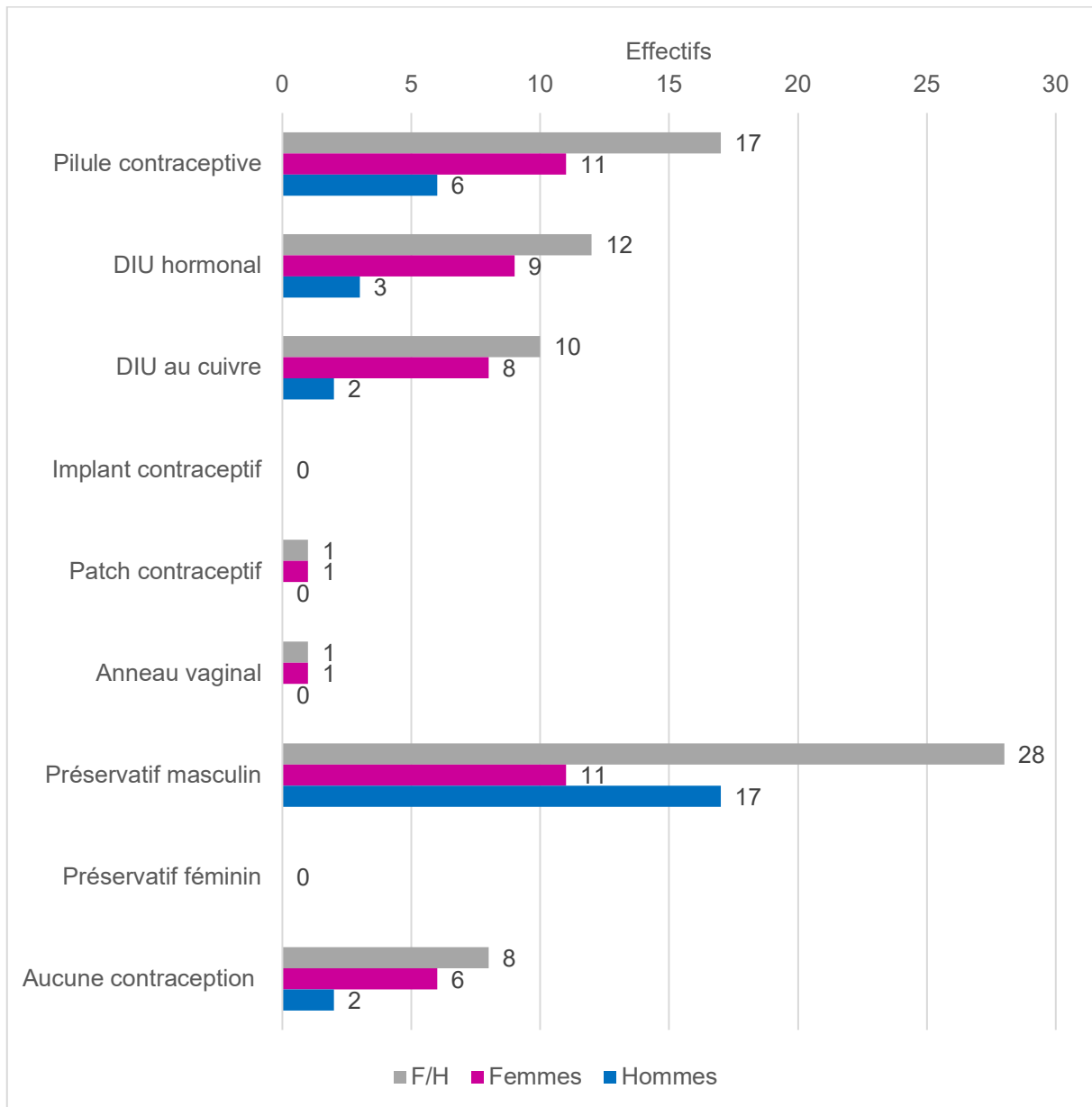


Figure 12: Techniques de contraception utilisées par les patients en fonction du genre (n=74)

Parmi les techniques de contraception utilisées par les 74 patients concernés par la problématique de la contraception, nous retrouvons le préservatif masculin à 38% (n=28), le DIU, hormonal et cuivre confondu à 33% (n=22) et la pilule contraceptive à 23% (n=17). Lorsque nous réalisons la somme des différentes méthodes utilisées dans notre étude on obtient 78 ce qui souligne des doubles contraceptions car notre échantillon est composé de 74 patients. Dans la majorité des cas il s'agit de l'association du préservatif avec la pilule contraceptive et le DIU.

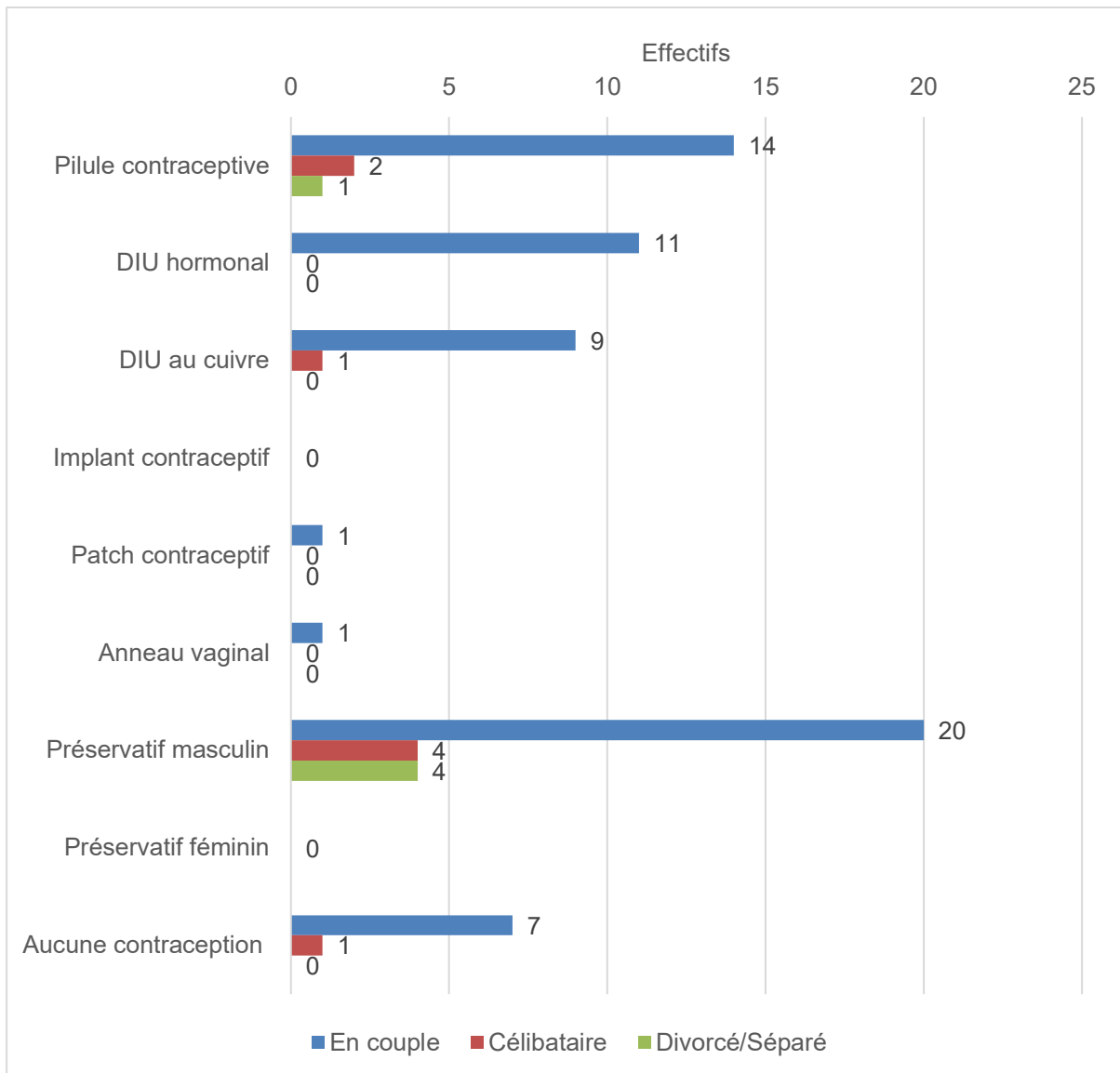


Figure 13: Techniques de contraception utilisées selon le statut marital (n=74).

Chez les hommes, c'est le préservatif qui est le moyen de contraception le plus employé à 75% chez les patients célibataires/divorcé/séparé et 47% chez les patients en couple. Il est difficile d'étudier s'il existe une différence entre la méthode employée et le statut marital des patients du fait des faibles effectifs.

Un homme sur 4 déclare que la pilule contraceptive est utilisée dans leur relation et 17% d'entre eux le DIU.

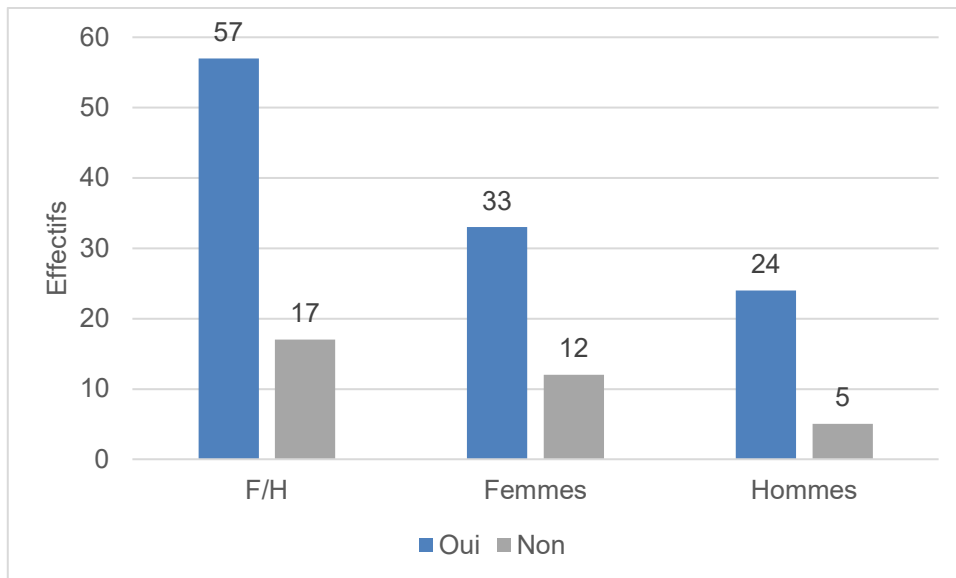


Figure 14: Satisfaction des patients de la méthode de contraception employée (n=74)

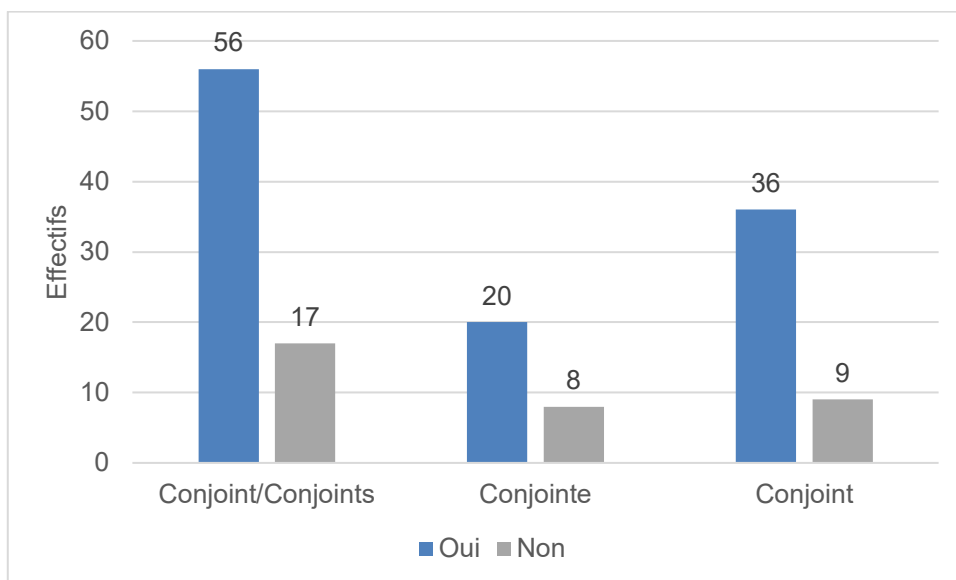


Figure 15: Satisfaction des conjoints de la méthode de contraception employée (n=73)

Parmi les 45 femmes toujours concernées par la contraception, 73% (n=33) d'entre elles se disent satisfaites de celle-ci ainsi que leurs conjoints à 80% (n=36). Parmi les 29 hommes concernés par la contraception, 83% d'entre eux se disent satisfaits de celle-ci ainsi que leur conjointe à 71%.

IV.3. Les connaissances des patients sur l'intervention de la vasectomie

IV.3.1. Connaissance initiale de la vasectomie

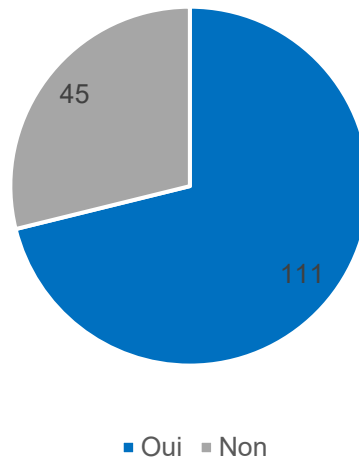


Figure 16: Répartition des patients sur la connaissance de la vasectomie (n=156)

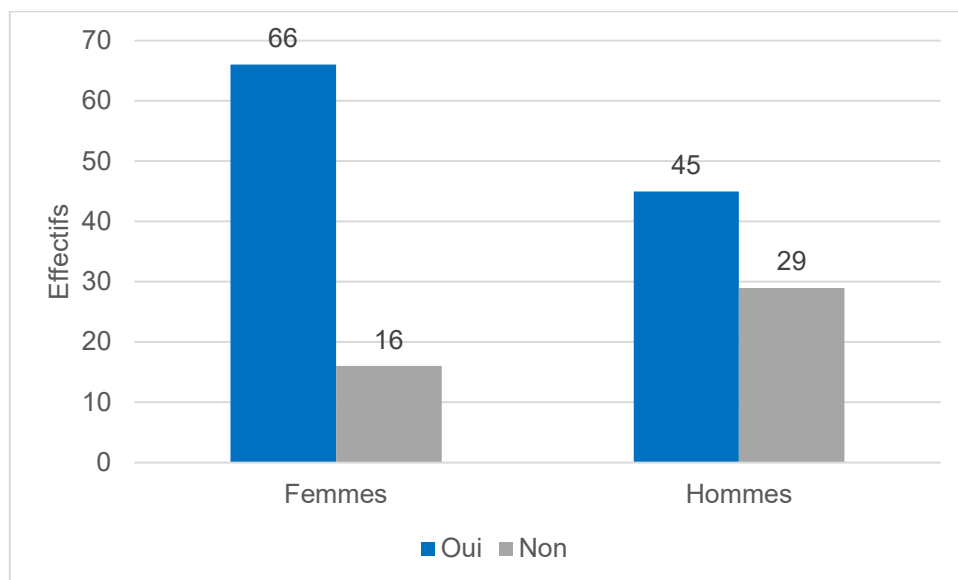


Figure 17: Connaissance initiale de la vasectomie en fonction du genre (n=156)

Dans notre étude, 111 patients, soit 71% des patients interrogés, hommes et femmes confondus connaissent la vasectomie contre 29% l'ignorant avant de remplir le questionnaire. Parmi les patients connaissant cette méthode de contraception définitive, 66 sont des femmes soit 60% et 45 sont des hommes soit 40%. Il existe ainsi une différence significative entre les femmes et les hommes sur la connaissance initiale de la vasectomie, $p=0,006$.

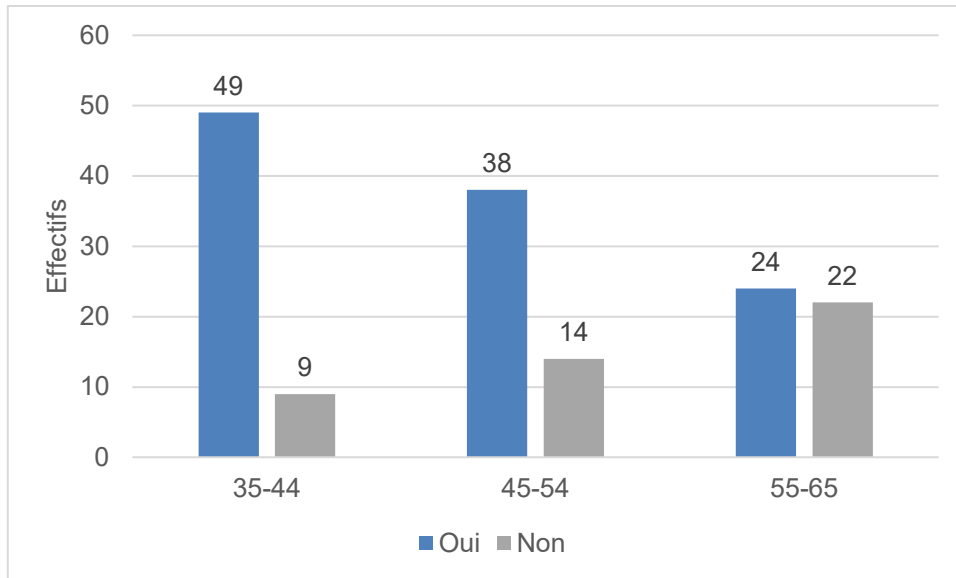


Figure 18: Connaissance initiale de la vasectomie en fonction des tranches d'âge (n=156)

Il existe une répartition inégale des patients connaissant la méthode en fonction des tranches d'âge. La majorité des patients informés de la vasectomie avant l'étude, ont entre 35-44 ans. La connaissance initiale de la vasectomie est inversement proportionnelle à l'âge avec 84% des patients âgés de 35-44 ans qui connaissent la méthode, contre 73% des 45-54 ans et 52% des 55-65 ans. Il existe une différence significative entre les tranches d'âge sur la connaissance initiale de la vasectomie, $p=0,001$.

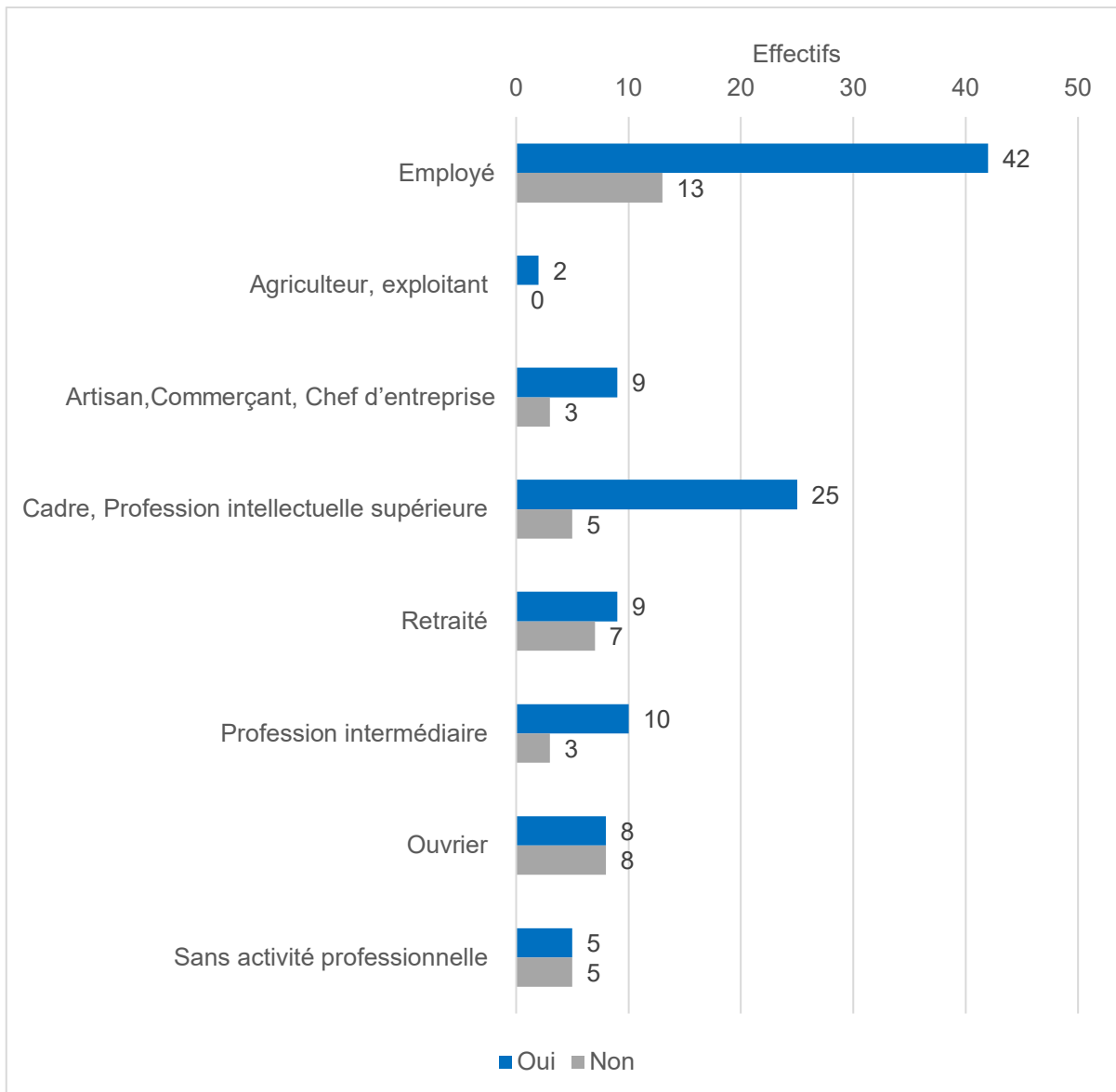


Figure 19: : Connaissance initiale de la vasectomie en fonction des CSP (n=154)

La majorité des patients sont employés et cadres ou issus de profession intellectuelle supérieure. Il n'existe pas de différence significative sur la connaissance initiale de la vasectomie en fonction de la CSP, $p=0,139$.

IV.3.2. Les connaissances des patients sur le déroulement de l'intervention

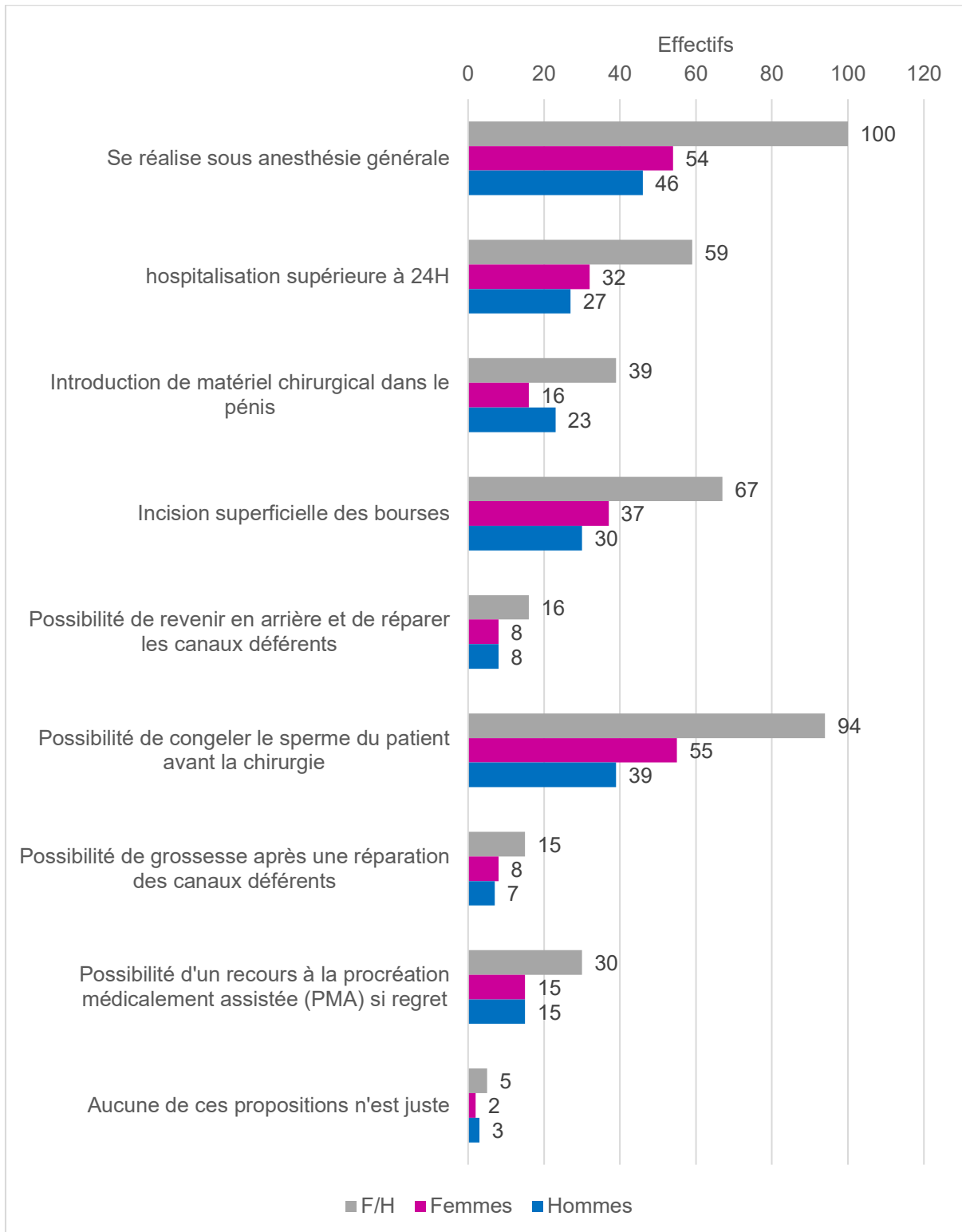


Figure 20: Connaissances des patients sur le déroulement de l'intervention selon les genres (n=156)

64% des 156 patients interrogés (n= 100), pensent qu'une anesthésie générale est nécessaire, un patient sur 3 juge nécessaire une hospitalisation > 24H. En moyenne 25% des patients identifient la vasectomie comme une chirurgie invasive avec introduction de matériel dans le pénis versus 43% des patients qui mettent en avant une chirurgie superficielle. 10% des patients pensent la chirurgie réversible avec une réparation des canaux déférents et une grossesse possible par la suite. 60% des patients mettent en avant la possibilité de la congélation du sperme avant l'intervention, et 20% des patients le recours possible à la Procréation Médicalement Assistée (PMA). Ces données sont semblables entre les sexes et les âges. Il n'existe pas de différence significative sur les connaissances du déroulement de l'intervention entre les genres, p=0,849.

IV.3.3. Les connaissances des patients sur les effets secondaires de l'intervention

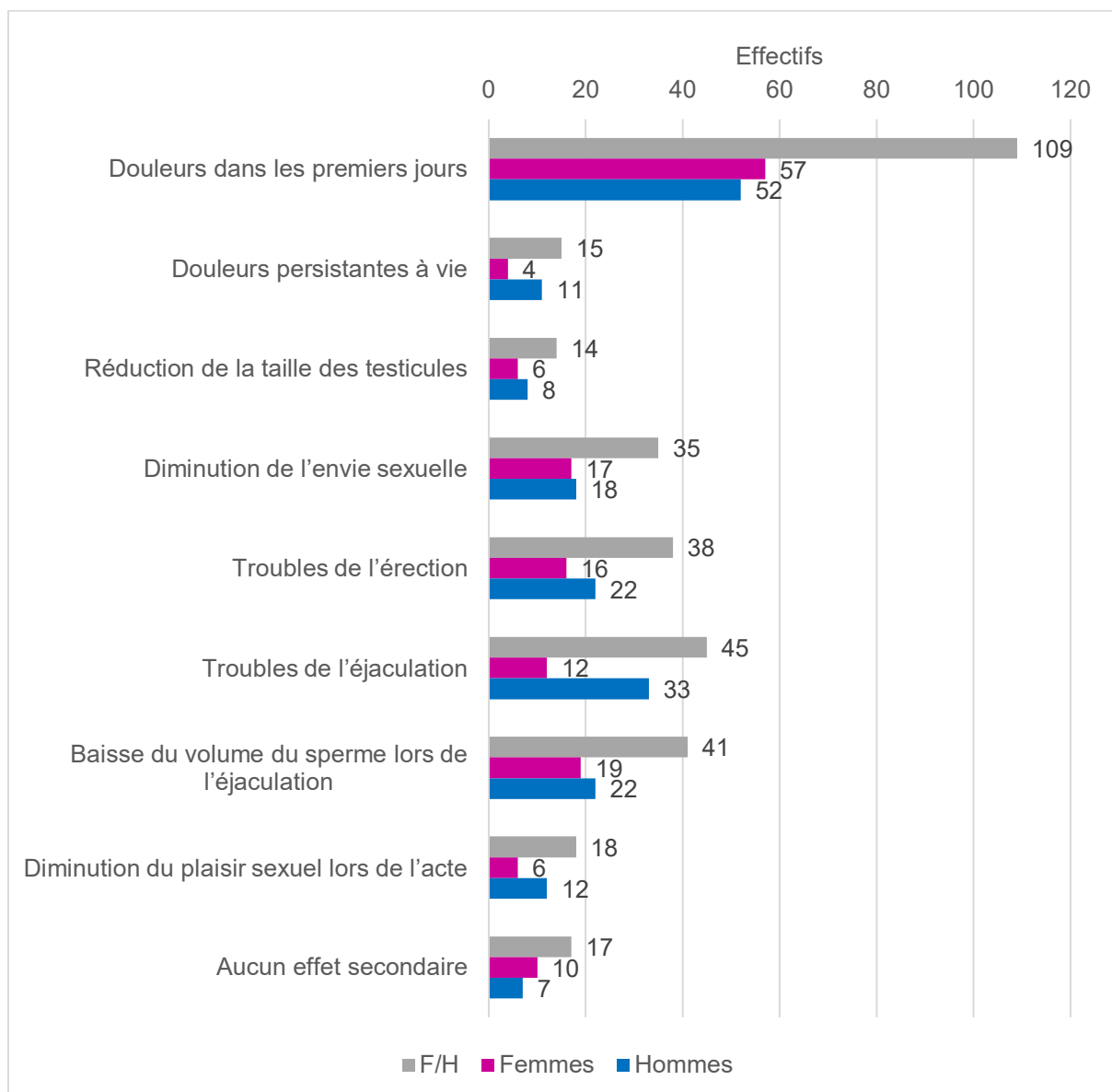


Figure 21: Connaissances des effets secondaires de la vasectomie selon les genres (n=156)

Environ 70% des patients, n=109, connaissent la possibilité de douleurs dans les premiers jours. Un patient sur 10 pense que ces douleurs se chronicisent. Un patient sur 5, n=35, redoute une diminution de l'envie sexuelle et ce quel que soit le genre. Les données apparaissent différentes entre les sexes autour des troubles de l'érection et de l'éjaculation. 19,5% des femmes, n=16, pensent que la vasectomie induit des troubles de l'érection contre 29,7% des hommes, n=18. Presque un homme sur 2 associe la vasectomie à des troubles de l'éjaculation, versus 15% des femmes, et 29,7 % des hommes pensent que le volume du sperme sera diminué lors de celle-ci. A travers cet item, nous mettons en évidence une première discordance des données entre les hommes et les femmes tout âge confondu avec une préoccupation plus importante des hommes autour des troubles de l'éjaculation, p<0,001. Aucun patient, homme ou femme n'a utilisé la réponse ouverte « autre » pour proposer un autre effet secondaire.

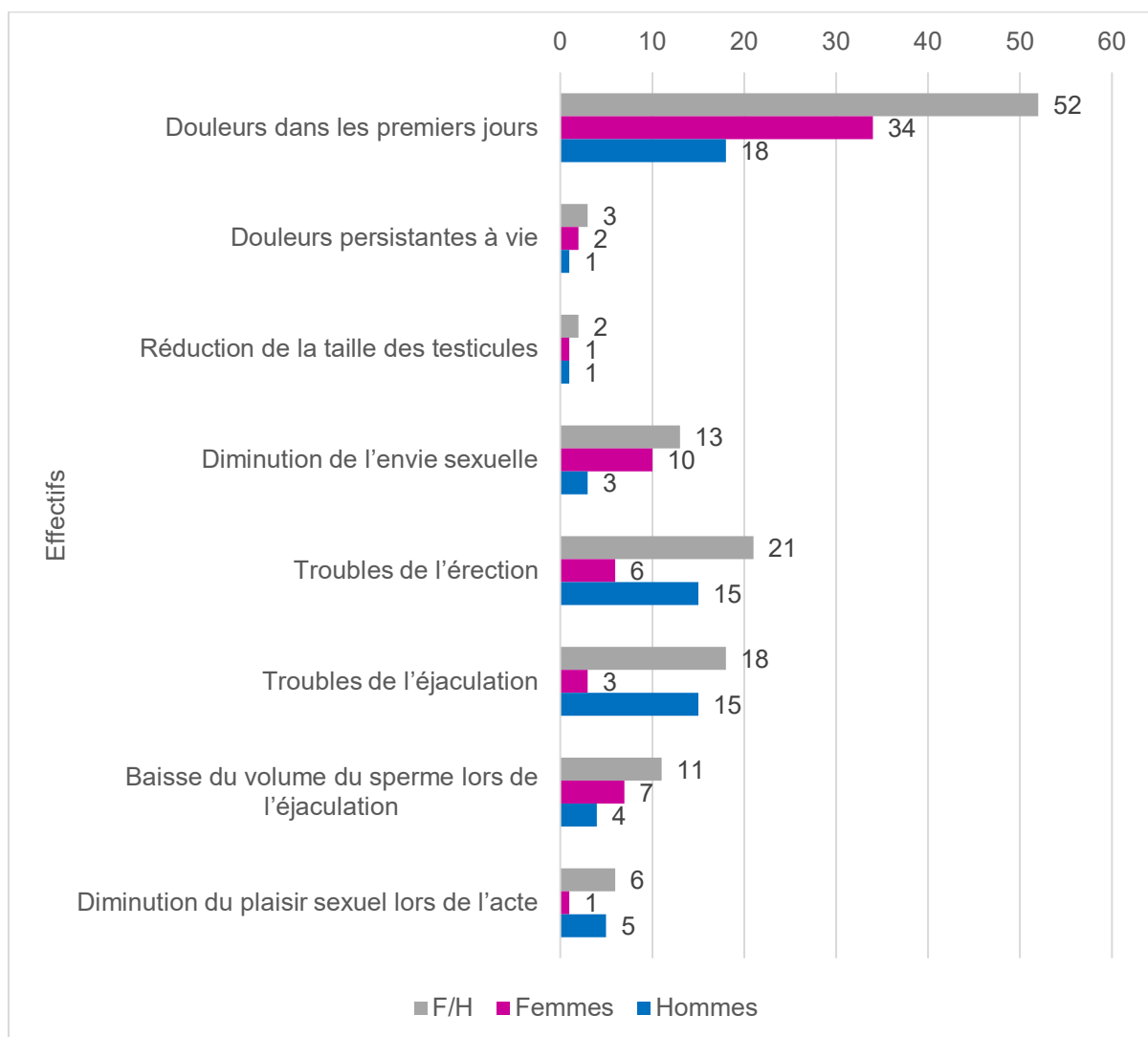


Figure 22: L'effet indésirable le plus important pour les patients (n=126)

Parmi les effets secondaires relevés, celui apparenté aux douleurs dans les premiers jours semble le plus important pour les patients, hommes et femmes à 41%, n=52. Nous retrouvons ensuite les effets liés aux troubles de l'érection et de l'éjaculation. Nous retrouvons à nouveau une discordance entre les genres, notamment sur les effets secondaires portant sur les troubles de l'érection et de l'éjaculation. Cette différence semble une tendance car non significative. Les hommes mettent au même niveau les douleurs précoces, trouble de l'érection et les troubles d'éjaculation

IV.3.4. Les freins des patients sur le sujet de la vasectomie

Pour répondre à cette question nous avons séparé les résultats des femmes et des hommes. En effet les freins des femmes peuvent être influencés par le fait de demander à leur compagnon de subir l'intervention là où les hommes décident pour eux-mêmes.

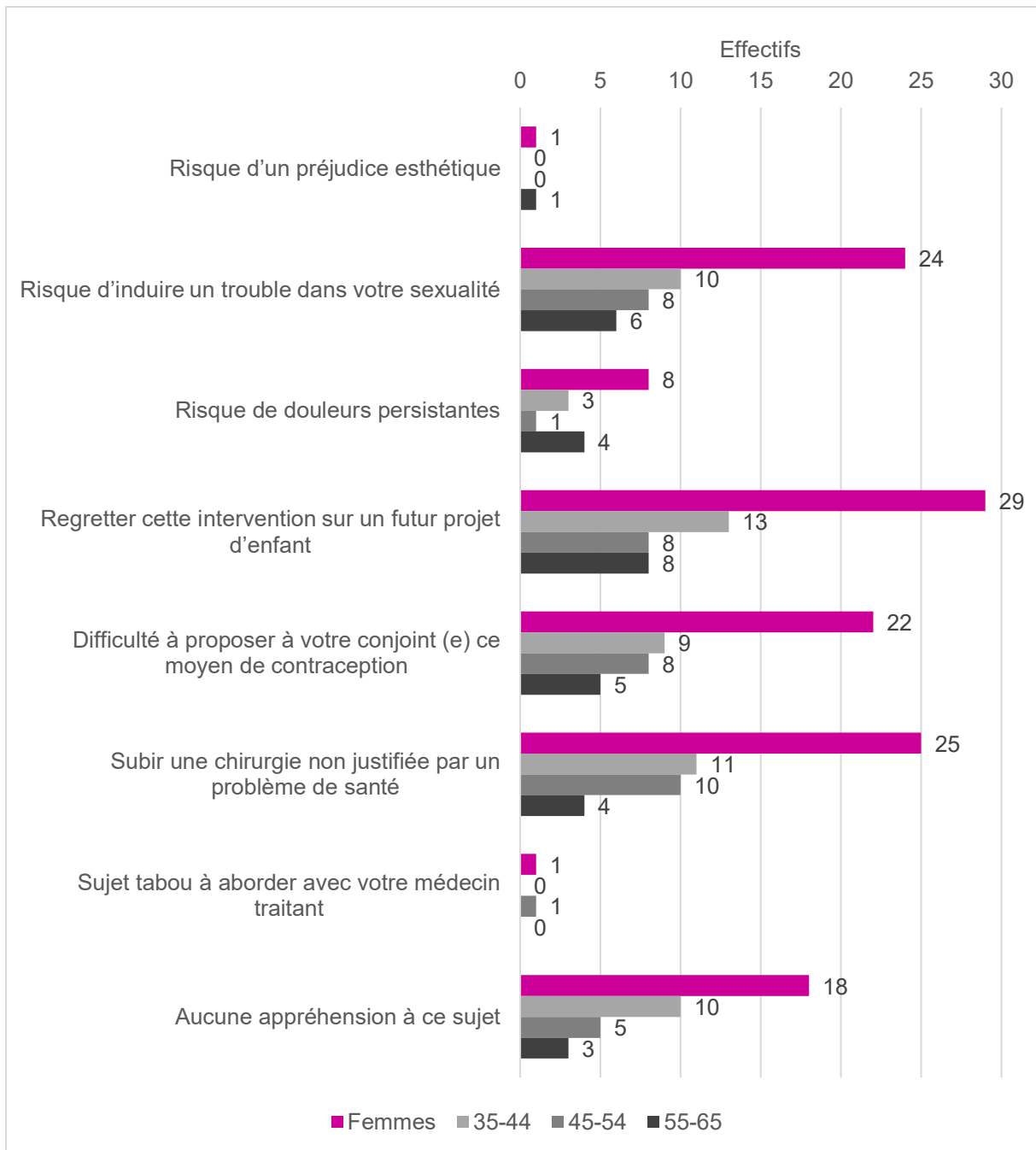


Figure 23: Les appréhensions des femmes à proposer la vasectomie à leur conjoint (n=82)

Ainsi, deux principaux freins sont mis en évidence chez les femmes. Le premier, le fait de regretter l'intervention sur un futur projet d'enfant. Ce frein est mis en avant chez 34,2% des femmes de la tranche de 35-44 (n=13/38), 32% des 45-54 ans (n=8/25), et 42% des 55-65 (n=8/19). En deuxième position apparait le fait de subir une chirurgie chez une personne dont l'état de santé ne le justifie pas chez 29% des 35-44 ans (n=11/38), 40% des 45-54 ans (n=10/25) et 21% de 55-65 ans (n=4/19). Cette différence n'est pas significative. Une patiente sur 4 reconnaît des difficultés à discuter de ce sujet avec son partenaire et redoute une perturbation dans la sexualité du couple. 1 patiente sur 5 déclare n'avoir aucune appréhension

sur le sujet. Une patiente précise dans la réponse ouverte qu'elle est habituée à gérer la problématique de la contraception.

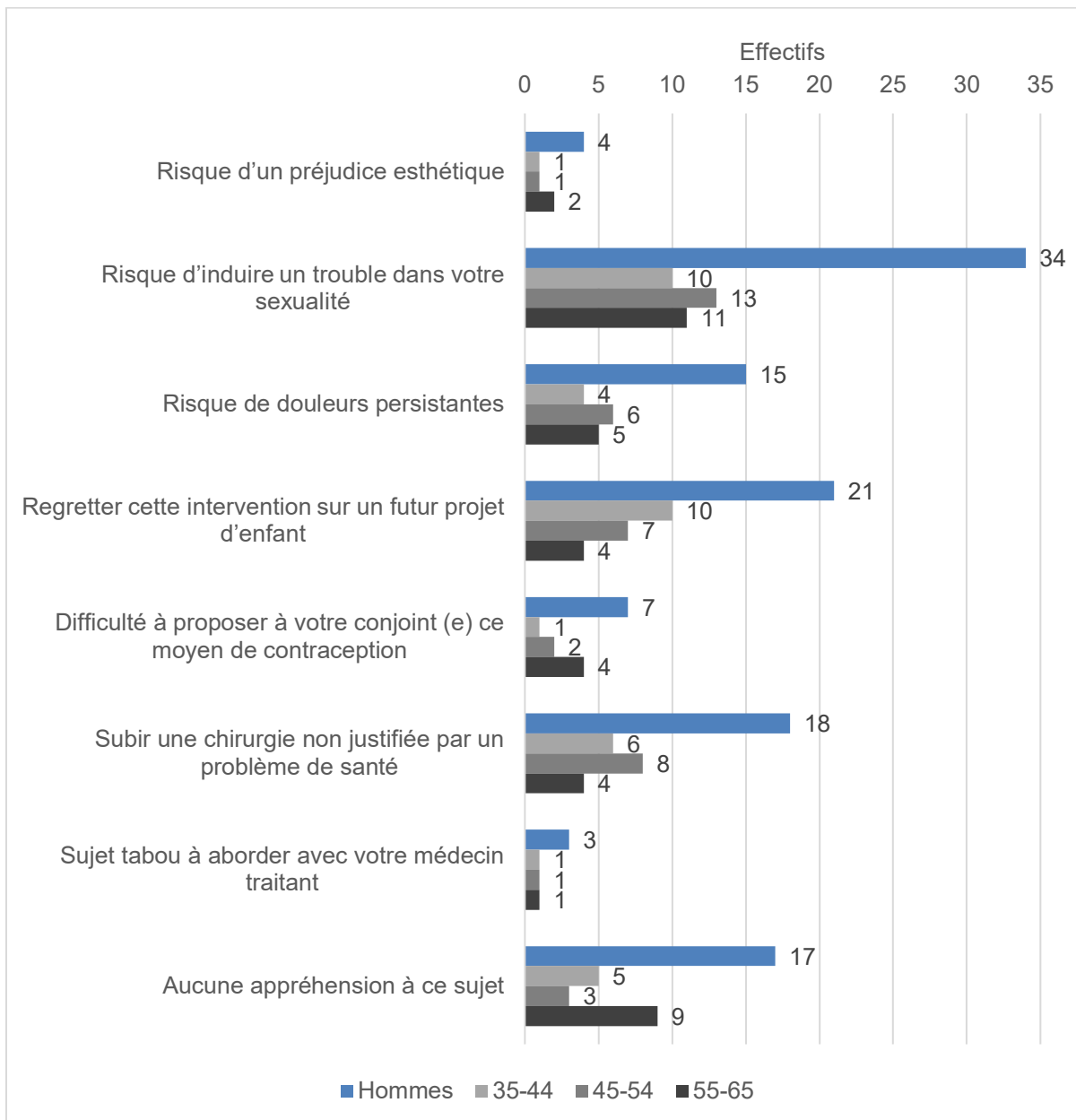


Figure 24: Les appréhensions des hommes à subir la vasectomie (n=74)

Du côté des hommes la première appréhension à subir l'intervention est d'induire un trouble dans la sexualité de leur couple. Ce frein concerne presque 1 homme sur 2. 28% des hommes craignent de regretter l'intervention sur un projet futur d'enfant, et cette crainte concerne un homme sur 2 de 35-44 ans. Tout comme les femmes, un homme sur 4 a une appréhension quant à subir une chirurgie alors qu'ils sont en bonne santé. Contrairement aux femmes, il n'est pas mis en avant le frein de discuter de ce moyen de contraception avec leur conjointe.

Contrairement aux femmes le risque de douleur chronique post chirurgie est un point relevé chez un homme sur 4. Un homme a souligné dans la réponse libre « autre » proposée qu'une de ses appréhensions était la crainte d'une perte de virilité.

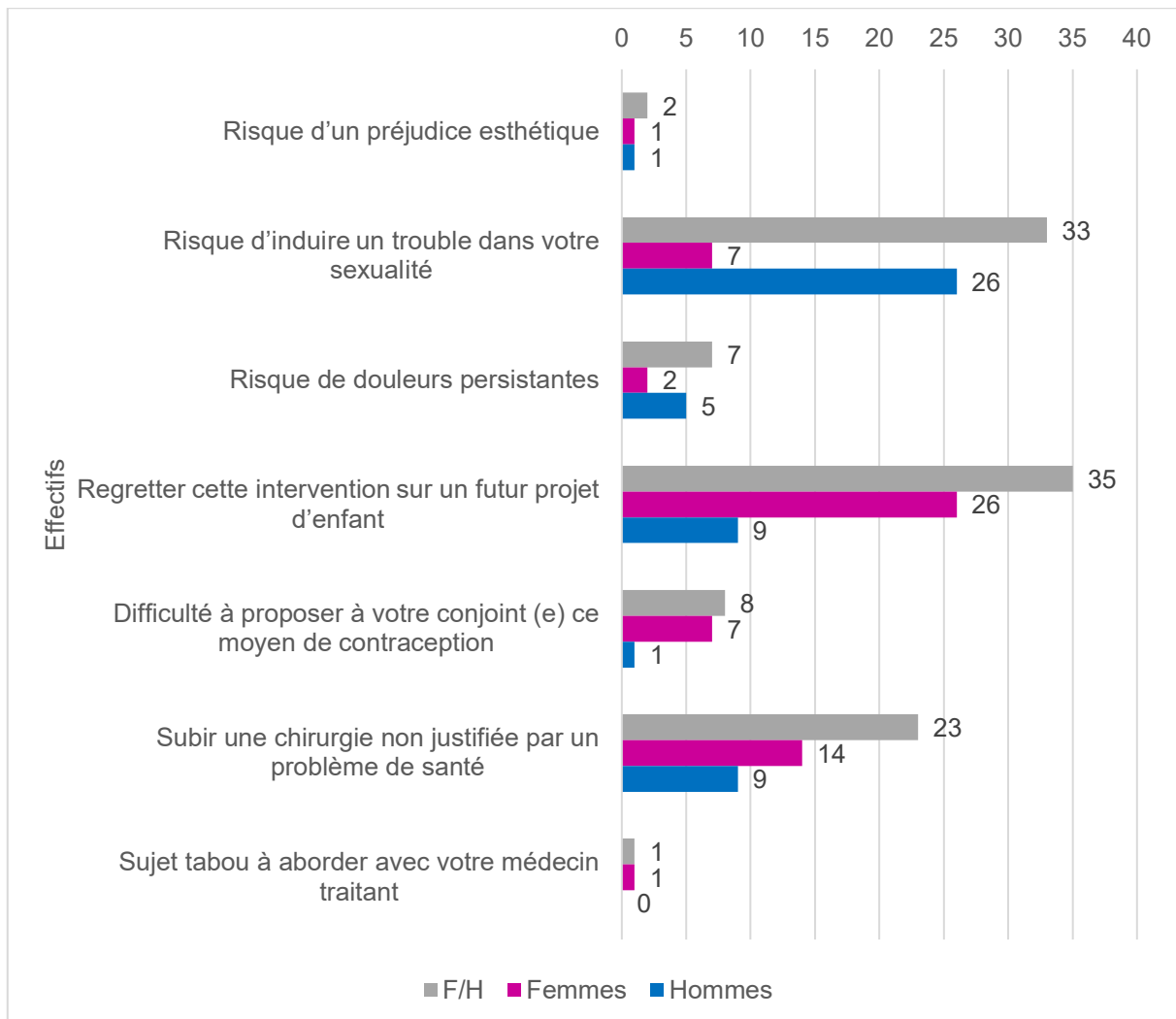


Figure 25: Les appréhensions les plus importantes des patients selon le genre (n=110)

Parmi les 156 patients ayant identifié au moins un frein à la vasectomie, 110 patients (58 femmes et 52 hommes) ont déclaré le frein ayant le plus d'importance pour eux. On observe une disparité entre les hommes et les femmes, $p < 0,001$. C'est la peur du regret sur un projet futur d'enfant qui prédomine chez 45% des femmes ($n=26$). Chez les hommes, c'est la crainte d'induire un trouble sexuel dans le couple qui prédomine chez 63,5% des hommes. A égalité, 1 homme sur 5 souligne la peur du regret et celle de subir une intervention chirurgicale en étant en bonne santé. Sur ce dernier point les chiffres sont sensiblement identiques chez les femmes. On note que 12% des femmes mettent en avant la difficulté d'aborder le sujet de la vasectomie avec leur conjoint. Ce frein n'est pas relevé comme important chez les hommes.

IV.3.5. Les représentations des patients sur le sujet de la vasectomie

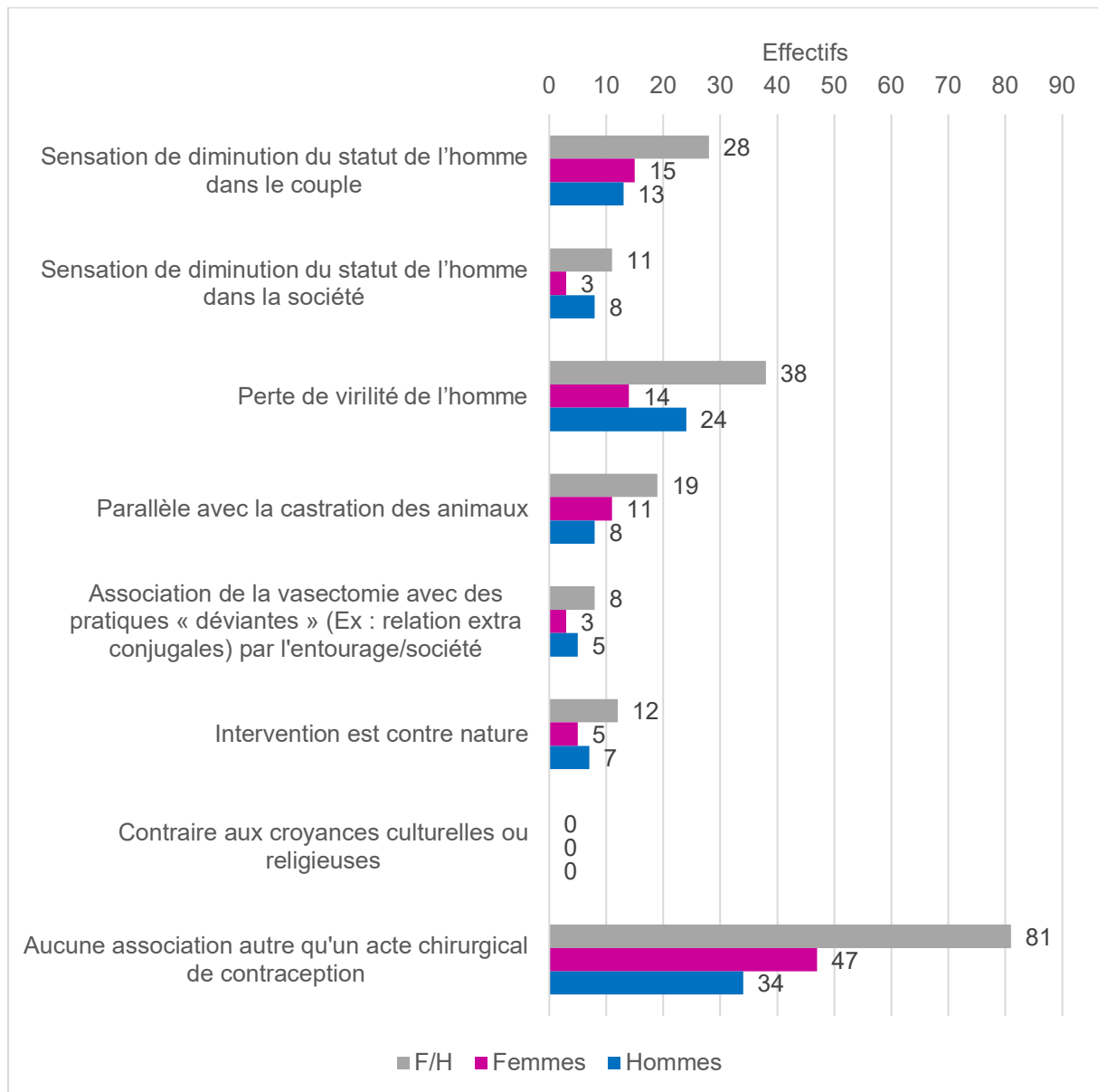


Figure 26: Représentation des patients sur la vasectomie (n=156)

Parmi les 156 patients, 52% (n=81) n'associent pas la vasectomie à autre chose qu'un geste chirurgical de contraception. Aucun patient n'ayant coché cette case dans les formulaires complets n'a coché par erreur une autre proposition. Les réponses mise en avant correspondent à la sphère touchant à l'intégrité de l'homme. Environ 24% (n=38) associent l'acte à une perte de virilité de l'homme, 18% (n=28) à une diminution de son statut dans le couple versus 7% (n=11) dans la société et 12% des patients (n=19) font un parallèle avec la castration des animaux. 8% des patients considèrent cet acte contre nature. Ces données sont

similaires entre les tranches d'âge de chaque sexe. Aucun patient n'a fait de proposition dans la réponse libre « autre » proposée.

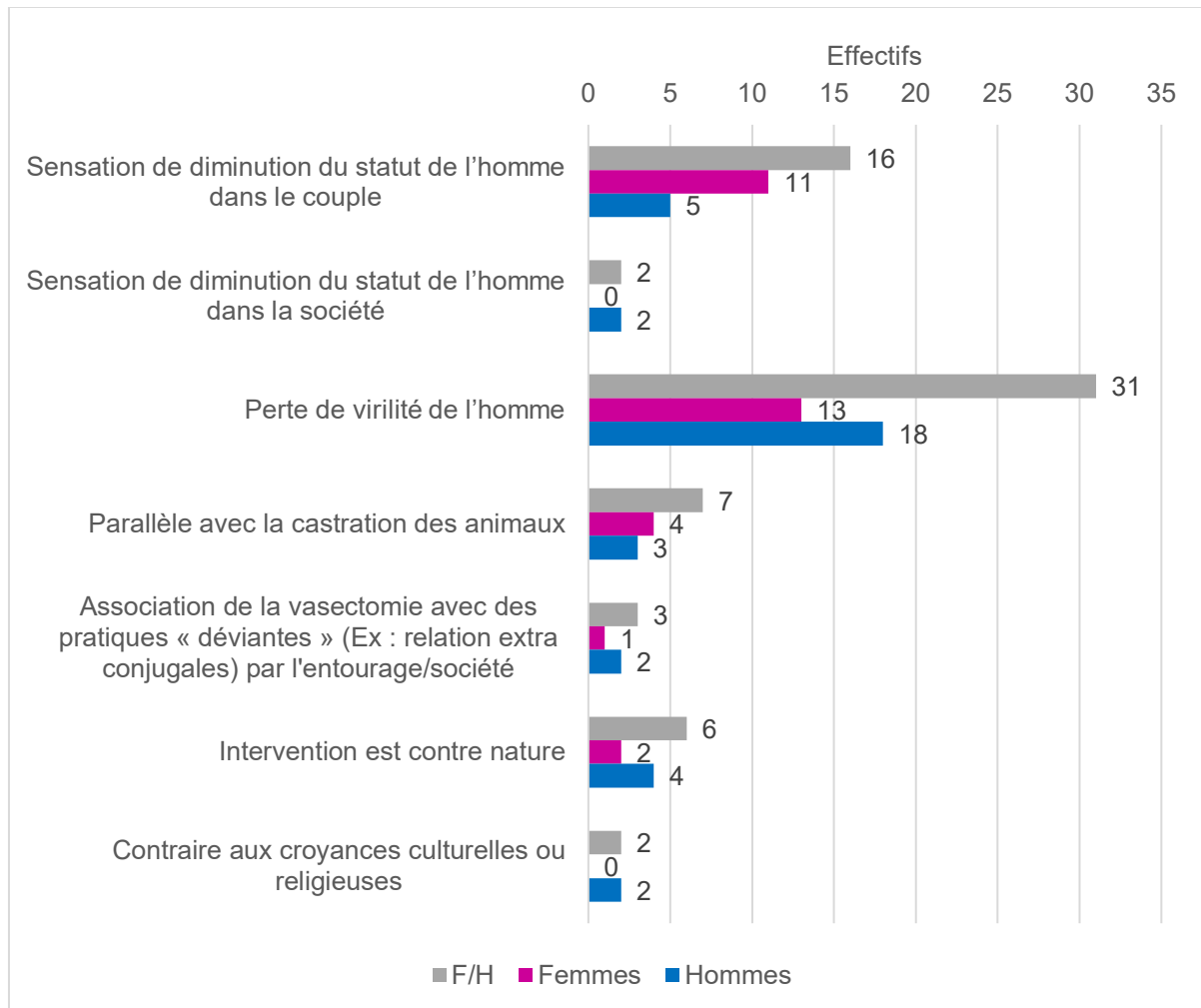


Figure 27: La représentation la plus associée à la vasectomie par les patients (n=67)

Pour les 67 patients (31 femmes et 36 hommes) ayant une représentation de la vasectomie, c'est la perte de virilité de l'homme qui caractérise le plus l'intervention suivi par la diminution du statut de l'homme dans le couple. 6 patients définissent la vasectomie comme une intervention contre nature et 7 font le parallèle avec la castration des animaux.

IV.4. L'impact du questionnaire/annexe soulignant quelques points sur la vasectomie

IV.4.1. Intérêt des patients pour la vasectomie au début du questionnaire

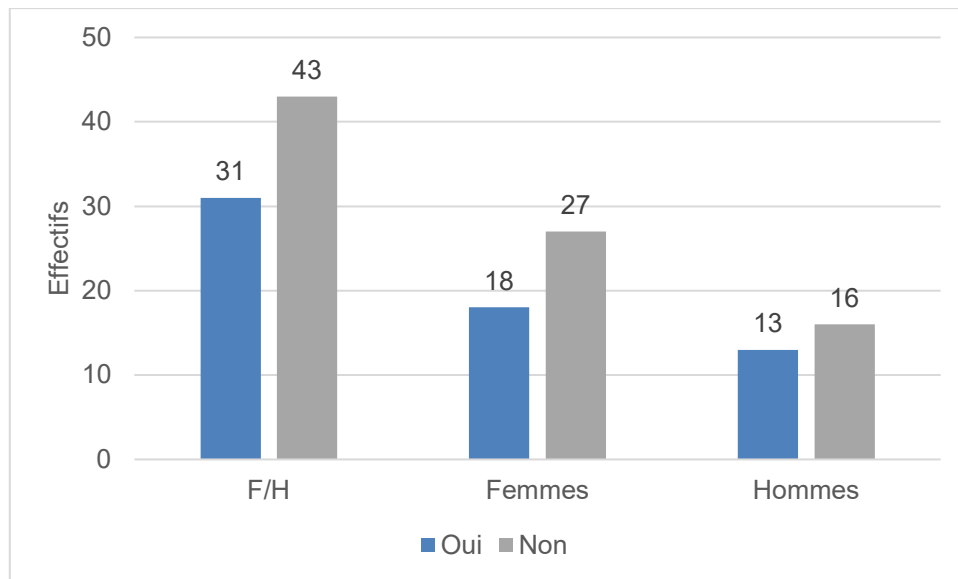


Figure 28: Intention de discuter de la vasectomie au début du questionnaire (n=74)

Après l'explication de la vasectomie au début du questionnaire par le praticien, et après avoir répondu aux questions sur la place et la méthode de contraception utilisée, 42% des patients (n= 31) encore concernés par la contraception se disent intéressés pour discuter de la vasectomie contre 58% (n=53) qui ne le souhaitent pas. Il n'existe pas de différence significative dans l'intention de discuter de la méthode entre les genres.

IV.4.2. Intérêt des patients pour la vasectomie à la fin du questionnaire

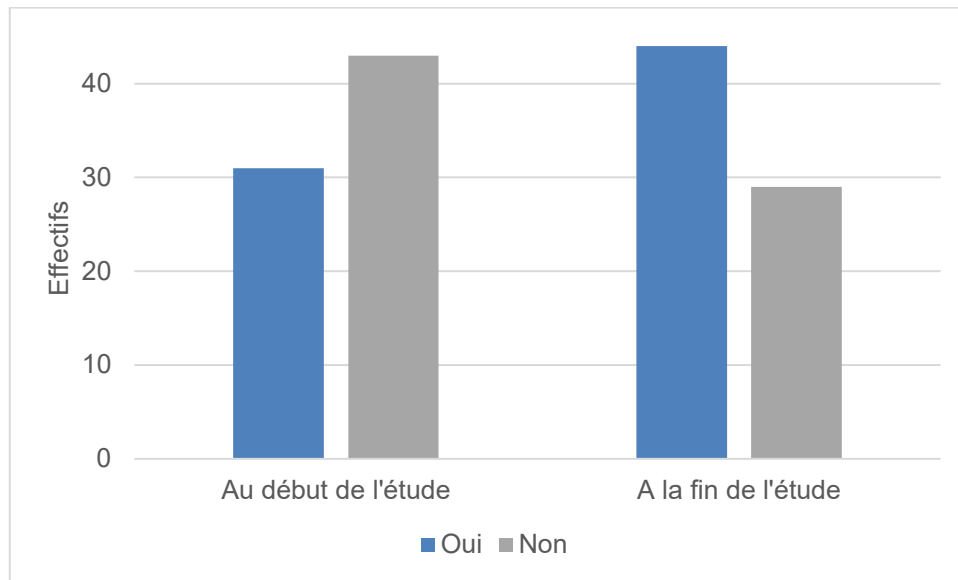


Figure 29: Intention de discuter de la vasectomie à travers les patients concernés par la problématique de la contraception avant (n=74) et après (n=73) l'étude

A la fin du questionnaire et après lecture de l'annexe :

Sur les 156 patients initialement inclus dans l'étude, 152 ont répondu à la question s'ils souhaitent discuter de la vasectomie une fois l'annexe informative lue. Sur 152 patients, 94, soit 60% se disent prêts à discuter de l'intervention. Parmi ces patients on retrouve 60% de femmes (n=56) et 40% d'hommes (n=38) de tout âge confondu.

Parmi les patients concernés par la problématique de la contraception, soit 74 patients, 42% d'entre eux (n=31) se disent prêt à discuter de vasectomie au début du questionnaire. Après l'annexe informative lue, 73 patients sur les 74 ont répondu à la dernière question étudiant leur envie de discuter de la vasectomie. Sur ces 73 patients, 44 soit 60% se disent prêts à discuter de l'intervention. Soit 13 patients supplémentaires par rapport au début de l'étude. Cette différence d'intention de discuter de la vasectomie avant et après ce questionnaire est significative, $p=0,025$.

IV.5. Sensibilisation des patients à la contraception définitive par le milieu médical

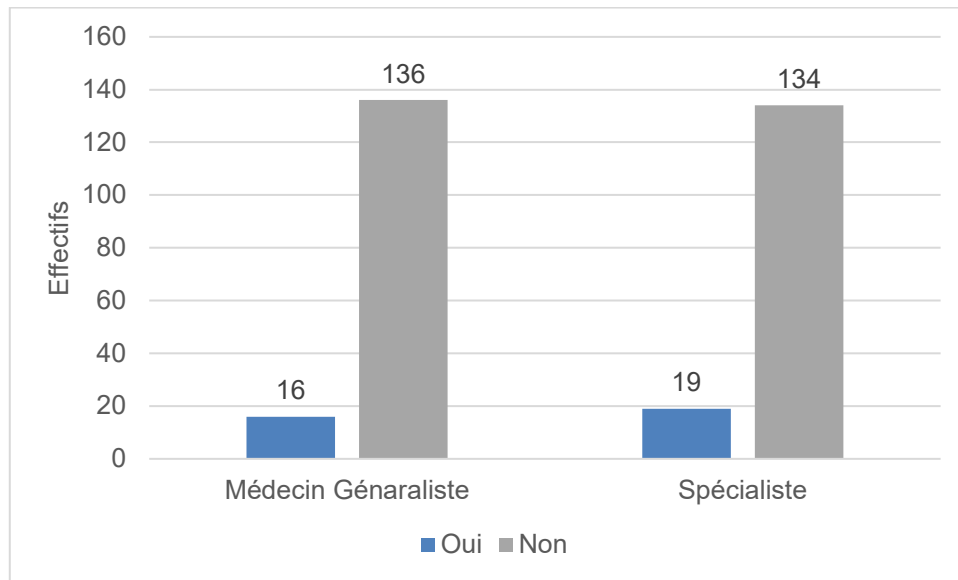


Figure 30: Abord de la contraception définitive dans le milieu médical (n=152)

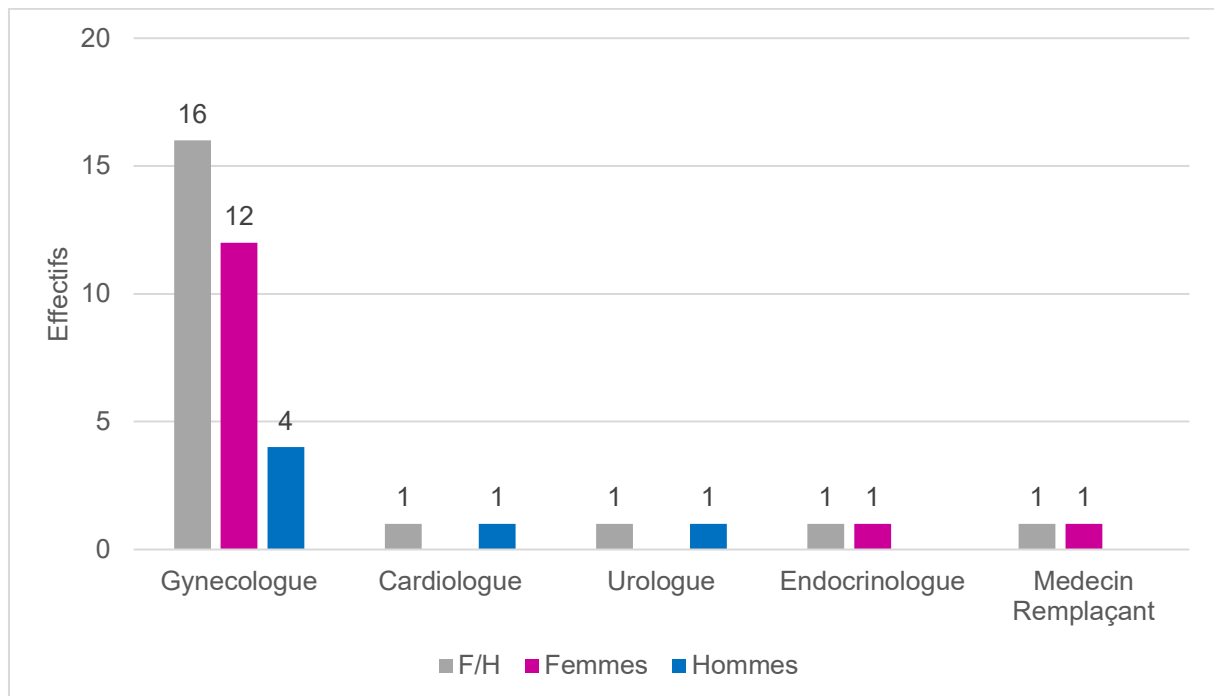


Figure 31: Les spécialistes abordant la contraception définitive chez les patients (n=19)

Parmi les 152 patients répondant à cet item, seuls 16 d'entre eux, soit 10,5% avaient déjà abordé le sujet de la contraception définitive avec leur médecin traitant et 19, soit 12,5% avec leur spécialiste. Parmi les 19 patients déclarant avoir discuté de la contraception définitive avec leur spécialiste, 16 déclarent avoir abordé le sujet avec un gynécologue. Ces patients

sont majoritairement des femmes à 75% (n=12). Un homme a déclaré en avoir discuté avec son cardiologue, et un autre avec son urologue et une femme avec son endocrinologue et son gynécologue et une femme avec un médecin remplaçant.

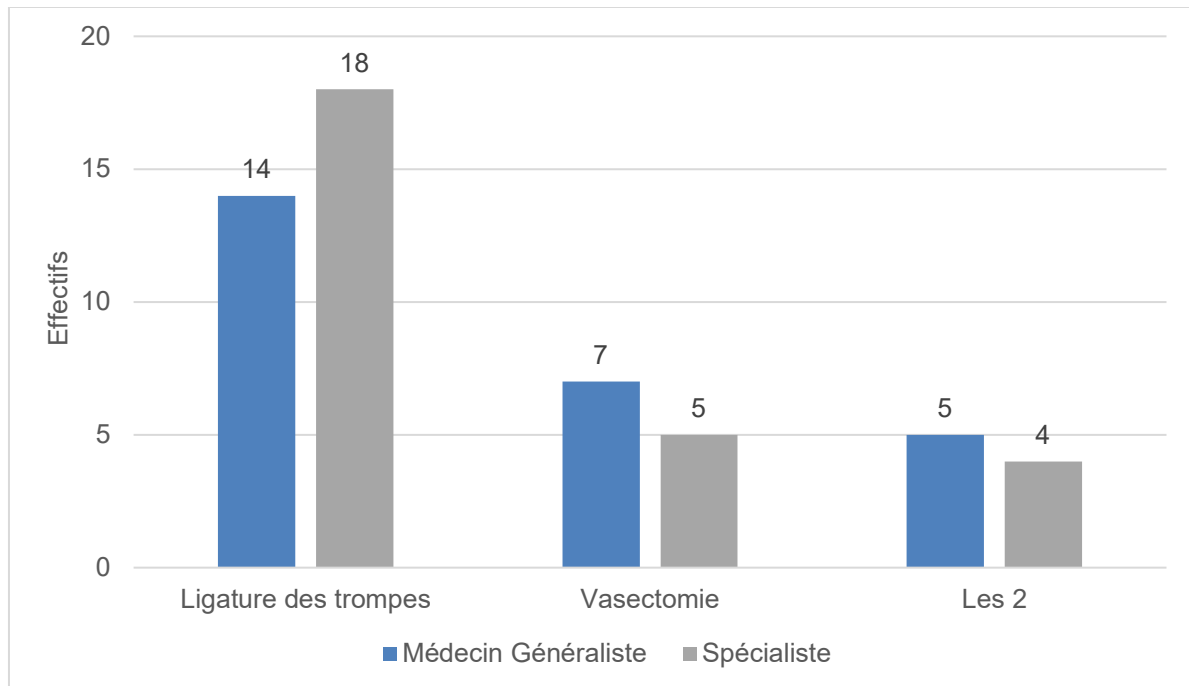


Figure 32: Technique(s) de contraception définitive(s) abordée(s) par les praticiens (n=16 pour les médecins généralistes et n=19 pour les spécialistes)

Parmi les 16 patients déclarant avoir discuté de contraception définitive avec leur médecin généraliste, la ligature des trompes a été abordée avec 14 d'entre eux soit 87,5%, la vasectomie chez 7 d'entre eux soit 43%. Seuls 5 patients ont abordé les deux techniques avec leur médecin traitant. Nous retrouvons des résultats similaires avec les spécialistes qui abordent également majoritairement la ligature des trompes lors de la discussion autour de la contraception définitive à 95%. A noter que les 2 techniques sont abordées dans 30% des cas par le médecin généraliste (n=5) et 21% (n=4) par les spécialistes.

V. Discussion

V.1. Les forces de l'étude

V.1.1 Sa pertinence dans la société et le monde médical

Le sujet abordé dans cette étude est original et au cœur des préoccupations de la Haute Autorité de Santé. Bien que les méthodes contraceptives soient régulièrement étudiées à travers différents travaux, rares sont ceux abordant la stérilisation définitive, et d'autant plus la vasectomie. Les travaux effectués sur le sujet sont souvent abordés du point de vue des praticiens, rarement du point de vue des patients. Ce travail permet de se familiariser avec les opinions des patients mais également de mettre en évidence des distinctions entre les genres et les âges.

V.1.2 Nombre de questionnaires recueillis

Cet argument est à la fois un point positif et une limite à cette étude. Sur le plan épidémiologique il aurait été en effet intéressant de travailler sur une plus grosse population mais nous pouvons nous satisfaire du taux de participation soulignant l'intérêt du sujet par nos confrères et leurs patients et du nombre de questionnaires recueillis nous permettant tout de même d'étudier de manière significative le sujet.

V.1.3 Originalité du questionnaire avec un support informatif

Cette étude n'est pas uniquement un état des lieux des connaissances des patients sur la vasectomie à travers un questionnaire. Nous avons voulu à travers cette étude étudier l'impact d'une sensibilisation « express » sur le sujet afin d'étudier son impact sur l'intention des patients à discuter du sujet. L'intérêt de cette notice informative était de mettre en évidence l'importance de l'information sur le sujet aux patients.

V.2. Les Limites de l'étude

Notre étude présente des biais sur sa méthodologie que nous devons prendre en compte dans l'analyse des résultats.

V.2.1. Biais de sélection

Biais de recrutement : les patients inclus sont tous recrutés au sein d'un cabinet médical. Nous ne sommes donc pas représentatifs de la population générale notamment sur les tranches d'âge de 35-44 ans qui consultent peu en médecine générale. Nous étudions ainsi une population de patients sensibilisés au milieu médical et habitués à se tourner vers son médecin traitant en cas de besoin. On n'étudie pas les patients qui auraient des réticences à consulter un médecin.

Biais de volontariat : à travers ce biais nous sélectionnons des personnes qui acceptent de participer à l'étude et qui possèdent une ouverture d'esprit différente.

L'absence de randomisation : initialement nous avons décidé de réaliser l'étude sur les semaines 36, 37, 38 et 39 en septembre 2020. Sur cette période le questionnaire papier devait être distribué par le praticien aux 2 premiers patients hommes et femmes respectant les critères d'inclusion/exclusion le matin des semaines paires et les 2 derniers patients hommes et femmes des semaines impairs. Après un premier bilan téléphonique avec les praticiens à la fin de la première semaine ce système était trop contraignant pour eux. Au bout de 4 semaines peu de formulaires avaient été remplis. Nous avons donc préféré prolonger la durée de l'étude pour recueillir un maximum d'effectifs. La sélection des patients éligibles s'est réalisée à travers le libre choix du médecin traitant. Ce libre choix a donc été une source de biais car les praticiens ont pu choisir inconsciemment des patients plus aptes et ouverts à participer à l'étude.

V.2.2. Biais d'information

C'est un biais important de cette étude. Lors de l'écriture du scénario de l'étude, cette dernière devait se réaliser en présence du praticien qui sélectionnait en ligne le formulaire via le logiciel Limesurvey. Cette technique était trop chronophage pour les praticiens. L'investigatrice n'a pas pu réaliser elle-même les entretiens car se trouvait en poste à l'hôpital et n'a pas pu se libérer du temps sur un planning très chargé. Les patients remplissaient donc seuls le questionnaire en salle d'attente et leurs difficultés de compréhension éventuelles n'ont pas pu être régularisées. L'accès à l'information extérieure comme les smartphones ou discussion avec d'autres patients en salle d'attente n'ont pas pu être contrôlés. Cependant, en limitant l'accès par le praticien cela a permis que tous les patients reçoivent la même information sur la contraception définitive (information écrite pour les praticiens dans l'annexe 2 du kit). Le fait que les patients remplissent le questionnaire sans la présence du praticien a également permis de limiter les informations supplémentaires qu'un médecin aurait pu donner à son patient en situation de stress.

V.2.3. Biais de saisie

Biais imputable à l'investigatrice. Tous les formulaires ont été enregistrés par l'investigatrice de façon manuelle. L'utilisation du logiciel Limesurvey a permis de limiter ce biais ainsi que les erreurs lors des requêtes et de la récupération des résultats.

V.2.4. Limite de recrutement

Initialement 540 questionnaires ont été déposés dans 12 cabinets médicaux. 6 sites n'ont finalement pas donné suite pour des raisons diverses. Sur les 270 questionnaires distribués dans les 6 cabinets participants, nous en avons récupéré 157. Un sera exclu car le patient est hors âge d'inclusion, 138 questionnaires complets et 18 incomplets. Notre taux de réponse est de 28.8%. Avec cet effectif restreint notre étude manque de puissance. Il est également difficile de généraliser ces résultats à la population générale et d'étudier notamment les différences entre les CSP. Ce taux de réponse est toutefois correct comparé aux autres études réalisées en médecine générale dans le Limousin.

Nous avons souhaité garder les résultats des questionnaires incomplets pour être exhaustif sur le plan des données et calculs statistiques.

L'absence de participation des maitres de stage universitaires pourtant motivés initialement se justifie pour l'intégralité d'entre eux par un oubli de faire remplir les questionnaires par manque de temps et se laissant déborder par le déroulement chargé de leur journée de consultation. Les maitres de stage m'ont fait également part de la forte sollicitation dont ils sont la cible pour de nombreux projets de thèse. L'épidémie COVID sévissant sur cette période semble avoir influencé certains praticiens dont la salle d'attente était limitée et ne pouvait accueillir un patient supplémentaire le temps du questionnaire.

V.3. Analyse de l'étude dans le contexte

V.3.1. La population de l'étude

Notre étude se consacre à un sujet peu abordé en médecine générale mais qui fait pourtant parti d'un thème d'actualité, la contraception. Dans un contexte actuel où les méthodes contraceptives évoluent de plus en plus vers des techniques non hormonales après la crise pilule de 2012, la discussion autour de la vasectomie a toute sa place en consultation de contraception en médecine générale chez les patients qui n'ont plus de désir d'enfant.

Dans notre échantillon, la majorité des patients soit 86.4%, ont un projet d'enfant achevé. La moitié des patients est toujours concernée par la problématique de la contraception. Ces données sont des points importants dans notre étude car cela signifie que la contraception définitive a toute sa place dans la discussion des patients interrogés. Cette proportion est directement liée au genre et aux tranches d'âge choisies, $p < 0,001$, et plus particulièrement chez les femmes. Ce phénomène est justifié par la présence de la ménopause chez les femmes alors que les hommes peuvent assumer leur rôle reproducteur toute leur vie. Nous aurions pu augmenter la proportion de patients concernés par la contraception en diminuant l'âge d'inclusion mais ce choix aurait augmenté le nombre de patients au projet d'enfant inachevé donc non concernés par la contraception définitive. 73% des patientes et 83% des patients se disent satisfaits de leur moyen de contraception. Si on regarde les méthodes contraceptives utilisées par les patientes dans la dernière étude Baromètre santé 2016 (10) et nos patientes, les chiffres obtenus sont semblables pour la pilule contraceptive et le DIU mais différent sur l'utilisation du préservatif de ceux publiés. Dans cette étude, il est publié les méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 35-50 ans. Ainsi 23,6% des femmes utilisent la pilule contraceptive contre 24,4% dans notre étude ($n=11$), 34,6% sont porteuses de DIU contre 37,8% ($n=17$) dans notre étude. On note cependant une différence sur l'emploi du préservatif dans l'étude Baromètre 2016, 13,3% et notre étude 24,4% ($n=11$). Il est également intéressant de mettre en avant, que les hommes en couple dont le moyen de contraception n'est pas le préservatif ont su répondre à la question du moyen de contraception utilisé par leur partenaire. Ceci souligne une forme d'implication des hommes dans la problématique de la contraception dans leur couple en connaissant la méthode utilisée.

La majorité de nos patients ont 2 enfants. Selon Larry et al. le désir d'enfant disparaît dans le couple après évaluation des avantages et coût le plus souvent après 2 enfants (62,63) de préférence un de chaque sexe. En effet, les études montrent que les couples ayant deux enfants de même sexe ont une probabilité plus élevée d'avoir un troisième enfant (64). De même « le bon âge » pour avoir des enfants est également un facteur important dans l'image normative de la famille et le choix de la contraception définitive. Cet âge cependant diffère selon les pays. Ainsi au Québec les femmes et les hommes se fixent un projet familial achevé

entre 30 et 40 ans et entre 40-50 ans en France (63,65). Ceci est également en adéquation avec la population choisie dans cette étude.

De nombreuses études ont été réalisées précédemment sur la place d'une contraception assumée par les hommes. A travers chacun de ces travaux est mis en évidence la volonté des hommes à supporter la contraception du couple mais relève également le manque de méthode hormis le préservatif masculin pas toujours bien toléré. La vasectomie a donc maintenant tout sa place dans notre société dont le regard change sur la contraception et qui ne l'associe plus systématiquement à la femme et cherche des solutions pour la libérer de cette problématique.

V.3.2. L'objectif principal

71% des patients au début de notre étude déclarent connaître la technique de vasectomie. Pour éviter un biais de mémorisation, chaque patient, recevait une information sur la définition de la vasectomie et de la ligature des trompes. Le discours/figures exposés par le praticien étaient distribués par l'investigatrice. Chaque patient recevait ainsi la même information au début du questionnaire.

Selon notre étude un patient sur 10 a discuté de la vasectomie avec son médecin traitant et ce chiffre est semblable avec les spécialistes. Ce résultat est en relation avec la bibliographie sur le sujet qui démontre en effet que le sujet est très peu abordé en médecine générale et également chez les spécialistes, gynécologues et urologues principalement. Chambrost et al. publiait en 2017 que la discussion en médecine générale autour de la vasectomie était la majorité du temps initiée par le patient, le plus souvent déjà décidée, et qui vient en consultation pour avoir un courrier d'orientation pour l'urologue (66). Plusieurs facteurs sont à l'origine de son constat et il est notamment mis en avant des freins de ces derniers sur la méthode tant sur le plan légal (autorisation de pratiquer cette chirurgie) que médical (risque de complication, aspect irréversible, manque de formation lors des études médicales) et le fait que la contraception est le plus souvent abordée avec les femmes en consultation et les médecins ne pensent pas à proposer des solutions du point de vue masculin (66–70). Ces réticences sont pour le plus souvent infondées par manque d'information. Il est alors facile d'imaginer qu'une méconnaissance des médecins sur la méthode peut entraîner un manque d'éducation et de connaissance des patients sur le sujet.

Cette incompréhension est vérifiée dans notre étude puisque la majorité des patients décrit la vasectomie comme une intervention plus lourde que ce qu'elle n'est avec une nécessité d'anesthésie générale et une hospitalisation de 24H alors que la majorité des vasectomies se réalisent sous anesthésie locale et de principe en soins externes sans hospitalisation ou dans le cadre d'une hospitalisation en chirurgie ambulatoire. La technique chirurgicale employée sur le plan superficiel semble méconnue également car moins d'un patient sur deux la met en évidence versus 30% des patients qui pensent que la technique employée est invasive avec introduction dans le pénis de matériel chirurgical. L'aspect irréversible de la méthode semble cependant être bien intégrée par la population. Même si certaines études mettent en évidence des pourcentages de réussite de reperméabilisation des canaux déférents post vasectomie par vaso-vasostomie (48,49,51) il est fortement conseillé d'aborder le sujet comme un moyen de contraception définitive. 60% des patients relèvent la possibilité de congeler le sperme avant l'intervention mais seulement 20% connaissent le recours à la PMA si besoin. Ces méconnaissances des patients sur le sujet ne sont pas dépendantes du genre ni de l'âge. Cette notion est intéressante à soulever car au début du questionnaire il existe une différence

significative de la connaissance de la vasectomie entre les hommes et les femmes. Ces résultats obtenus confirment ainsi que la définition de la vasectomie donnée par le praticien au début du questionnaire remet au même niveau la connaissance initiale sur la technique.

Au sujet des effets secondaires post chirurgie, 70% des patients connaissent la possibilité de douleur les jours suivants. Dans l'intitulé de la question aucune graduation de la douleur n'a été évoquée volontairement étant une idée subjective. On ne sait pas de ce fait ce que les patients sous entendent par « douleur ». Pourrait-il s'agir d'une douleur physique mais aussi mentale ? Les effets secondaires qui sont par la suite soupçonnés sont ceux liés aux troubles de l'érection, éjaculation. Cet aspect des effets secondaires semble plus abordé chez les hommes que les femmes, $p < 0,001$. Ces croyances autour de l'impact de la vasectomie sont retrouvées également dans de précédentes études (71). Les patients n'ont pas relevé dans la réponse laissée ouverte d'autre proposition. Ce point souligne la pertinence des réponses proposées dans le questionnaire.

V.3.2. Les objectifs secondaires

V.3.2.1. Les patients et la contraception définitive

Comme il a déjà été démontré par de précédents travaux, la ligature des trompes est plus facilement abordée et le taux de femmes ayant subi cette chirurgie en France est 10 fois plus élevé que les hommes vasectomisés (10,11,70,72). Dans une enquête de 2015, « ça part en news », la majorité des urologues n'autorise la vasectomie qu'à partir de 45 ans. Dans le travail de thèse de Delphine Montfort réalisé en Loire-Atlantique, la moitié des médecins généralistes propose les méthodes de contraception définitives masculine et féminine, 30% uniquement la méthode féminine et seulement 1% la méthode masculine, 8% déclarent ne jamais discuter de ce sujet. Dans notre étude, cette disparité entre les 2 méthodes est retrouvée puisque 87,5% des généralistes et 95% des spécialistes ayant abordé le sujet de la contraception définitive présentent la ligature des trompes alors que 40% parlent de vasectomie. La ligature des trompes est souvent proposée seule comme méthode de contraception définitive ce qui n'est pas le cas pour la vasectomie. Ces chiffres sont également à discuter du fait que la majorité des spécialistes abordant ce sujet sont majoritairement des gynécologues qui ont principalement des patientes en consultation. L'association française d'urologie a pourtant établi en 2012 et 2018 une fiche informative patient décrivant la vasectomie et les consentements qui y sont associés. Pour autant cette fiche semble être passée dans l'oubli et pourrait être un excellent moyen de communication auprès des médecins et patients dans une campagne de sensibilisation à grande échelle (Annexe 4&5).

V.3.2.2. Les freins des patients sur la vasectomie

Lorsque l'on aborde les freins possibles des patients sur la vasectomie, est à nouveau mise en évidence une disparité significative entre les genres, $p < 0,001$, avec à nouveau chez les hommes principalement des craintes sur leur sexualité. Chez les femmes la première réticence est liée à la peur de regretter le choix sur un projet d'enfant futur imprévu. Dans le questionnaire on ne sait pas si elle parle d'un regret personnel ou pour leur conjoint On peut

ainsi extrapoler ces données en se disant que les craintes des patients sur le sujet pourraient être atténuées avec une meilleure présentation des effets secondaires, comme les douleurs minimales dans les jours suivants soulagées par des antalgiques, l'absence de trouble sur la sexualité et le recours possible à la PMA. Le faible pourcentage de recours à la vasovasostomie à travers le monde souligne la satisfaction des hommes vasectomisés autour de ce mode de contraception (48,49,51), un argument qui peut également être mis en avant lors de la présentation de la méthode par les praticiens.

V.3.2.3. Les croyances des patients autour de la vasectomie

Les croyances des patients retrouvées dans ce travail sont également en lien avec la sexualité et plus particulièrement le statut de l'homme et de sa virilité après la chirurgie. Quel que soit le sexe interrogé, la place de l'homme vasectomisé dans le couple et la vie sexuelle sont remis en question. Ces données sont également proposées comme les raisons expliquant la différence de taux d'hommes vasectomisés en France par rapport aux autres pays. A nouveau ces croyances pourraient être éliminées par une information claire et précise sur l'intervention et les effets secondaires de la vasectomie, rassurer les patients sur l'absence d'impact sur leur sexualité principalement. Les études menées sur la satisfaction et le ressenti des hommes post vasectomie mettent en effet en évidence au contraire un sentiment de contrôle de son existence par le fait de se libérer dans la sexualité du risque d'une contraception mal gérée et d'affirmer son choix de ne plus vouloir d'enfant. Il est également intéressant de noter l'inquiétude des hommes sur leur statut « dominant » dans le couple car les couples ayant bénéficié d'une contraception définitive, qu'elle soit masculine ou féminine mettent plutôt en avant une sexualité plus libérée et une certaine domination masculine avec le renforcement de l'idée de la disponibilité des corps des femmes au désir sexuel de leur partenaire. Les femmes déclarent retrouver la possession de leur corps et leur sexualité naturelle ainsi que la libération des contraintes médicales liées à la contraception comme devoir consulter régulièrement un médecin/sage-femme et se rendre à la pharmacie (63,73,74).

V.3.2.4. L'impact d'un bref résumé explicatif sur la vasectomie sur les patients

Lorsque j'ai récupéré les formulaires auprès de mes confrères, nombreux sont ceux à m'avoir avoué aborder le sujet que trop rarement en consultation et l'étude aura été pour eux bénéfique sur le sujet. Ils se sentent plus aptes à proposer la vasectomie. Au niveau des patients, les effectifs étudiés dans le travail étaient trop faibles pour valider statistiquement l'impact du questionnaire sur la vision des patients sur la vasectomie. Il est tout de même intéressant de noter que le bref résumé informatif sur la vasectomie proposé à la fin du questionnaire, a significativement impacté les patients sur leur intention de discuter de la vasectomie, $p=0,025$. Après l'étude des représentations des patients sur l'intervention de la vasectomie, ces derniers étaient invités à lire une annexe jointe au questionnaire répondant à quelques points abordés dans le questionnaire. Cette annexe avait pour but d'évaluer si une sensibilisation à la vasectomie modifiait l'envie des patients d'aborder le sujet avec leur médecin traitant, spécialiste, amis/proches. La différence entre l'intention de discuter de la vasectomie émise par les patients toujours concernés par la problématique de la contraception ayant répondu,

est significativement différente entre le début et la fin du questionnaire, $p=0,025$. Au début du questionnaire sur 74 patients toujours concernés par la problématique de la contraception, 31, soit 42%, se disaient prêts à discuter de l'intervention. Après l'annexe informative lue, ce chiffre passe à 44, soit 60% parmi 73 patients encore concernés par la contraception. De façon intéressante sur les 31 patients prêt à discuter de la vasectomie dès le début de l'étude, 2 ne souhaitent plus discuter de vasectomie après le questionnaire/lecture de l'annexe. Ces 2 patients sont des femmes de 35-44 ans. Inversement, sur les 43 patients ne souhaitant pas aborder la vasectomie comme moyen de contraception au début de l'étude, un n'a pas répondu sur cette intention en fin de questionnaire et 15 d'entre eux se disent prêts à en parler à la fin de l'étude. 11 sont des femmes dont 4 âgées de 35-44 ans et 7 de 45-54 ans. 4 des 15 patients revenant sur leur décision sont des hommes, 2 sont âgés de 35-44 ans et 2 de 45-54 ans. Sur les 44 patients prêts à discuter de la vasectomie comme moyen de contraception, 41 soit 93 % d'entre eux se disent prêt à aborder le sujet avec leur conjoint (e) et 26, soit 59% avec leur médecin traitant. Une patiente souhaite également en discuter avec un spécialiste sans préciser la spécialité et un homme avec un urologue. De façon intéressante une patiente âgée de 55-65 ans non concernée par la problématique de la contraception souhaite discuter du sujet avec ses enfants.

V.3.3. Perspectives

Les réticences des médecins, généralistes et spécialistes sont connues à travers la littérature. Cette étude relève aujourd'hui celles des patients. Ces données sont cruciales afin de favoriser la communication autour du sujet pour démocratiser la contraception définitive, dont la vasectomie parmi les moyens de contraceptions. Il est primordial de faciliter l'accès à l'information sur le sujet via des brochures, affiches dans les cabinets de médecine générale, d'urologie, de gynécologie, des PMI, dans les bureaux de la Caisse Primaire Maladie (CPAM), dans les salles de pause des grosses entreprises. Il serait également possible de développer d'avantage les reportages sur le sujet à diffuser via les médias, réseaux sociaux. On peut également envisager un mois de prévention « contraception » comme il existe octobre rose pour le cancer du sein ou mars bleu pour le cancer colorectal. Afin de familiariser les médecins à ces méthodes de contraception définitive, il serait intéressant de développer un module d'enseignement facultaire sur le sujet quel que soit la spécialité, médecine générale, urologie ou gynécologie. Des interventions de formation continue/table ronde peuvent également être proposées aux praticiens installés avec différentes interventions de patients ayant eu recours à la contraception définitive et praticiens la pratiquant afin d'exposer l'évolution de ces méthodes contraceptives dans le temps et au niveau mondial.

V. Conclusion

La contraception est un sujet de santé publique important en France. Depuis la loi de 2001, ce sujet a notamment été renforcé dans le but de lutter contre le recours à l'IVG. La contraception définitive reste un sujet très peu abordé en France alors qu'elle est le moyen de contraception majoritaire dans de nombreux pays comme les pays Anglo-saxons. Cette différence relève principalement du fait de la méconnaissance sur le sujet de la part des médecins mais également des patients. Un des facteurs le plus important à cela est attribué à sa législation longtemps controversée en France et à sa légalisation récente en 2001.

On observe également une grande disparité quant à la technique abordée de contraception définitive quand ce moyen est discuté. Ainsi, la ligature des trompes est majoritairement exposé par rapport à la vasectomie que ce soit par les médecins généralistes ou les spécialistes alors que dans certains pays comme le Royaume Uni, il y a plus d'hommes vasectomisés que de femmes ayant subi une ligature des trompes. Cette observation a également été confirmée dans notre étude.

Cette étude a mis en évidence les lacunes des patients tant sur la réalisation de l'intervention que sur les effets secondaires. Les patients pensent l'intervention bien plus lourde et invasive que ce qu'elle est en réalité. De même avec les effets secondaires. A travers ce travail nous avons également mis en avant les principaux freins et principales représentations des patients sur le sujet. Ainsi on observe une disparité entre les femmes et les hommes. Les femmes mettent davantage en avant l'aspect irréversible de la méthode avec la crainte de regretter le choix dans le futur, alors que ce sont les peurs d'induire des troubles de la sexualité qui sont majoritairement identifiés chez les patients. On met également en évidence que la vasectomie est pour de nombreux patients associée à une modification du statut de l'homme avec atteinte à sa virilité. Nous avons mis en évidence que l'impact d'une information sur la vasectomie, même succincte, modifie de façon positive l'intention de discussion des patients sur le sujet avec leur conjoint (e) et le médecin généraliste. Le médecin est donc un des principaux interlocuteurs pour discuter de la vasectomie comme de tous les autres moyens de contraception.

Afin de donner à la vasectomie sa place dans les méthodes contraceptives en France il y a donc une double éducation à mener. Nous pourrions intégrer de manière plus importante la vasectomie dans les campagnes de sensibilisation à la contraception par l'intermédiaire de Flyer en salle d'attente, spot publicitaire à la radio/télévision pour lever le tabou sur ce sujet le rendant presque courant, banal.

VI. Références bibliographiques

1. Malinas Y. La contraception [Internet]. Ellipses. Ellipses; 1997 [cité 21 mars 2023]. 128 p. (Vivre et comprendre). Disponible sur: <https://www.editions-ellipses.fr/accueil/6786-contraception-la-9782729856755.html>
2. Delluc G. Le sexe au temps des Cro-magnons [Internet]. pilote24; 2006 [cité 21 mars 2023]. 368 p. Disponible sur: <https://www.hominides.com/livres-et-medias/sexe-au-temps-des-cro-magnons/>
3. McLaren A. Histoire de la contraception de l'antiquité à nos jours [Internet]. Noêsis. Paris; 1996 [cité 21 mars 2023]. 413 p. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/1996/11/SENSIER/5866>
4. Léridon H. La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED. Population. 1987;42(2):359-67.
5. Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? Rech Sociol Anthropol. 1 déc 2017;(48-2):117-37.
6. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. Cah Genre. 2021;70(1):157-84.
7. 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.
8. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
9. Division UP. World contraceptive use, 2009 [Internet]. UN,; 2009 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://digitallibrary.un.org/record/676253>
10. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
11. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>
12. Marcil-Gratton N, Lapierre-Adamcyck E. L'Amérique du Nord à l'heure de la troisième révolution contraceptive : la montée spectaculaire de la stérilisation au premier rang des méthodes utilisées. Espace Popul Sociétés. 1989;7(2):239-48.
13. Mayor S. French men invited to become "vasectomy tourists". BMJ. 19 août 2000;321(7259):470.
14. Enquête sociale générale de 2011: Aperçu des familles au Canada [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-650-X>
15. Desjeux C. Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions [Internet] [These de doctorat]. Paris, EHESS; 2009 [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2009EHES0079>

16. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de>
17. OMG - Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009 [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
18. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. 2004.
19. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
20. Lebrun M. Révolution, Empire et mauvais soldats. Rev Hist Armées. 15 sept 2006;(244):112-23.
21. Interdiction de la contraception et de l'avortement - 1920 - 8mars.info [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <http://8mars.info/interdiction-de-contraception-et-avortement>
22. LOI no 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain (1). 94-653 juill 29, 1994.
23. LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (1). 99-641 juill 27, 1999.
24. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme Document à l'usage des professionnels de santé Décembre 2004. Médecine Thérapeutique. 15 nov 2005;11(5):363-91.
25. Badraoui M, Bruyere F, Lanson Y. La loi sur la vasectomie est peu connue. Andrologie. déc 2004;14(4):438-42.
26. Occlusion intestinale aiguë | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/occlusion-intestinale-aigue-0#:~:text=L'une%20des%20causes%20les,g%C3%A9n%C3%A9r%C3%A9e%20par%20l'intervention%20chirurgicale>.
27. 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.
28. Vasectomy Guideline - American Urological Association [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/vasectomy-guideline>
29. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. Eur Urol. 1 janv 2012;61(1):159-63.
30. AUA Vasectomy Guideline Summary [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.guidelinecentral.com/guideline/21798/>

31. Cook LA, Van Vliet HA, Lopez LM, Pun A, Gallo MF. Vasectomy occlusion techniques for male sterilization. *Cochrane Database Syst Rev.* 30 mars 2014;2014(3):CD003991.
32. Chen-Mok M, Bangdiwala SI, Dominik R, Hays M, Irsula B, Sokal DC. Termination of a randomized controlled trial of two vasectomy techniques. *Control Clin Trials.* févr 2003;24(1):78-84.
33. Vasectomy by ligation and excision, with or without fascial interposition: a randomized controlled trial [ISRCTN77781689] - PMC [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC406425/>
34. No-scalpel Vasectomy Reference Manual. 2016;
35. Arellano Lara S, Gonzalez Barrera JL, Hernandez Ono A, Moreno Alcazar O, Espinosa Perez J. No-scalpel vasectomy: review of the first 1,000 cases in a family medicine unit. *Arch Med Res.* 1997;28(4):517-22.
36. Li SQ, Goldstein M, Zhu J, Huber D. The no-scalpel vasectomy. *J Urol.* févr 1991;145(2):341-4.
37. Sokal D, McMullen S, Gates D, Dominik R. A comparative study of the no scalpel and standard incision approaches to vasectomy in 5 countries. The Male Sterilization Investigator Team. *J Urol.* nov 1999;162(5):1621-5.
38. Nirapathpongporn A, Huber DH, Krieger JN. No-scalpel vasectomy at the King's birthday vasectomy festival. *Lancet Lond Engl.* 14 avr 1990;335(8694):894-5.
39. Labrecque M, Dufresne C, Barone MA, St-Hilaire K. Vasectomy surgical techniques: a systematic review. *BMC Med.* 24 mai 2004;2(1):21.
40. Cook LA, Pun A, Gallo MF, Lopez LM, Van Vliet HA. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 30 mars 2014;2014(3):CD004112.
41. Awsare NS, Krishnan J, Boustead GB, Hanbury DC, McNicholas TA. Complications of vasectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* nov 2005;87(6):406-10.
42. Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertil Steril.* mai 2000;73(5):923-36.
43. Leslie TA, Illing RO, Cranston DW, Guillebaud J. The incidence of chronic scrotal pain after vasectomy: a prospective audit. *BJU Int.* déc 2007;100(6):1330-3.
44. Bengner JR, Swami SK, Gingell JC. Persistent spermatozoa after vasectomy: a survey of British urologists. *Br J Urol.* sept 1995;76(3):376-9.
45. Griffin T, Tooher R, Nowakowski K, Lloyd M, Maddern G. How little is enough? The evidence for post-vasectomy testing. *J Urol.* juill 2005;174(1):29-36.
46. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *Br Med J Clin Res Ed.* 14 juill 1984;289(6437):77-9.
47. Huang HC, Hsieh ML, Huang ST, Tsui KH, Lai RH, Chang PL. Microsurgical vasectomy reversal: ten-years' experience in a single institute. *Chang Gung Med J.* juill 2002;25(7):453-7.

48. Heidenreich A, Altmann P, Engelmann UH. Microsurgical vasovasostomy versus microsurgical epididymal sperm aspiration/testicular extraction of sperm combined with intracytoplasmic sperm injection. A cost-benefit analysis. *Eur Urol.* mai 2000;37(5):609-14.
49. Feber KM, Ruiz HE. Vasovasostomy: Macroscopic approach and retrospective review. *Tech Urol.* mars 1999;5(1):8-11.
50. Nagler HM, Jung H. Factors predicting successful microsurgical vasectomy reversal. *Urol Clin North Am.* août 2009;36(3):383-90.
51. Belker AM, Thomas AJ, Fuchs EF, Konnak JW, Sharlip ID. Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the Vasovasostomy Study Group. *J Urol.* mars 1991;145(3):505-11.
52. Jardin A. Pourquoi si peu de vasectomies en France ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 févr 2008;36(2):127-9.
53. Oudshoorn N, Akrich M, Le Doaré H. Contraception masculine et querelles de genre. *Cah Genre.* 1999;25(1):139-66.
54. Oudshoorn NEJ. Au sujet des corps, des techniques et des féminismes. *Invent Nat Sci Fabr Fem Masc.* 2000;31-45.
55. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable - Persée [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1999_num_128_1_3290
56. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cah Genre.* 2016;60(1):101-22.
57. Greene ME, Biddlecom AE. Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles. *Popul Dev Rev.* 2000;26(1):81-115.
58. Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart.* 2009;52(4):3-12.
59. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction | Cairn.info [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2021-1-page-157.htm>
60. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? | Cairn.info [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2014-5-page-1.htm>
61. Le nombre de vasectomies multiplié par 12 en dix ans | egora.fr [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/societe/76193-le-nombre-de-vasectomies-multiplie-par-12-en-dix-ans>
62. Bumpass LL, Thomson E, Godecker AL. Women, men, and contraceptive sterilization. *Fertil Steril.* 1 mai 2000;73(5):937-46.
63. Charton L. La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille. *Rech Fam.* 2014;11(1):65-73.
64. Marleau JD, Saucier JF. Influence du sexe des premiers enfants sur le comportement reproducteur: une étude canadienne. *Popul Fr Ed.* 1996;51(2):460-4.

65. Staiculescu B, Rodica A. Bessin (Marc) — Cours de vie et flexibilité temporelle. La crise des seuils d'âge : service militaire, majorité juridique. *Population*. 1994;49(2):538-40.
66. Chambost J, Raboteau A, Vallée J. Vasectomie : regards croisés des hommes et des médecins généralistes. *Rech Contracept*. avr 2017;132:162.
67. François E, Lejeune C. Relations des patients vasectomisés à leur médecin généraliste: expériences, attentes et interactions.
68. Hélène D. L'abord de la vasectomie en consultation de médecine générale. Faculté de santé Angers; 2021.
69. Abballe C. Et si on parlait vasectomie ? Etude des besoins et motivations pour une formation théorique des médecins généralistes : Etude qualitative à visée exploratoire. Faculté de Médecine de Nice; 2021.
70. Delphine M. Déterminants expliquant le manque de recommandation de la vasectomie comme moyen de contraception par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. [S.l.]: [s.n.]; 2013.
71. Anne R. REGARDS DES HOMMES SUR LA STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE MASCULINE.
72. Fabre M. La contraception définitive n'a pas de sexe [Internet]. Ça part en News ! 2015 [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://capartennews.wordpress.com/2015/02/20/la-contraception-definitive-na-pas-de-sexe/>
73. 'It's kind of me taking responsibility for these things': Men, vasectomy and 'contraceptive economies' - Gareth Terry, Virginia Braun, 2011 [Internet]. [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959353511419814?journalCode=fapa>
74. Vandelac L. L'économie des femmes? *Cah Rech Sociol*. 1986;4(1):14.

Annexes

Annexe 1. Feuille de suivi de la distribution des questionnaires	79
Annexe 2. Planche explicative des contraceptions définitives pour les patients	80
Annexe 3. Questionnaire de l'étude	81
Annexe 4. Fiche info-patient 2012	86
Annexe 5. Fiche info-patient 2018	92

Progression de la distribution des questionnaires

-

Thèse Marjorie HUBEAU- thématique Vasectomie

	Femmes	Hommes
35-44 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45-54 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55-65 ans	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

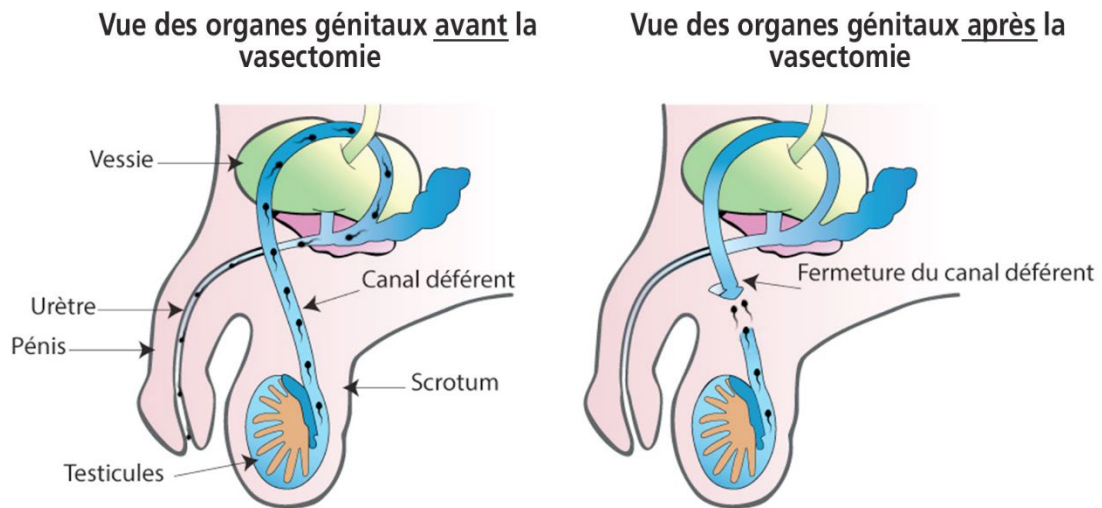
Annexe 2. Planche explicative des contraceptions définitives pour les patients

Annexe 1

Définitions sur la vasectomie et la ligature des trompes données par le médecin lors de la présentation de l'annexe 1 après la première question du questionnaire.

Contraception définitive chez l'homme : vasectomie

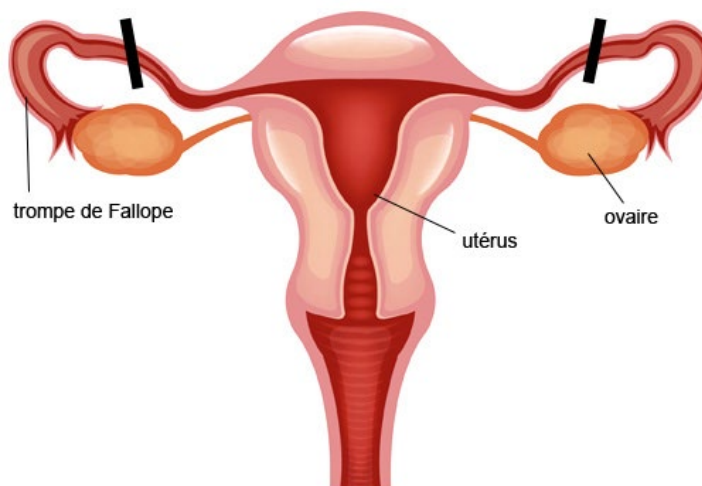
La vasectomie est une méthode de stérilisation définitive masculine. C'est une intervention qui consiste à couper les canaux déférents pour bloquer le transport des spermatozoïdes issus des testicules dans le sperme.



Source :M.LABRECQUE, Université de Laval

Contraception définitive chez la femme : la ligature des trompes

La ligature des trompes ou stérilisation tubaire est une méthode contraceptive définitive qui consiste à bloquer le transport des ovules dans l'utérus



Source Vidal : contraception féminine, MAJ 06/03/20

Annexe 3. Questionnaire de l'étude

Dr_Ville :

La contraception définitive du couple : la vasectomie

Bonjour, je me présente, Marjorie HUBEAU, je suis actuellement en dernière année d'internat de Médecine Générale. J'effectue un travail de recherche afin de réaliser ma thèse d'exercice de médecine. L'objectif de ce travail est d'identifier à travers ce questionnaire anonyme d'une dizaine de minutes, les connaissances et les représentations des patients, hommes et femmes, sur la vasectomie comme moyen de contraception dans leur couple dans l'ex-région Limousin.

1. Savez-vous ce qu'est la vasectomie ? Oui Non

Discours du praticien : A l'aide de l'annexe 1, le praticien explique au patient les méthodes de la vasectomie et de la ligature des trompes.

2. Sexe : Femme Homme

3. Age (ans) : 35-44 45-54 55-65

4. Catégorie Socio-Professionnelle : Une seule réponse

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Agriculteur, exploitant | <input type="radio"/> Employé |
| <input type="radio"/> Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise | <input type="radio"/> Ouvrier |
| <input type="radio"/> Cadre, Profession intellectuelle supérieure | <input type="radio"/> Retraité |
| <input type="radio"/> Profession intermédiaire | <input type="radio"/> Sans activité professionnelle |

5. Pays d'origine : Une seule réponse

- France
 Autre :

6. Situation : Plusieurs réponses possibles

- En couple Célibataire Divorcé ou séparé

7. Nombre d'enfant (s) actuel (s) : Une seule réponse

- 0 1 2 3 4 Autre :

8. Désirez-vous un (d') autre (s) enfant (s) ? Une seule réponse

- Oui Non Je ne sais pas

9. Avez-vous déjà abordé le sujet de la contraception définitive et si oui quelle (s) technique (s) a (ont) été abordée (s)? Plusieurs réponses possibles

	Vasectomie		Ligature des trompes	
	Oui	Non	Oui	Non
Avec votre Médecin Généraliste ?	Oui	Non	Oui	Non
Avec un autre personnel de santé ? Si oui précisez lequel :	Oui	Non	Oui	Non
Dans votre couple ?	Oui	Non	Oui	Non
Avec des amis/proches ?	Oui	Non	Oui	Non

10. Etes-vous toujours concerné(e) par la « problématique » de la contraception ?

- Oui Non

Si oui, merci de répondre aux questions 11 à 14, sinon merci de passer à la question 15.

11. Quelle (s) méthode (s) contraceptive(s) utilisez-vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Pilule contraceptive | <input type="radio"/> Patch contraceptif |
| <input type="radio"/> Dispositif intra-utérin (stérilet) hormonal | <input type="radio"/> Anneau vaginal |
| <input type="radio"/> Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre | <input type="radio"/> Préservatif masculin |
| <input type="radio"/> L'implant contraceptif | <input type="radio"/> Préservatif féminin |
| <input type="radio"/> Autre : | <input type="radio"/> Aucune contraception |

12. La ou les méthodes de contraception utilisée(s) est (sont)-elle (s) totalement satisfaisante (s) (tolérance, impact sur votre vie sexuelle, facilité d'utilisation...)?

Pour vous :

- Oui Non

Pour votre conjoint (e) si vous êtes en couple

- Oui Non

13. Seriez-vous prêt (e) à discuter de la vasectomie comme moyen de contraception une fois votre projet d'enfant achevé ?

- Oui Non

14. Si oui, avec qui souhaiteriez-vous en discuter ? Plusieurs réponses possibles

- Votre conjoint (e) Votre médecin traitant

Autre:

15. Parmi les propositions suivantes merci d'indiquer celle (s) qui vous semble (nt) vraie (s) sur l'intervention de la vasectomie ?

Veillez choisir toutes les réponses qui vous semblent justes

- Se réalise sous anesthésie générale
- Nécessite une hospitalisation > 24H
- Nécessite l'introduction de matériel chirurgical dans le pénis
- Se réalise par une incision superficielle des bourses
- Il est possible de revenir en arrière et de réparer les canaux déférents
- Il est possible de congeler le sperme du patient avant la chirurgie
- Une grossesse est possible après une réparation des canaux déférents
- Il est possible d'avoir recours à la procréation médicalement assistée (PMA) si regret
- Aucune de ces propositions n'est juste

16. Quels sont selon vous, les effets secondaires possibles après une vasectomie ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Des douleurs dans les premiers jours
- Des douleurs persistantes à vie
- Une réduction de la taille des testicules
- Une diminution de l'envie sexuelle
- Des troubles de l'érection
- Des troubles de l'éjaculation
- Une baisse du volume du sperme lors de l'éjaculation
- Une diminution du plaisir sexuel lors de l'acte
- Aucun effet secondaire
- Autre :

17. Entourez dans la question précédente l'effet secondaire qui est pour vous le plus important si vous en avez coché au moins un.

18. Quelle (s) est (sont) votre (vos) appréhension (s) à bénéficier de cette intervention si vous êtes un homme ou à la proposer à votre conjoint si vous êtes une femme ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Le risque d'un préjudice esthétique
- Le risque d'induire un trouble dans votre sexualité
- Le risque de douleurs persistantes avec le temps chez le patient
- La peur de regretter cette intervention sur un futur projet d'enfant
- Une difficulté à proposer à votre conjoint (e) ce moyen de contraception
- Le fait de subir une chirurgie non justifiée par un problème de santé
- Ce sujet est quelque chose de tabou à aborder avec votre médecin traitant
- Je n'ai aucune appréhension à ce sujet
- Autre :

19. Entourez dans la question précédente l'appréhension qui est pour vous la plus importante si vous en avez coché au moins une.

20. Parmi les idées suivantes, la ou lesquelles associez-vous à l'acte de vasectomie ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Une sensation de diminution du statut de l'homme dans le couple
- Une sensation de diminution du statut de l'homme dans la société
- Une perte de virilité de l'homme
- Un parallèle avec la castration des animaux
- Une crainte que la vasectomie soit associée par votre entourage/société avec des pratiques « déviantes » (Ex : relation extra conjugales)
- Cette intervention est selon vous contre nature
- Cette intervention va à l'encontre de vos croyances culturelles ou religieuses
- Je n'associe pas la vasectomie à quoi que ce soit d'autre qu'un acte chirurgical de contraception
- Autre :

21. Entourez dans la question précédente la proposition qui caractérise selon vous le plus la vasectomie si vous en avez coché au moins une.

"Merci de lire l'annexe 2 qui se trouve en verso de cette page avant de répondre aux deux dernières questions »

22. Après ce bref résumé, seriez-vous prêt à discuter de la vasectomie comme moyen de contraception une fois votre projet d'enfant achevé ?

- Oui
- Non

23. Si oui, avec qui ?

Plusieurs réponses possibles :

- Avec votre conjoint (e)
- Avec votre médecin traitant
- Autre :

« Je vous remercie du temps que vous avez dédié à la réponse à ce questionnaire et ainsi de votre aide dans mon travail de recherche. »

Annexe 2

La vasectomie est une **intervention fréquente dans d'autre pays** : 20% des hommes sont vasectomisés en Angleterre, et plus de 30% en Nouvelle Zélande.

- Se réalise sous **anesthésie locale** à l'aide d'une **petite incision au niveau des bourses**, dure une **20^{aine} de minutes**, sans hospitalisation.
- Le risque de grossesse après l'intervention est de 0,1%**, contre 0,5% après une ligature des trompes, 0,3% pour la pilule et 0,2 pour les stérilets.
- Une réparation du canal déférent est possible** mais le retour à la fertilité n'est pas garanti :
 - ⇒ Le taux de réussite de grossesse est de 70% si la vasectomie a été réalisée dans les 3 ans et de 30% si réalisée dans les 10 ans.
 - ⇒ **Il convient toutefois de considérer cette intervention comme définitive**
- La congélation du sperme avant vasectomie est autorisée** via le CECOS (Centres d'Etudes et de Conservation des Oeufs et du Sperme)
 - Prise en charge à 80% par la sécurité sociale. L'acte de congélation du sperme s'élève à 94,50 € puis la conservation à 40,50 €/ an. Vous pouvez suspendre la conservation dès que vous le souhaitez.
- En cas de regret, **le recours à une procréation médicalement assistée (PMA) est possible.**

Effets secondaires de la vasectomie

- Ecchymoses** locales durant quelques jours, phénomène normal/**spontanément résolutif**.
- Douleur post opératoire** dans les 4 premiers jours possible mais **soulagée par doliprane**.
- Arrêt de travail** si travail physique, sinon **pas nécessaire**.
- Pas de préjudice physique**.
- Ne perturbe pas le système hormonal** et la production de testostérone.
- Aucun effet secondaire sur le désir, érection, éjaculation** et sur **le plaisir sexuel**.
- Réduction de 3% du volume du « sperme »** donc **non perceptible**.

[Merci de répondre aux dernières questions 22 et 23 du formulaire](#)

Fiche Info-Patient



Association
Française
d'Urologie
www.urofrance.org

Dernière mise à jour : mai 2012

VASECTOMIE CONTRACEPTIVE

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

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

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

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

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

Pourquoi cette intervention ?

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

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

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

Existe-t-il d'autres possibilités ?

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

Préparation à l'intervention

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

Attention :

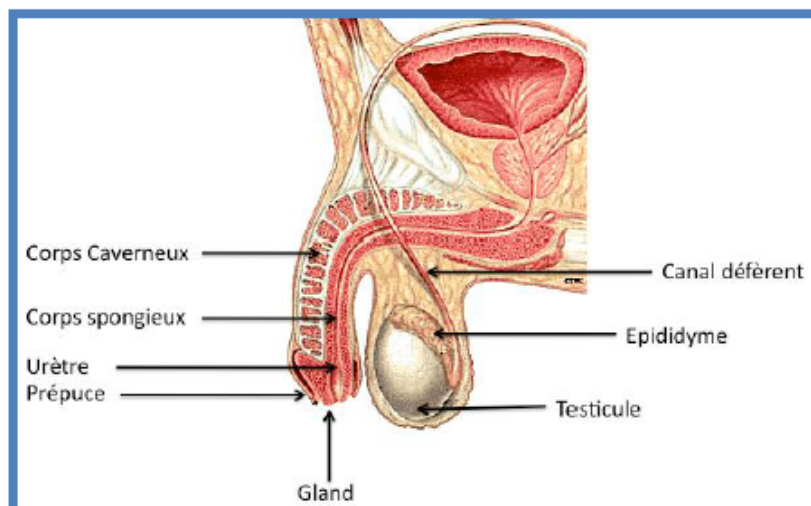
Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêtez de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

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

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

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

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



Technique opératoire

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

Suites habituelles

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

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

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

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

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

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

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

Risques et complications

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

- ◆ Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien ; elles sont possibles dans toute intervention chirurgicale.
- ◆ D'autres complications directement en relation avec l'opération de vasectomie sont rares, mais possibles :
 - Hématome ou infection au niveau des cicatrices pouvant dans certains cas nécessiter des soins locaux, voire une réintervention.
 - Retard de cicatrisation ou infection de la cicatrice nécessitant des soins locaux parfois prolongés.
 - Echec à distance de l'intervention par reperméation des canaux déférents nécessitant éventuellement une réintervention.

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

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

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001

article 2123-1 du code de la santé publique

exemplaire à conserver par le médecin

1- Je soussigné(e)..... certifie :

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

Date

Signature

Attestation de consultation médicale préalable à une stérilisation à visée contraceptive

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)

exemplaire à conserver par le patient

2- Je soussigné (e), Drcertifie

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

lui avoir remis un dossier d'information écrit.

Date

Signature

Consentement à la réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001

article 2123-1 du code de la santé publique

exemplaire à conserver par le médecin

Je soussigné(e)..... déclare :

- ◆ Avoir reçu une information complète sur la stérilisation à visée contraceptive ;
- ◆ Confirmer librement ma demande d'intervention formulée le/...../.....

auprès du Dr

- ◆ Avoir la possibilité de retirer ce consentement à tout moment avant l'intervention (article L. 1111-4 du code de la santé publique).

Date

Signature

Annexe 5. Fiche info-patient 2018

FICHE INFO PATIENT



FICHE CRÉÉE EN : AVANT 2012
DERNIERE MISE A JOUR : NOVEMBRE 2018

FICHE REMISE LE/...../.....

PAR DR

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par l'Association Française d'Urologie est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre urologue à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre urologue. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le renvoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, renvoyez votre urologue si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.urologie-santé.fr

VASECTOMIE CONTRACEPTIVE

Votre urologue se tient à votre disposition pour tout renseignement.

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

La vasectomie contraceptive est régie par une loi

parue au Journal Officiel du 7 juillet 2001. Votre médecin doit vous donner l'information et les explications les plus larges sur l'intervention, mais aussi sur les méthodes alternatives.

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

La vasectomie doit être considérée comme une méthode de **contraception définitive**. Bien qu'une

tentative de réparation soit possible, le taux de grossesse chez les partenaires d'hommes ayant subi cette réparation est assez faible. La stérilisation ne doit donc pas être considérée comme une méthode réversible.

POURQUOI CETTE INTERVENTION ?

Le **testicule** est l'organe qui fabrique les spermatozoïdes et qui sécrète la testostérone (hormone masculine). Ils sont au nombre de deux situés dans les bourses (scrotum). L'**épididyme** est formé d'un tube pelotonné qui va permettre aux spermatozoïdes de terminer leur développement avant d'arriver dans le **canal déférent**, puis jusqu'au canal éjaculateur.

La rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule entraîne la survenue d'une grossesse. En l'absence de spermatozoïde dans le liquide séminal, la fécondation n'est plus possible.

EXISTE-T-IL D'AUTRES POSSIBILITÉS ?

Hormis les autres possibilités de contraception du couple, pour lesquelles vous avez été informé, il n'y a pas actuellement d'autres méthodes validées de contraception masculine, en dehors de l'utilisation d'un préservatif. Les autres aspects de la contraception doivent avoir été évoqués avant une telle décision afin de prévenir tout regret.

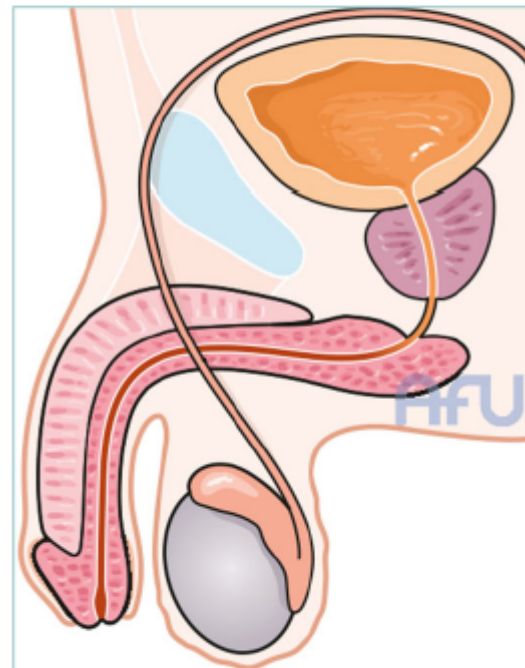
PRÉPARATION À L'INTERVENTION

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre urologue et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

L'intervention se déroule sous anesthésie locale. Dans certains cas, lorsqu'une anesthésie générale doit être pratiquée, une consultation

d'anesthésie pré-opératoire est nécessaire quelques jours avant l'opération.

Une autoconservation du sperme peut être réalisée préalablement à l'intervention. Il s'agit d'une pratique différente du don du sperme et qui peut être réalisée dans tout laboratoire agréé pour la conservation du sperme. Ce sperme ne pourra être utilisé que par l'homme ayant réalisé cette conservation.



TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'intervention est réalisée de principe en soins externes sans hospitalisation ou dans le cadre d'une hospitalisation en chirurgie ambulatoire. La vasectomie est réalisée par une petite incision sur chaque bourse pour atteindre le canal déférent. Chaque canal est lié et un fragment de celui-ci est en général adressé pour analyse microscopique. La peau est ensuite refermée.

SUITES HABITUELLES

La douleur au niveau de la zone opérée est habituellement minimale et temporaire; elle est calmée par des antalgiques. Il peut persister pendant plusieurs jours une gêne au niveau de la cicatrice. Il convient de s'abstenir d'activité

pénible pendant un ou deux jours et de veiller à la propreté des incisions. La reprise des rapports sexuels protégés est possible dès que la douleur a disparu.

La stérilité ne suit pas immédiatement l'opération, la fécondité persiste tant qu'il existe des spermatozoïdes dans le liquide spermatique. Une quarantaine d'éjaculation est nécessaire afin de vider le stock de spermatozoïdes présent dans les voies séminales. Il faut donc utiliser une méthode supplémentaire de contraception pendant environ 12 semaines jusqu'à ce qu'un spermogramme confirme l'absence de spermatozoïdes vivants dans le liquide spermatique.

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

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

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

— RISQUES ET COMPLICATIONS

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

Certaines complications sont liées à votre état général.

Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste.

D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

LES COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE SONT :

- Infection locale, généralisée
- Le saignement avec hématome possible et parfois transfusion
- Phlébite et embolie pulmonaire
- Allergie

LES COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À L'INTERVENTION SONT PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

- **Hématome** : un saignement après l'intervention peut conduire à la constitution secondaire d'un hématome de la bourse, éventuellement étendu aux organes génitaux externes. La plupart des cas ne nécessite pas une consultation en l'absence de douleur et/ou de tension de la bourse. Toutefois, dans de rares cas, une réintervention pour drainer l'hématome peut être nécessaire.
- **Echec à distance de l'intervention** par reperméation des canaux déférents nécessitant éventuellement une réintervention.

— PRÉCAUTIONS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE DE SOIN

Une activité modérée est à privilégier. Un arrêt de travail pourra vous être prescrit. Les bains sont déconseillés jusqu'à ce que la cicatrisation soit obtenue. Les douches sont possibles.

La vasectomie est efficace dans 99 % des cas. La probabilité d'une grossesse chez la partenaire d'un homme vasectomisé est très faible. La cause la plus courante de grossesse provient de rapports sexuels sans protection dans les 12 semaines après l'opération, à poursuivre jusqu'à la confirmation par le spermogramme d'une absence de spermatozoïde viable.

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

Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

EN CAS D'URGENCE,
votre urologue vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre,
faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

➡ Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne

Tabac-Info-Service au 3989

ou par internet :

tabac-info-Service.fr

pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT À LA RÉALISATION D'UNE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

Article 26 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001
Article 2123-1 du code de la santé publique

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LE MÉDECIN

1/

Je soussigné(e)..... certifie :

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

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

Signature

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE PRÉALABLE À UNE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE

Première consultation médicale (modèle d'attestation proposé)

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LE PATIENT

2/

Je soussigné (e), Drcertifie

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

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

Signature

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

DOCUMENT DE CONSENTEMENT AUX SOINS

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

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

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

Fait à

Le/...../.....

En 2 exemplaires,

Signature

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

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

<i>Signature</i>

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom : Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Adresse :

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de confiance :

...../...../.....

<i>Signature</i>	<i>Signature de la personne</i>
------------------	---------------------------------

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.

Evaluation des connaissances et représentations des patients de médecine générale (femmes et hommes) âgés de 35 à 65 ans sur la vasectomie dans l'ex-région Limousin.

La maîtrise de la fécondité est un enjeu majeur de santé publique comme l'illustre la loi du 4 juillet 2001 pour diminuer le recours à l'IVG. Cependant, les contraceptions définitives, et notamment la vasectomie, ne sont pas répandues en France contrairement à d'autres pays. A travers cette étude descriptive transversale, nous avons émis l'hypothèse que la méconnaissance des patients sur cette technique de contraception serait à l'origine du faible recours à la vasectomie en France. Grâce à un auto-questionnaire anonyme, nous avons réalisé un état des lieux des connaissances des patients sur la vasectomie sur 157 patients, hommes et femmes de 35-65 ans dans l'ex-région du Limousin. Au début du questionnaire, 71% des patients connaissent la vasectomie avec un avantage significative pour les femmes ($p=0,006$) et les 35-54 ans ($p=0,001$). Pour 64% des patients, la chirurgie de la vasectomie est perçue plus complexe qu'elle ne l'est en réalité nécessitant une anesthésie générale, et une hospitalisation > 24H pour 30%. 57% ignorent l'abord superficiel de la technique et 1 patient sur 4 pense la technique employée invasive. 90% des patients ont intégré son aspect irréversible, 60% la possibilité de congeler du sperme avant l'intervention et 20% la possibilité de recours à la PMA. Aucune différence de connaissance sur l'intervention n'est relevée entre les hommes et les femmes. 70% des patients connaissent la possibilité de douleur les jours suivant l'intervention. Contrairement aux femmes, les hommes redoutent des troubles de l'érection et de de l'éjaculation post-intervention ($p=0,001$). Les objectifs secondaires mettent en avant une crainte des hommes sur leur sexualité et une peur de regret chez les femmes. Un patient sur 2 associe la vasectomie à une atteinte de l'intégrité de l'homme dans le couple et la société. Cette étude identifie une méconnaissance des patients sur la vasectomie due à un manque d'information par le corps médical, notamment par le médecin généraliste, qui est l'un des interlocuteurs principaux au sujet de la contraception.

Mots-clés : contraception, stérilisation, vasectomie, connaissances, médecin généraliste

Evaluation of the knowledge and representations of general practice patients (women and men) aged 35 to 65 about vasectomy in the former region of Limousin.

Birth control is a major public health issue as illustrated by the law of July 4, 2001 designed to limit the use of abortion. However, sterilization methods, more particularly vasectomy, are not widespread in France, unlike other countries. Through this cross-sectional descriptive study, we hypothesized that the lack of knowledge in patients about vasectomy, is responsible for the low use of male sterilization in France. Using an anonymous self-survey, we studied the patient knowledge of vasectomy in 157 patients : men and women aged 35-65 in the former region of Limousin. At the beginning of this study, 71% of patients knew about vasectomy with a significant advantage for women ($p=0.006$) and 35–54-year-olds ($p=0.001$). Vasectomy surgery is perceived as more complex and requiring general anesthesia for 64% of patients and a hospitalization time of > 24 hours for a third. 57% are unaware of the superficial approach to the technique and 1 in 4 patients think the technique used is invasive. 90% of patients have internalized its irreversible aspect, 60% raised the possibility of freezing the sperm before the intervention and 20% the possibility of using MPA. No difference of knowledge among surgery between men and women has been identified. Regarding side effects, 70% of patients are aware of the possibility of pain in the days following the intervention and men, unlike women, wrongly raise erection and ejaculation disorders ($p=0.001$). The secondary objectives reveal a fear in men about their sexuality and a fear of regret among women. One in two patients associates vasectomy with an attack on the sexual integrity of the man in the couple and in society. This study highlights both a poor and prejudiced understanding among patients about vasectomy, consequences of a lack of information from the medical profession ; and in particular general practitioners, who are nevertheless the main interlocutor on the topic of contraception.

Keywords : contraception, sterilization, vasectomy, knowledge, general practitioner

